



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

**Ποιότητα και Ασφάλεια στην Υγεία:
Αξιολόγηση της Κουλτούρας Ασφάλειας του Ασθενούς
σε Δημόσια Νοσοκομεία στην Ελλάδα**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Βασιλική Καπάκη

Τριμελής συμβουλευτική επιτροπή:

Επίκουρος Καθηγητής, Κυριάκος Σουλιώτης

(επιβλέπων)

Καθηγητής, Ξενοφών Κοντιάδης

Καθηγητής, Γιάννης Υφαντόπουλος

Κόρινθος, 2015

**Ποιότητα και Ασφάλεια στην Υγεία:
Αξιολόγηση της Κουλτούρας Ασφάλειας του Ασθενούς
σε Δημόσια Νοσοκομεία στην Ελλάδα**

Copyright © Βασιλική Καπάκη, 2015.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διατριβής, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διατριβής για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Η έγκριση διδακτορικής διατριβής από το Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, δε δηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα.

ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Κυριάκος Σουλιώτης, Επίκουρος Καθηγητής (Επιβλέπων)

Ξενοφών Κοντιάδης, Καθηγητής

Γιάννης Υφαντόπουλος, Καθηγητής

ΜΕΛΗ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Κυριάκος Σουλιώτης, Επίκουρος Καθηγητής (Επιβλέπων)

Ξενοφών Κοντιάδης, Καθηγητής

Γιάννης Υφαντόπουλος, Καθηγητής

Μαρία Γείτονα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Γιάννης Τούντας, Καθηγητής

Μαρία Τσιρώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Αναστάσιος Φιλαλήθης, Καθηγητής

...στην οικογένειά μου...

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο Ιπποκράτης (5ος αιώνας π.Χ.) έδωσε στην Ιατρική αμιγώς επιστημονικό χαρακτήρα και διατύπωσε τον πρώτο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Με αυτό τον τρόπο δρομολόγησε τη χειραφέτηση της ιατρικής επιστήμης από τη δεισιδαιμονία, τη θρησκεία και τη φιλοσοφία. Υπήρξε λοιπόν ο πρώτος υποστηρικτής της εξατομικευμένης Ιατρικής. Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη, η άσκηση της αιτιολογικής και εξατομικευμένης Ιατρικής είναι τελικά η μόνη ασφαλιστική δικλίδα απέναντι σε άσκοπες και επιζήμιες ιατρικές ενέργειες και η υπέρτατη ιπποκρατική εντολή στον ιατρό ήταν «*Ασκέειν, περί τα νοσήματα, δύο, ωφελείν ή μη βλάπτειν*». Οι Λατίνοι αναφέρονται σε αυτήν την αρχή με τη φράση «*primum non nocere: καταρχήν να μην βλάπτουμε*».

Τα νοσοκομεία αποτελούν οργανισμούς με πολυάριθμο προσωπικό, πολύπλοκη διοικητική δομή και οργανωτική συνθετότητα. Η διασφάλιση ενός ελάχιστου επιπέδου ποιότητας σε αυτά τα πλαίσια πρέπει να θεωρείται ως κάτι το αυταπόδεικτα σημαντικό. Ταυτόχρονα, από τη φύση της η παροχή υπηρεσιών υγείας ελοχεύει κινδύνους, υπό την έννοια ότι ενδεχόμενη αποτυχία της μπορεί να προκαλέσει βλάβη ακόμη και ανθρώπινη απώλεια. Αλλά και στις λιγότερο σοβαρές περιπτώσεις τα δυσμενή συμβάντα που θα λάβουν χώρα στα πλαίσια λειτουργίας του νοσοκομείου είναι βέβαιο ότι θα προκαλέσουν ζημία και στον ίδιο τον οργανισμό – είτε ηθική (δυσφήμιση) είτε υλική (αποζημίωση).

Αποτελεί αναντίρρητη πραγματικότητα ότι τα τελευταία χρόνια παρ'ότι σιάζεται αυξημένη ευαισθητοποίηση του κόσμου σε ότι αφορά περιπτώσεις πλημμελούς εκπλήρωσης ή αδυναμίας παροχής στο πλαίσιο ιατρικής σύμβασης. Αυτό αποδεικνύεται εύκολα από πληθώρα σχετικών αναφορών προς τον Συνήγορο του Πολίτη, την απαίτηση δημιουργίας Συνηγόρου της Υγείας κλπ.

Υπό το πρίσμα αυτό, έννοιες όπως διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας και διαχείρισης κινδύνου έρχονται στο προσκήνιο με ιδιαίτερη βαρύτητα. Ενώ για τη διαχείριση κινδύνου εν γένει η βιβλιογραφία έχει να παρουσιάσει πληθώρα αναφορών, δε συμβαίνει το ίδιο για το πιο εξειδικευμένο αντικείμενο της σχετικής διαχείρισης στο χώρο της υγείας. Το φαινόμενο αυτό σχετίζεται με την ιατροκεντρική αντίληψη του νοσοκομείου και την έμφαση στην παροχή υγείας *per se*.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θερμές ευχαριστίες οφείλω στον Επιβλέποντα Καθηγητή της Διδακτορικής μου Διατριβής κ.κ. Κυριάκο Σουλιώτη, Επίκουρο Καθηγητή Πολιτικής Υγείας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, ο οποίος με έπεισε για τη μετατροπή των δυνατοτήτων μου σε ικανότητες.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ τα μέλη της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής και ειδικότερα τους κ.κ. Ξενοφών Κοντιάδη, Καθηγητή Δημοσίου Δικαίου και Δικαίου Κοινωνικής Ασφάλειας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και κ.κ Γιάννη Υφαντόπουλο, Καθηγητή Οικονομικών της Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών για τις καίριες επισημάνσεις τους.

Ευχαριστώ επίσης θερμά τον κ.κ. Νίκο Μανιαδάκη, Αναπληρωτή Κοσμήτορα, Διευθυντή του Τομέα Διοίκησης και Οργάνωσης Υπηρεσιών Υγείας και Καθηγητή της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας για την παρότρυνση του να ασχοληθώ με την έρευνα.

Εκφράζω την ευγνωμοσύνη μου σε όλους τους Επαγγελματίες Υγείας που χωρίς τη συμμετοχή των ιδίων δεν θα ήταν εφικτή η διενέργεια της μελέτης.

Επίσης το παρόν πόνημα θα ήταν αδύνατον να ολοκληρωθεί χωρίς την ενθάρρυνση των φίλων που με στήριζαν δείχνοντας κατανόηση και υπομονή και την αέναη συμπαράσταση της οικογένειάς μου και γι' αυτό τους ευχαριστώ θερμά.

Τέλος, ευχαριστώ το Θεό που μου προσέθετε πίστη κάθε φορά που ένιωθα ότι οι δυνάμεις μου δεν επαρκούν για να συνεχίσω.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ασφάλεια του ασθενούς αποτελεί ζήτημα παγκόσμιου ενδιαφέροντος επηρεάζοντας όλες τις χώρες, ανεξάρτητα του επιπέδου ανάπτυξής τους. Αποτελεί μια σημαντική παράμετρος της ποιότητας στην φροντίδα υγείας καθώς εκατομμύρια ασθενείς παγκόσμια υποφέρουν, τραυματίζονται ή πεθαίνουν κάθε χρόνο λόγω παροχής μη ασφαλούς φροντίδας. Τα δυσμενή συμβάντα στην υγεία αποτελούν έναν ποσοτικό δείκτη και η μείωση και η πρόληψή τους είναι ο κύριος σκοπός των υπηρεσιών υγείας. Για την αποτελεσματική διαχείριση των λαθών απαιτείται η διαμόρφωση θετικής κουλτούρας ασφάλειας, η οποία επηρεάζεται από διάφορες παραμέτρους οι οποίες σχετίζονται με την ηγεσία, τις πρακτικές ασφάλειας, το εργασιακό περιβάλλον και το προσωπικό. Το πρώτο βήμα για την δημιουργία ή τη βελτίωση της κουλτούρας ασφάλειας, αποτελεί η αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας του νοσοκομείου.

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάλυση της στάσης των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα, αναφορικά με τις παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας και τη συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων, έτσι ώστε να αξιολογηθεί το κλίμα ασφάλειας του ασθενούς στα νοσοκομεία της Ελλάδας και να διερευνηθούν οι δημογραφικοί και επαγγελματικοί παράγοντες που το επηρεάζουν.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην μελέτη συμμετείχαν τελικά 810 επαγγελματίες υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, βοηθοί νοσηλευτών, φαρμακοποιοί, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές) οι οποίοι εργάζονταν σε 12 νοσοκομεία (γενικά και ειδικά) στην Αττική αλλά και στην περιφέρεια. Το τελικό ποσοστό ανταπόκρισης στην έρευνα ήταν 58,9% και το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν η ελληνική μετάφραση του ερωτηματολογίου «The Hospital Survey on Patient Safety Culture» των Sorra και Nieva. Για την ανάλυση των ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν περιγραφική και συμπερασματική στατιστική ανάλυση. Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεση τιμή, ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, εύρος και ενδοτεταρτημοριακό εύρος. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών. Για τη συσχέτιση δύο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (chi-square test), ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας κατηγορικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 για τάση (chi-square trend test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test), ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής με >2 κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι παράμετροι της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς με το μεγαλύτερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων είναι: Προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων/Διευθυντών (64%), Οργανωσιακή μάθηση – Συνεχής βελτίωση (55,6%), Συνολική αντίληψη της ασφάλειας (53,2%). Οι παράμετροι της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς με το μικρότερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων είναι: Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη (18,5%), στελέχωση (24,2%) Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας (30,2%). Το (40,1%) του δείγματος δεν ανέφερε κανένα δυσμενές συμβάν τους τελευταίους 12 μήνες ενώ το (35%) έκανε από 1 έως 2 αναφορές τους τελευταίους 12 μήνες. Το 53,6% του δείγματος αξιολόγησαν την επίδοση της Μονάδας στην οποία εργάζονταν σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς από «πολύ καλή» μέχρι «άριστη».

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα δυσμενή συμβάντα και τα λάθη αποτελούν μια πραγματικότητα στην υγεία. Η κουλτούρα ασφάλειας στα ελληνικά νοσοκομεία δεν κρίνεται θετική με δεδομένο (α) το χαμηλό μέσο συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων που έλαβε το ερωτηματολόγιο (42,6%) και (β) το χαμηλό μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων της συχνότητας αναφοράς των δυσμενών συμβάντων (39,4%). Αναφορικά με τις παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς, για κάποιες από αυτές το κλίμα θεωρείται θετικό ενώ για κάποιες άλλες υπάρχουν σημαντικά περιθώρια βελτίωσης. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι τα νοσοκομεία και οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα θα πρέπει να αναπτύξουν στρατηγικές για τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας με σκοπό την διασφάλιση της ασφάλειας του ασθενούς. Οι στρατηγικές αυτές περιλαμβάνουν: την παροχή στους επαγγελματίες υγείας, κατάρτισης και εκπαίδευσης γύρω από ζητήματα ασφάλειας του ασθενούς με τη μορφή προπτυχιακής εκπαίδευσης, συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, διαλέξεων και συνεδρίων, πρόσληψη και καλύτερη κατανομή των επαγγελματιών υγείας στο σύστημα, την ανάπτυξη και την προώθηση της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς, ιδίως με τη μορφή μη-τιμωρητικής κουλτούρας, δημιουργώντας ανοιχτό διάλυο επικοινωνίας για την αναφορά των ιατρικών λαθών και των δυσμενών συμβάντων.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: ποιότητα στην φροντίδα υγείας, κλινική διακυβέρνηση, ιατρικά και νοσηλευτικά λάθη, δυσμενή συμβάντα, ιατρικά σφάλματα, αναφορά και διαχείριση λαθών, ασφάλεια ασθενούς, κλίμα και κουλτούρα ασφάλειας

ABSTRACT

INTRODUCTION: Patient safety is a global issue, since it affects all countries, regardless of their level of development. It is an important parameter of quality in healthcare as millions of patients worldwide suffering, injured or die each year due to providing of unsafe health care services. The adverse events in healthcare constitute a quantitative index and their reduction and prevention is the main aim of healthcare services

AIM OF THE STUDY: The analysis of the attitudes of healthcare professionals in Greece, concerning the parameters of safety culture and the frequency of reporting adverse events in order to assess the climate of patient safety in hospitals in Greece and to explore the demographic and occupational factors which affect it.

MATERIAL – METHOD: A number of 810 registered healthcare professionals (doctors, nurses with university and technological studies, nurse assistants, pharmacists, social workers, psychologists, physiotherapists, occupational therapists, speech therapists) who worked in twelve (12) hospitals (generals and specifics) in Attica and in the region. The survey's response rate was 58.9% and the research tool utilized for the survey purposes was the Greek translated version of the questionnaire «The Hospital Survey on Patient Safety Culture» which was developed by Sorra and Nieva. For the analysis of quantitative and qualitative data used descriptive and conclusive statistical analysis. The categorical variables are presented as absolute (n) and relative (%) frequencies, while quantitative variables are presented as mean, standard deviation, median, minimum value, maximum value, amplitude and interquartile range. The Kolmogorov - Smirnov test and graphs (histograms and normal Q-Q plots) were used to test the normality of the distribution of the continuous variables.

To determine associations between categorical variables, we used Pearson's χ^2 test and χ^2 trend test, as appropriate. Independent samples t-test and analysis of variance were applied for the analysis of group differences within continuous variables.

Correlation between continuous variables was assessed with Pearson's correlation coefficient. Concerning continuous variables as dependent variables, we used multivariate linear regression analysis in order to eliminate confounding, while in case of dichotomous variables as dependent variables, we used multivariate logistic regression analysis. Variables that were significantly different ($p < 0.20$) in bivariate analyses were entered into the multivariate regression models. In regression models, P-values of less than 0.05 were considered as statistically significant. In both cases, we used backward stepwise methods.

In logistic regression models, criteria for entry and removal of variables were based on the likelihood ratio test, with enter and remove limits set at $p < 0.05$ and $p > 0.05$. We estimated adjusted odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (CI) for the independent variables included in the model.

In linear regression models, we estimated adjusted coefficients' beta with 95% CI for the independent variables included in the model. Statistical analysis was performed using the IBM SPSS 21.0.

RESULTS: The dimensions that received the highest positive response rate were “supervisor / manager expectations and actions promoting safety” (64%), and “organizational learning – continuous improvement” (55.6%) while those with the lowest rating and negative scoring included “nonpunitive response to error” (18.5%), “staffing” (24.2%) and “hospital management support for patient safety” (30.2%). Most of the respondents (40.1%) reported that not completing any event reports in the last 12 months, (35%) reported completing 1-2 event reports in the last 12 months and (53.6%) gave their work unit an excellent / very good patient safety score.

CONCLUSIONS: The HSOPSC survey results in our study demonstrated that the hospitals and health care organizations in Greece should develop strategies to improve health quality and ensure patient safety. These strategies include: providing training and education on patient safety for health care workers in different levels (undergraduate education, continuing education, lectures and meetings); allocating enough staff and adequate workload; developing and fostering patient safety culture especially in the form of a non-punitive culture, creating an open communication atmosphere for reporting medical errors and speaking up when any problem arises.

KEY WORDS: quality in healthcare, clinical governance, medical errors, nursing errors, adverse events, error reporting, patient safety culture and climate.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

AAAS	American Association for the Advancement in Science
AMA	American Medical Association
AHA	American Hospital Association
AIMS	Australian Incident Monitoring System
ATHEANA	A Technique for Human Error Analysis

CUSP	Comprehensive Unit - Based Safety Program
ICPS	International Classification for Patient Safety
CQI	Continuous Quality Improvement
CREAM	Cognitive Reliability Error Analysis Method
EDMET	El Dorado Medication Error Tool
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EFN	European Federation of Nurses Associations
EHMA	European Health Management Association
EPF	European Patients' Forum
ESQH	European Society for Quality in Healthcare
EUNetPaS	European Union Network for Patient Safety
ETA	Event Tree Analysis
FMEA	Failure Mode Effect Analysis
FAA	Federal Aviation Administration
FMAQ	Flight Management Attitudes Questionnaire
FDA	Food and Drug Administration
HCR	Human Cognitive Reliability Model
HEART	Human Error Assessment and Reduction Technique
HERMES	Human Error Risk Management for Engineering Systems
HF/E	Human Factors/ Ergonomics
IDAC	Information – Decision – Action – Crew Model

IHI	Institute of Healthcare Improvement
IOM	Institute of Medicine
IMI	Internal Market Information System
ISO	International Organization for Standardization
JCI	Joint Commission International
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
NCCMEP	National Coordinating Council for Medication Error and Prevention
NICE	National Institute of Clinical Excellence
NPSF	National Patient Safety Foundation
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
QA	Quality Assurance
RCA	Root Cause Analysis
SimPatIE	Safety improvement for Patients in Europe
SRP	Savannah River Plant
SLI	Scalable Link Interface
SAD	Seasonal-Affective Disorder
SHARP	Systematic Human Action Reliability Procedure
SLIM	Success Likelihood Index Method
SRK	Skill – Rule – Knowledge
TALENT	Task Analysis – Linked Evaluation Technique
THERP	Technique for Human Error Rate Prediction

TRC	Time – Reliability Correlation
WHO	World Health Organization

ΔΟΤ	Διεθνείς Οργανισμός Τυποποίησης
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΑΚ	Αστικός Κώδικας
ΔΟΠ	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
ΕΕΔΑΠΥ	Επιτροπή Εμπειρογνομόνων για τη Διαχείριση της Ασφάλειας και της Ποιότητας στην Υγεία
ΕΚΕΒΥΛ	Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΜΕΘ	Μονάδες Εντατικής Θεραπείας
ΠΚ	Ποινικός Κώδικας
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	5
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	6
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ	15
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	22
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΙΚΟΝΩΝ	27
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	28
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	29

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Η ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	34
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	34
1.2 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	34
1.3 ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	36
1.4 ΑΠΟ ΤΟ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΟ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	37
1.5 ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	47
1.6 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	48
1.7 ΚΥΡΙΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	55
1.8 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	57
2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	57
2.2 ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	57
2.3 ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ – ΣΥΝΕΧΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	64
2.4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΥΨΗΛΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	66
2.5 ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	80
2.6 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΣ	82
2.6.1 Κόστος έλλειψης ποιότητας.....	84
2.6.2 Κόστος Διασφάλισης της Ποιότητας	84
2.6.3 Κόστος Βελτίωσης της Ποιότητας.....	87
2.7 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	87
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΩΣ ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	89
3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	89
3.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ.....	90
3.3. ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	92
3.4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	99
3.5. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ.....	100
3.6. ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	102
3.7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	104
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΒΑΘΜΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.....	105
4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	105
4.2. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	105
4.3. Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΚΙΝΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΥΛΙΚΩΝ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ .	107

4.4.	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	109
4.4.1.	Κύκλοι ποιότητας.....	111
4.5.	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΗΓΕΣΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	112
4.6.	Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ.....	115
4.7.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	121
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΤΟ ΛΑΘΟΣ ΩΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....		122
5.1.	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	122
5.2.	ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	122
5.3.	ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ ΤΩΝ ΟΡΩΝ «ΛΑΘΟΣ» ΚΑΙ «ΣΦΑΛΜΑ»	124
5.4.	Η ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΛΑΘΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΔΥΣΜΕΝΩΝ ΣΥΜΒΑΝΤΩΝ.....	127
5.5.	ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΛΑΘΟΥΣ	128
5.5.1	Η θεωρία «των σάπιων μήλων» (<i>Bad Apples Theory</i>).....	128
5.5.2	Η θεωρία των «φυσικών ατυχημάτων» (<i>Normal Accident Theories</i>).....	128
5.5.3	Η θεωρία των «οργανισμών υψηλής αξιοπιστίας» (<i>High Reliability Organizations (HRO) Theory</i>).....	129
5.6.	ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΛΑΘΟΥΣ 1 ^{ης} & 2 ^{ης} ΓΕΝΙΑΣ	129
5.6.1	Μοντέλα ανθρώπινου λάθους 1 ^{ης} γενιάς	132
5.6.1.1	Συμπεριφοριστικά Μοντέλα.....	132
5.6.1.2	Χρονικά Μοντέλα	132
5.6.1.3	Πλαισιακά - Εργονομικά Μοντέλα	133
5.6.1.4	Γνωστικά Μοντέλα	134
5.6.1.5	Προσεγγίσεις επεξεργασίας της πληροφορίας	144
5.6.1.6	Κοινωνικο-τεχνικά συστήματα	145
5.6.2	Μοντέλα Ανθρώπινου Λάθους 2 ^{ης} γενιάς	146
5.6.2.1	IDAC (Information – Decision – Action – Crew).....	146
5.6.2.2	CREAM (Cognitive Reliability Error – Cooper).....	146
5.6.2.3	ATHEANA (A Technique for Human Error Analysis).....	147
5.7.	ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ.....	147
5.7.1.	Μοντέλα διαδοχής	147
5.7.1.1	Γραμμική αλυσίδα γεγονότων.....	148
5.7.1.2	Μοντέλα δέντρου.....	149
5.7.1.3	Μοντέλα δικτύου	149
5.7.2.	Επιδημιολογικά μοντέλα	150
5.7.2.1.	Το μοντέλο του J. Reason για τα οργανωτικά ατυχήματα.....	152
5.7.2.1.	Το μοντέλο του Ελβετικού τυριού	153

5.7.3. Συστημικά μοντέλα	155
5.8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	155
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΤΟ ΛΑΘΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΣΦΑΛΜΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	157
6.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	157
6.2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΛΑΘΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	157
6.2.1. Νοσηλευτικά λάθη	160
6.2.2. Φαρμακευτικά λάθη.....	161
6.3. ΣΥΝΑΦΗΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΤΟΥ ΛΑΘΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	162
6.3.1 Κατηγοριοποίηση δυσμενών συμβάντων.....	169
6.3.2 Κατηγοριοποίηση ιατρικών λαθών	170
6.3.2.1. Διάκριση σε «ανθρώπινο λάθος» και «συστημικό λάθος».....	171
6.3.2.2. Διάκριση ιατρικών λαθών βάσει συγκεκριμένων και γενικευμένων ποιοτικών ελλείψεων.....	173
6.3.2.3. Διάκριση των ιατρικών λαθών με βάση το στάδιο περιθαλψής	175
6.3.2.4. Διάκριση ανάμεσα στο «τεχνικό» σφάλμα και την κοινή αμέλεια	176
6.3.2.5. Διάκριση ανάμεσα σε σφάλμα «πραγματικού τύπου» και «νομικού τύπου»	177
6.3.2.6. Διάκριση ανάμεσα σε σφάλματα «ενέργειας» και «εκτίμησης».....	177
6.4. ΕΠΑΝΟΡΘΩΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ.....	181
6.5. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΛΑΘΟΥΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	182
6.6. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΛΑΘΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	190
6.7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	201
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΦΟΡΑ ΤΟΥ ΛΑΘΟΥΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	202
7.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	202
7.2. Η ΑΝΑΦΟΡΑ ΤΩΝ ΔΥΣΜΕΝΩΝ ΣΥΜΒΑΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.....	202
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΛΑΘΟΥΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	211
8.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	211
8.2. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΛΑΘΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΙΚΟ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ.....	211
8.3. Η ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΛΑΘΟΥΣ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΟΙΚΕΙΟΥΣ ΤΟΥ	214
8.4. ΜΕΘΟΔΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΛΑΘΟΥΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	216
8.6.1. Ανάλυση Καταστάσεων και Επιπτώσεων Αστοχίας (Failure Mode Effect Analysis, FMEA).....	216
8.6.2. Ανάλυση Πρωταρχικής Αιτίας (Root Cause Analysis, RCA).....	220
8.6.3. Η φιλοσοφική θεωρία των «μηδέν λαθών» (Zero Defects Philosophy).....	220
8.5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	221
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΛΑΘΟΥΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	222
9.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	222

9.2.	Η ΕΥΘΥΝΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	222
9.2.1.	Ιστορική επισκόπηση της ιατρικής ευθύνης	222
9.2.2.	Η έννοια της κοινωνικής, ηθικής και νομικής ευθύνης	225
9.2.3.	Η Αρχή της Προφύλαξης (The Precautionary Principle).....	226
9.2.4.	Η νομική ευθύνη των ιατρών.....	229
9.2.5.	Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας και ιατρική ευθύνη.....	232
9.3.	ΕΙΔΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ.....	233
9.3.1.	Ποινική ιατρική ευθύνη	235
9.3.2.	Αστική ιατρική ευθύνη	237
9.3.2.1.	Έννομες σχέσεις δημοσίου δικαίου.....	237
9.3.2.2.	Έννομες σχέσεις ιδιωτικού δικαίου.....	238
9.3.3.	Πειθαρχική ιατρική ευθύνη.....	246
9.3.4.	Ιατρική ευθύνη ως επαγγελματική ευθύνη – ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες	246
9.4.	ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ	248
9.4.1.	Ορισμός και εννοιολογικά στοιχεία ιδιωτικής ασφάλισης.....	248
9.4.2.	Ασφάλιση αστικής ιατρικής ευθύνης – σύγκριση με κοινωνική ασφάλιση	250
9.4.3.	Έννοια ασφάλισης αστικής ιατρικής ευθύνης.....	253
9.4.4.	Ασφάλιση θεραπευτικού κινδύνου.....	254
9.5.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	257
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΩΣ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	258
10.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	258
10.2	Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΩΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΕΝΑΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ	258
10.3	Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	259
10.4	Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΩΣ ΔΙΕΘΝΗΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ	260
10.5.1	Δραστηριότητες του WHO σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς	260
10.5.2	Δραστηριότητες του ΟΟΣΑ σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς.....	262
10.5.3	Δραστηριότητες στην Ευρώπη σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς.....	262
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 Η ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ.....	264
11.1.	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	264
11.2.	ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ «ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ»	264
11.3.	ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΟΡΩΝ «ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΟ ΚΛΙΜΑ»	266
11.4.	Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ	269
11.5.	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ	271
11.6.	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΘΕΤΙΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ	272

11.7.	Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ	274
11.8.	ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	277
11.9.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	278
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....		280
12.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	280
12.2	ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	280
12.3	ΠΗΓΕΣ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	281
12.4	ΤΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	282
12.5	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	293
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13 ΣΤΑΣΕΙΣ.....		294
13.1.	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	294
13.2.	ΤΟ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ	294
13.3.	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ	298
13.4.	ΕΙΔΗ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΣΤΑΣΕΩΝ.....	299
13.5.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	300
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....		302
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ.....		303
14.1.	ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΞΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΥ	303
14.2.	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	304
14.3.	ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	304
14.4.	ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	309
14.5.	ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	311
14.6.	ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	312
14.7.	ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	313
14.8.	ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	314
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....		316
15.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....		316
15.2. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ		320
15.3.1. Έλεγχος εγκυρότητας ερωτηματολογίου (ανάλυση παραγόντων).....		320
15.3.2. Έλεγχος αξιοπιστίας ερωτηματολογίου		328
15.3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ		329
15.3.1. Παράμετροι της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς σε επίπεδο μονάδας – τμήματος του νοσοκομείου		329
15.3.2. Παράγοντες κουλτούρας ασφάλειας σε επίπεδο Νοσοκομείου		364

15.3.3. Παράγοντες κουλτούρας ασφάλειας σε επίπεδο ατόμου	381
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	408
16.1 ΤΑ ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΙΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	408
16.2 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ	418
16.3 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΕ ΤΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΔΙΕΘΝΩΣ	430
16.4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	444
16.5 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	462
16.6 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΜΕΛΕΤΗ	467
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	468
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	512

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1 Ποιοτικές διαστάσεις στα προϊόντα	36
ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2 Προσδιοριστικοί παράγοντες της ποιότητας στη φροντίδα υγείας	53
ΠΙΝΑΚΑΣ 1.3 Ορισμοί της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας σε διάφορες χώρες της Ευρώπης	54
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1 Αξιολόγηση του συνολικού επιπέδου ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.....	60
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2 Διασφάλιση της Ποιότητας - Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας.....	65
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3 Ιεράρχηση κριτηρίων διασφάλισης υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης	70
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.4 Ιεράρχηση των παραγόντων αξιολόγησης της ποιότητας των νοσοκομείων ...	77

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1	Οφέλη της εφαρμογής των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών στην κλινική πράξη	102
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1	Οι λειτουργίες των ηγετών και των μάνατζερ σε έναν οργανισμό	113
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1	Ενδεχόμενα λάθη στα διάφορα επίπεδα συμπεριφοράς κατά τον Rasmussen	135
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.2	Ενδεχόμενα λάθη στα διάφορα επίπεδα συμπεριφοράς κατά τον Reason	138
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.3	Λάθη στην επικοινωνία	145
ΠΙΝΑΚΑΣ 6.1	Κατηγοριοποίηση των φαρμακευτικών λαθών	162
ΠΙΝΑΚΑΣ 6.2	Δυσμενή συμβάντα κατά την παροχή φροντίδας υγείας	169
ΠΙΝΑΚΑΣ 6.3	Κατηγοριοποίηση των ιατρικών λαθών ανά στάδιο περίθαλψης.....	175
ΠΙΝΑΚΑΣ 6.4	Τα συχνότερα εμφανιζόμενα δυσμενή συμβάντα και τα αντίστοιχα κόστη .	191
ΠΙΝΑΚΑΣ 6.5	Λάθη που θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί και θάνατοι από αυτά	192
ΠΙΝΑΚΑΣ 6.6	Ποσοστό Ευρωπαίων που έχουν βιώσει ένα δυσμενές συμβάν κατά την παροχή φροντίδας υγείας ανά χώρα	196
ΠΙΝΑΚΑΣ 7.1	Ποσοστό αναφοράς δυσμενών συμβάντων στην Ευρώπη	204
ΠΙΝΑΚΑΣ 8.1	Πίνακας εκτίμησης βαθμού προτεραιότητας κινδύνου στην FMEA	217
ΠΙΝΑΚΑΣ 11.1	Σύγκριση οργανωσιακής κουλτούρας και οργανωσιακού κλίματος	268
ΠΙΝΑΚΑΣ 12.1	Ερευνητικά εργαλεία αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας	285
ΠΙΝΑΚΑΣ 12.2	Παράγοντες της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς	286
ΠΙΝΑΚΑΣ 12.3	Εργαλεία για την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς στην Ευρώπη	287
ΠΙΝΑΚΑΣ 12.4	Σύνοψη χαρακτηριστικών εργαλείων αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς	290
ΠΙΝΑΚΑΣ 14.1	Επεξήγηση των παραμέτρων της κουλτούρας ασφάλειας του HSOPSC.....	306
ΠΙΝΑΚΑΣ 14.2	Συντελεστής Cronbach's alpha του πρωτότυπου ερωτηματολογίου HSOPSC	310
ΠΙΝΑΚΑΣ 14.3	Συντελεστής Cronbach's alpha του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου HSOPSC (πιλοτική έρευνα)	312
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.1	Ποσοστό ανταπόκρισης ανά νοσοκομείο	316
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.2	Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας κατά τομέα.....	317
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.3	Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας κατά επάγγελμα	318
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.4	Αποτελέσματα ανάλυσης παραγόντων Rotated Component Matrix ^a	321
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.5	Αθροιστικές κλίμακες	324

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.6	Συντελεστής Cronbach's alpha των αθροιστικών κλιμάκων	325
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.7	Συντελεστής Cronbach's alpha	328
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.8	Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «ανοικτή επικοινωνία»	330
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.9	Μέτρα θέσης και διασποράς του ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο "ανοικτή επικοινωνία"	330
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.10	Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «ανοικτή επικοινωνία»	332
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.11	Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τη βαθμολογία στην παράμετρο "ανοικτή επικοινωνία".....	333
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.12	Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην παράμετρο "ανοικτή επικοινωνία".....	334
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.13	Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»	334
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.14	Μέτρα θέσης και διασποράς του ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη».....	335
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.15	Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»	337
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.16	Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τη βαθμολογία στην παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη».....	338
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.17	Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη».....	339
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.18	Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση»	340
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.19	Μέτρα θέσης και διασποράς του ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση».....	341
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.20	Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση»	342
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.21	Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τη βαθμολογία στην παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση»	343
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.22	Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση»	344

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.23	Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου».....	345
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.24	Μέτρα θέσης και διασποράς του ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου»	346
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.25	Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου»	347
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.26	Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τη βαθμολογία στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου».....	348
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.27	Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου».....	349
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.28	Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη»	350
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.29	Μέτρα θέσης και διασποράς του ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη»	351
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.30	Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολικής βαθμολογίας αναφορικά με τη «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη»	352
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.31	Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τη βαθμολογία στην παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» .	353
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.32	Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη».....	354
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.33	Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια»	355
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.34	Μέτρα θέσης και διασποράς του ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια»	356
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.35	Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια».....	357

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.36	Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τη βαθμολογία στην παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια»	358
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.37	Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια»	359
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.38	Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «στελέχωση»	359
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.39	Μέτρα θέσης και διασποράς του ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «στελέχωση».....	360
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.40	Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «στελέχωση»	361
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.41	Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τη βαθμολογία στην παράμετρο «στελέχωση».....	363
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.42	Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην παράμετρο «στελέχωση»	364
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.43	Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας»	365
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.44	Μέτρα θέσης και διασποράς του ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας»	366
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.45	Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολική βαθμολογίας για την παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας»....	367
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.46	Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τη βαθμολογία στην παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας».....	368
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.47	Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας».....	369
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.48	Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου».....	370
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.49	Μέτρα θέσης και διασποράς του ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου»	371

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.50 Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου»	372
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.51 Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τη βαθμολογία στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου».....	373
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.52 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου».....	374
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.53 Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»	375
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.54 Μέτρα θέσης και διασποράς του ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» .	376
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.55 Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου».....	377
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.56 Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τη βαθμολογία στην παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»	378
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.57 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»	380
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.58 Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών».....	381
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.59 Μέτρα θέσης και διασποράς του ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών»	382
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.60 Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών».....	383
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.61 Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τη βαθμολογία στην παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών».....	384
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.62 Συσχετίσεις των παραμέτρων που εκτιμούν την κουλτούρα ασφάλειας με τη βαθμολογία στην παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών».....	385
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.63 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών».....	385
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.64 Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας».....	387

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.65 Μέτρα θέσης και διασποράς του ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας»	387
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.66 Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολικής βαθμολογίας αναφορικά με την «συνολική αντίληψη της ασφάλειας».....	388
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.67 Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τη βαθμολογία στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας».....	389
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.68 Συσχετίσεις των παραμέτρων που εκτιμούν την κουλτούρα ασφάλειας με τη βαθμολογία στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας».....	390
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.69 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας».....	391
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.70 Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς».....	393
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.71 Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολικής βαθμολογίας με την παράμετρο «αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε θέματα ασφάλειας του ασθενούς».....	393
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.72 Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία του τομέα / κλινικής σχετικά με την επίδοση του / της στην ασφάλεια του ασθενούς	394
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.73 Συσχετίσεις των παραμέτρων που εκτιμούν την κουλτούρα ασφάλειας με τη βαθμολογία του τομέα / κλινικής σχετικά με την επίδοση του / της στην ασφάλεια του ασθενούς.....	395
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.74 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία του τομέα / κλινικής σχετικά με την επίδοση του / της στην ασφάλεια του ασθενούς.....	396
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.75 Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «αριθμός αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες».....	398
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.76 Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «αριθμός αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες».....	398
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.77 Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τον αριθμό των αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες..	400
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.78 Συσχετίσεις των παραμέτρων της κουλτούρα ασφάλειας και του αριθμού των αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες	401

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.79 Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τα αναφερόμενα δυσμενή συμβάντα τους τελευταίους 12 μήνες (κανένα συμβάν: κατηγορία αναφοράς).....	401
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.80 Μέτρα θέσης και διασποράς του ποσοστού θετικών απαντήσεων στο σύνολο των παραμέτρων του ερωτηματολογίου	402
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.81 Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με το συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων.....	403
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.82 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων.....	404
ΠΙΝΑΚΑΣ 16.1 Συγκεντρωτικός πίνακας συσχετίσεων των παραμέτρων της κουλτούρας ασφάλειας με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά.....	423
ΠΙΝΑΚΑΣ 16.2 Ποσοστό θετικών απαντήσεων ανά ερώτηση του ερωτηματολογίου ανά χώρα	439
ΠΙΝΑΚΑΣ 16.3 Ποσοστό απαντήσεων στην παράμετρο «αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του.....	443
ΠΙΝΑΚΑΣ 16.4 Ποσοστό απαντήσεων στην παράμετρο «αριθμός αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες» ανά χώρα	443
ΠΙΝΑΚΑΣ 16.5 Ποσοστό ανταπόκρισης ανά τομέα ανά μελέτη διεθνώς.....	446
ΠΙΝΑΚΑΣ 16.6 Ποσοστό ανταπόκρισης ανά επάγγελμα ανά μελέτη διεθνώς	447

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.1 Ορισμοί της ποιότητας για ένα προϊόν ή μια υπηρεσία	35
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.2 Ο κύκλος του Deming	41
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.3 Η αλυσίδα αντίδρασης του Deming	42
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.4 Η τριλογία του Juran	42
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.5 Βασικά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας.....	44
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.6 Το τρίπτυχο του Donabedian.....	50
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.7 Οι διαστάσεις ποιότητας του Maxwell.....	51
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.1 Αξιολόγηση του συνολικού επιπέδου ποιότητας στην υγεία	59
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.2 Παράγοντες εξασφάλισης υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας.....	67
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.3 Παράγοντες αξιολόγησης της ποιότητας των νοσοκομείων	75
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.1 Ο κύκλος του κλινικού ελέγχου ποιότητας	94

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.2 Χαρακτηριστικά των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών	101
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.3 Στάδια εφαρμογής της Τεκμηριωμένης Φροντίδας Υγείας.....	103
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.1 Οι συνηθέστερες νοσοκομειακές λοιμώξεις για το έτος 2012	116
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.2 Ποσοστό ασθενών που μολύνθηκε από νοσοκομειακή λοίμωξη το 2011 - 2012	118
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.1 Μοντέλα ανθρώπινου λάθους 1 ^{ης} γενιάς	130
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2 Μοντέλα ανθρώπινου λάθους 2 ^{ης} γενιάς	132
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.3 Ταξινόμηση των λαθών κατά τον Reason.....	137
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.4 Το μοντέλο HERMES	142
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.5 Η πυραμίδα του Heinrich	149
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.6 Μοντέλο δικτύου.....	150
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.7 Διάγραμμα αιτιότητας επιδημιολογικού μοντέλου	151
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.1 Σχέση ιατρικού λάθους και δυσμενούς συμβάντος.....	165
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.2 Ανθρώπινα και συστημικά λάθη στο χώρο της υγείας.....	172
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.3 Διάκριση ιατρικών λαθών βάσει συγκεκριμένων και γενικευμένων ποιοτικών ελλείψεων	173
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.4 Κατηγοριοποίηση των ιατρικών λαθών	176
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.5 Τα στάδια της επικοινωνίας	189
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.6 Αιτίες θανάτου στις ΗΠΑ	192
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.7 Ιατρικά σφάλματα της κατηγορίας "Never Events"	194
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.8 Ποσοστό Ευρωπαίων που έχουν βιώσει ένα δυσμενές συμβάν κατά την παροχή φροντίδας υγείας.....	195
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.9 Πιθανότητα εμφάνισης δυσμενούς συμβάντος κατά την παροχή φροντίδας υγείας εντός νοσοκομείου	200
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.10 Πιθανότητα εμφάνισης δυσμενούς συμβάντος κατά την παροχή εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας.....	200
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7.1 Ποσοστό Ευρωπαίων που βίωσαν ένα δυσμενές συμβάν και το ανέφεραν	203
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7.2 Σημείο αναφοράς δυσμενούς συμβάντος	208
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7.3 Πιθανή έκβαση αναφοράς δυσμενούς συμβάντος	209
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.1 Στάδια γνωστοποίησης του λάθους στον ασθενή.....	214
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.2 Φύλλο εργασίας της FMEA	219
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.3 Η Ανάλυση Πρωταρχικής Αιτίας των λαθών στην υγεία.....	220
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9.1 Ενωσιολογική αποσαφήνιση του ιατρικού δικαίου.....	234
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.1 Κατηγοριοποίηση κινδύνων ανάλογα με την πηγή προέλευσής τους....	275

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.2 Δραστηριότητες διεργασίας διαχείρισης κινδύνου	276
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.3 Παράμετροι κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς	277
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12.1 Αξιολόγηση των δημοφιλέστερων εργαλείων κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς.....	288
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13.1 Υποενότητες μελέτης στάσης.....	296
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13.2 Τα χαρακτηριστικά των στάσεων.....	298
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13.3 Είδη κλιμάκων μέτρησης στάσεων	299
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.1 Κυκλικό διάγραμμα ποσοστιαίας κατανομής των επαγγελματιών υγείας κατά τη δυναμική των κλινών	317
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.2 Ραβδόγραμμα κατανομής σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας κατά επάγγελμα.....	319
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.3 Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «ανοικτή επικοινωνία»	331
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.4 Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «ανοικτή επικοινωνία».....	332
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.5 Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»	336
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.6 Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη».....	337
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.7 Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση»	341
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.8 Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση».....	342
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.9 Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου».....	346
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.10 Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου»	347
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.11 Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη».....	351
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.12 Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη»	352

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.13	Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια»	356
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.14	Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια»	357
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.15	Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «στελέχωση»	361
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.16	Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «στελέχωση».....	362
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.17	Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας»	366
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.18	Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας»	367
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.19	Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου».....	371
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.20	Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου».....	373
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.21	Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»	377
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.22	Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»	378
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.23	Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών».....	382
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.24	Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών»	383
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.25	Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας».....	388
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.26	Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας»	389

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.27	Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «αξιολόγηση του τομέα / κλινικής σε θέματα ασφάλειας του ασθενούς».....	394
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.28	Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «αριθμός αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες».....	399
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.29	Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων ποσοστού θετικών απαντήσεων στο σύνολο των παραμέτρων του ερωτηματολογίου	403
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.1	Μέσο και συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων ανά παράμετρο της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς	409
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.2	Ποσοστό θετικών απαντήσεων ανά ερώτηση του ερωτηματολογίου	411
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.3	Ποσοστό θετικών απαντήσεων στην παράμετρο «ανοικτή επικοινωνία» ανά χώρα.....	431
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.4	Ποσοστό θετικών απαντήσεων στην παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» ανά χώρα.....	431
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.5	Ποσοστό θετικών απαντήσεων στην παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση» ανά χώρα	432
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.6	Ποσοστό θετικών απαντήσεων στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου» ανά χώρα.....	432
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.7	Ποσοστό θετικών απαντήσεων στην παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» ανά χώρα.....	433
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.8	Ποσοστό θετικών απαντήσεων στην παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών» ανά χώρα.....	433
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.9	Ποσοστό θετικών απαντήσεων στην παράμετρο «στελέχωση» ανά χώρα	434
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.10	Ποσοστό θετικών απαντήσεων στην παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» ανά χώρα	434
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.11	Ποσοστό θετικών απαντήσεων στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου» ανά χώρα.....	435
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.12	Ποσοστό θετικών απαντήσεων στην παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» ανά χώρα	435
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.13	Ποσοστό θετικών απαντήσεων στην παράμετρο «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων» ανά χώρα.....	436
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.14	Ποσοστό θετικών απαντήσεων στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας» ανά χώρα.....	436
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.15	Συνολικό μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων ανά χώρα.....	437

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.16 Μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων στην παράμετρο «αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς» ανά χώρα.....	437
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.17 Μέσο ποσοστό ενός ή περισσότερων αναφερόμενων συμβάντων κατά τους τελευταίους 12 μήνες ανά χώρα.....	438
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.18 Ο κύκλος του Deming	466

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΙΚΟΝΩΝ

EΙΚΟΝΑ 2.1 Θετική αξιολόγηση του συνολικού επιπέδου ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.	63
EΙΚΟΝΑ 5.1 Η νοητική προσέγγιση των μοντέλων διαδοχής.....	148
EΙΚΟΝΑ 5.2 Το μοντέλο του Domino	148
EΙΚΟΝΑ 5.3 Νοητική προσέγγιση των επιδημιολογικών μοντέλων.....	151
EΙΚΟΝΑ 5.4 Το μοντέλο του Reason για τα οργανωτικά ατυχήματα.....	153
EΙΚΟΝΑ 5.5 Μοντέλο του ελβετικού τυριού.....	153
EΙΚΟΝΑ 6.1 Σχέση φαρμακευτικού λάθους και δυσμενούς φαρμακευτικού συμβάντος.....	166
EΙΚΟΝΑ 6.2 Ποσοστό Ευρωπαίων που έχουν βιώσει ένα δυσμενές συμβάν κατά την παροχή φροντίδας υγείας	199
EΙΚΟΝΑ 7.1 Ποσοστό αναφοράς δυσμενών συμβάντων στην Ευρώπη.....	206
EΙΚΟΝΑ 7.2 Συγκριτική παρουσίαση (2010, 2014) της αναφοράς δυσμενών συμβάντων στην Ευρώπη.....	207

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

*«Το πιο επικίνδυνο λάθος, είναι η άγνοια του λάθους
και κατά συνέπεια η έλλειψη της προσπάθειας για διόρθωση»
(Σωκράτης)*

Το Μάιο του 2010, η Ελλάδα τέθηκε υπό διεθνή οικονομικό έλεγχο από την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, εξαιτίας των υψηλών δημόσιων ελλειμμάτων, του μεγάλου δημόσιου χρέους και τελικά της κρίσης δανεισμού από τις διεθνείς χρηματαγορές.

Η εξέλιξη αυτή συνδέεται μοιραία με τα φαινόμενα απορρύθμισης της παγκόσμιας οικονομίας αλλά και των σοβαρών διαρθρωτικών στρεβλώσεων και της δημοσιονομικής εκτροπής στη χώρα. Είναι προφανές ότι η κατάσταση αυτή μεταφέρεται στην πραγματική οικονομία με κύρια χαρακτηριστικά την ύφεση και την ανεργία και ασκεί δυσμενείς επιδράσεις στην κοινωνική ζωή, στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, και στο σύστημα ιατρικής περίθαλψης, δεδομένου ότι η μείωση ή και η απουσία εισοδήματος προκαλεί σημαντικές απώλειες στην ευημερία και εξωθεί μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στην φτώχεια (Marmot and Bell, 2009).

Τα δημόσια ελλείμματα και η ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης υγείας, στους προϋπολογισμούς των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής φροντίδας τα οποία ελέγχονται από την κεντρική διοίκηση. Η αύξηση της νοσηρότητας κατά τη διάρκεια της κρίσης αλλά και μετά, εξαιτίας των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων από το άγχος, ωθεί σε μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες σε πολλές περιπτώσεις δεν δύνανται να ανταποκριθούν στη ζήτηση, με αποτέλεσμα την πλημμελή διαχείριση των νοσημάτων και των ασθενών ιδίως των χρονίως πασχόντων. Η επιπλέον ζήτηση επιβαρύνει τις δημόσιες μονάδες υγείας καθώς έχει διαπιστωθεί ότι σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος οι ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη (Marmot and Bell, 2009).

Η κατάσταση αυτή δημιουργεί επίσης προβλήματα στην χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας με αποτέλεσμα να απειλείται η βιωσιμότητά τους και να ασκούνται πιέσεις στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Το διαρκώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για υπηρεσίες υγείας υψηλότερης ποιότητας οι οποίες να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τις προσδοκίες των χρηστών υπηρεσιών υγείας αποτελεί συνέπεια του ώριμου διεθνούς προβληματισμού. Παράλληλα η αυξανόμενη ενδυνάμωση του ρόλου του ασθενούς στο ελληνικό σύστημα υγείας, η διεκδίκηση των δικαιωμάτων του, η αύξηση των προσδοκιών του, η δημιουργία μεγαλύτερης καταναλωτικής κουλτούρας, η αύξηση των διεκδικήσεων των ασθενών από τα συστήματα υγείας εν γένει, προσδιόρισαν τον χρήστη – καταναλωτή των υπηρεσιών υγείας ως τον καλύτερο εκτιμητή της ποιότητας των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Τα συστήματα υγείας υιοθετούν όλο και περισσότερο οδηγίες, οι οποίες βασίζονται σε τεκμηριωμένα στοιχεία εστιάζοντας την προσοχή στην μείωση των λαθών και των δυσμενών συμβάντων κατά την παροχή υγειονομικής φροντίδας, και την ενίσχυση της ασφάλειας του ασθενούς. Το ενδιαφέρον για την ποιότητα συνίσταται επίσης στις προσπάθειες περιορισμού της σπατάλης και της μη αποδοτικότητας για να διασφαλιστεί ότι οι πόροι χρησιμοποιούνται με τέτοιο τρόπο ώστε να αποκομίζονται πλήρως τα οφέλη τους. Η ποιότητα αποτελεί έννοια διαχρονικά επίκαιρη καθώς ενσωματώνει τις πραγματικές κοινωνικές και οικονομικές απαιτήσεις, όπως προσδιορίζονται κάθε φορά ως προς το χώρο και το χρόνο.

Η σημαντικότερη παράμετρος της ποιότητας είναι η ασφάλεια του ασθενούς, η οποία θα πρέπει να αποτελεί τον σημαντικότερο στόχο για κάθε σύγχρονο σύστημα υγείας. Ως ασφάλεια του ασθενούς ορίζεται η προστασία του ασθενούς από τα πρόσθετα προβλήματα ή ενδεχόμενες βλάβες που προκύπτουν κατά την παροχή φροντίδας υγείας. Τα ιατρικά λάθη αποτελούν δείκτη πλημμελούς ασφάλειας και είναι κάθε ακούσιο συμβάν που μειώνει ή θα μπορούσε να μειώσει το όριο ασφάλειας κάθε ασθενούς (Graf et al., 2005).

Οι έννοιες του λάθους και του *δυσμενούς συμβάντος* κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας μέχρι πρόσφατα δεν ήταν αποδεκτές. Ο Leape (1994), ο οποίος ήταν ο πρώτος που ασχολήθηκε με την έννοια του λάθους στο χώρο της υγείας, χαρακτηριστικά αναφέρει ότι «οι ιατροί είναι αναμενόμενο να λειτουργούν χωρίς να κάνουν λάθη, μια προσδοκία που οι ίδιοι την μεταφράζουν σε μια ανάγκη να είναι αλάθητοι (...) το λάθος το ερμηνεύουν σαν μια αποτυχία του χαρακτήρα τους (...) δεν ήσουν αρκετά προσεκτικός, άρα δεν προσπάθησες αρκετά σκληρά». Επίσης ο Leape αναφέρει ότι «η αποδοχή έστω και 0,1% λάθους μεταφράζεται κατ' αντιστοιχία σε δύο ανασφαλείς προσγειώσεις αεροπλάνου την ημέρα στο αεροδρόμιο O'Hare, 16.000 χαμένους φακέλους αλληλογραφίας, 32.000 λανθασμένες τραπεζικές επιταγές ανά ώρα». Επιπλέον, αυτή η ανάγκη των επαγγελματιών υγείας να είναι άτρωτοι δημιουργεί ισχυρές πιέσεις, έτσι ώστε τα λάθη να καλύπτονται και να μη γίνονται αποδεκτά (Leape, 1994). Για το λόγο αυτό, τα λάθη μέχρι και σήμερα συζητούνται πολλές φορές «πίσω από κλειστές πόρτες». Ένας άλλος ερευνητής, ο Hilfiker (1984), περιέγραψε το ζήτημα της ασφάλειας του ασθενούς με την πρόταση: «Το ιατρικό επάγγελμα φαίνεται ότι απλά δεν έχει χώρο για τα λάθη του (...) κάποιος θα μπορεί να σκεφτεί ότι τα λάθη είναι στην ίδια κατηγορία με τις αμαρτίες: είναι επιτρεπτό να μιλάμε γι αυτές μόνο όταν συμβαίνουν στους άλλους ανθρώπους». Επισήμανε επίσης, «αν και δεν είναι συνήθως αμαρτίες, διεγείρουν τα ίδια συναισθήματα ενοχής» (Hilfiker, 1984).

Οι λόγοι για τους οποίους προέκυψε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τα λάθη και τα δυσμενή συμβάντα στην υγεία είναι κυρίως δύο (2). Ο πρώτος είναι ότι τα λάθη σχετίζονται με την έννοια της ποιότητας στο χώρο της υγείας και την ασφάλεια των ασθενών. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ένωση, το 8-12% των νοσηλευόμενων ασθενών αντιμετωπίζουν ανεπιθύμητα συμβάντα που σχετίζονται με τη διάγνωση, τις εργαστηριακές εξετάσεις, τη χορήγηση φαρμάκων, τις νοσοκομειακές λοιμώξεις, τα

χειρουργικά σφάλματα και τη χρήση ακατάλληλων ιατρικών συσκευών. Επίσης στις ΗΠΑ, οι θάνατοι από ιατρικά λάθη που μπορούν να προληφθούν μέσα στο νοσοκομείο κυμαίνονται από 210.000 έως 440.000 ετησίως τοποθετώντας τα ιατρικά λάθη στην τρίτη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τον καρκίνο (James, 2013).

Ο δεύτερος λόγος είναι ότι τα δυσμενή συμβάντα είναι στενά συνδεδεμένα με δικαστικές διαμάχες για διεκδίκηση υψηλών αποζημιώσεις από τη μεριά των ασθενών. Οι διαμάχες αυτές ξεκίνησαν στις ΗΠΑ από τις ασφαλιστικές εταιρείες λόγω της αύξησης του κόστους των νοσηλίων από την παρατεταμένη παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο (Brennan et al., 1991, Leape et al., 1991). Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι το κόστος από τα δυσμενή συμβάντα αυξάνει και το κόστος λειτουργίας των ίδιων των νοσοκομείων (Rigby and Litt, 2000).

Τα μέσα πρόληψης και αντιμετώπισης των λαθών και των δυσμενών συμβάντων στις μέρες μας είναι δύο (2): (α) η εκπαίδευση και (β) η τιμωρία. Σχετικά με την εκπαίδευση στον τομέα της Ιατρικής δίδεται βαρύτητα στη γνώση και στον τομέα της Νοσηλευτικής στην εφαρμογή συγκεκριμένων πρωτοκόλλων. Παράλληλα η τιμωρία χρησιμοποιείται ως μέσο ορθής άσκηση του επαγγέλματος (Leape, 1994). Αυτό έχει όμως ως άμεση συνέπεια την απόκρυψη των λαθών, καθιστώντας τα επαγγέλματα υγείας ως αναξιόπιστα. Κάθε λάθος που αποκρύπτεται αποτελεί μια χαμένη ευκαιρία για να ληφθούν μέτρα για την μείωση και την πρόληψή τους.

Τα λάθη και τα δυσμενή συμβάντα στο χώρο της υγείας δημιουργούν επιστημονικά, νομικά, ηθικά και πρακτικά ζητήματα τα οποία καλούνται να διαχειριστούν οι επαγγελματίες υγείας (Barach and Small, 2000). Αποτελεί πλέον επιτακτική ανάγκη να αναπτυχθούν μηχανισμοί για την πρόληψη και αντιμετώπιση των λαθών. Τις τελευταίες δεκαετίες στο εξωτερικό έχει ξεκινήσει συστηματικά η διαδικασία αναγνώρισης και αναφοράς των λαθών και των ανεπιθύμητων συμβάντων. Στα πλαίσια της συστηματικής προσπάθειας αντιμετώπισης τους έχουν συσταθεί και ειδικές επιτροπές και συμβούλια ανά επαγγελματική κατηγορία (πχ UKCC στην Αγγλία για το επάγγελμα της νοσηλευτικής) με σκοπό τον καθορισμό της πολιτικής και τον έλεγχο της εφαρμογής του πλαισίου των δεοντολογικών αρχών του επαγγέλματος. Επίσης διάφορες επιτροπές μελετούν τα λάθη και τα δυσμενή συμβάντα που αναφέρονται από τους επαγγελματίες υγείας ή τους φορείς, προκειμένου να καθοριστούν συγκεκριμένες πολιτικές που ως στόχο θα έχουν τη μείωσή τους και κατά συνέπεια τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ανάπτυξη κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς.

Αποτελεί όμως ζήτημα μείζονος σημασίας η αποδοχή της αντίληψης ότι τα λάθη δεν θα εξαλειφθούν ακόμα και αν εφαρμοστούν τα καλύτερα συστήματα αναφοράς και καταγραφής αυτών. Άρα τα λάθη θα πρέπει να είναι αναμενόμενα και στους καλύτερους οργανισμούς. Συστήματα τα οποία βασίζονται στο αλάθητο των επαγγελματιών υγείας είναι καταδικασμένα να αποτύχουν (Leape, 1994). Με γνώμονα λοιπόν αυτή την αρχή, δεν πρέπει να αναζητούνται ονόματα, να αποδίδονται κατηγορίες και να κυριαρχούν αισθήματα ντροπής και θλίψης. Αντίθετα θα πρέπει να

ενθαρρύνονται οι επαγγελματίες υγείας ώστε να διακρίνουν αρχικά τα λάθη και να τα αναφέρουν στην συνέχεια ώστε να θεραπεύεται κάθε αδυναμία (Reason, 2000).

Η πρώτη δημόσια επιστημονική αποδοχή ότι τα λάθη και τα δυσμενή συμβάντα στην υγεία αποτελούν μια θλιβερή πραγματικότητα έγινε με την δημοσιοποίηση της μελέτης «To err is human», το 2000 από το το Ινστιτούτο της Ιατρικής στην Αμερική (Institute of Medicine, IOM). Σύμφωνα λοιπόν με τη μελέτη αυτή «τα λάθη μπορούν να προληφθούν, σχεδιάζοντας συστήματα στα οποία οι εργαζόμενοι θα είναι δύσκολο να κάνουν λάθος και εύκολο να κάνουν το σωστό. Είναι μέρος της ανθρώπινης φύσης να κάνει λάθη, αλλά είναι επίσης μέρος της ανθρώπινης φύσης να βρίσκει λύσεις και να αντιμετωπίζει τις προκλήσεις» (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2000).

Στον ελληνικό χώρο η έλλειψη δημοσιευμένων μελετών σχετικά με την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς και τα ανεπιθύμητα συμβάντα στο χώρο της υγείας είναι αξιοσημείωτη. Η έρευνα αυτή αποτελεί την πρώτη συνολική προσπάθεια αξιολόγησης της στάσης των επαγγελματιών υγείας στο σύνολό τους σε θέματα ασφάλειας του ασθενούς και διαχείρισης των λαθών και δυσμενών συμβάντων κατά την παροχή υγειονομικής φροντίδας σε δημόσια νοσοκομεία της χώρας. Είναι απαραίτητο να δρομολογηθούν και άλλες έρευνες, οι οποίες είτε θα επιβεβαιώσουν και θα εμπλουτίσουν είτε θα απορρίψουν τα παρόντα ευρήματα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα μελέτη δομείται σε εισαγωγή, σε γενικό και ειδικό μέρος. Το γενικό μέρος δομείται σε τρία (3) ευδιάκριτα μέρη. Στα πρώτα τέσσερα (4) κεφάλαια (1-4) επιχειρείται η εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας, των βασικών της αρχών, της σημασίας της καθώς και των θεμελιωδών στοιχείων της. Γίνεται επιπλέον προσπάθεια σύντομης και περιεκτικής παρουσίασης της έννοιας της *Κλινικής Διακυβέρνησης* ως σύστημα Διαχείρισης της Ποιότητας στην υγεία. Στο τελευταίο κεφάλαιο αυτής της ενότητας παρουσιάζονται οι παράγοντες που αναβαθμίζουν και υποβαθμίζουν την ποιότητα και την ασφάλεια της νοσοκομειακής περίθαλψης.

Τα επόμενα πέντε (5) κεφάλαια (5-9) επιχειρείται η αναλυτική περιγραφή του λάθους και του δυσμενούς συμβάντος στην υγεία. Πιο αναλυτικά, το πέμπτο κεφάλαιο εξετάζει το λάθος ως παράμετρος της ποιότητας, τη συνεισφορά του ανθρώπινου λάθους στην πρόκληση των δυσμενών συμβάντων καθώς και τις θεωρητικές προσεγγίσεις και μοντέλα του ανθρώπινου λάθους 1^{ης} και 2^{ης} γενιάς. Στο έκτο κεφάλαιο αναλύεται το λάθος στο χώρο της υγείας. Το έβδομο κεφάλαιο κάνει εκτενή αναφορά στην καταγραφή και μελέτη του λάθους στο χώρο της υγείας. Το όγδοο κεφάλαιο περιγράφει τη διαχείριση του λάθους στο χώρο της υγείας. Το ένατο κεφάλαιο γίνεται μια προσπάθεια να παρουσιαστούν οι νομικές, κοινωνικές και οικονομικές προεκτάσεις του λάθους στην υγεία. Στο δέκατο κεφάλαιο περιγράφεται η έννοια της ασφάλειας ως διάσταση της ποιότητας φροντίδας υγείας. Τα κεφάλαια ενδέκατο και δωδέκατο παρουσιάζουν την έννοια της κουλτούρας ασφάλειας και τον

ρόλο της στην διερεύνηση των ατυχημάτων καθώς και τα εργαλεία αξιολόγησής της. Στο δέκατο τρίτο κεφάλαιο επιχειρείται η παρουσίαση της έννοιας της στάσης, των χαρακτηριστικών της και των ειδών κλιμάκων μέτρησης των στάσεων.

Το ειδικό μέρος της μελέτης δομείται σε τρία (3) κεφάλαια (14-16). Στο δέκατο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας. Πιο αναλυτικά παρατίθεται ο καθορισμός και η επιστημονική αξία του ερευνητικού προβληματισμού, ο ερευνητικός σχεδιασμός, το εργαλείο ποσοτικής εκτίμησης της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς, ο έλεγχος εγκυρότητας και αξιοπιστίας του εργαλείου εκτίμησης της κουλτούρας ασφάλειας, η οριοθέτηση του πληθυσμού έρευνας και τα κριτήρια επιλογής του δείγματος της μελέτης, η μέθοδος συλλογής των δεδομένων, η περιγραφή της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων και τέλος η πιλοτική έρευνα. Στο δέκατο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης και στο τελευταίο κεφάλαιο της μελέτης (δέκατο έκτο) παρουσιάζονται τα κυριότερα συμπεράσματα της έρευνας, η σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας με τα ευρήματα αντίστοιχης έρευνας που διεξήχθη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization, WHO) το 2011 για έξι (6) χώρες (International High 5s Patient Safety Initiative), τέλος η συζήτηση. Ακολουθεί η παράθεση της βιβλιογραφίας και το παράρτημα το οποίο περιλαμβάνει το εργαλείο (ερωτηματολόγιο) της έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Η φιλοσοφία της ποιότητας

*«...η ποιότητα είναι ένας κινούμενος στόχος...που (ίσως) δεν επιτυγχάνεται τέλεια...»
(Brooks (1989), Sunday Times Competition, The best of Health)*

1.1 Εισαγωγή

Η ποιότητα είναι έννοια επίκαιρη, σύνθετη, αλλά και συναρπαστική, καθώς ενσωματώνει με επιστημονικό τρόπο τις πραγματικές κοινωνικές και οικονομικές απαιτήσεις, όπως προσδιορίζονται κάθε φορά ως προς το χώρο και το χρόνο. Η ποιότητα αποτελεί υψίστης σημασίας έννοια για τις σύγχρονες κοινωνίες και οικονομίες καθώς συνιστά θεμελιώδη στρατηγικό επιχειρησιακό παράγοντα επιτυχίας και γι' αυτό το λόγο αποτελεί αντικείμενο έντονης επιστημονικής αναζήτησης τα τελευταία χρόνια. Παρά της στρατηγικής σημασίας επιχειρησιακή ανάγκη για την ενσωμάτωση χαρακτηριστικών ποιότητας στο σχεδιασμό προϊόντων και υπηρεσιών, η έννοια της ποιότητας είναι βαθιά πολύπλοκη και ανθρωποκεντρική αφού προσπαθεί να συνδέσει τις ανθρώπινες ανάγκες με τις ανθρώπινες δραστηριότητες. Η ποιότητα στον τομέα της υγείας αποτελεί τον πιο αμφιλεγόμενο όρο αφού είναι δυναμική και πολυδιάστατη και δεν υπάρχει ένας ενιαίος ορισμός για να την περιγράψει.

1.2 Προσδιορισμός της έννοιας της ποιότητας

Η *ποιότητα* είναι έννοια υποκειμενική και δυναμική ως προς το περιεχόμενο της. Τροποποιείται ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο κάθε φορά εντάσσεται, όπως και από το βαθμό στον οποίο εκφράζει τις πραγματικές ανάγκες των πελατών οι οποίες συνδέονται με χρονικές αλλά και χωρικές παραμέτρους (Casson and George, 1992). Τα σύνθετα συστήματα διοίκησης της ποιότητας, τα οποία αναπτύχθηκαν τα τελευταία χρόνια έχουν επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό από το έργο μιας ομάδας Αμερικανών και Ιαπώνων επιστημόνων που είναι γνωστοί ως οι «γκουρού» της ποιότητας (Deming, Juran, Feigenbaum, Crosby, Ishikawa, Taguchi).

Ο ορισμός της *ποιότητας* είναι δυσδιάστατος: η μια διάσταση αφορά τον πελάτη-χρήστη και η άλλη τον παραγωγό του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Σύμφωνα με την οπτική του πελάτη - χρήστη, η ποιότητα συνδέεται με τις προσδοκίες και την ικανοποίηση ενώ από την οπτική του παραγωγού συνδέεται με την ποιότητα σχεδιασμού και την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να ανταποκριθεί στις προδιαγραφές οι οποίες έχουν τεθεί στο στάδιο του σχεδιασμού. Κατά συνέπεια ο παραγωγός διασφαλίζει κατά την παραγωγική διαδικασία, την ύπαρξη χαρακτηριστικών τα οποία σχετίζονται με τις ανάγκες του πελάτη και γι' αυτό το λόγο τελικά η ποιότητα ετεροπροσδιορίζεται και αξιολογείται από τον πελάτη.

Ένας διεθνώς αναγνωρισμένος γενικός ορισμός της έννοιας της *ποιότητας* προέρχεται από τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (International Organization for Standardization, ISO) και ενσωματώνει αρκετές από τις τρέχουσες προσεγγίσεις και ιδιαίτερα αυτές που συνδέονται με τις προσδοκίες και τις ανάγκες των πελατών (ΕΛΟΤ EN ISO 9000:2000): «Η *ποιότητα* ορίζεται ως το σύνολο των

χαρακτηριστικών και των ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που καλύπτουν τις προσδοκίες και ικανοποιούν τις πραγματικές (εκφρασμένες ή συνεπαγόμενες) ανάγκες των χρηστών».

Για πολλούς ερευνητές, η έννοια της *ποιότητας* μεταβάλλεται και μετασχηματίζεται ανάλογα με τις αλλαγές στην οργάνωση και τη διοίκηση των οργανισμών. Στο Διάγραμμα 1.1 που ακολουθεί παρουσιάζονται ορισμένοι από τους ευρέως αποδεκτούς ορισμούς της ποιότητας.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.1 Ορισμοί της ποιότητας για ένα προϊόν ή μια υπηρεσία

Crosby	• Η ποιότητα για ένα προϊόν ή μια υπηρεσία είναι η συμμόρφωση με τις απαιτήσεις - προδιαγραφές του.
Deming	• Η ποιότητα για ένα προϊόν ή μια υπηρεσία είναι η προβλέψιμη ομοιομορφία και αξιοπιστία του σε χαμηλό κόστος και η καταλληλότητά του για την αγορά.
Feigenbaum	• Η ποιότητα για ένα προϊόν ή μια υπηρεσία είναι σύνθετο άθροισμα των χαρακτηριστικών του marketing, της μηχανικής, της παραγωγής και της συντήρησης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας μέσω των οποίων το προϊόν ή η υπηρεσία όταν αποδοθούν σε χρήση θα ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του πελάτη.
Ishikawa	• Η ποιότητα περιλαμβάνει την ανταπόκριση ή την υπερκάλυψη των προσδοκιών των πελατών. Εφαρμόζεται στα προϊόντα, στις υπηρεσίες, στους ανθρώπους, στις διαδικασίες και στο περιβάλλον και αποτελεί μια διαρκώς μεταβαλλόμενη κατάσταση.
Juran	• Η ποιότητα για ένα προϊόν ή μια υπηρεσία είναι η καταλληλότητά του για χρήση.
Taguchi	• Η ποιότητα για ένα προϊόν ή μια υπηρεσία είναι η πρόκληση ελαχίστων απωλειών στο κοινωνικό σύνολο από τη στιγμή που το προϊόν διατίθεται στην κατανάλωση.

Πηγή: (Παπανικολάου, 2007)

Οι Reeves και Bednar (1994), προσέγγισαν την *ποιότητα* ως: «αριστεία» (Excellence), «αξία» (Value), «συμμόρφωση με προδιαγραφές» (Conformance to specifications), και «κάλυψη των προσδοκιών των χρηστών» (Meeting Customers Expectations) (Reeves and Bednar, 1994). Ο Δερβιτσιώτης (2001), ορίζει την *ποιότητα* για ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ως «την προσφερόμενη στον πελάτη αξία για τη συνολική διάρκεια χρήσης του προϊόντος / υπηρεσίας σε σχέση με το συνολικό οικονομικό και ψυχολογικό κόστος για τον κύκλο ζωής του προϊόντος ή της υπηρεσίας» (Δερβιτσιώτης, 2001).

Τις τελευταίες δεκαετίες οι προσεγγίσεις της ποιότητας (πχ δημοκρατική προσέγγιση, democratic approach) εμπλέκουν εκτός από τον πελάτη και τον παραγωγό και το σύνολο των κοινωνικών και οικονομικών εταίρων (stakeholders). Σύμφωνα λοιπόν με τις εν λόγω προσεγγίσεις, ως *ποιότητα* εκλαμβάνεται το «μέτρο» (measure) των συμφωνημένων (consensus) στόχων (Pfeffer and Coote, 1991) που έχουν τεθεί στην φάση του σχεδιασμού των προϊόντων ή των υπηρεσιών, για να καλύψουν το συμφέρον των εμπλεκόμενων μερών (Kirkpatrick and Martinez-Lucio, 1995). Η έννοια της ποιότητας ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας σε έναν οργανισμό νοσοκομειακής περίθαλψης, διευρύνεται πέρα της ικανοποίησης των ασθενών, σε ζητήματα όπως η υγιεινή και η ασφάλεια των εργαζομένων, η μόλυνση του περιβάλλοντος από την λανθασμένη διαχείριση των νοσοκομειακών αποβλήτων κα.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα, αλλά οι προαναφερθέντες ορισμοί προσπαθούν να θέσουν τις βάσεις για την ουσιαστική και αποτελεσματική λειτουργία της έννοιας αυτής. Η ποιότητα λοιπόν μπορεί να οριοθετηθεί εννοιολογικά ως μια δυναμική κατάσταση η οποία συνδέεται με τα προϊόντα, τις υπηρεσίες, τους ανθρώπους, τις διαδικασίες και το περιβάλλον και ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη.

1.3 Διαστάσεις ποιότητας προϊόντων και υπηρεσιών

Για την μέτρηση της ποιότητας, συχνά γίνεται αναφορά στην βιβλιογραφία, στις διαστάσεις της ποιότητας, οι οποίες αποτελούν μεθοδολογικές προσεγγίσεις για την ομαδοποίηση συγκεκριμένων χαρακτηριστικών ποιότητας προϊόντων ή υπηρεσιών. Στον Πίνακα 1.1 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι διαστάσεις τις οποίες χρησιμοποιεί ο χρήστης - πελάτης για την αξιολόγηση της ποιότητας των προϊόντων κατά τον (Garvin, 1988). Μπορεί να τις χρησιμοποιήσει όλες ή κάποιες από αυτές ανάλογα με τις ανάγκες και τις προσδοκίες του.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1 Ποιοτικές διαστάσεις στα προϊόντα

Απόδοση (Performance)	Ο βαθμός στον οποίο το προϊόν ανταποκρίνεται στη χρήση την οποία επιθυμεί ο πελάτης.
Αξιοπιστία (Reliability)	Πόσο συχνά παρουσιάζονται προβλήματα και πόσο σοβαρά είναι αυτά.
Αισθητική (Aesthetics)	Αισθητικά χαρακτηριστικά προϊόντος.
Αντιληφθείσα Ποιότητα (Perceived Quality)	Η υποκειμενική κρίση η οποία βασίζεται στην εικόνα, στο όνομα του προϊόντος και σε άλλες έμμεσες μετρήσεις ποιότητας.
Διάρκεια (Durability)	Η χρονική διάρκεια χρήσης του προϊόντος προτού χρειαστεί να επισκευαστεί ή να αντικατασταθεί.
Δευτερεύοντα Χαρακτηριστικά (Features)	Ειδικά – Δευτερεύοντα χαρακτηριστικά τα οποία προσελκύουν τον χρήστη – πελάτη.
Επισκευή (Serviceability)	Το κόστος, η ευκολία και η ταχύτητα επιδιόρθωσης και συντήρησης.
Συμμόρφωση με τα πρότυπα (Conformance)	Ο βαθμός στον οποίο τα κύρια και τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του προϊόντος συμμορφώνονται με τα πρότυπα.

Πηγή: (Garvin, 1988)

Πολλές από τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την Βελτίωση της Ποιότητας των προϊόντων είναι χρήσιμες και για τη Βελτίωση της Ποιότητας των υπηρεσιών. Στην περίπτωση όμως των υπηρεσιών, στις οποίες εμπίπτουν και οι υπηρεσίες υγείας, προκύπτουν επιπρόσθετες δυσκολίες λόγω κάποιων χαρακτηριστικών τους. Αυτά είναι τα ακόλουθα (Wilkinson and Willmott, 1995):

- Οι υπηρεσίες αποτελούν άυλα αγαθά με αποτέλεσμα να μην μπορούν να προσδιοριστούν πλήρως από τον πάροχο τους και να παρουσιάζουν επιπλέον δυσκολία και στην αξιολόγησή τους από τον πελάτη – χρήστη.
- Οι υπηρεσίες καταναλώνονται κατά τη στιγμή που παράγονται και δεν μπορούν να αποθηκευτούν ή να μεταφερθούν.
- Συχνά οι πελάτες – χρήστες των υπηρεσιών συμμετέχουν άμεσα στην παραγωγή των υπηρεσιών.
- Όταν ο πελάτης – χρήστης πληρώνει για κάποια υπηρεσία δε γίνεται ιδιοκτήτης κάποιου πράγματος.
- Οι υπηρεσίες είναι δραστηριότητες ή διαδικασίες και ο πελάτης – χρήστης δεν μπορεί να τις ελέγξει πριν τις αγοράσει.
- Οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών είναι αναγκασμένοι να διεκπεραιώνουν συνήθως μεγάλο όγκο συναλλαγών γεγονός που αυξάνει την πιθανότητα λάθους.

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, ο βαθμός σημαντικότητας που αποδίδεται σε κάθε διάσταση ή χαρακτηριστικό της ποιότητας, για διαφορετικά προϊόντα ή υπηρεσίες μπορεί να διαφέρει σημαντικά. Για παράδειγμα, στα προϊόντα, οι διαστάσεις των λειτουργικών χαρακτηριστικών και της αξιοπιστίας μπορεί να είναι σημαντικότερες από τα αισθητικά χαρακτηριστικά. Στις υπηρεσίες, οι ανάγκες και οι απαιτήσεις των πελατών είναι δύσκολο να αναγνωριστούν και να μετρηθούν, γιατί ο κάθε χρήστης παρουσιάζει ιδιαίτερες ανάγκες. Από αυτή την οπτική, ο κάθε άνθρωπος είναι σημαντικός και έχει ιδιαίτερες ανάγκες. Η διαπίστωση αυτή είναι μείζονος σημασίας για τη παροχή σύνθετων και ευαίσθητων υπηρεσιών όπως οι υπηρεσίες υγείας.

1.4 Από το βιομηχανικό υπόδειγμα ποιότητας στην ποιοτική φροντίδα υγείας

Με τη βιομηχανική επανάσταση και τη μαζική παραγωγή, στις αρχές του 20ού αιώνα, προέκυψε η ανάγκη ποιοτικού ελέγχου της γραμμής παραγωγής, που αρχικά περιοριζόταν στην επιθεώρηση των πρώτων υλών και των ενδιάμεσων προϊόντων. Τις προδιαγραφές όριζε ο μηχανικός παραγωγής και οτιδήποτε ήταν εκτός ορίων επανεξεταζόταν ή απομακρυνόταν. Ήταν η εποχή όπου στην Αμερική η εταιρεία τηλεπικοινωνιών «American Telephone & Telegraph» (AT&T) εργαζόταν για τη δημιουργία εκτεταμένου δικτύου. Για το σκοπό αυτό ίδρυσε την εταιρία Western Electric, με στόχο να την προμηθεύει πρώτες ύλες (συνδυασμός μαζικής παραγωγής και ταυτόχρονα αυξημένων απαιτήσεων ως προς την αξιοπιστία των προμηθειών και την ποιότητα των υλικών), ενώ δεύτερη θυγατρική, η Bell Telephone Laboratories (Bell Labs), ήταν προσανατολισμένη στην έρευνα και σε θέματα ποιότητας που αφορούσαν στη μαζική παραγωγή, εισάγοντας τη στατιστική μεθοδολογία (Pawlicki and Mundt, 2007).

Ο Genichi Taguchi (1924), δίνει έμφαση στη μηχανική προσέγγιση της ποιότητας. Στηρίζει την άποψη του στο σχεδιασμό της ποιότητας δίνοντας τρία (3) ενδεικτικά επίπεδα (Taguchi et al., 1989).

- i. Σχεδιασμός συστήματος (λειτουργικός σχεδιασμός ο οποίος βασίζεται στην τεχνολογία).
- ii. Παραμετρικός σχεδιασμός (τρόπος να ελαττωθεί το κόστος και να βελτιωθεί η απόδοση χωρίς να εξαλειφθούν οι αιτίες μεταβολών).
- iii. Σχεδιασμός ανοχής (τρόπος να ελαττωθούν οι μεταβολές ελέγχοντας για το σκοπό αυτό τις αιτίες).

Έως τα μέσα του 1940, σημειώθηκε πρόοδος στην προσέγγιση της ποιότητας, καθώς έγινε αντιληπτό από τους ερευνητές της Bell Labs, ότι δεν επαρκεί η απλή επιθεώρηση της καταλληλότητας των ενδιάμεσων προϊόντων μιας γραμμής παραγωγής, αλλά είναι σημαντικός ο έλεγχος των διαδικασιών που οδηγούν στο προϊόν και της διακύμανσής τους. Στις αρχές του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, ο αμερικανικός στρατός εφάρμοσε στατιστικές μεθόδους δειγματοληψίας για τον έλεγχο των προμηθευτών του. Κεντρικό ρόλο στη διάδοση της στατιστικής μεθοδολογίας για τον ποιοτικό έλεγχο της γραμμής παραγωγής διαδραμάτισαν οι Edwards W. Deming και Joseph M. Juran (Pawlicki and Mundt, 2007).

Πιο αναλυτικά, ο Edwards W. Deming συχνά αποκαλείται ο θεμελιωτής του κινήματος της ποιότητας, ήταν στατιστικός από τον οποίο ζήτησαν οι Ιάπωνες να τους βοηθήσει να αλλάξουν την εργασιακή διαδικασία στην Ιαπωνία μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Ο σκοπός τους ήταν να αναπτύξουν ποιοτικά προϊόντα ώστε να μετατρέψουν την άποψη ότι η Ιαπωνία ήταν προμηθευτής φθηνών και χαμηλής ποιότητας εμπορευμάτων. Ο Deming (2000), βασιζόμενος στα δεδομένα και στην εκπαίδευση, ανέπτυξε ένα σύστημα διαχείρισης που ενθάρρυνε τη συμμετοχή των εργαζομένων και ανέλυε την απόδοση του συστήματος και τα προβλήματα για να προτείνει αλλαγές (Deming, 2000).

Ο Deming (2000), στο βιβλίο του «Out of crisis», τονίζει ότι την βασική ευθύνη για την ποιότητα τόσο σε προσωπικό όσο και σε οργανωτικό επίπεδο την έχει η διοίκηση κάθε οργανισμού. Χαρακτηριστικές για το θέμα αυτό είναι οι ακόλουθες φράσεις του: «Η αποτυχία της διοίκησης να προγραμματίσει το μέλλον, προβλέποντας τα πιθανά προβλήματα, προκαλεί σπατάλη ανθρώπινου δυναμικού, πρώτων υλών, χρόνου και μηχανών, τα οποία έχουν σαν αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους παραγωγής άρα και της τελικής τιμής του προϊόντος» (Deming, 2000).

Οι προτάσεις του Deming συνοψίστηκαν (α) στα 14 σημεία του Deming τα οποία αποτέλεσαν την βάση της φιλοσοφίας και της διδασκαλίας του, (β) στις 5 θανατηφόρες ασθένειες (deadly diseases) και (γ) στον κύκλο του Deming (Deming, 2000).

A. Τα 14 σημεία του Deming για τη διοίκηση (Deming, 1993, Deming, 2000)

1. *Δημιουργία σταθερότητας και συνέπειας του σκοπού:* Αυτό εξηγείται από τον Deming ότι το μάνατζμεντ επιφορτίζεται με την υποχρέωση να προγραμματίζει το σήμερα και το αύριο και να προσφέρει μια συντονισμένη και οργανωμένη προσπάθεια για την επίτευξη των στόχων ποιότητας οι οποίοι τίθενται για το αύριο. Η σταθερότητα του σκοπού κατά τον Deming σημαίνει καινοτομία, έρευνα και εκπαίδευση, συνεχή βελτίωση των προϊόντων και υπηρεσιών και συντήρηση του εξοπλισμού και της παραγωγικής μονάδας.
2. *Υιοθέτηση της νέας φιλοσοφίας από την διοίκηση:* Η κουλτούρα της ποιότητας πρέπει να γίνει αναπόσπαστο μέρος του οργανισμού.
3. *Ανεξαρτητοποίηση από την απλή θεώρηση του «επιθεώρηση» του προϊόντος:* Η ποιότητα πρέπει να είναι ενσωματωμένη στην παραγωγή όμως η επιθεώρηση δεν κάνει τίποτα για να αποτρέψει ξανά την εμφάνιση του ελαττώματος. Ο Deming υποστηρίζει ότι η ποιότητα πηγάζει από τη βελτίωση της διεργασίας και όχι από την επιθεώρηση.
4. *Τερματισμός της επιλογής των προμηθευτών με μόνο κριτήριο την τιμή.*
5. *Συνεχής βελτίωση της παραγωγής και της εξυπηρέτησης:* Ο Deming υποστηρίζει ότι η ποιότητα πρέπει να ενσωματωθεί από την φάση της σχεδίασης.
6. *Καθιέρωση της εκπαίδευσης και της επανεκπαίδευσης:* Η συστηματική εκπαίδευση των εργαζομένων στις αρχές και τις πρακτικές του μάνατζμεντ της ποιότητας και των εργαλείων ποιότητας αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της εργασιακής δεοντολογίας.
7. *Αποτελεσματική ηγεσία:* Η δημιουργία ενός πραγματικού πνεύματος ηγεσίας και παράλληλης αυτοκαθοδήγησης είναι πρωταρχική απαίτηση της νοοτροπίας της ποιότητας.
8. *Αποβολή του φόβου και ενθάρρυνση της αμφίδρομης επικοινωνίας:* Η νοοτροπία της επίρριψης ευθυνών πρέπει να δώσει τη θέση της στη νοοτροπία της επίλυσης προβλημάτων.
9. *Κατάργηση των διατμηματικών στεγανών και επίλυση προβλημάτων μέσω της ομαδικής εργασίας.*
10. *Θέσπιση εφικτών στόχων και κατάργηση των σλόγκαν:* Τα σλόγκαν (πχ «μηδέν ελαττώματα») πρέπει να αποφεύγονται καθώς αντικατοπτρίζουν ιδανικές καταστάσεις οι οποίες δεν έχουν καμία σχέση από πλευράς ποιότητας με την πραγματικότητα.
11. *Κατάργηση των αριθμητικών ποσοτώσεων:* Η εφαρμογή ποσοτικών μέτρων στην εργασία έχει αποδεδειγμένα προκαλέσει αμηχανία στο προσωπικό δεδομένου ότι στα κριτήρια απόδοσης δεν λαμβάνεται υπόψιν η προσπάθεια.
12. *Άρση των εμποδίων στην ανάπτυξη της υπερηφάνειας του εργαζομένου:* Τα ατομικά συστήματα κινήτρων, η σύγκρουση, η έλλειψη κατανόησης μεταξύ διαφορετικών τμημάτων, η έλλειψη εκπαίδευσης, η υπερβολικά συχνή αλλαγή των κανόνων και η συμπεριφορά των προϊσταμένων είναι μερικοί παράγοντες

οι οποίοι εμποδίζουν τον εργαζόμενο να αναπτύξει υπερηφάνεια για την υπηρεσία την οποία παρέχει.

13. *Εισαγωγή και εγκαθίδρυση συνεχών και σύγχρονων προγραμμάτων εκπαίδευσης:* Οι εργαζόμενοι πρέπει να εκπαιδευτούν και να επιμορφωθούν ώστε να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις των νέων θέσεων εργασίας. Η εκπαίδευση κατά τον Deming είναι ένας τρόπος εξέλιξης και βελτίωσης της ικανότητας των εργαζομένων να ανταποκρίνονται στον ρόλο τους στο χώρο εργασίας.
14. *Μόνιμη δέσμευση της ανώτερης διοίκησης ως προς την συνεχή βελτίωση της ποιότητας και της παραγωγικότητας.*

B. Οι «5 θανατηφόρες ασθένειες» του Deming

Ο Deming (1993, 2000), υποστηρίζει ότι το μάνατζμεντ στην Δύση πάσχει από ορισμένες θανάσιμες ασθένειες, οι οποίες εμποδίζουν την ανάπτυξη αποτελεσματικών μεθόδων μάνατζμεντ. Οι παθογένειες αυτές είναι (Deming, 1993, Deming, 2000):

- i. Έλλειψη εμμονής στην επίτευξη στόχων.
- ii. Έμφαση στα βραχυπρόθεσμα κέρδη.
- iii. Αξιολόγηση της απόδοσης ή ετήσια επισκόπηση.
- iv. Συνεχείς αλλαγές της διοίκησης.
- v. Διοίκηση με βάση τα προφανή μόνο στοιχεία χωρίς εμβάθυνση σε σημαντικές αλλά όχι προφανείς λεπτομέρειες.

Το σχέδιο δράσης του Deming (1993, 2000), για την αντιμετώπιση των προαναφερθέντων παθογενειών συνοψίζεται σε επτά (7) σημεία (Deming, 1993, Deming, 2000):

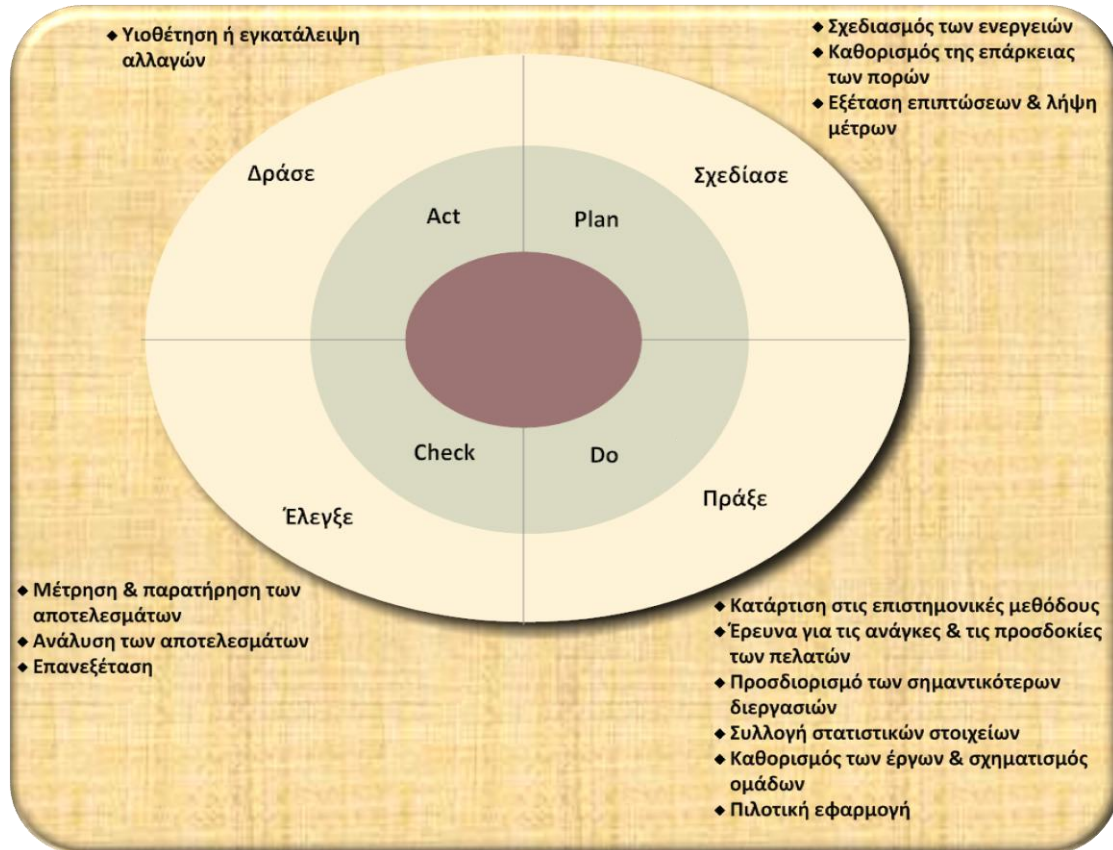
- i. Στην τήρηση των δεκατεσσάρων (14) αρχών για την διοίκηση που αναφέρθηκαν προηγουμένως.
- ii. Στο αίσθημα υπερηφάνειας της διοίκησης και μετάδοσής του στους υπολοίπους.
- iii. Στην επεξήγηση από την πλευρά της διοίκησης των λόγων που επιβάλλουν τις απερχόμενες αλλαγές.
- iv. Στο χωρισμό των διαφόρων δραστηριοτήτων σε στάδια / φάσεις.
- v. Στην υιοθέτηση οργάνωσης που διασφαλίζει τη συνεχή βελτίωση.
- vi. Στην ομαδική εργασία σε όλα τα επίπεδα.
- vii. Στην οργανωτική δομή προσανατολισμένη στην ποιότητα.

Γ. Ο κύκλος του Deming

Ο Deming (2000), τροποποίησε την κυκλική διαδικασία του Shewhart (από τρία (3) σε τέσσερα (4) στάδια) και προτείνει έναν συνεχή κύκλο εργασιών ο οποίος θα συμβάλει στην ενίσχυση και την εδραίωση της ποιότητας στον οργανισμό. Ο κύκλος

αποτελείται από τέσσερα (4) βασικά στάδια, όπου το ένα ακολουθεί το άλλο με μια προκαθορισμένη σειρά η οποία επαναλαμβάνεται διαρκώς. Είναι το κλασσικό μοντέλο επίλυσης προβλήματος και αυτοτροφοδοτούμενης μάθησης. Τα τέσσερα (4) αυτά στάδια παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 1.2 (Deming, 2000):

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.2 Ο κύκλος του Deming

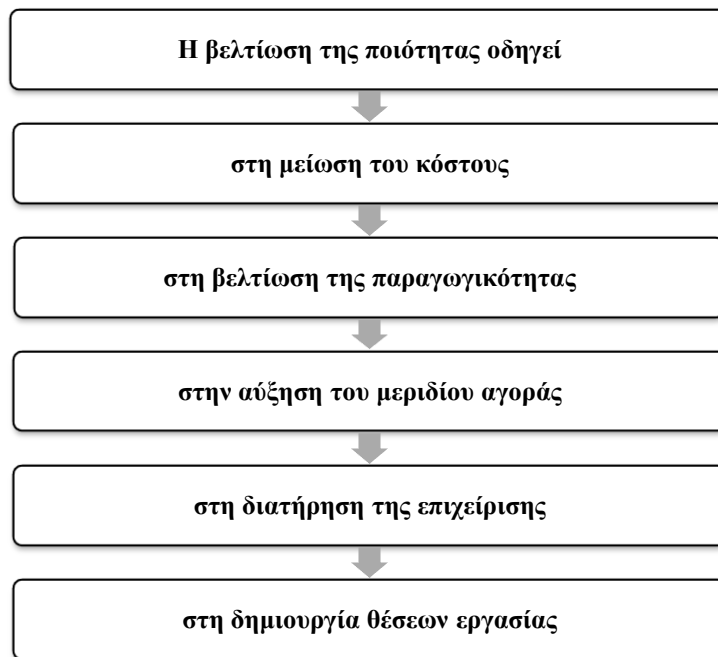


Πηγή: (Deming, 2000)

Δ. Αλυσίδα αντίδρασης του Deming

Ο Deming διατύπωσε επιπλέον, την «αλυσίδα αντίδρασης» (Διάγραμμα 1.3) η οποία συνδέει την ποιότητα, την παραγωγικότητα, το μερίδιο της αγοράς και την εργασία. Συγκεκριμένα αναφέρει ότι (Deming, 2000):

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.3 Η αλυσίδα αντίδρασης του Deming



Πηγή: (Deming, 2000)

Ένας άλλος θεμελιωτής της ποιότητας, ο Joseph M. Juran (1989), εξέλιξε τον ποιοτικό έλεγχο και τις στατιστικές τεχνικές σε μια πιο ολοκληρωμένη διαδικασία της Διαχείρισης Ολικής Ποιότητας. Όπως και στην περίπτωση του Deming (2000), οι γνώσεις του στην ανάλυση διαδικασιών και δεδομένων αποτέλεσαν τα θεμέλια των διαχειριστικών τεχνικών που διακρήρυττε (Juran, 1989).

Ο Juran (1986), ανέπτυξε την αρχή Pareto, σύμφωνα με την οποία, το 80% ενός προβλήματος οφείλεται μόνο στο 20% των πιθανών αιτιών ενώ μόνο το 20% του συγκεκριμένου προβλήματος, οφείλεται στο 80% των πιθανών αιτιών (Juran, 1986).

Το κύριο σημείο της θεωρίας του, η τριλογία του Juran (1986), «The Quality Trilogy» (Διάγραμμα 1.4), εξετάζει τον προγραμματισμό, τον έλεγχο και τη Βελτίωση της Ποιότητας, (Juran, 1986).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.4 Η τριλογία του Juran



Πηγή: (Juran, 1986)

Η ποιότητα σύμφωνα με τον Juran (1988), δεν προκύπτει τυχαία, πρέπει να προσχεδιάζεται. Προσδιορισμός ποιότητας σύμφωνα με τον Juran σημαίνει (Juran, 1988):

- i. Προσδιορισμός των πελατών και των αναγκών τους. Ο Juran με τον όρο *πελάτης* αναφέρεται στον εσωτερικό πελάτη ο οποίος βασίζεται στο αποτέλεσμα μια συγκεκριμένης εσωτερικής διεργασίας.
- ii. Μετάφραση των αναγκών του πελάτη σε μια γλώσσα την οποία μπορεί να κατανοήσει ο καθένας και να αναπτύξει ένα προϊόν/υπηρεσία το οποίο μπορεί να ανταποκριθεί σε αυτές τις ανάγκες.
- iii. Βελτίωση των χαρακτηριστικών του προϊόντος.
- iv. Μεταφορά των διεργασιών στις λειτουργίες εφόσον έχουν εδραιωθεί οι συνθήκες λειτουργίας και έχουν αποδειχθεί ως οι πλέον ευνοϊκές.
- v. Εκμετάλλευση κάθε ευκαιρίας για βελτίωση της ποιότητας και του κόστους.

Έλεγχος ποιότητας, κατά τους Juran και Gryna (1980), είναι η διαδικασία εντοπισμού και διόρθωσης μια δυσμενούς μεταβολής αμέσως μόλις συμβεί και η βελτίωση ποιότητας είναι απαραίτητη για να μειωθεί η χρόνια σπατάλη και να επιτευχθεί μια νέα βελτιωμένη ζώνη ποιοτικού ελέγχου. Τέλος οι ίδιοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η διοίκηση και όχι το εργατικό δυναμικό είναι αυτή που έχει επίδραση σε ζητήματα ποιότητας (Juran and Gryna, 1980).

Μετά τον Πόλεμο, τα ηνία πήραν Ιάπωνες ερευνητές, όπως ο Kaoru Ishikawa του Πανεπιστημίου του Τόκιο, ο οποίος κατάφερε να πείσει τα υψηλά κλιμάκια διοίκησης ότι μια προσέγγιση της εταιρείας στον έλεγχο ποιότητας ήταν απαραίτητη για την επίτευξη καθολικής επιτυχίας. Οι ιαπωνικές εταιρίες άρχισαν να συμπεριφέρονται στους εργαζομένους τους ως μέλη μιας οικογένειας ζητώντας την ίδια στιγμή μια περισσότερο ενεργή συμμετοχή τους σε θέματα ελέγχου ποιότητας. Το γνωστό δέντρο εύρεσης λαθών ή προβλημάτων ή διαγράμματα τύπου ψαροκόκαλου, είναι γνωστό ως διάγραμμα Ishikawa, ενδεικτικό της ευρείας χρήσης του από τις ιαπωνικές επιχειρήσεις (Ishikawa, 1985).

Ο Ishikawa (1985), εισήγαγε επτά (7) εργαλεία για το σχεδιασμό και τη διαχείριση της ποιότητας, που χρησιμοποιούνται έως σήμερα (Διάγραμμα 1.5). Τα ιαπωνικά προϊόντα έγιναν τόσο ανταγωνιστικά, σε τιμή και ποιότητα, ώστε έως τα τέλη του 1970 εκτόπισαν μεγάλους τομείς της αμερικανικής βιομηχανίας, όπως των ηλεκτρονικών και των αυτοκινήτων. Αυτό που διαφοροποίησε τους Ιάπωνες ήταν ότι προέκτειναν την έννοια της ποιότητας από τις στατιστικές μετρήσεις της παραγωγής στη διαμόρφωση μιας κουλτούρας που αφορούσε σε όλους τους εργαζόμενους στον οργανισμό (Ishikawa, 1985).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.5 Βασικά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας

Διάγραμμα αιτίας - αποτελέσματος (Cause and effect diagram/fishbone diagram)	• Προσδιορίζει πολλές πιθανές αιτίες ενός προβλήματος.
Φύλλο ελέγχου (Check sheet)	• Έντυπο συλλογής στοιχείων για τη συχνότητα συμβάντων.
Διάγραμμα ελέγχου (Control chart/process behaviour chart)	• Για την ποσοτικοποίηση και την πρόβλεψη του αποτελέσματος μιας διαδικασίας.
Ιστόγραμμα (Histogram)	• Καταγραφή και σχηματική αποτύπωση της κατανομής δεδομένων.
Διάγραμμα Pareto (Pareto chart)	• Ανάλυση δεδομένων για την ανάδειξη των πλέον σημαντικών συμβάντων.
Διάγραμμα διασποράς (Scatter diagram)	• Σχηματική μέθοδος για τον καθορισμό της συσχέτισης δύο μεταβλητών.
Στρωμάτωση (Stratification)	• Κατηγοριοποίηση των δεδομένων ώστε να ανδειχθεί το υπόστρωμα μιας κατάστασης (εναλλακτικά χρησιμοποιείται το διάγραμμα ροής (Flow chart)).

Πηγή: (Ishikawa, 1985)

Σύμφωνα με τον Crosby (1979), η διοίκηση προπορεύεται στην επίτευξη της ποιότητας και οι εργαζόμενοι ακολουθούν. Παραθέτει τέσσερα (4) αξιώματα για το μάνατζμεντ της ποιότητας (Crosby, 1979):

- i. Η ποιότητα είναι συμμόρφωση με τις προδιαγραφές. Δεν είναι κατ' ανάγκη ποιοτικό κάτι που είναι «καλό» και «κομψό».
- ii. Η ποιότητα επιτυγχάνεται με πρόληψη και όχι με διαπίστωση της αστοχίας.
- iii. Το πρότυπο απόδοσης είναι τα «μηδέν λάθη».
- iv. Η ποιότητα δεν μετριέται με δείκτες αλλά με το κόστος της μη ποιότητας.

Τα τέσσερα (4) αξιώματα ακολουθούνται από δεκατέσσερα (14) βήματα για την διαδικασία Βελτίωσης Ποιότητας, τα οποία είναι τα ακόλουθα (Crosby, 1979):

- i. Δέσμευση της διοίκησης να ξεκαθαρίζει την θέση της σχετικά με την ποιότητα.

- ii. Δημιουργία ομάδων Βελτίωσης Ποιότητας.
- iii. Μέτρηση της ποιότητας ώστε να παρέχει λεπτομέρειες της μη συμμόρφωσης με τρόπο ο οποίος να επιτρέπει αντικειμενική αξιολόγηση και διόρθωση.
- iv. Κόστος ποιότητας (εκ νέου εξέταση εργασιών, άχρηστα υλικά κα).
- v. Ενημέρωση για ποιότητα, συνείδηση ποιότητας, μέθοδος αύξησης του προσωπικού ενδιαφέροντος όλων των εργαζομένων όσον αφορά την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών.
- vi. Διορθωτική δράση, συστηματική μέθοδος οριστικής επίλυσης προβλημάτων.
- vii. Σχεδιασμός για μηδενικά ελαττώματα, εξέταση των ποικίλων δραστηριοτήτων για προετοιμασία των συνεχιζόμενων φάσεων του σχεδίου βελτίωσης ποιότητας.
- viii. Εκπαίδευση εργαζομένων, κατάρτιση όλων των εργαζομένων.
- ix. Ημέρα «μηδέν ελαττωμάτων».
- x. Θέσπιση στόχων για να μετατραπούν οι σκοποί σε πράξεις, μέσα από την ενθάρρυνση των ατόμων να καθιερώσουν στόχους βελτίωσης για τους εαυτούς τους και τις ομάδες εργασίας τους.
- xi. Άρση των αιτιών των σφαλμάτων.
- xii. Αναγνώριση, παραδοχή της προόδου.
- xiii. Καθιέρωση συμβουλίων ποιότητας.
- xiv. Επανάληψη της διαδικασίας από την αρχή, η διαδικασία βελτίωση της ποιότητας δεν τελειώνει ποτέ.

Το μοντέλο Oakland (1994), έχει σαν βάση του τις σχέσεις πελάτη – προμηθευτή, την ανάπτυξη της επικοινωνίας, τη δέσμευση των στελεχών και την ορθή νοοτροπία. Μπορούμε να συνοψίσουμε το μοντέλο σε πέντε (5) σημεία (Oakland and Porter, 1994, Oakland, 1994):

- i. Πρώτα απ' όλα πρέπει κανείς να προσδιορίσει τις σχέσεις μεταξύ πελάτη και προμηθευτή.
- ii. Έπειτα πρέπει να δημιουργήσει ένα σύστημα για να ελέγχει τις διαδικασίες.
- iii. Να αλλάξει την υπάρχουσα κουλτούρα του οργανισμού σε κουλτούρα διοίκησης ολικής ποιότητας.
- iv. Να βελτιώσει την επικοινωνία σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού.
- v. Να δείξει αφοσίωση στην ποιότητα.

Ο Oakland (1994), θεωρεί ότι οι απόψεις των διαφόρων «γκουρού» μπορούν να συνοψιστούν σε μια πολιτική ποιότητας δέκα (10) σημείων (Oakland, 1994):

- i. Σταθερή και διαρκής δέσμευση προς τη συνεχή βελτίωση.
- ii. Κουλτούρα του οργανισμού, η οποία εκφράζεται με το «κάνε το σωστά με την πρώτη φορά».
- iii. Εκπαίδευση όλου του προσωπικού στην κατανόηση της αλυσίδας πελάτη – προμηθευτή.
- iv. Εισαγωγή της έννοιας του ολικού κόστους.
- v. Συνεχής βελτίωση συστημάτων και διαδικασιών.
- vi. Σύγχρονες μέθοδοι εποπτείας και εκπαίδευσης.

- vii. Κατάργηση διατμηματικών στεγανών.
- viii. Κατάργηση στόχων χωρίς συνέπεια, προδιαγραφών που βασίζονται μόνο σε αριθμούς, εμποδίων για τον εργαζόμενο να έχει και να χαίρεται την ιδιοκτησία μιας επιτυχίας.
- ix. Συνεχή ανάπτυξη εξειδικευμένων στελεχών μέσω της εκπαίδευσης.
- x. Συστηματική επιδίωξη της διοίκησης ολικής ποιότητας.

Η σύγκριση της οπτικής της ποιότητας στην βιομηχανία και την υγεία αποκαλύπτει ότι η ποιότητα και στους δύο χώρους είναι παρόμοια με πλεονεκτήματα και αδυναμίες. Το βιομηχανικό μοντέλο παρουσιάζει περιορισμούς καθώς (Donabedian, 1988):

- Δεν λαμβάνει υπ' όψιν την πολύπλοκη σχέση ιατρού – ασθενούς.
- Υποβιβάζει το ρόλο της γνώσης, των δεξιοτήτων και των κινήτρων του ιατρού.
- Εκλαμβάνει την ποιότητα ως αυτόνομη διαδικασία παρακάμπτοντας επιδεικτικά τη σχέση ποιότητας - κόστους.
- Δίνει περισσότερη προσοχή στις υποστηρικτικές δραστηριότητες και λιγότερη στις κλινικές δραστηριότητες.
- Δίνει λιγότερη έμφαση στην άσκηση επιρροής, στην επαγγελματική επίδοση μέσω της εκπαίδευσης, της δια βίου μάθησης, της επίβλεψης, της ενθάρρυνσης και της επίκρισης.

Από την άλλη, ο Donabedian (1988), υποστηρίζει ότι το μοντέλο της φροντίδας υγείας μπορεί να μάθει πολλά από το βιομηχανικό μοντέλο όπως (Donabedian, 1988):

- Νέα εκτίμηση της παροχής της ποιότητας στη φροντίδα υγείας.
- Την ανάγκη για ακόμη μεγαλύτερη προσοχή στις απαιτήσεις, στις αξίες και στις προσδοκίες των καταναλωτών.
- Την ανάγκη για μεγαλύτερη προσοχή στο σχεδιασμό των συστημάτων και των διαδικασιών ως ένα μέσο διασφάλισης της ποιότητας.
- Την ανάγκη της επέκτασης της παράδοσης της αυτοεπιτήρησης και της προσωπικής αυτονόμησης των ιατρών και σε άλλους επαγγελματίες στον οργανισμό.
- Την ανάγκη για ενίσχυση του ρόλου της Διοίκησης, στην διασφάλιση της ποιότητας της κλινικής φροντίδας.
- Την ανάγκη ανάπτυξης κατάλληλων εφαρμογών, των μεθόδων στατιστικού ελέγχου, στην παρακολούθηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.
- Την ανάγκη για περισσότερη εκπαίδευση και επιμόρφωση στην παρακολούθηση και στη διασφάλιση της ποιότητας για όλους όσους εμπλέκονται.

1.5 Συνοπτική ιστορική αναδρομή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η Βελτίωση της Ποιότητας του επιπέδου ζωής απασχολούσαν τους ανθρώπους από τους αρχαίους χρόνους γεγονός που διαφαίνεται στον Όρκο του Ιπποκράτη, στα έργα του ιατροφιλοσόφου Γαληνού (Πεφάνης 2004) κα. Με το έργο του «Vesalius» σηματοδοτείται η απαρχή της συστηματοποίησης και της καταγραφής της ιατρικής γνώσης και ταυτόχρονα του ολοένα αυξανόμενου ενδιαφέροντος για τις επιστήμες του ανθρώπου (Vesalius, 1543).

Η συστηματική επιστημονική διερεύνηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας ξεκίνησε το 1860 όταν η Αγγλίδα Florence Nightingale που έθεσε τα θεμέλια της νοσηλευτικής επιστήμης, συνέβαλε στην εδραίωση των προγραμμάτων Διασφάλισης Ποιότητας, δημιουργώντας ένα ενιαίο σύστημα για τη συλλογή και την εκτίμηση των στατιστικών δεδομένων των νοσοκομείων (στοιχεία θνητότητας των τραυματιών κατά την διάρκεια του πολέμου της Κριμαίας) (Nightingale, 1860).

Το 1914 ο Ernest Avery Codman, Γενικός Χειρουργός στο νοσοκομείο της Μασαχουσέτης για δεκαπέντε (15) χρόνια, μέχρι που οι ιδέες του προκάλεσαν έντονες διαφωνίες στα πλαίσια της ιατρικής κοινότητας της Βοστώνης και τον οδήγησαν σε παραίτηση, μελέτησε τα τελικά αποτελέσματα της φροντίδας. Επανεξέταξε τους ασθενείς που είχε χειρουργήσει ένα (1) έτος μετά το χειρουργείο για να αξιολογήσει το όφελος και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας. Ήταν ο πρώτος που εισήγαγε την παρακολούθηση των ασθενών μετά από θεραπευτικές επεμβάσεις (follow up). Εξέταζε δείκτες για να προσδιορίσει αν τα προβλήματα σχετίζονταν με τον ασθενή, το σύστημα ή το ιατρό, για να εκτιμήσει τη συχνότητα κάθε προβλήματος και για να αξιολογήσει και να διορθώσει τις μεταβλητές, ώστε να μην επαναλαμβάνονται τα προβλήματα που μπορούν να προληφθούν (Neuhauser, 2002).

Στη συνέχεια, ο A. Flexner πρότεινε την καθιέρωση προτύπων λειτουργίας των ιατρικών σχολών, καθώς ήταν αντιληπτό ότι η ποιότητα της εκπαίδευσης των ιατρών έχει αντίκτυπο στην παρεχόμενη φροντίδα (Beck, 2004). Παράλληλα το 1917, το Αμερικάνικο Κολέγιο Χειρουργών (American Collage of Surgeons) θέσπισε το Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Τυποποίησης (Hospital Standardization Program) πρόδρομος της Αρχής Διαπίστευσης των Οργανισμών Παροχής Υγειονομικής Φροντίδας (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO), που ιδρύθηκε το 1953 στις ΗΠΑ, ως ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός για την αξιολόγηση της λειτουργίας των νοσοκομείων και τη βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονταν από τον δημόσιο φορέα (Roberts et al., 1987).

Τη δεκαετία 1960–1970, στην Αμερική, θεωρείται ότι καθιερώθηκε η συστηματική αξιολόγηση μέσω ενός πλαισίου διασφάλισης της ποιότητας, και μάλιστα με υποχρεωτικό χαρακτήρα, καθώς ήταν απαραίτητη η πιστοποίηση των οργανισμών από την JCAHO για τον έλεγχο της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, με δείκτες τις νέες εισαγωγές και τη διάρκεια νοσηλείας. Ήταν ένα γραφειοκρατικό σύστημα για τον έλεγχο του κόστους των αποζημιώσεων Medicare, που περιόρισε σημαντικά την αυτονομία των ιατρών. Έως τα τέλη του 1970, έγινε η μετάβαση από την επιθεώρηση

μεμονωμένων περιπτώσεων στη στατιστική ανάλυση μοντέλων παροχής φροντίδας, με σημαντική καθυστέρηση σε σχέση με το βιομηχανικό τομέα που ήδη εφαρμοζόταν από το 1930. Μέχρι τότε, η διασφάλιση της ποιότητας στην υγεία είχε περισσότερο ακαδημαϊκό-ερευνητικό χαρακτήρα. Ο Avedis Donabedian (1988, 1992), σε μια ανασκόπηση μελετών της περιόδου 1954–1984, κατέγραψε τις προηγούμενες προσπάθειες και διαμόρφωσε το πλαίσιο διασφάλισης ποιότητας στο τρίπτυχο «σωστές δομές, καλές διαδικασίες και κατάλληλα αποτελέσματα» (sound structures, good processes and suitable outcomes) (Donabedian, 1988, Donabedian, 1992).

Όπως και ο Donabedian, ο Berwick (1989), εστίασε το ενδιαφέρον του στην εφαρμογή γνωστών μεθόδων βελτίωσης της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Ένα από τα πεδία των ενδιαφερόντων του είναι οι οργανωτικές λύσεις για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης. Έχει προτείνει ότι τα ιδρύματα πρέπει να θέτουν σαφείς στόχους, να μετρούν την πρόοδο τους και να χρησιμοποιούν πολλαπλούς πόρους για να ορίζουν τις βέλτιστες πρακτικές (Berwick, 1989).

Ο Berwick (1989), παρατήρησε ότι οι προσπάθειες για ποιοτική βελτίωση εφαρμόζονται πιο εύκολα στο επιχειρησιακό και οργανωτικό μέρος περίθαλψης από ό,τι στο κλινικό. Το ενδιαφέρον του Berwick (1989), στην εκτίμηση της ποιότητας, εστιάζεται στην ανταπόκριση του ασθενούς/καταναλωτή έναντι των προσπαθειών που κάνει ο υγειονομικός οργανισμός για βελτίωση της ποιότητας, ανταπόκριση που σήμερα είναι το επίκεντρο της εκτίμησης της ποιότητας σε πολλούς οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης (Berwick, 1989).

Στην Ευρώπη η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας βρέθηκε στο επίκεντρο για τους παρακάτω λόγους (Schweiger, 2001):

- Μη ασφαλή συστήματα υγείας.
- Μη αποδεκτά επίπεδα αποκλίσεων στην επίδοση, στην πρακτική και στα αποτελέσματα.
- Μη αποτελεσματικές ή αποδοτικές τεχνολογίες στις υπηρεσίες υγείας και στην παροχή αυτών.
- Δυσανεμία χρηστών – ασθενών.
- Άνιση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.
- Λίστες αναμονής.

1.6 Εννοιολογικές προσεγγίσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα εν γένει αποτελεί πολυδιάστατη και σύνθετη έννοια και ακολουθείται από αρκετές διαφορετικές προσεγγίσεις τόσο ως προς τον ορισμό της όσο και ως προς την μέτρησή της. Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα. Από διοικητική σκοπιά, σημαίνει την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας με οικονομικό τρόπο και ορθολογική κατανομή των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων. Από την πλευρά των ασθενών σημαίνει δυνατότητα επιλογής και πρόσβασης στις επιθυμητές και κατάλληλες

υπηρεσίες στο συντομότερο χρόνο. Είναι εμφανές ότι η έννοια της ποιότητας έχει διαφορετικές αποχρώσεις για τους άμεσα ενδιαφερόμενους (εσωτερικοί, εξωτερικοί «πελάτες»). Η ποιότητα εν κατακλείδι αντανακλά τους σκοπούς και τις αξίες ενός συγκεκριμένου συστήματος υγείας, της κοινωνίας και της κυβέρνησης στα πλαίσια των οποίων αυτό το σύστημα λειτουργεί (Department of Health, 2003).

Στις μέρες μας στο επίκεντρο των συστημάτων υγείας βρίσκεται ο ασθενής – καταναλωτής των υπηρεσιών υγείας. Η τεχνολογική ανάπτυξη και η καλύτερη και αποδοτικότερη διαχείριση των υφιστάμενων πόρων στην υγεία καθιστά επιτακτική ανάγκη κάθε κράτος να μεταρρυθμίσει το Σύστημα Υγείας του σύμφωνα με τα διεθνώς αναγνωρισμένα πρότυπα δομών, διαδικασιών, επίδοσης και αποτελεσμάτων. Παρόλα αυτά, οι ανησυχίες των Κρατών σχετικά με την υγεία συνδέονται με την πρόσβαση και τη συνέχεια της φροντίδας, την κλινική αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια του ασθενούς και την ανταπόκριση στις προσδοκίες των χρηστών – ασθενών. Κατά συνέπεια το ενδιαφέρον του ανεπτυγμένου κόσμου σε ότι αφορά τις υπηρεσίες υγείας στρέφεται στην προληπτική ιατρική, την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και την ενεργή συμμετοχή των χρηστών – καταναλωτών των υπηρεσιών. Οι διαφορετικές κουλτούρες θεμελιώνονται με διαφορετικές προτεραιότητες όσον αφορά την ποιότητα στην υγεία. «Καλή ποιότητα» για κάποιους σημαίνει επάρκεια προσωπικού και σύγχρονες εγκαταστάσεις, για άλλους αμεροληψία και κατανόηση και για κάποιους άλλους σημαίνει βέλτιστα κλινικά αποτελέσματα (Κυριόπουλος et al., 2003).

Πρωτοπόρος σε θέματα ορισμού και βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία είναι ο Donabedian (1980), ο οποίος καθιέρωσε στον επιστημονικό χώρο την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ως ξεχωριστό πεδίο επιστημονικής διερεύνησης, προχώρησε σε μια εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας της ποιότητας και των παραμέτρων που την χαρακτηρίζουν. Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), η παροχή της φροντίδας υγείας έχει τρεις (3) διαστάσεις (Donabedian, 1980):

- Την *τεχνική (technical, science of medicine)*, η οποία αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενούς.
- Τη *διαπροσωπική (interpersonal, art of medicine)*, που αναφέρεται στην ανθρώπινη (ψυχολογική) διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενούς από τον ιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας και στην συμπεριφορά τους απέναντί του, η οποία υπαγορεύεται από την επαγγελματική τους ηθική και δεοντολογία, τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών.
- Την *ξενοδοχειακή (amenities)* η οποία αναφέρεται στον περιβάλλοντα χώρο και τις συνθήκες γενικότερα κάτω από τις οποίες παρέχεται η φροντίδα υγείας.

Με δεδομένες τις προαναφερθείσες διαστάσεις, ο Donabedian (1980), προχώρησε στην πρώτο κλασικό ορισμό της *ποιότητας της φροντίδας υγείας* ως «αυτό το είδος φροντίδας το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το «καλώς έχειν» του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψιν την εξισορρόπηση των ωφελειών αλλά και των απωλειών οι

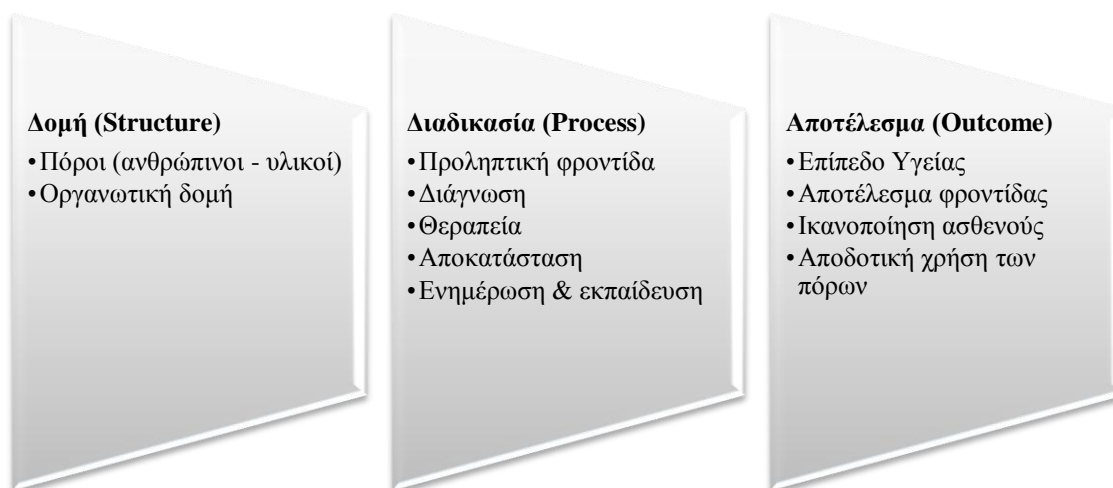
οποίες ακολουθούν τη διαδικασία της φροντίδας σε όλα τα επιμέρους σημεία της» (Donabedian, 1980).

Για τον Donabedian (1980), τα επτά (7) χαρακτηριστικά της υγειονομικής φροντίδας που ορίζουν την ποιότητα είναι (Donabedian, 1980, Donabedian, 1988):

- *Κλινική Αποτελεσματικότητα (efficacy)*: η βέλτιστη δυνατότητα παροχής φροντίδας με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας.
- *Αποτελεσματικότητα (effectiveness)*: ο βαθμός στον οποίο υλοποιούνται εφικτές υγειονομικές βελτιώσεις
- *Αποδοτικότητα (efficiency)*: η ικανότητα επίτευξης των μέγιστων δυνατών υγειονομικών βελτιώσεων με το χαμηλότερο κόστος.
- *Βελτιστοποίηση (optimality)*: το ισοζύγιο κόστους – οφέλους με τα μέγιστα πλεονεκτήματα.
- *Αποδοχή (acceptability)*: Η προσαρμογή στις προτιμήσεις των ασθενών όσον αφορά στην προσπελασιμότητα, την σχέση επαγγελματία υγείας - ασθενή, τις παροχές, τις συνέπειες της φροντίδας και το κόστος της φροντίδας.
- *Νομιμότητα (legitimacy)*: Η παροχή φροντίδας η οποία να είναι αποδεκτή από το κοινωνικό σύνολο.
- *Ισότητα (equity)*: Ισότιμη διανομή των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας.
- *Κόστος (Cost)*: Η διαρκής προσπάθεια για την ορθή αξιοποίηση των πόρων ώστε να επιτυγχάνεται η μεγιστοποίηση κόστους - οφέλους.

Ο Donabedian (1988), στην συστημική του θεωρία για την αξιολόγηση του επιπέδου της ποιότητας στην υγεία χρησιμοποιεί το τρίπτυχο Δομή – Διαδικασία – Έκβαση (Structure – Process – Outcome) (Donabedian, 1988). Σύμφωνα με το υπόδειγμά του, η ποιότητα εξαρτάται από τις παραμέτρους που παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 1.6:

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.6 Το τρίπτυχο του Donabedian



Πηγή: (Donabedian, 1988)

Ο Maxwell (1992), προσδιόρισε την ποιότητα αναφερόμενος σε έξι (6) διαστάσεις όπως φαίνονται στο Διάγραμμα 1.7 (Maxwell, 1992).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.7 Οι διαστάσεις ποιότητας του Maxwell

Προσπελασιμότητα	<ul style="list-style-type: none">• Η παράκαμψη των πάσης φύσεως εμποδίων προκειμένου να διασφαλιστεί η χρήση των υπηρεσιών υγείας.
Ισότητα	<ul style="list-style-type: none">• Η παροχή υπηρεσιών οι οποίες εξυπηρετούν τις ανάγκες για όλα ανεξαιρέτως τα κοινωνικά στρώματα.
Κοινωνική Αποδοχή	<ul style="list-style-type: none">• Η αποδοχή του χρήστη - πελάτη σχετικά με τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών.
Συνάφεια με τις ανάγκες	<ul style="list-style-type: none">• Συμφωνία ανάμεσα στις ανάγκες των ατόμων, στην άγνοια της αρρώστιας και της αναπηρίας η οποία γίνεται δεκτή σε συγκεκριμένο κοινωνικό σύνολο και στην υπηρεσία η οποία παρέχεται.
Αποδοτικότητα	<ul style="list-style-type: none">• Το χαμηλότερο δυνατό κόστος για συγκεκριμένες παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.
Τεχνική Αποτελεσματικότητα	<ul style="list-style-type: none">• Η επίτευξη του καλύτερου τεχνικού αποτελέσματος στην θεραπεία κάθε ασθενούς.

Πηγή: (Maxwell, 1992)

Ο Καναδικός Νοσοκομειακός Σύνδεσμος (Canadian Hospital Association) (1989), ορίζει ως *ποιότητα περίθαλψης* «τη νοσηλεία ή τις υπηρεσίες που ικανοποιούν τις συγκεκριμένες απαιτήσεις λαμβάνοντας υπόψιν το επίπεδο τεχνογνωσίας και τους διαθέσιμους πόρους και ανταποκρίνεται στις προσδοκίες για μεγιστοποίηση του οφέλους και ελαχιστοποίηση του κινδύνου για την υγεία και το «καλώς έχουν» των ασθενών» (Canadian Hospital Association, 1989).

Το IOM (1990), δίνοντας έναν πιο σύντομο ορισμό για την *ποιότητα*, ορίζοντάς την ως «το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας κατορθώνουν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι ανάλογες και συνεπείς με τη σύγχρονη επιστημονική γνώση» (Lohr et al., 1992).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization, WHO) (1993), η *ποιότητα* αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο καθώς

και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από άποψη διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής (WHO, 1993).

Ο Horpkins (1990), αναφέρθηκε σε μια εξίσου σημαντική ομάδα παραμέτρων για τον προσδιορισμό της ποιότητας στην υγεία η οποία περιλαμβάνει (Horpkins A., 1990):

- *Ενδεδειγμένη παροχή υπηρεσιών υγείας (Appropriate Care)*: Ενδεδειγμένη κρίνεται η παροχή υπηρεσιών όταν το προσδοκώμενο όφελος για την υγεία του ασθενούς, το οποίο δύναται να εκφράζεται ως ανακούφιση του άλγους, παράταση της ζωής, καλύτερη ποιότητα ζωής, υπερτερεί έναντι των αναμενόμενων αρνητικών επιπτώσεων (νοσηρότητα, θάνατος, παρενέργειες κ). Στην περίπτωση που το προσδοκώμενο όφελος είναι μεγαλύτερο, δικαιολογείται η ιατρική παρέμβαση.
- *Δικαίωμα στην παροχή φροντίδας υγείας (Right to Care)*: Το δικαίωμα όλων των πολιτών για προστασία και αποκατάσταση της υγείας τους.
- *Ηθική φροντίδα (Ethical Care)*: Μπορεί να θεωρηθεί ηθική η φροντίδα που παρέχεται με ιδιαίτερη ποιότητα και έχει άριστα αποτελέσματα για τον ασθενή και την εξέλιξη της υγείας του όμως στηρίχθηκε σε μεθόδους και πρακτικές που στερούνται ηθικής (πχ μεταμόσχευση νεφρού με μόσχευμα που προέρχεται από εμπορία).
- *Σημασία (Relevance)*: Η συνάφεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τις ιδιαίτερες ανάγκες μιας συγκεκριμένης κοινωνίας.
- *Δίκαιη κατανομή (Equitably Delivered Care)*: Η δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από διακρίσεις φυλετικές, κοινωνικο - οικονομικές, φιλοσοφικές και πολιτικές πεποιθήσεις.
- *Δυνατότητα πρόσβασης (Accessible Care)*: Η δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.
- *Συνέχεια και Οργάνωση (Continuity and Coordination of Care)*: Αφορά στις περιπτώσεις των χρόνιων νοσημάτων και αναφέρεται στο βαθμό που ο ίδιος ο ασθενής παρακολουθείται μακροπρόθεσμα από το ίδιο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και στην δυνατότητα επικοινωνίας και συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας που τον παρακολουθούν.
- *Κοινωνικά αποδεκτός τρόπος (Socially Acceptable)*: Ο τρόπος με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα υγείας.

Ο Harvey (1996), έδωσε έναν απλούστερο ορισμό για την *ποιότητα στην υγεία* ορίζοντάς την ως «την αναζήτηση τρόπων συνεχούς βελτίωσης της παρεχόμενης φροντίδας υγείας» (Harvey, 1996).

Η JCAHO (2000), ορίζει την *ποιότητα* ως «τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων με δεδομένη την παρούσα γνώση» και καθόρισε εννιά (9) παράγοντες οι οποίοι ορίζουν την ποιότητα στη φροντίδα υγείας οι οποίοι παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.2 που ακολουθεί (Schyve, 2000).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2 Προσδιοριστικοί παράγοντες της ποιότητας στη φροντίδα υγείας

Χαρακτηριστικό ποιότητας	Περιγραφή
Καταλληλότητα (Appropriateness)	Ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα η οποία παρέχεται είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς με δεδομένη την παρούσα γνώση.
Διαθεσιμότητα (Availability)	Ο βαθμός στον οποίο η κατάλληλη φροντίδα είναι διαθέσιμη ώστε να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του ασθενούς ο οποίος εξυπηρετείται.
Συνέχεια (Continuity)	Ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα για τον ασθενή είναι συντονισμένη ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, στους οργανισμούς και στο πέρασμα του χρόνου.
Αποτελεσματικότητα (Effectiveness)	Ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται με το σωστό τρόπο, με δεδομένη την παρούσα γνώση με στόχο να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή.
Κλινική Αποτελεσματικότητα (Efficacy)	Ο βαθμός στον οποίο η παρεχόμενη φροντίδα στον ασθενή συμβάλει στην επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος.
Αποδοτικότητα (Efficiency)	Η αναλογία των αποτελεσμάτων της φροντίδας για έναν ασθενή προς τις πηγές οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή φροντίδας.
Σεβασμός και φροντίδα (Respect and Caring)	Ο βαθμός στον οποίο ο ασθενής εμπλέκεται στις αποφάσεις της δικής του φροντίδας και η παροχή υπηρεσιών γίνεται με σεβασμό.
Ασφάλεια (Safety)	Ο βαθμός στον οποίο το φυσικό και λειτουργικό περιβάλλον παροχής φροντίδας συμμορφώνεται και συμβαδίζει με τον κώδικα ζωής.
Επικαιρότητα (Timeliness)	Ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή την κατάλληλη στιγμή.

Πηγή: (JCAHO, 2000)

Στην Ελλάδα ακόμα και σήμερα δεν έχει καθιερωθεί ένας επίσημος κοινά αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Στον Πίνακα 1.3 που ακολουθεί παρουσιάζονται επίσημοι ορισμοί για την *ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας* διαφόρων Κρατών Μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Κωσταγιόλας et al., 2008).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.3 Ορισμοί της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας σε διάφορες χώρες της Ευρώπης

Χώρα	Επίσημος ορισμός της ποιότητας
Αυστρία	Στο Νόμο για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας (BGBI Nr.801/1993, §5b) ορίζεται η ποιότητα ως προς τις διαστάσεις: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Επιστημονική/ Τεχνική (επίπεδο της επιστημονικής γνώσης στην Ιατρική, τη Νοσηλευτική και την Τεχνολογία). ✓ Διαπροσωπική (συμμόρφωση των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών με τις αξίες, τα δικαιώματα και τις ανάγκες των ασθενών). ✓ Οικονομική (επίτευξη στόχων με αποδοτική χρήση των πόρων).
Βέλγιο	Η ποιότητα ορίζεται ως το σύνολο των αναγκαίων χαρακτηριστικών στην παροχή υπηρεσιών ώστε να ικανοποιούνται οι εκφρασμένες ανάγκες υγείας του χρήστη.
Γαλλία	Η ποιότητα ορίζεται ως το σύνολο των ιδιοτήτων και των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος/υπηρεσίας που το καθιστούν ικανό να ικανοποιεί εκφρασμένες ανάγκες.
Γερμανία	Η ποιότητα και η αποδοτικότητα υπηρεσιών και δραστηριοτήτων πρέπει να συναντούν το γενικό επίπεδο ιατρικής γνώσης και ανάπτυξης (SGB V §2 (1) sentence 3 + §70 (1) + § 137 sentences 1&2).
Δανία	Ο ορισμός της ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας στην Δανία εμπεριέχεται στην «Εθνική Στρατηγική για τη βελτίωση ποιότητας στον τομέα υγείας» (National Strategy for Quality Improvement in the Health Sector) και δημοσιεύτηκε από το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας (National Board of Health) το 1993. Η στρατηγική προβλέπει την Επιτροπή για τη βελτίωση της ποιότητας (Committee for Quality Improvement), που αντιπροσωπεύει το Υπουργείο Υγείας (Health Department), το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας (National Board of Health), το Σύνδεσμο των Περιφερειακών Συμβουλίων (Association of County Councils), την Ένωση νοσοκομείων Κοπεγχάγης (Copenhagen Hospital Co-operation), τον Εθνικό Σύνδεσμο Τοπικών Αρχών (National Association of Local Authorities) και άλλες ιατρικές οργανώσεις και συνδέσμους καθώς και ερευνητικά κέντρα.
Ελβετία	Η ποιότητα ορίζεται ως το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας δομής, μιας διαδικασίας, ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που το/την καθιστούν κατάλληλο/η για την εκπλήρωση των παρόντων απαιτήσεων (Manual for Quality Management in Swiss Hospitals (Leitfaden zum Qualitätsmanagement im Schweizerischen Krankenhaus) VESKA Training Centre, Aarau).
Ιρλανδία	Ο καθορισμός της πολιτικής που αφορά στη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ιρλανδία αποτελεί τμήμα των εργασιών του Υπουργείου Υγείας (Department of Health) και των οκτώ τοπικών Συμβουλίων Υγείας (Regional Health Boards) που έχουν ευθύνη για την παροχή φροντίδας υγείας.
Ισπανία	Η ποιότητα ορίζεται ως η εγγύηση ότι όλες οι πλευρές της δραστηριότητας ενός νοσοκομείου εκτελούνται επαρκώς, συμπεριλαμβανομένης της κάλυψης των προσδοκιών του χρήστη και της επίτευξης υψηλού επιπέδου ικανοποίησής του.
Λουξεμβούργο	Δεν υπάρχει προς το παρόν επίσημος ορισμός της ποιότητας στο Λουξεμβούργο. Ωστόσο ο σύνδεσμος νοσοκομείων (Hospital Association) στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης ορίζει την ποιότητα ως «το σύνολο των χαρακτηριστικών των υπηρεσιών του νοσοκομείου που έχουν την ικανότητα να ικανοποιούν εκφρασμένες ανάγκες των χρηστών και να επιτυγχάνουν ένα προσδιορισμένο επίπεδο αριστείας».
Μεγάλη Βρετανία	Η ποιότητα ορίζεται ως η αδιάλειπτη ολική διεργασία φροντίδας η οποία αναπτύχθηκε με ασθενοκεντρική οπτική και παρέχει μετρήσιμα αποτελέσματα σύμφωνα με τις εφαρμοζόμενες τρέχουσες βέλτιστες πρακτικές.
Ολλανδία	Η ποιότητα της φροντίδας μπορεί να οριστεί ως η φροντίδα ή η υπηρεσία με χαρακτηριστικά που ικανοποιούν ειδικές απαιτήσεις σύμφωνα με το τρέχον επίπεδο γνώσης και τους διαθέσιμους πόρους, καλύπτει τις προσδοκίες των ασθενών για οφέλη, μεγιστοποιώντας την ελαχιστοποίηση των κινδύνων υγείας και της ποιότητας ζωής.
Πορτογαλία	Δεν υπάρχει επίσημος ορισμός της ποιότητας της φροντίδας υγείας αλλά χρησιμοποιείται ο ορισμός του Donabedian.

Χώρα	Επίσημος ορισμός της ποιότητας
Σουηδία	Η ποιότητα ορίζεται ως το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας οντότητας που σχετίζεται με την ικανότητα ικανοποίησης των εκφρασμένων αναγκών (ISO 8402:1994).
Φιλανδία	Η ποιότητα ορίζεται ως το σύνολο των ιδιοτήτων και των χαρακτηριστικών μιας οντότητας που σχετίζεται με την ικανότητα ικανοποίησης των εκφρασμένων αναγκών (ISO 8402:1994).

Πηγή: (Κωσταγιόλας και συν., 2008)

Συνοψίζοντας, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι το σύνολο των ορισμών της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας επικεντρώνονται στο όφελος το οποίο προκύπτει για τους ασθενείς και σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να είναι μεγαλύτερο από την ενδεχόμενη βλάβη, ενώ το συνολικό όφελος για το κοινωνικό σύνολο και η αποτελεσματική χρήση των διατιθέμενων πόρων υπεισέρχονται στους περισσότερους ορισμούς της ποιότητας.

1.7 Κύριες διαστάσεις της νοσοκομειακής ποιότητας

Τα νοσοκομεία αποτελούν τον κύριο πυλώνα παροχής υπηρεσιών υγείας κάθε συστήματος υγείας. Παρέχουν σύνθετη θεραπευτική φροντίδα καθώς και φροντίδα έκτακτης ανάγκης για σοβαρά τραυματισμένους. Αποτελούν κέντρα μεταφοράς γνώσης και ικανοτήτων και ξοδεύουν το μεγαλύτερο τμήμα των εθνικών πόρων για την υγεία. Οι κοινές τάσεις τα τελευταία χρόνια στον νοσοκομειακό τομέα διεθνώς είναι η σημαντική μείωση των αριθμών των κλινών παρόλο που οι εισαγωγές στα νοσοκομεία δεν μειώνονται καθώς και η μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας. Η ανάπτυξη νέων πολιτικών όπως η αναζήτηση στρατηγικών συνεχούς Βελτίωσης της Ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και η ασφάλεια του ασθενούς αποτελούν επίσης κίνητρο για την αξιολόγηση της επίδοσης των νοσοκομείων. Πολλά κράτη σήμερα έχουν αναπτύξει προγράμματα διαπίστευσης νοσοκομείων (Accreditation) στα συστήματα φροντίδας τα οποία έχουν να κάνουν με τη δομή και τη διαδικασία κυρίως της παροχής νοσοκομειακής φροντίδας (Isaac et al., 2010).

Στην καρδιά των διαδικασιών παροχής υγειονομικής φροντίδας βρίσκονται οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά την παροχή φροντίδας, οι τεχνικές τους ικανότητες και οι διαπροσωπικές τους σχέσεις. Το νοσοκομείο προσφέρει υποστηρικτικό προσωπικό, διοικητικές διαδικασίες, μεθόδους εκτέλεσης εργασιών, εξοπλισμό κα (Aiken et al., 2012).

Το κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο ο επαγγελματίας υγείας παρέχει φροντίδα καθώς και ο χώρος που παρέχεται η φροντίδα προσθέτουν και άλλες μεταβλητές που πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν κατά την αξιολόγηση της ποιότητας όπως η οικονομική και κοινωνική πολιτική, οι επαγγελματικοί ρόλοι και οι κανονισμοί λειτουργίας. Ο ασθενής στην διέλευσή του από το νοσοκομείο δέχεται την επίδραση και την αντίδραση όλων αυτών των παραμέτρων προκειμένου να λάβει μια συγκεκριμένη υπηρεσία (Isaac et al., 2010).

Τα βασικά δομικά μέρη της βελτίωσης της ποιότητας των νοσοκομείων βασίζονται στην παραδοχή ότι το νοσοκομείο κατανοεί τη βασική κοινωνική ανάγκη για νοσοκομειακή φροντίδα (δηλαδή τη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού) και είναι τα ακόλουθα (Isaac et al., 2010):

- Η γνώση του χρήστη – ασθενούς, τι ζητά ο χρήστης – καταναλωτής για να είναι ευχαριστημένος.
- Η γνώση της εργασίας, ως διαδικασίας.
- Η στατιστική και επιστημονική σκέψη.

Ερευνητές από το πανεπιστήμιο του Μόντρεαλ, παρουσίασαν ένα υπόδειγμα με βάση τη θεωρία του κοινωνικού συστήματος του Parsons σύμφωνα με το οποίο κάθε οργανισμός πρέπει (Sicotte, 1998):

- *Να προσαρμόζεται στο περιβάλλον:* να ανταποκρίνεται στις κοινωνικές αξίες, στην εξεύρεση πόρων, στην υποστήριξη της κοινότητας, στην καινοτομία και στην μάθηση κλπ.
- *Να επιτυγχάνει στόχους:* ασφάλεια και ικανοποίηση των εμπλεκομένων, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα.
- *Να παράγει υπηρεσίες υψηλής ποιότητας με συντονισμό των εμπλεκομένων.*
- *Να διατηρεί αξίες και νοοτροπία:* οργανωτικό κλίμα, ομοφωνία, ασφάλεια.

1.8 Συμπεράσματα

Η επιδίωξη ενός σφαιρικού ορισμού της *ποιότητας* έχει αποδειχθεί ανεδαφική. Ο Donabedian ισχυρίζεται ότι κανένας ορισμός από μόνος του δεν επαρκεί και προτείνει τρεις (3) ορισμούς:

1. *Τον απόλυτο ορισμό*, ο οποίος εξετάζει την πιθανότητα του οφέλους και βλάβης στην υγεία όπως αυτή εκτιμάται από τους επαγγελματίες υγείας χωρίς να δίνει σημασία στο κόστος.
2. *Τον εξατομικευμένο ορισμό*, ο οποίος επικεντρώνεται στις προσδοκίες του ασθενούς σχετικά με το όφελος και την ζημία και άλλες ανεπιθύμητες συνέπειες.
3. *Τον κοινωνικό ορισμό*, ο οποίος συμπεριλαμβάνει το κόστος φροντίδας, τη συνοχή του οφέλους – ζημίας και την παροχή φροντίδας όπως αυτή εκτιμάται από τον πληθυσμό γενικά.

Η επιδίωξη της ποιότητας στην υγεία αφορά τη λειτουργία των συστημάτων υγείας, τη λειτουργία υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία, εργαστήρια, κα) και την παροχή μεμονωμένης φροντίδας. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις η ποιότητα στην υγεία δεν αφορά μόνο το ιατρικό έργο, αλλά επεκτείνεται σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών και φροντίδων. Γι' αυτό άλλωστε, τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα δεν αποσκοπεί μόνο στην ικανοποίηση του ασθενούς, αλλά όλων των «χρηστών - καταναλωτών» των υπηρεσιών υγείας, στους οποίους περιλαμβάνονται, εκτός από τους ασθενείς, οι συγγενείς, οι επισκέπτες, ο κοινωνικός περίγυρος, κ.λπ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Σημασία και οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

«Ποιο είναι το μυστικό της ποιότητας; Θα ρωτήσεις

Πολύ απλό, είναι η αγάπη.

Η αγάπη για τη γνώση, η αγάπη για έναν άντρα και η αγάπη για το Θεό.

Ας ζήσουμε και ας εργαστούμε σύμφωνα με αυτό».

(Avedis Donabedian)

2.1 Εισαγωγή

Μέχρι τα τέλη του 1970, η Διασφάλιση της Ποιότητας στην υγεία είχε περισσότερο ακαδημαϊκό χαρακτήρα, σε αντίθεση με το βιομηχανικό τομέα όπου οι στατιστικές μέθοδοι εφαρμόζονταν από τη δεκαετία του 1930. Ο Donabedian, σε μια ανασκόπηση μελετών της περιόδου 1954 - 1984, κατέγραψε τις προηγούμενες προσπάθειες και διαμόρφωσε το πλαίσιο Διασφάλισης Ποιότητας στο τρίπτυχο «σωστές δομές, καλές διαδικασίες και κατάλληλα αποτελέσματα» (sound structures, good processes and suitable outcomes). Η έννοια της *ποιότητας* στις υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνει την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την τεχνική αρτιότητα, καθώς επίσης την ασφάλεια, την προσβασιμότητα και την ανάπτυξη των υπηρεσιών με επίκεντρο τον ασθενή, στο πλαίσιο μιας συνεχιζόμενης φροντίδας. Αφορά στη συνολική λειτουργία ενός τμήματος, με αφετηρία τα ζητήματα στελέχωσης, διοίκησης και οργάνωσης έως την κλινική πρακτική. Η ποιότητα μπορεί να μετρηθεί. Σύμφωνα με τη συστημική θεωρία του Donabedian, στις υπηρεσίες υγείας μπορούν να διακριθούν τρία (3) συστατικά στοιχεία: η δομή (ανθρώπινοι πόροι και εγκαταστάσεις - υποδομές), οι διαδικασίες (οργάνωση, λειτουργία του οργανισμού και παροχή υπηρεσιών υγείας) και τα αποτελέσματα (δράσεων και υπηρεσιών). Σε κάθε κατηγορία υπάρχουν ποσοτικά χαρακτηριστικά που μπορούν να μετρηθούν, όπως η εκπαίδευση και τα χρόνια εμπειρίας των ιατρών, οι χρόνοι αναμονής των ασθενών, η ακρίβεια των μηχανημάτων, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, τα ποσοστά επιτυχίας των θεραπειών κα, αρκεί να εντοπιστούν τα κρίσιμα σημεία ενδιαφέροντος στις υπηρεσίες υγείας και στη συνέχεια μπορούν να οριστούν πρότυπα καλής πρακτικής, δείκτες αξιολόγησης και δράσεις συμμόρφωσης. Η καταγραφή των διαδικασιών και η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων της κλινικής πρακτικής, εκτός από την πειθαρχία που επιβάλλει, μπορεί να οδηγήσει σε χρήσιμα συμπεράσματα για την επίλυση καθημερινών προβλημάτων. Τέλος, η τήρηση κοινής μεθοδολογίας από τα τμήματα επιτρέπει πιο αξιόπιστες συγκρίσεις των αποτελεσμάτων τους και παρέχει χρήσιμο υλικό για μελέτες.

2.2 Ανάγκη για ποιότητα στην υγεία

Το ραγδαίο μεταβαλλόμενο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον καθώς και οι ραγδαίοι ρυθμοί μεταβολής της τεχνολογίας, θέτουν σε αμφισβήτηση τις αντιλήψεις που επικρατούν διεθνώς σχετικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.

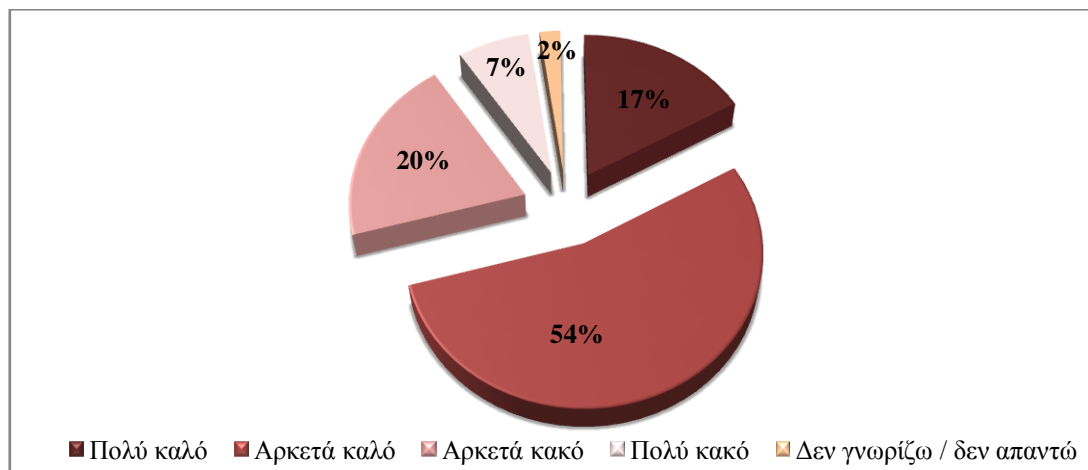
Η μακροχρόνια αντίληψη της φροντίδας υγείας ως μιας οικοτεχνίας παρέμεινε στις δεκαετίες του 1960 – 1970. Από αυτή την άποψη, η φροντίδα υγείας θεωρήθηκε ως μια τέχνη ή δεξιοτεχνία η οποία παρέχονταν από ανεξάρτητους επαγγελματίες οι οποίοι είχαν μάθει ως μαθητευόμενοι να εργάζονται σε ένα αποκεντρωμένο σύστημα. Οι επαγγελματίες προσάρμοζαν την τέχνη τους στην κατάσταση κάθε ατόμου χρησιμοποιώντας διαδικασίες που δεν καταγράφονταν ούτε σχεδιάζονταν σαφώς και ήταν προσωπικά υπεύθυνοι για την επίδοση και τα οικονομικά αποτελέσματα της φροντίδας την οποία παρείχαν. Οι πρωτοβουλίες για ποιοτική αναβάθμιση στις υπηρεσίες υγείας στην Ευρώπη και την Αμερική, την δεκαετία του '60 συμπεριελάμβαναν μελέτες για τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα. Τη δεκαετία του 1970 αναπτύχθηκε ο αναδρομικός διαχειριστικός έλεγχος (retrospective audit). Οι δεκαετίες του 1980 και 1990 βίωσαν μια ευδιάκριτη αλλαγή η οποία συχνά περιγράφεται ως «η βιομηχανοποίηση της φροντίδας υγείας». Αυτή η αλλαγή επηρέασε σχεδόν όλες τις εκφάνσεις της παροχής φροντίδας υγείας επηρεάζοντας τους τρόπους με του οποίους κατανέμονταν οι κίνδυνοι, τον τρόπο οργάνωσης της φροντίδας και τον τρόπο που οι επαγγελματίες κινητοποιούνται και αποκτούν κίνητρα. Τη δεκαετία αυτή η διασφάλιση της ποιότητας (quality assurance) ήταν η επιλογή την οποία όλοι προτιμούσαν και η οποία προωθήθηκε έντονα. Τη δεκαετία του 1990 οι τάσεις των οργανισμών στρέφονται γύρω από τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ). Σήμερα οι υπηρεσίες υγείας δέχονται την πρόκληση και αρχίζουν ένα νέο ταξίδι για ποιότητα μέσα από τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών η οποία είναι εστιασμένη στις εκτιμήσεις των ασθενών για τις εν λόγω υπηρεσίες (Παπανικολάου, 2007).

Τα τελευταία χρόνια η ικανοποίηση των ασθενών έχει προστεθεί στη λίστα των ποιοτικών δεικτών. Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί σημαντικό δείκτη αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και έχει προσδιοριστεί ως μια μεταβλητή η οποία επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας, καθώς επίσης και τη συνεργασία μεταξύ των προσώπων που παρέχουν τη φροντίδα υγείας. Επηρεάζει επίσης την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και αποκτά ως εκ τούτου καίριο ρόλο στην χάραξη της εθνικής πολιτικής υγείας (Κυριόπουλος and Μπεαζόγλου, 2000).

Μελέτη του Ευρωβαρόμετρο (2014), μετρώντας την ικανοποίηση των ασθενών σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αναδεικνύει την ασφάλεια του ασθενούς κατά την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης καθώς και τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις ως θέματα μείζονος σημασίας για την Ευρωπαϊκή Ένωση. Από 8% - 12% των Ευρωπαίων ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε μονάδα υγειονομικής περίθαλψης βίωσαν ένα (1) δυσμενές συμβάν όπως ενδονοσοκομειακή λοίμωξη, η οποία υπερέχει έναντι των άλλων δυσμενών συμβάντων με ποσοστό 25%, φαρμακευτικά, χειρουργικά, διαγνωστικά λάθη, αστοχίες και λάθη των ιατρικών συσκευών ή παραλήψεις στα αποτελέσματα των εξετάσεων. Σύμφωνα με την ίδια μελέτη επτά (7) στους δέκα (10) (σε ποσοστό 71%) Ευρωπαίους πολίτες θεωρούν ότι η συνολική ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στην χώρα τους είναι καλή (17% θεωρούν ότι είναι πολύ καλή ενώ 54% την χαρακτηρίζουν αρκετά καλή) και το

27% κακή, με έναν (1) στους πέντε (5) Ευρωπαίους πολίτες να υποστηρίζει ότι είναι αρκετά κακή και το 7% ότι είναι πολύ κακή, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα και τον Πίνακα που ακολουθεί (Διάγραμμα 2.1 και Πίνακας 2.1) (European Commission, 2014).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.1 Αξιολόγηση του συνολικού επιπέδου ποιότητας στην υγεία







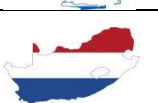


*Ευρώπη των 28 χωρών












Πηγή: (Special Eurobarometer 411, 2014)

Παρόλο που οι περισσότεροι Ευρωπαίοι πολίτες θεωρούν ότι το επίπεδο της υγειονομικής περίθαλψης στην χώρα τους είναι καλό, παρατηρούνται έντονες διαφοροποιήσεις ανάμεσα σε βορά και νότο. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 2.1 που ακολουθεί σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες σε Βέλγιο (97%), Αυστρία (96%), Φιλανδία (94%) και Μάλτα (94%) δηλώνουν ότι η συνολική ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης στην χώρα τους είναι καλή. Την ίδια στιγμή που μόλις το ένα τέταρτο των ερωτηθέντων σε Ρουμανία (25%) και Ελλάδα (26%) λένε το ίδιο (European Commission, 2014). Σε σύγκριση με τα αποτελέσματα της αντίστοιχης Έκθεσης που δημοσιεύτηκε το 2010, εντοπίζονται σημαντικές αλλαγές στην γνώμη των πολιτών εντός της ίδιας χώρας. Στην αντίστοιχη Έκθεση του 2010, μια μειοψηφία των ερωτηθέντων (40%) στην Λιθουανία θεωρεί ότι η συνολική ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης είναι καλή, ποσοστό το οποίο αυξήθηκε κατά 25 ποσοστιαίες μονάδες και διαμορφώθηκε στο 65% σύμφωνα με την Έκθεση του 2014. Υπάρχουν μόνο πέντε (5) χώρες όπου η άποψη των πολιτών τους για τη συνολική ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης έχει αλλάξει προς το χειρότερο το 2014 σε σχέση με το 2010 και αυτές είναι η Σουηδία (-4), η Ισπανία (-4), η Γαλλία (-3), η Σλοβακία (-3) και το Ηνωμένο Βασίλειο (-1) (European Commission, 2010, European Commission, 2014).









ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1 Αξιολόγηση του συνολικού επιπέδου ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Πώς αξιολογείτε το συνολικό επίπεδο ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης στη χώρας σας;							
		Καλό		Κακό		Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ	
		EB 80.2 Νοέμ. - Δεκ. 2013	2013 - 2009	EB 80.2 Νοέμ. - Δεκ. 2013	2013 - 2009	EB 80.2 Νοέμ. - Δεκ. 2013	2013 - 2009
	ΕΕ28	71%	+1	27%	-1	2%	=
	Ην. Βασίλειο	85%	-1	14%	+1	1%	=
	Δανία	87%	=	12%	-1	1%	+1
	Λουξεμβούργο	90%	+2	9%	-1	1%	-1
	Ιρλανδία	62%	+9	35%	-8	3%	-1
	Ελλάδα	26%	+1	74%	-1	0%	=
	Ολλανδία	91%	=	9%	0%	=	

Σημασία και οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

	Φινλανδία	94%	=	6%	=	0%	=
	Σουηδία	86%	-4	13%	+3	1%	+1
	Γερμανία	90%	+4	9%	-4	1%	=
	Ισπανία	77%	-4	22%	+5	1%	-1
	Σλοβενία	73%	+4	26%	-4	1%	=
	Πορτογαλία	55%	+13	44%	-12	1%	-1
	Ρουμανία	25%	=	73%	+4	2%	-4
	Κύπρος	73%	=	26%	=	1%	=
	Εσθονία	73%	+3	25%	-3	2%	=
	Αυστρία	96%	+1	4%	-1	0%	=
	Βέλγιο	97%	=	3%	=	0%	=

Ποιότητα και Ασφάλεια στην Υγεία: Αξιολόγηση της Κουλτούρας Ασφάλειας του Ασθενούς σε Δημόσια Νοσοκομεία στην Ελλάδα

	Ιταλία	56%	+2	42%	-2	2%	=
	Πολωνία	32%	+2	62%	-5	6%	+3
	Γαλλία	88%	-3	11%	+3	1%	=
	Βουλγαρία	29%	+1	68%	=	3%	-1
	Τσεχία	78%	=	21%	=	1%	=
	Λετονία	47%	+10	50%	-12	3%	+2
	Μάλτα	94%	+13	6%	-11	0%	-2
	Σλοβακία	50%	-3	49%	+3	1%	=
	Ουγγαρία	47%	+19	51%	-21	2%	+2
	Λιθουανία	65%	+25	33%	-25	2%	=
	Κροατία	59%	NA	40%	NA	1%	NA

*Ευρώπη των 28 χωρών

NA: Not Available

Πηγή: (Special Eurobarometer 411, 2014).

Σε γενικές γραμμές, οι πολίτες των βόρειων και δυτικών χωρών της Ευρώπης είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από το επίπεδο ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης της χώρας τους σε σχέση με τους πολίτες των χωρών της νότιας και ανατολικής Ευρώπης όπως φαίνεται και στον χάρτη που ακολουθεί (Εικόνα 2.1) (European Commission, 2014).

ΕΙΚΟΝΑ 2.1 Θετική αξιολόγηση του συνολικού επιπέδου ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας



*Ευρώπη των 28 χωρών

■ 74 %-100%

■ 69%-73%

■ 0%-68%

Πηγή: (Special Eurobarometer 411, 2014)

2.3 Διασφάλιση της Ποιότητας – Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας

Η έννοια της Διασφάλισης της Ποιότητας (Quality Assurance, QA) και της Συνεχούς Βελτίωσης της Ποιότητας στην υγεία (Continuous Quality Improvement, CQI) δεν ταυτίζονται, αλλά ως έννοιες πολλές φορές συμπίπτουν. Η σύγχυση που περιβάλλει τους όρους αυτούς προέρχεται σε μεγάλο βαθμό από την διαφορά στην έννοια της ποιότητας όπως αυτή διατυπώνεται στο έργο πρώιμων ηγετών στο κίνημα της φροντίδας υγείας και από την απλή εκλαΐκευση της από τις ομάδες και τους οργανισμούς φροντίδας υγείας.

Στην πρώτη φάση ανάπτυξης των ενεργειών παρέμβασης σε θέματα ποιότητας, ο προσανατολισμός σχετιζόταν με τον αναδρομικό έλεγχο των προϊόντων και των υπηρεσιών με τη μορφή του ποιοτικού ελέγχου (quality control). Επειδή ο έλεγχος της ποιότητας περιοριζόταν σε συγκεκριμένους τομείς, καταβλήθηκαν προσπάθειες περαιτέρω διερεύνησης των σχετικών δραστηριοτήτων, στο πλαίσιο γενικότερης προσέγγισης που ονομάστηκε Διασφάλιση της Ποιότητας. Η Διασφάλιση της Ποιότητας, ως επέκταση του ποιοτικού ελέγχου, αποτέλεσε το θεμέλιο του κινήματος της ποιότητας μέχρι τις αρχές του 1990 (Johnston et al., 2000).

Η Διασφάλιση της Ποιότητας περιλαμβάνει το σχεδιασμό, την ανάπτυξη των στόχων ποιότητας, τον καθορισμό των προτύπων ποιότητας, την παρακολούθηση με τη χρήση δεικτών και τη δράση με τη συμμετοχή όλων. Αφορά δηλαδή, στις αναγκαίες, οργανωμένες και συστηματοποιημένες ενέργειες που απαιτούνται για να εξασφαλιστεί ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ικανοποιεί δεδομένες απαιτήσεις ποιότητας. Συνεπώς έχει ευρεία εφαρμογή, καλύπτοντας όλες τις διαδικασίες στη λειτουργία ενός οργανισμού και αφορά σε κάθε εμπλεκόμενο μέλος του προσωπικού. Οι έλεγχοι στο πλαίσιο της Διασφάλισης της Ποιότητας είναι προϋπόθεση για την πιστοποίηση των υπηρεσιών. Με το σχεδιασμό που γίνεται στο πλαίσιο Διασφάλισης της Ποιότητας παρέχεται η δυνατότητα κατανομής και αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων, παράλληλα με την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της προόδου σε σχέση με προκαθορισμένους στόχους. Επί πλέον, με την καταγραφή των διαδικασιών περιορίζονται οι διακυμάνσεις, γίνονται προβλέψιμα τα αποτελέσματα και μπορούν να αναδειχθούν σημεία που χρειάζονται βελτίωση. Συνεπώς είναι απαραίτητη η Διασφάλιση της Ποιότητας για να τεθεί ο στόχος της Διαρκούς Βελτίωσης της Ποιότητας. Στη συνέχεια, τα συστήματα ποιότητας ανέπτυξαν σύγχρονες πολιτικές και μεθόδους, που ασκούσαν πλέον από το ανώτερο επίπεδο διοίκησης μιας υπηρεσίας ή ενός οργανισμού. Η δραστηριότητα αυτή εντάχθηκε σε νέες σύγχρονες μορφές διοίκησης, προσδίδοντας τους τον όρο Διοίκηση Ποιότητας (Quality Management) (Goldstone, 1997).

Η Διοίκηση της Ποιότητας είναι συνώνυμη με την καλή διοίκηση. Επιτυγχάνει τους στόχους της επιχείρησης, με τη βελτίωση των προϊόντων και της παραγωγής. Είναι αναπόσπαστο μέρος της παραγωγής και της διάθεσης των προϊόντων, γιατί η ποιότητα και το κόστος είναι τόσο αλληλοκαθοριζόμενα που δεν μπορούν να διοικηθούν ανεξάρτητα, ενώ ο στόχος της είναι η ποιοτική ωρίμανση, κατά την οποία επιτυγχάνεται συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας και αύξηση της παραγωγικότητας. Σε αυτό το νέο πλαίσιο, η υπόθεση της ποιότητας

συστηματοποιήθηκε ως Βελτίωση Ποιότητας, υποδηλώνοντας ως βασική επιδίωξη πλέον τη Βελτίωση της Ποιότητας και όχι μόνο τον έλεγχο ή τη διασφάλισή της (Goldstone, 1997).

Ο όρος *Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας* αναφέρεται στη διαδικασία μείωσης της διακύμανσης των αποτελεσμάτων ή των αποκλίσεων από τα πρότυπα, με σκοπό την καλύτερη συνολική απόδοση. Αφορά στη βελτίωση των διαδικασιών που ελέγχουν το τελικό αποτέλεσμα και κλειδί αποτελεί η επισήμανση της απόκλισης και η διορθωτική ενέργεια. Οι δράσεις περιστρέφονται γύρω από τον ασθενή ως επίκεντρο κάθε βελτίωσης (Goldstone, 1997). Ο Berwick (1990) και ο Roberts (1990), εντόπισαν τις διαφορές μεταξύ της έννοιας της Διασφάλισης της Ποιότητας και της Συνεχούς Βελτίωσης της Ποιότητας και παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.2 που ακολουθεί (Berwick, 1990, Roberts, 1990).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2 Διασφάλιση της Ποιότητας - Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας

Διασφάλιση της Ποιότητας	Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας
Αποτελεί λειτουργία εξειδικευμένου προσωπικού.	Είναι ευθύνη όλων.
Εξετάζει τον ιατρό και άλλους επαγγελματίες υγείας που παρέχουν φροντίδα.	Μελετά τις διεργασίες παραγωγής.
Αναζητεί τις αποκλίσεις από το καθιερωμένο για να διορθώσει τις μη αποδεκτές διακυμάνσεις.	Προσέχει τις αποκλίσεις αλλά εστιάζει πιο πολύ στη βελτίωση του μέσου όρου.
Ρωτάει: Ποιος κάνει τι, εδώ;	Ρωτάει: Πώς μπορεί να ολοκληρωθεί το νοσοκομειακό έργο;
Ρωτάει: Γιατί αυτό είναι διαφορετικό;	Ρωτάει: Πώς μπορούμε να το κάνουμε συνεχώς καλύτερο;
Η έκθεση της πχ θα μπορούσε να σημειώσει ότι η θνησιμότητα από τις χειρουργικές επεμβάσεις στο νοσοκομείο είναι 5%, κάτω από το εθνικό ποσοστό και δεν ανιχνεύθηκαν σημαντικά προβλήματα.	Η έκθεση της πχ θα έθετε ένα στόχο για τα επόμενα δύο χρόνια να μειώσει το ποσοστό κάτω από το 3%.
Χρησιμοποιεί πρότυπα απόδοσης. Όταν η απόδοση δεν είναι σύμφωνη με αυτά, οι μάνατζερ αναπτύσσουν σχέδια δράσεις.	Προσπαθεί να βελτιώσει συνεχώς τις δυνατότητες των διεργασιών να καλύπτουν πληρέστερα τις προδιαγραφές οι οποίες τίθενται από τους ασθενείς, τους εργαζομένους και από άλλους δικαιούχους στο χώρο του νοσοκομείου.
Οι δραστηριότητες της περιλαμβάνουν ιατρούς, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας	Βασίζεται στην προϋπόθεση ότι στην ανάλυση των προβλημάτων και στη διαμόρφωση των λύσεων πρέπει να συμμετέχει ένα μεγάλο φάσμα λειτουργιών και ιεραρχικών επιπέδων.
Οι εκθέσεις της, για την ποιότητα χρησιμοποιούν κριτικούς όρους όπως «τέλειος» ή «απαιτών βελτίωση».	Οι εκθέσεις της είναι λιγότερο κριτικές και περισσότερο αναλυτικές. Γίνεται χρήση διαγραμμάτων ροής διεργασιών και διαγραμμάτων ελέγχου.
Οι εκθέσεις για την ποιότητα προετοιμάζονται από εξειδικευμένο προσωπικό.	Οι αντίστοιχες εκθέσεις συντάσσονται από μέλη των ομάδων εργασίας από κάθε τμήμα του νοσοκομείου.
Οι εκθέσεις ζητούν συγκεκριμένες ενέργειες διαχείρισης όπως σχηματισμό ομάδων για να αναλάβουν αποστολές.	Οι εκθέσεις δίνουν στους μάνατζερ την πληροφόρηση την οποία ζητάνε για τη βελτίωση της ποιότητας.

Πηγή: (Berwick, 1990 & Roberts, 1990)

Η βασική διαφορά ανάμεσα στη Διασφάλιση και στη Βελτίωση της Ποιότητας έγκειται στην επιλογή των περιπτώσεων για την ανάληψη πρωτοβουλιών παρέμβασης. Στη Διασφάλιση της Ποιότητας, τίθεται συνήθως ένα προδιαγεγραμμένο όριο (threshold) τιμών σε σχέση με το μέσο όρο ή με καθορισμένες προδιαγραφές, πέρα από το οποίο αναλαμβάνονται δράσεις.

Για παράδειγμα, η αντιμετώπιση των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων πραγματοποιείται μόνον όταν αυτές υπερβούν ένα συγκεκριμένο ποσοστό (πχ 15%) των περιπτώσεων. Αντίθετα, η Βελτίωση της Ποιότητας πραγματοποιείται στις συνολικές διεργασίες και όχι μόνο σε αυτές που θεωρούνται μη αποδεκτές. Επίσης η Διασφάλιση της Ποιότητας δίνει περισσότερο βάρος στην επίτευξη προκαθορισμένων στόχων παρά στην κατανόηση των αιτιών, γεγονός που επιχειρεί η Βελτίωση της Ποιότητας (Goldstone, 1997).

Η Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας πραγματοποιεί συνεχείς αξιολογήσεις, συνεχή αναζήτηση ευκαιριών για τη βελτίωση της ποιότητας και συνεχή εφαρμογή λύσεων για την εκμετάλλευση των ευκαιριών αυτών. Επειδή ακριβώς μια τέτοια προσπάθεια προϋποθέτει την ολόπλευρη στήριξη και συμμετοχή της διοίκησης, δεν μπορεί παρά να ασκείται συνολικά και συστηματικά στο πλαίσιο της Διοίκησης Ποιότητας και με έναν τέτοιο τρόπο που να περιλαμβάνει όλο το προσωπικό και όλες τις δραστηριότητες. Στις περιπτώσεις αυτές συχνά αναφέρεται ως ΔΟΠ (Total Quality Management, TQM) (Goldstone, 1997).

Η υιοθέτηση της ΔΟΠ είναι εξαιρετικής σημασίας στρατηγική επιλογή από την ανώτατη διοίκηση. Η επιλογή αυτή μεταφράζεται σε ένα νέο τρόπο συμπεριφοράς και λειτουργίας με μακροχρόνιες συνέπειες για όλα τα τμήματα και τις δραστηριότητες και για όλους τους εργαζομένους.

Σε σύγκριση με παραδοσιακές τεχνικές του ελέγχου ποιότητας, που έχουν στατιστικό χαρακτήρα και σκοπό τη διατήρηση της διαχρονικής σταθερότητας στη λειτουργία των διαφόρων διαδικασιών, η εφαρμογή της ΔΟΠ διακρίνεται για το δυναμικό χαρακτήρα της, και συνεπάγεται συνεχή εκπαίδευση και εκμάθηση νέων τεχνικών, διαρκής ανάπτυξη των εργαζομένων ως ατόμων και επιμονή στη συνεχή βελτίωση προϊόντων και διαδικασιών (Talib et al., 2011).

Έτσι μέσα από την ΔΟΠ επιχειρείται πλέον η αναζήτηση λύσεων στα προβλήματα που έχουν σχέση, όχι μόνο με τη Διασφάλιση και τη Βελτίωση της Ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και με την οργάνωση των ίδιων των μονάδων παραγωγής, τη διανομή τους, την αποτελεσματικότητά τους, τη συγκράτηση του κόστους λειτουργίας τους κα (McDonald, 1994).

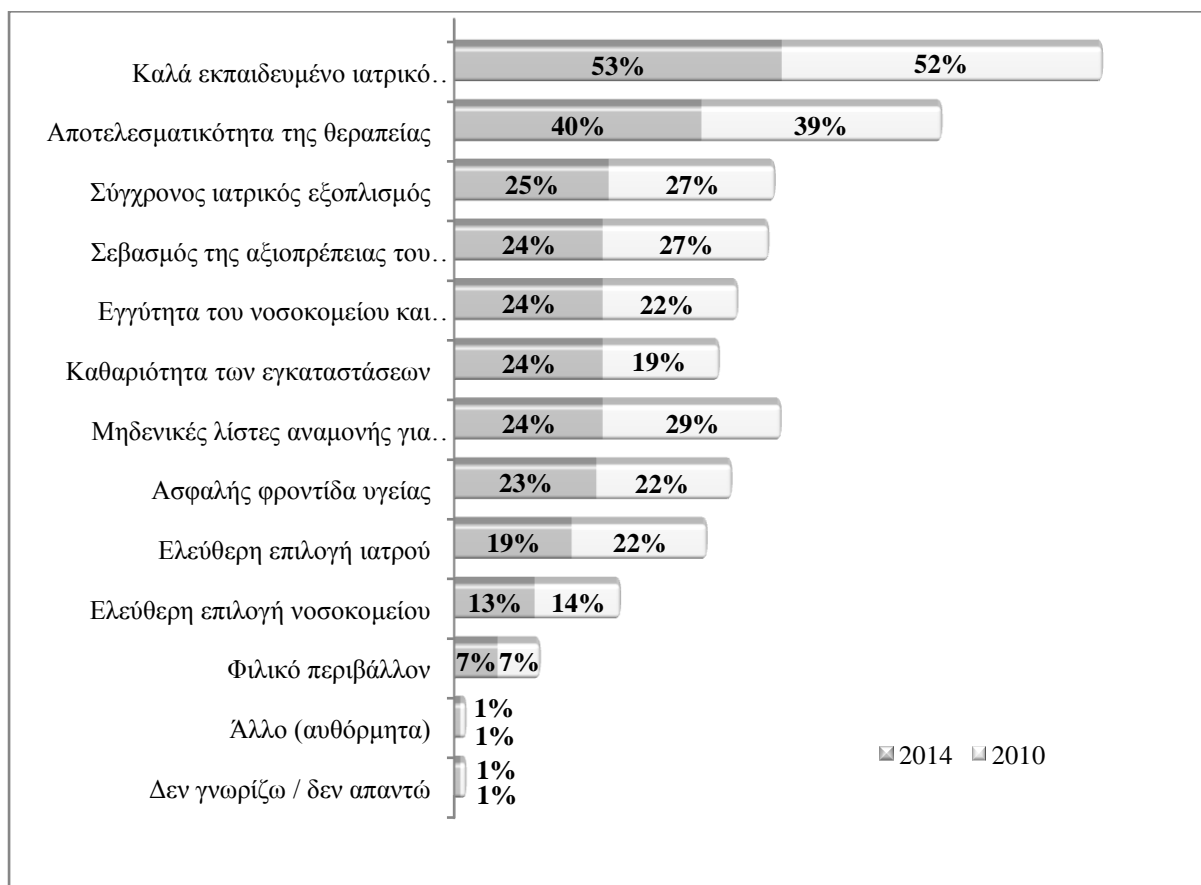
Τα οφέλη από την ανάπτυξη των συστημάτων ποιότητας είναι πολλά, επειδή εκτός από τη βελτίωση των προϊόντων και των υπηρεσιών, υπολογίζεται ότι χάριν στα συστήματα αυτά επιτυγχάνεται μείωση των λειτουργικών εξόδων κατά 30-50%. Αρκεί να αναφερθεί ότι το ένα τέταρτο (1/4) περίπου του προσωπικού μιας επιχείρησης που δεν εφαρμόζει συστήματα ποιότητας, απασχολείται με την διόρθωση σφαλμάτων (Talib et al., 2011, McDonald, 1994).

2.4 Αξιολόγηση των κριτηρίων υψηλής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και στα νοσοκομεία

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της Έκθεσης του Ευρωβαρόμετρου (2014), σε μια προσπάθεια αξιολόγησης των παραγόντων που συμβάλλουν στην εξασφάλιση υψηλής

ποιότητας υπηρεσιών υγείας, οι πλειονότητα των ερωτηθέντων τοποθετεί στην κορυφή της πυραμίδας το «καλά εκπαιδευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό» σε ποσοστό 53% και ακολουθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας σε ποσοστό 40%. Την τρίτη θέση καταλαμβάνει ο σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός σε ποσοστό 25% και ακολουθούν ο σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενούς, η εγγύτητα του νοσοκομείου και ιατρού, η καθαριότητα των εγκαταστάσεων και οι μηδενικές λίστες αναμονής για εξέταση και θεραπεία καταλαμβάνουν το 24%. Το 23% των Ευρωπαίων πολιτών χαρακτηρίζει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας τις ασφαλείς υπηρεσίες που τους προστατεύουν από δυσμενή συμβάντα και βλάβες κατά την παροχή της υγειονομικής φροντίδας. Μόλις ένας (1) στους πέντε (5) (19%) αναφέρει ως χαρακτηριστικό υψηλής ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών την ελεύθερη επιλογή ιατρού, ενώ μόνο το 13% αναφέρει την ελεύθερη επιλογή νοσοκομείου και το 7% αναφέρει το φιλικό περιβάλλον ως το σημαντικότερο κριτήριο για υψηλής ποιότητας φροντίδα υγείας (Διάγραμμα 2.2) (European Commission, 2014).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.2 Παράγοντες εξασφάλισης υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας



Πηγή: (Special Eurobarometer 411, 2014, ίδια διαμόρφωση)

Σε επίπεδο χώρας τα ποσοστά σημαντικότητας των κριτηρίων υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.3. Σε είκοσι μία (21) χώρες από τις

είκοσι οκτώ (28) οι ερωτηθέντες θεωρούν το καλά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό ως το σημαντικότερο κριτήριο για την επίτευξη υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας. Επικεφαλής των χωρών αυτών είναι η Σουηδία (69%) και ακολουθούν η Ολλανδία (66%), η Μάλτα (65%), η Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο (63%). Ενώ αντίθετα στην Πολωνία και την Σλοβακία μόλις το 34% και 35% αντίστοιχα των ερωτηθέντων ισχυρίζεται ότι το καλά εκπαιδευμένο προσωπικό αποτελεί το σημαντικότερο κριτήριο, τοποθετώντας και οι δύο (2) χώρες την αποτελεσματικότητα της θεραπείας στην κορυφή των κριτηρίων σε ποσοστό 50% και 54% αντίστοιχα (European Commission, 2014).

Στις υπόλοιπες επτά (7) χώρες (Βουλγαρία (63%), Σλοβακία (54%), Λετονία (51%), Κροατία (50%), Φινλανδία (53%), Λιθουανία (50%)) οι ερωτώμενοι θεωρούν ότι η αποτελεσματικότητα της θεραπείας είναι το σημαντικότερο κριτήριο, σε αντίθεση με τους ερωτώμενους στην Μάλτα, την Ιρλανδία και την Ισπανία όπου δεν αναφέρουν συχνά αυτό το κριτήριο ως το σημαντικότερο σε ποσοστά 27%, 27% και 30% αντίστοιχα (European Commission, 2014).

Ο σύγχρονος τεχνολογικός εξοπλισμός αποτελεί το ένα (1) από τα τρία (3) σημαντικότερα κριτήρια για υψηλής ποιότητας υπηρεσίες περίθαλψης στην Λιθουανία σε ποσοστό 42%, στην Λετονία και την Τσεχία σε ποσοστό 39%. Όμως μόνο 11% των ερωτώμενων στην Ολλανδία θεωρούν το κριτήριο αυτό το σημαντικότερο (European Commission, 2014).

Το ένα τρίτο (1/3) των ερωτώμενων στην Μάλτα (37%), στην Κύπρο (35%) και την Πορτογαλία και την Ελλάδα (34%) θεωρούν ότι ο σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενούς είναι το σημαντικότερο από τα τρία κριτήρια. Αυτό συγκρίνεται με το 15% της Ιρλανδίας και το 16% της Φινλανδίας (European Commission, 2014).

Οι περισσότεροι από τους μισούς ερωτώμενους στην Σουηδία θεωρούν ότι η εγγύτητα στο νοσοκομείο και τον ιατρό είναι ένα σημαντικό κριτήριο για υψηλής ποιότητας φροντίδα υγείας (55%), και 49% από αυτούς στην Γαλλία θεωρούν το ίδιο. Σε αντίθεση μόνο το 7% από τους ερωτώμενους στην Κύπρο αναφέρουν το εν λόγω κριτήριο ως το σημαντικότερο (European Commission, 2014).





Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η καθαριότητα των εγκαταστάσεων αναφέρεται πιο συχνά ως το σημαντικότερο κριτήριο σε ποσοστό 47%, ακολουθεί η Μάλτα σε ποσοστό 39% και η Ιρλανδία με την Γερμανία σε ποσοστό 37%. Μόνο το 8% των ερωτώμενων σε Πολωνία και Σλοβενία ισχυρίζονται το ίδιο. Οι περισσότεροι από τους μισούς ερωτώμενους στην Φινλανδία θεωρούν ότι η μηδενικές λίστες αναμονής για εξέταση και θεραπεία είναι ένα (1) από τα τρία (3) σημαντικότερα κριτήρια για υψηλής ποιότητας φροντίδα υγείας σε ποσοστό 54%. Επίσης οι μισοί από τους ερωτώμενους στην Ισπανία και την Σλοβενία συμφωνούν με αυτό σε ποσοστό 47%. Όμως στην Βουλγαρία μόλις το 6% θεωρεί ότι η ανυπαρξία λιστών αναμονής αποτελεί το σημαντικότερο κριτήριο (European Commission, 2014).

Σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση η Ολλανδία και η Αυστρία είναι οι μόνες χώρες όπου το ένα τρίτο (1/3) των ερωτηθέντων ισχυρίζονται ότι η ασφαλής υγειονομική φροντίδα είναι ένα (1) από τα τρία (3) πιο σημαντικά κριτήρια για την υγειονομική περίθαλψη υψηλής



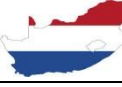



ποιότητας σε ποσοστό 34%. Το κριτήριο αυτό θεωρούν ότι είναι το σημαντικότερο μόλις το 7% των ερωτηθέντων στην Σουηδία (European Commission, 2014).

Η ελεύθερη επιλογή ιατρού αναφέρεται ως το σημαντικότερο κριτήριο από τους ερωτώμενους σε Λουξεμβούργο σε ποσοστό 34%, ενώ οι πολίτες στο Βέλγιο είναι πιο πιθανόν να αναφέρουν την ελεύθερη επιλογή του νοσοκομείου σε ποσοστό 22%. Οι ερωτηθέντες στην Εσθονία σε ποσοστό 16% θεωρούν ότι το φιλικό και φιλόξενο περιβάλλον συνιστά ένα (1) από τα τρία (3) σημαντικά κριτήρια για υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλας (European Commission, 2014).








ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3 Ιεράρχηση κριτηρίων διασφάλισης υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης

Από τα παρακάτω κριτήρια ποια τρία θεωρείται ότι συμβάλλουν στην διασφάλιση υψηλού επιπέδου ποιότητας υγειονομική φροντίδας;														
		Καλά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό	Αποτελεσματικότητα της θεραπείας	Σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός	Σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενούς	Εγγύτητα του νοσοκομείου και του ιατρού	Καθαριότητα των εγκαταστάσεων	Μηδενικές λίστες αναμονής για εξέταση και θεραπεία	Ασφαλής φροντίδα υγείας	Ελεύθερη επιλογή ιατρού	Ελεύθερη επιλογή νοσοκομείου	Φιλικό περιβάλλον	Άλλο (αυθόρμητα)	Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ
	ΕΕ28	53%	40%	25%	24%	24%	24%	24%	23%	19%	13%	7%	1%	1%
	Ην. Βασίλειο	63%	40%	18%	23%	16%	47%	23%	30%	10%	10%	8%	1%	1%
	Δανία	58%	48%	27%	21%	32%	16%	41%	17%	12%	18%	5%	0%	0%
	Λουξ/γο	53%	33%	20%	22%	34%	23%	20%	11%	34%	12%	8%	2%	0%









Σημασία και οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

	Ιρλανδία	47%	27%	18%	15%	35%	37%	43%	26%	15%	10%	5%	0%	1%
	Ελλάδα	47%	49%	35%	34%	12%	24%	33%	19%	18%	13%	6%	1%	0%
	Ολλανδία	66%	46%	11%	29%	26%	13%	23%	34%	18%	20%	3%	1%	0%
	Φινλανδία	60%	53%	14%	16%	28%	12%	54%	13%	14%	8%	9%	1%	1%
	Σουηδία	69%	43%	20%	26%	55%	17%	35%	7%	11%	5%	7%	0%	0%
	Γερμανία	63%	35%	25%	21%	20%	37%	9%	29%	28%	18%	2%	0%	0%
	Ισπανία	57%	30%	29%	19%	26%	10%	47%	21%	12%	11%	5%	1%	1%

Ποιότητα και Ασφάλεια στην Υγεία: Αξιολόγηση της Κουλτούρας Ασφάλειας του Ασθενούς σε Δημόσια Νοσοκομεία στην Ελλάδα

	Σλοβενία	52%	31%	20%	25%	26%	8%	47%	14%	24%	10%	13%	0%	0%
	Πορτογαλία	45%	33%	22%	34%	29%	26%	27%	12%	15%	11%	8%	0%	1%
	Ρουμανία	53%	36%	23%	29%	26%	23%	12%	10%	28%	13%	12%	1%	1%
	Κύπρος	58%	37%	30%	35%	7%	25%	23%	25%	32%	9%	5%	0%	0%
	Εσθονία	58%	45%	36%	20%	20%	11%	39%	9%	15%	6%	16%	2%	0%
	Αυστρία	61%	42%	36%	25%	23%	20%	11%	34%	21%	15%	7%	0%	0%
	Βέλγιο	54%	40%	25%	24%	24%	24%	24%	23%	19%	13%	7%	1%	1%

Σημασία και οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

	Ιταλία	41%	36%	23%	31%	14%	18%	24%	26%	19%	12%	10%	0%	1%
	Πολωνία	34%	50%	29%	22%	16%	8%	41%	22%	18%	12%	11%	1%	2%
	Γαλλία	51%	40%	29%	20%	49%	24%	17%	17%	21%	14%	8%	0%	0%
	Βουλγαρία	47%	63%	36%	21%	30%	10%	6%	18%	24%	13%	9%	0%	0%
	Τσεχία	46%	49%	39%	24%	26%	15%	19%	13%	23%	16%	12%	0%	0%
	Λετονία	47%	51%	39%	27%	24%	9%	9%	18%	19%	9%	7%	2%	1%
	Μάλτα	65%	27%	15%	37%	14%	39%	29%	16%	21%	4%	6%	0%	0%
	Σλοβακία	52%	31%	20%	25%	26%	8%	47%	14%	24%	10%	13%	0%	0%

	Ουγγαρία	47%	39%	35%	23%	21%	15%	35%	22%	17%	10%	6%	1%	0%
	Λιθουανία	56%	50%	42%	18%	14%	9%	24%	14%	25%	12%	6%	1%	0%
	Κροατία	40%	50%	25%	21%	30%	13%	41%	12%	17%	12%	10%	0%	0%

* Ευρώπη των 28 χωρών

Πηγή: (Special Eurobarometer 411, 2014)

Όσον αφορά την αξιολόγηση της ποιότητας των νοσοκομείων οι ερωτώμενοι τοποθετούν στην κορυφή της ιεραρχίας τη γενική φήμη του νοσοκομείου σε ποσοστό 34% και ακολουθεί με ποσοστό 31% η γνώμη των ασθενών. Ένας (1) στους πέντε (5) ερωτώμενους (22%) αναφέρει το είδος και το πλήθος των ειδικοτήτων που διαθέτει το νοσοκομείο ως κριτήριο αξιολόγησης της ποιότητάς του, την λίστα αναμονής για εξέταση και θεραπεία αναφέρει το 21%, τον διαθέσιμο ιατρικό και τεχνολογικό εξοπλισμό το 20%. Μόλις το 19% θεωρεί ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο των ιατρών και των νοσηλευτών αποτελεί σημαντική πληροφορία για την αξιολόγηση της ποιότητας του νοσοκομείου, την διαπίστευση από αρμόδιο όργανο το 16%, τον αριθμό των ασθενών που εξετάζουν οι ιατροί κάθε χρόνο το 8%, ενώ για το 4% των ερωτώμενων η μέση διάρκεια νοσηλείας αποτελεί σημαντικό πληροφορία για την αξιολόγηση της ποιότητας του νοσοκομείου (Διάγραμμα 2.3) (European Commission, 2014).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.3 Παράγοντες αξιολόγησης της ποιότητας των νοσοκομείων



* Ευρώπη των 28 χωρών

Πηγή: (Special Eurobarometer 411, 2014)

Σε δεκαέξι (16) από τις είκοσι οκτώ (28) χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η γενική φήμη του νοσοκομείου αποτελεί την σημαντικότερη παράμετρο για την αξιολόγηση της ποιότητάς του, με την Γαλλία σε ποσοστό 60% να προηγείται και να ακολουθεί το Βέλγιο με ποσοστό 54%,

η Λετονία με ποσοστό 53% και το Ηνωμένο Βασίλειο με ποσοστό 52%. Εν αντιθέσει με την Γερμανία όπου μόλις το 16% των ερωτώμενων θεωρεί αυτή την παράμετρο ως την σημαντικότερη για την αξιολόγηση της ποιότητας του νοσοκομείου (European Commission, 2014).

Σε οκτώ (8) χώρες, οι ερωτώμενοι θεωρούν ότι η *άποψη των ασθενών* αποτελεί την σημαντικότερη πληροφορία για την αξιολόγηση της ποιότητας του νοσοκομείου. Οι μισοί περίπου από τους ερωτώμενους σε Βουλγαρία (56%) και Κύπρο (56%) υποστηρίζουν την παραπάνω άποψη. Σε αντίθεση με την Φινλανδία, όπου ένας (1) στους πέντε (5) (21%) υποστηρίζουν κάτι αντίστοιχο (European Commission, 2014).

Το ένα τρίτο των ερωτώμενων στην Δανία (36%) υποστηρίζει ότι *το πλήθος και το είδος των ειδικοτήτων* αποτελεί το σημαντικότερο κριτήριο αξιολόγησης της ποιότητας του νοσοκομείου, το 30% στο Βέλγιο, την Τσεχία και την Ολλανδία αντίστοιχα. Ένας (1) στους δέκα (10) ερωτώμενους στην Ουγγαρία (10%) και την Ιρλανδία (11%) ισχυρίζονται το ίδιο (European Commission, 2014).








Οι λίστες αναμονής για εξέταση και θεραπεία είναι ο σημαντικότερος παράγοντας στην Φινλανδία (41%) και την Ισπανία (32%), ενώ στην Σλοβενία το 39%, στην Ιρλανδία το 36%, στην Κροατία το 35%, στην Πολωνία και την Σουηδία το 33% και το 32% στο Ηνωμένο Βασίλειο (European Commission, 2014).

Μαζί με τις λίστες αναμονής οι ερωτώμενοι στην Ισπανία αναφέρουν και τον *διαθέσιμο ιατρικό και τεχνολογικό εξοπλισμό* ως εξίσου σημαντικό παράγοντα αξιολόγησης της ποιότητας ενός νοσοκομείου σε ποσοστό 32%. Το 37% των ερωτώμενων στην Ελλάδα και το 34% στην Ουγγαρία και την Λιθουανία αναφέρουν τον συγκεκριμένο παράγοντα εν αντιθέσει με την Ολλανδία και την Σουηδία που μόλις το 6% θεωρούν τον εξοπλισμό μείζονος σημασίας παράγοντα για την ποιότητα του νοσοκομείου (European Commission, 2014).



Το εκπαιδευτικό επίπεδο των ιατρών και των νοσηλευτών είναι ο παράγοντας που αναφέρεται πιο συχνά στην Αυστρία σε ποσοστό 58% και την Γερμανία σε ποσοστό 57% σε αντίθεση με την Δανία όπου μόλις το 4% θεωρεί τον παράγοντα αυτό σημαντικό (European Commission, 2014).

Οι ερωτώμενοι στην Ολλανδία (30%) αναφέρουν ότι η *διαπίστευση από το αρμόδιο όργανο και ο αριθμός των περιπτώσεων που εξετάζουν οι ιατροί ετησίως* (15%) αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες. Από την άλλη πλευρά η *μέση διάρκεια νοσηλείας* αναφέρεται πιο συχνά ως κρίσιμος παράγοντας για την αξιολόγηση της ποιότητας στο νοσοκομείο στην Ουγγαρία και την Ισπανία σε ποσοστό 8% (Πίνακας 2.4) (European Commission, 2014).





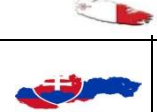





ΠΙΝΑΚΑΣ 2.4 Ιεράρχηση των παραγόντων αξιολόγησης της ποιότητας των νοσοκομείων

Ποιο παράγοντα θεωρείτε σημαντικότερο για την αξιολόγηση της ποιότητας του νοσοκομείου;													
		Γενική φήμη του νοσοκομείου	Άποψη άλλων ασθενών	Ειδικότητες	Λίστες αναμονής για εξέταση και θεραπεία	Διαθέσιμος ιατρικός και τεχνολογικός εξοπλισμός	Εκπαιδευτικό επίπεδο ιατρών και νοσηλευτών	Διαπίστευση από αρμόδιο όργανο	Πλήθος περιστατικών που εξετάζουν οι ιατροί ετησίως	Μέση διάρκεια νοσηλείας	Άλλο (αυθόρμητα)	Κανένα	Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ
	ΕΕ28	38%	31%	22%	21%	20%	19%	16%	8%	4%	1%	1%	2%
	Ην. Βασίλειο	52%	33%	14%	32%	10%	9%	15%	6%	6%	2%	1%	3%
	Δανία	39%	29%	36%	29%	13%	4%	23%	9%	7%	2%	0%	1%
	Λουξ/γο	44%	27%	26%	14%	17%	18%	16%	11%	2%	1%	2%	2%
	Ιρλανδία	50%	45%	11%	36%	9%	7%	10%	7%	6%	1%	0%	2%
	Ελλάδα	42%	32%	18%	22%	37%	10%	16%	8%	6%	0%	0%	1%
	Ολλανδία	49%	27%	30%	16%	6%	10%	30%	15%	3%	2%	1%	1%

Ποιότητα και Ασφάλεια στην Υγεία: Αξιολόγηση της Κουλτούρας Ασφάλειας του Ασθενούς σε Δημόσια Νοσοκομεία στην Ελλάδα

	Φινλανδία	36%	21%	20%	41%	19%	15%	21%	3%	6%	1%	1%	3%
	Σουηδία	29%	40%	24%	33%	6%	33%	18%	4%	2%	1%	0%	1%
	Γερμανία	16%	28%	27%	5%	12%	57%	23%	11%	3%	0%	1%	2%
	Ισπανία	30%	23%	23%	32%	32%	12%	8%	6%	8%	2%	1%	2%
	Σλοβενία	31%	47%	12%	39%	21%	5%	7%	9%	4%	2%	1%	1%
	Πορτογαλία	38%	25%	22%	30%	19%	12%	21%	5%	4%	1%	1%	3%
	Ρουμανία	39%	42%	22%	16%	25%	6%	14%	12%	3%	1%	1%	1%
	Κύπρος	41%	56%	13%	13%	23%	15%	15%	14%	2%	1%	0%	1%
	Εσθονία	44%	27%	20%	23%	24%	13%	12%	8%	3%	2%	1%	2%
	Αυστρία	27%	29%	21%	7%	17%	58%	17%	11%	4%	2%	0%	0%
	Βέλγιο	54%	28%	30%	13%	22%	14%	12%	6%	4%	1%	0%	0%

Σημασία και οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

	Ιταλία	34%	23%	22%	20%	25%	13%	18%	13%	4%	0%	1%	3%
	Πολωνία	31%	40%	18%	33%	23%	6%	8%	6%	5%	0%	1%	3%
	Γαλλία	60%	31%	25%	16%	24%	13%	14%	4%	2%	1%	0%	1%
	Βουλγαρία	48%	58%	16%	9%	24%	6%	8%	6%	2%	0%	1%	3%
	Τσεχία	47%	38%	30%	14%	26%	7%	12%	7%	5%	0%	0%	0%
	Λετονία	53%	31%	16%	16%	27%	8%	9%	2%	5%	0%	1%	3%
	Μάλτα	39%	38%	14%	26%	15%	12%	9%	7%	5%	1%	0%	5%
	Σλοβακία	40%	38%	19%	29%	30%	10%	10%	5%	5%	1%	0%	0%
	Ουγγαρία	26%	36%	10%	30%	34%	11%	13%	13%	6%	1%	1%	2%
	Λιθουανία	35%	32%	18%	16%	34%	11%	15%	9%	3%	2%	1%	3%
	Κροατία	35%	38%	18%	35%	25%	10%	7%	6%	3%	1%	0%	1%

* Ευρώπη των 28 χωρών

Πηγή: (Special Eurobarometer 411, 2014)

2.5 Οφέλη από τη Βελτίωση της Ποιότητας

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αφορά πρωτίστως τους ασθενείς – καταναλωτές των υπηρεσιών αυτών, τους συγγενείς αυτών καθώς επίσης και τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι παρέχουν την υγειονομική φροντίδα, εκείνους που επωμίζονται το κόστος των υπηρεσιών υγείας (Κράτος, Ασφαλιστικά Ταμεία) και τέλος την ίδια την κοινωνία στο σύνολό της. Πρέπει να σημειωθεί ότι η βελτιστοποίηση της ποιότητας καθώς και η διαρκής προσπάθεια για την επίτευξη αυτής συνεπάγεται ουσιαστικά υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη για το σύνολο των συμμετεχόντων στους φορείς των υπηρεσιών υγείας. Τα οφέλη από τη Βελτίωση της Ποιότητας και τη διατήρηση της σε επαρκές επίπεδο είναι πολυδιάστατα. Παρακάτω γίνεται μια προσπάθεια κατηγοριοποίησης των οφελών (Hayes, 2010).

1. Οφέλη για τον ασθενή

- *Υγειονομικά οφέλη:* Σχετίζονται με την έγκαιρη διάγνωση της παθολογικής νόσου που αφορά τους ασθενείς καθώς και την επιλογή της απαιτούμενης θεραπευτικής παρέμβασης με βάση την ειδικότητα και την ευαισθησία της νόσου. Επιπρόσθετο όφελος είναι η αποφυγή επιπλοκών εξαιτίας καθυστερημένης ή λανθασμένης αγωγής.
- *Ψυχολογικά οφέλη:* Σχετίζονται αφ' ενός με το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, στο οποίο θα αντιμετωπιστεί η παθολογία του ασθενούς αφ' ετέρου και η διάρκεια παραμονής του σε αυτό. Αναμφισβήτητα, η καλή ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς, επηρεάζει θετικά την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής στην οποία υπόκειται. Όσο περισσότερο λοιπόν διακρίνονται για την ποιότητά τους οι συνθήκες διαμονής του ασθενούς, το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών, τόσο εμφανέστερα είναι τα ψυχολογικά οφέλη που αποκομίζει αυτός. Επιπρόσθετα η ελαχιστοποίηση του χρόνου παραμονής στη νοσοκομειακή μονάδα επηρεάζει θετικά το ψυχολογικό υπόβαθρο του ασθενούς. Πρέπει να σημειωθεί ότι το ψυχολογικό υπόβαθρο προκύπτει ως αποτέλεσμα της σωστής και γρήγορης αντιμετώπισης του υγειονομικού προβλήματος.
- *Οικονομικά οφέλη:* Η Βελτίωση της Ποιότητας των υπηρεσιών θα συμβάλλει ώστε το πρόβλημα υγείας του ασθενούς να διαγνωστεί έγκαιρα και να αντιμετωπιστεί, τόσο αποτελεσματικά όσο και σε σύντομο χρονικό διάστημα. Είναι προφανές ότι στην περίπτωση αυτή, το κόστος υγείας που θα υποστεί ο ασθενής είτε άμεσα είτε έμμεσα θα είναι σημαντικά μικρότερο (Hayes, 2010, Goldstone, 1997).

2. Οφέλη για τον επαγγελματία υγείας

Τα οφέλη από την ύπαρξη ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, για όλους τους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικούς κα) συνίστανται κυρίως στα ακόλουθα (Hayes, 2010, Goldstone, 1997):

- Στο σεβασμό και στην εμπιστοσύνη εκ μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους.
- Στην απαλλαγή τους από τον καθημερινό εκνευρισμό και το άγχος.
- Στην ικανοποίηση που αποκομίζουν από την εργασία.
- Στη μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη, την οποία καλλιεργεί η ποιότητα.

3. Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας

- *Οικονομικά οφέλη:* Η μείωση του λειτουργικού κόστους, όπως αυτή επιτυγχάνεται με την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση, συνέπεια της βελτίωσης της ποιότητας των απερχόμενων υπηρεσιών, εξασφαλίζει σε σημαντικό βαθμό την εξοικονόμηση σημαντικών πόρων, οι οποίοι μπορούν με την σειρά τους να διατεθούν για την κάλυψη άλλων λειτουργικών αναγκών όπως τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού, εξοικονόμηση κονδυλίων για κλινική έρευνα και άλλες δραστηριότητες που εξασφαλίζουν την απώτερη βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών με ότι αυτό δύναται να προκαλέσει ακόμα και σε επίπεδο υστεροφημίας (Hayes, 2010, Goldstone, 1997).

4. Οφέλη για τους ασφαλιστικούς φορείς

- *Οικονομικά οφέλη:* Αφορούν τη μείωση του ύψους των δαπανών υγείας, δηλαδή των χρημάτων που καταβάλλουν στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας για την υγειονομική περίθαλψη των ασφαλισμένων τους.
- *Κοινωνικά οφέλη:* Αφορούν τη μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασφαλισμένων, απόρροια της υψηλού επιπέδου ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών.
- Η αίσθηση ικανοποίησης από την ορθή και παραγωγική επιτέλεση του έργου και των υπηρεσιών που απορρέουν από αυτές (Hayes, 2010, Goldstone, 1997).

5. Οφέλη για το Κράτος και το κοινωνικό σύνολο

- *Οικονομικά οφέλη:* Σχετίζονται με τον περιορισμό της μείωσης της παραγωγικότητας των πολιτών, ως αποτέλεσμα της μείωσης του χρόνου παραμονής τους στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Επιπρόσθετα ο περιορισμός των αδικαιολόγητων δαπανών, τόσο δημόσιων όσο και ιδιωτικών στον τομέα της υγείας ωφελεί πάντα το Κράτος.
- *Υγειονομικά οφέλη:* Αυξάνεται η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα του υγειονομικού συστήματος, με αποτέλεσμα τη μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών, τη βελτιστοποίηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών – καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας.
- Βελτίωση της εικόνας του Κράτους και αύξηση της εμπιστοσύνης των πολιτών απέναντι στις κοινωνικές παροχές και υπηρεσίες. Η γενικότερη εικόνα της χώρας

βελτιώνεται, τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο (Hayes, 2010, Goldstone, 1997).

2.6 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και κόστος

Η διαρκής αύξηση των δαπανών υγείας που λαμβάνει χώρα τις τελευταίες δεκαετίες στις αναπτυγμένες χώρες χωρίς μάλιστα να συνοδεύεται πάντα από τα αναμενόμενα υγειονομικά αποτελέσματα σε συνδυασμό με τις δυσμενείς οικονομικές συγκυρίες, οδήγησαν στην ανάπτυξη πρωτοβουλιών από μέρους των διεθνών οργανισμών και των κυβερνήσεων των χωρών για την εφαρμογή πολιτικών που αποσκοπούν στην συγκράτηση ή και την περιστολή των δαπανών υγείας.

Το σύνολο των συστημάτων υγείας, ανεξάρτητα από τις διαφοροποιήσεις τους από χώρα σε χώρα έχουν σαν στόχο τη συγκράτηση του κόστους παροχής των υπηρεσιών υγείας. Η περικοπή δημοσίων δαπανών από άλλους κοινωνικούς τομείς (παιδεία, πρόνοια, κοινωνική ασφάλιση) επιβάλλει τη βέλτιστη διαχείριση και αντιμετώπιση του πραγματικού δεδομένου της αύξησης των δημοσίων δαπανών υγείας. Στον ιδιωτικό τομέα, ο έλεγχος επιβάλλεται λόγω της πληθωριστικής τάσης του κόστους των υπηρεσιών υγείας και της συνακόλουθης επιβάρυνσης της οικονομίας στο σύνολο της.

Ωστόσο, παρ' όλη τη σημασία που αποδίδεται γενικά στο κόστος παραγωγής και παροχής των υπηρεσιών υγείας, το επιμέρους κόστος συνεπάγεται η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών, μόλις πρόσφατα προσέλυσε το ενδιαφέρον των κυβερνήσεων, των διοικήσεων των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και των ερευνητών.

Είναι γνωστή η θετική συσχέτιση του κόστους με την ποιότητα, λόγω των κονδυλίων που απαιτούνται για την εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας. Ωστόσο έρευνες που να υποστηρίζουν την παραπάνω αντίληψη δεν φαίνεται να υπάρχουν στη διεθνή βιβλιογραφία, που επικεντρώνεται στη μείωση του κόστους μέσω της ΔΟΠ και της Βελτίωσης της Ποιότητας (Mitton et al., 2006).

Αντίθετα το κόστος μπορεί να περιοριστεί από την ποιότητα. Η εφαρμογή προγράμματος ποιότητας έχει οπωσδήποτε κόστος, το οποίο όμως με τη σειρά του είναι σημαντικά μικρότερο από το κόστος διάθεσης στην αγορά ελαττωματικού προϊόντος από κόστος αντικατάστασης ή και από το κόστος επισκευής (Broyles and al-Assaf, 1999).

Οι Broyles και συν. (2010), σημειώνουν ότι παρ' όλο που απαιτούνται πρόσθετοι πόροι για τη Βελτίωση της Ποιότητας, ο περιορισμός των λαθών, των διπλών προσπαθειών και των παράλληλων ενεργειών, οδηγεί σε μείωση του κόστους (Broyles et al., 2010).

Η καθ' ημέρα πράξη καταδεικνύει την παρουσία πλείστων παραδειγμάτων χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας, τα οποία οδηγούν σε σημαντική επιβάρυνση του συνολικού κόστους. Ενδεικτικά θα μπορούσε να σημειωθεί, το κόστος διενέργειας ακτινογραφίας η οποία πρέπει να επαναληφθεί επειδή ο ασθενής δεν τοποθετήθηκε σωστά στην ακτινολογική τράπεζα, το κόστος αναβολής μιας εξέτασης ή χειρουργικής επέμβασης επειδή ο ασθενής δεν προετοιμάστηκε σωστά για τη διενέργεια της, το κόστος που συνεπάγεται η καθυστέρηση

της έναρξης της θεραπείας του ασθενούς επειδή χάθηκαν σημαντικά σημεία που αφορούν διαγνωστικές εξετάσεις ή και ακόμα τμήματα του ιατρικού φακέλου (Broyles and al-Assaf, 1999).

Το κόστος της χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών, όμως δεν περιορίζεται μόνο στις δαπάνες που αφορούν σε επανάληψη ενεργειών και δραστηριοτήτων που δεν έγιναν σωστά ή στην πραγματοποίηση νέων ενεργειών, που πρέπει να γίνουν για τη διόρθωση αυτών που έγιναν λανθασμένα. Επεκτείνεται και στη μείωση της συνολικής παραγωγικότητας της μονάδας, η οποία με τους ίδιους υλικούς και ανθρώπινους πόρους, αν δε διέθετε κάποιους από αυτούς για την επανάληψη ή τη διόρθωση λανθασμένων ενεργειών θα μπορούσε να παρέχει περισσότερες υπηρεσίες στους ίδιους ή σε άλλους ασθενείς. Αποτελεί μια περαιτέρω διερμηνεία ως κόστος ευκαιρίας της μονάδας μιας και ζημιώνεται από μια σειρά ενεργειών οι οποίες άλλες ορθά κατά τα άλλα διεργασίες θα ήταν προσοδοφόρες (Broyles et al., 2010).

Εντούτοις, δεν είναι εύκολα εφικτός ο ακριβής προσδιορισμός του κόστους, αλλά και της μείωσης αυτού. Το κόστος σε μια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας μπορεί να οριστεί, ως αξία της υπηρεσίας όπως αυτή μπορεί να προσδιοριστεί από μια σειρά παραγόντων που επηρεάζουν όπως οι δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας, ικανοποίησης ασθενών, ποιοτικών ετών ζωής και προσδόκιμου επιβίωσης. Από κάποιους μελετητές, οι δείκτες αυτοί αφορούν την «αξία που δύναται να συσχετισθεί κατά το δυνατό με την ανθρώπινη ζωή». Επειδή όμως ο τρόπος οδηγεί σε φιλοσοφικές αναζητήσεις, οι οποίες δε λαμβάνονται υπόψη σε μια χρηματοοικονομική ανάλυση ενός οργανισμού, μπορούμε να δηλώσουμε ότι η Βελτίωση της Ποιότητας οδηγεί σε καλύτερες και αποτελεσματικότερες υπηρεσίες όπως αυτές προσδιορίζονται από τους προαναφερθέντες δείκτες (Mitton et al., 2006).

Το κόστος έχει τεκμηριωθεί από την επιστήμη της Διοίκησης ως βασικός παράγοντας κάθε διαδικασίας προγραμματισμού και ελέγχου. Η έμφαση στη Βελτίωση της Ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αποτέλεσε προσπάθεια εξόδου από την κρίση των σημερινών συστημάτων υγείας, που χαρακτηρίζονται από το διαρκώς αυξανόμενο κόστος και την αυξανόμενη ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας (Mitton et al., 2006).

Το κόστος στην ποιότητα διακρίνεται σε δύο (2) μορφές (Mitton et al., 2006):

- Κόστος που υφίστανται λόγω έλλειψης της ποιότητας.
- Κόστος που δημιουργεί η προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας.

Τα βασικά πλεονεκτήματα της γνώσης του κόστους ποιότητας είναι τα ακόλουθα (Mitton et al., 2006):

- Παρέχει τη δυνατότητα διάγνωσης και ιεράρχησης των προβλημάτων που δημιουργεί η έλλειψη ποιότητας και τη κατανομή αυτής σε διαφορετικές υπηρεσίες υγείας.
- Παρέχει δυνατότητα ανάπτυξης αποτελεσματικών προγραμμάτων για βελτίωση στην υπάρχουσα ποιότητα.

2.6.1 Κόστος έλλειψης ποιότητας

Η αδυναμία των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας να ικανοποιούν τους ασθενείς αποτελεί βασικό συντελεστή δημιουργίας του κόστους έλλειψης ποιότητας το οποίο δεν εκφράζεται ως λογιστικό κόστος αλλά ως οικονομικό κόστος και αφορά απώλεια δραστηριότητας – απώλεια ευκαιριών. Δεχόμενοι την ποιότητα εξ ορισμού ως την ικανοποίηση μιας σειράς αποδεκτών προτύπων, το κόστος μη ικανοποίησης των ασθενών περιλαμβάνει το κόστος εσωτερικής και εξωτερικής αποτυχίας και πηγάζει από τη μη συμμόρφωση στις προβλεπόμενες προδιαγραφές (Mitton et al., 2006, Hussey et al., 2013).

- *Κόστος εσωτερικών αστοχιών:* Το κόστος αυτό προκύπτει από λάθη που συμβαίνουν και διορθώνονται πριν από την παροχή των υπηρεσιών υγείας στον ασθενή. Είναι αποτρέψιμα – έχουν αντιστρεπτή πορεία και τελούν υπό τον έλεγχο της διοίκησης (πχ λάθος κλινική εξέταση ή αξιολόγηση εργαστηριακών δεδομένων η οποία γίνεται αντιληπτή πριν την εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής και διορθώνεται στο ακέραιο).
- *Κόστος εξωτερικών αστοχιών:* Απορρέει από την χαμηλού επιπέδου ποιότητα εργασίας από τους επαγγελματίες υγείας και αφορά την παροχή ελλιπούς ή λανθασμένης υπηρεσίας στον ασθενή. Συμβαίνουν κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας στον ασθενή ή μετά από αυτήν (πχ παροχή λάθους φαρμακευτικής δραστικής ουσίας ή εμπορικού σκευάσματος ή ακόμα και λανθασμένης δοσολογίας στον ασθενή).

2.6.2 Κόστος Διασφάλισης της Ποιότητας

Η ανάπτυξη πολιτικής ποιότητας σε έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας και η εφαρμογή των εργαλείων ποιότητας αποφέρει μεγαλύτερη συνέπεια στην παροχή υπηρεσιών σταθερής ποιότητας, καλύτερων και βελτιωμένων προτύπων, αυξημένο βαθμό ικανοποίησης ασθενών και αυξημένο ηθικό των εργαζομένων. Ωστόσο το ερώτημα που απορρέει και οφείλει να απαντηθεί αφορά το μέγεθος του κόστους (Mitton et al., 2006, Hussey et al., 2013).

Η επένδυση στην εκπαίδευση για την ποιότητα, στη διαμόρφωση των ομάδων, στην ηγεσία καθώς και σε άλλα στοιχεία που προάγει η εφαρμογή ΔΟΠ στοχεύει στη μείωση του λειτουργικού κόστους και τελικά την αύξηση του μεριδίου αγοράς. Η μέτρηση του κόστους ποιότητας εστιάζεται στους τομείς που επιφέρουν υψηλότερες δαπάνες και βοηθά στον προσδιορισμό των ευκαιριών μείωσης κόστους. Είναι ένα σημαντικό βήμα προς τον έλεγχο των δαπανών του οργανισμού (Hussey et al., 2013).

Υπάρχουν τρεις (3) βασικές κατηγορίες κόστους ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας (Mitton et al., 2006, Hussey et al., 2013):

- *Δαπάνες Πρόληψης:* Περιλαμβάνεται ο χρόνος και οι δαπάνες που πραγματοποιούνται στην προσπάθεια περιορισμού των δαπανών αστοχίας και των δαπανών αξιολόγησης. Επιπρόσθετα συμπεριλαμβάνονται τα πρόσθετα κόστη που

αφορούν την κατάρτιση, την ενημέρωση του νέου προσωπικού και άλλες διαδικασίες που αφορούν την ΔΟΠ.

- *Δαπάνες αξιολόγησης:* Περιλαμβάνονται ο χρόνος και οι δαπάνες που αναλώνονται για καθαρισμό ενός (1) συγκεκριμένου προτύπου ποιότητας της υπηρεσίας υγείας. Σημαντικό σημείο είναι ο σαφής καθορισμός του προτύπου που πρόκειται να ακολουθηθεί καθώς το σύνολο των διεργασιών που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν.
- *Δαπάνες μη συμμόρφωσης:* Αυτές διαχωρίζονται σε τρεις (3) κατηγορίες:
 - ✓ *Δαπάνες εσωτερικών αστοχιών:* Αφορούν την εκ των προτέρων αστοχία να παρασχεθεί η προβλεπόμενη από το πρότυπο υπηρεσία στον ασθενή.
 - ✓ *Δαπάνες εξωτερικών αστοχιών:* Αφορούν την αστοχία της ήδη παρασχεθείσας υπηρεσίας. Το σύνολο των δαπανών αυτών είτε εσωτερικών είτε εξωτερικών αφορούν σε υπηρεσίες ή προϊόντα τα οποία με την σειρά τους δεν γίνανε ορθά την πρώτη φορά και απαιτούν για το λόγο αυτό επιπλέον πόρους διόρθωσης.
 - ✓ *Δαπάνες υπέρβασης απαιτήσεων:* Μερικές φορές λόγω εξωτερικών παραγόντων που βρίσκουν πρόσφορο έδαφος σε χώρους στους οποίους δεν εφαρμόζονται προτυποποιημένες διεργασίες ή δεν υπάρχει εσωτερικός έλεγχος κατά τη διάρκεια των διεργασιών παραγωγής υπηρεσιών ή προϊόντων, ορισμένες διαδικασίες υπηρεσιών υγείας ίσως να μην κρίνονται απαραίτητες αλλά και ίσως να μην επηρεάζουν την προβλεπόμενη εξαγόμενη υπηρεσία όπως πχ θεραπευτικής αγωγής η οποία δύναται να μην σχετίζεται με επιθυμητά αποτελέσματα.

Οι δαπάνες αυτές θα πρέπει να συλλεχθούν ανά διαδικασία και ανά κατηγορία, όπως ορίστηκαν. Στο σημείο αυτό κρίνεται ικανοποιητική η πραγματοποίηση περαιτέρω έρευνας που θα στοχεύει στον καθορισμό μιας σειράς παραγόντων (Mitton et al., 2006, Hussey et al., 2013):

- Οι βασικοί αποδέκτες των υπηρεσιών ή των προϊόντων αλλά και οι βασικοί προμηθευτές για κάθε διαδικασία και για κάθε επίπεδο.
- Η επιχειρησιακή ετοιμότητα και η εγρήγορση του προσωπικού για πρόληψη, αξιολόγηση και διορθωτικές διαδικασίες σε περίπτωση αστοχιών καθώς και ο χρόνος που απαιτείται για κάθε διορθωτική διαδικασία.
- Τα προβλήματα «αποτελεσματικότητας» ή «μη συμμόρφωσης» και η επίδραση τους στη λειτουργία της μονάδας.
- Η απώλεια σε χρόνο ή και κόστος ευκαιρίας που επιφέρουν οι εν λόγω διαδικασίες.

Οι βασικές διαδικασίες σε ένα νοσοκομείο μπορούν να κατηγοριοποιηθούν και να αναλυθούν με τη χρήση μοντέλου που βασίζεται στα «ίχνη» του ασθενούς και το οποίο αναπτύχθηκε από την Structured Analysis and Design Technique (SADT).

Η παρακολούθηση του προσωπικού σε καθημερινές εργασίες σε όλα τα επίπεδα ιεραρχίας θα αναδεικνυε τα εξής (Mitton et al., 2006):

- Τα περιστατικά μη συμμορφώσεων και τον αριθμό αυτών με αποτέλεσμα να επηρεάζουν την αύξηση του κόστους.
- Ο χρόνος που αφιερώνεται σε προληπτικές ενέργειες και διαδικασίες αξιολόγησης και κατά πόσο είναι επαρκής για την επίτευξη μικρότερου αριθμού «αστοχιών» και περιστατικών μη συμμορφώσεων.
- Το προσωπικό με μεγάλη δυσκολία αποδέχεται το γεγονός ότι πρέπει να αφιερώνει χρόνο σε προληπτικές ενέργειες και διαδικασίες αξιολόγησης, ειδικότερα στην περίπτωση που αυτές μειώνουν το χρόνο που αφορούν την παροχή φροντίδας ή υπηρεσίας ή αυξάνουν το χρόνο παραμονής στο χώρο εργασίας.
- Η αξιολόγηση ποικίλει ανάλογα με το βαθμό πολυπλοκότητας της εκάστοτε διαδικασίας.

Οι απλούστερες διορθωτικές ενέργειες που μπορούν να εφαρμοστούν ούτως ώστε να μειωθεί ο αριθμός των μη συμμορφώσεων είναι οι εξής (Mitton et al., 2006):

- ✓ Ακριβέστερη μέτρηση συχνότητας των μη συμμορφώσεων.
- ✓ Συμμετοχή του συνόλου των εργαζομένων.
- ✓ Μέτρηση των επιπτώσεων των μη συμμορφώσεων στην ποιότητα.
- ✓ Η αναλογία του χρόνου που απαιτείται για κάθε διορθωτική ενέργεια ως προς το πλήθος του προσωπικού.
- ✓ Το τυχόν κόστος.

Μελέτες σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο έδειξαν ότι το κόστος ποιότητας, ήτοι το κόστος κακής ποιότητας, έφτανε το 10-20% των συνολικών προϋπολογισμένων λειτουργικών εσόδων.

Οι ακόλουθες παράμετροι είναι απαραίτητες ούτως ώστε να εξασφαλιστούν τα μέγιστα οφέλη του κόστους ποιότητας, τα οποία αναφέρονται παρακάτω (Mitton et al., 2006):

1. Καταγραφή και ανάλυση του ρυθμού άφιξης και υποδοχής των ασθενών στη μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας.
2. Αναγνώριση των σημαντικότερων μη συμμορφώσεων σε σχέση με την οικονομική και κοινωνική εκροή.
3. Ανάλυση και λεπτομερής καταγραφή των πιο σοβαρών μη συμμορφώσεων.
4. Αντιστοιχία του κόστους με το εμπλεκόμενο τμήμα.
5. Αναγωγή του πραγματικού κόστους ως ποσοστό των εσόδων.
6. Ανάπτυξη ομάδων Βελτίωσης Ποιότητας, με σκοπό τη μείωση των μη συμμορφώσεων και του κόστους που προκύπτει.

7. Ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων παρακολούθησης κόστους ποιότητας.
8. Διάχυση των απαραίτητων πληροφοριών στο αρμόδιο προσωπικό.
9. Αναζήτηση ιδεών και υποβολή προτάσεων για Βελτίωση της Ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από το προσωπικό.
10. Προσδιορισμός του κόστους επενδύσεων για την επίτευξη βελτίωσης είτε σε ερευνητικό είτε σε επίπεδο κλινικής έρευνας. Στο σημείο αυτό θα μπορούσε να επισημανθεί η σημαντικότητα του τομέα αυτού στη βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών μιας και η έρευνα στο τομέα αυτό έχει υψηλού επιπέδου ανταποδοτικά οφέλη.
11. Δημιουργία και εκπαίδευση ομάδων Βελτίωσης Ποιότητας για τη συστηματική αντιμετώπιση προβλημάτων.
12. Αναγνώριση και ανταμοιβή της επιτυχούς μείωσης των μη συμμορφώσεων και παράλληλης απελευθέρωσης χρόνου που δεσμεύονταν για την αντιμετώπιση τους, καθώς και των αντίστοιχων πόρων.

Το κόστος ποιότητας και η μείωση του συνολικού κόστους που αυτό συνεπάγεται πρέπει να αντιμετωπιστεί ως μέρος της ΔΟΠ και της Βελτιστοποίησης της Ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που οφείλει να υπηρετεί. Ως αποτέλεσμα της προσαρμογής και της χρήσης της έννοιας του κόστους ποιότητας γίνεται και πιθανότατα επιτυγχάνονται ρεαλιστικοί στόχοι εξοικονόμησης πόρων.

2.6.3 Κόστος Βελτίωσης της Ποιότητας

Σε αντίθεση με το κόστος έλλειψης της ποιότητας το οποίο δεν μπορεί να αποτιμηθεί, το κόστος Βελτίωσης της Ποιότητας είναι κατά κύριο λόγο λογιστικό δηλαδή αποτιμητέο. Δύναται να διακριθεί σε κόστος πρόληψης και σε κόστος αξιολόγησης και αφορά την προσπάθεια συμμόρφωσης στις προδιαγραφές (Mitton et al., 2006, Hussey et al., 2013).

Κόστος Πρόληψης: Περιλαμβάνει το κόστος σχεδιασμού, το κόστος εφαρμογής και διατήρησης συστήματος ποιότητας. Στόχος είναι η αποφυγή σφαλμάτων μέσω της πρόληψης, της εκπαίδευσης και της επικοινωνίας δεδομένων. Η βασική φιλοσοφία εμπεριέχεται στη ρήση «Να κάνεις κάτι σωστά την πρώτη φορά: Do it right the first time».

Κόστος Αξιολόγησης: Περιλαμβάνει το κόστος διατήρησης επιπέδου ποιότητας και βελτίωσης του, μέσω ελέγχων και μετρήσεων «Έλεγχος για την ορθότητα: Checking it is right».

2.7 Συμπεράσματα

Οι ασθενείς δικαιούνται τη βέλτιστη φροντίδα, σύμφωνα με την τρέχουσα επιστημονική γνώση και τους διαθέσιμους πόρους. Καθώς οι ασθενείς (και τα δικαιώματά τους) βρίσκονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος για τα συστήματα υγείας, καθίσταται εντονότερη η ανάγκη να ενισχυθεί ο ρόλος της Διοίκησης Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Είναι σημαντικό να ενσωματωθούν οι διαδικασίες Διασφάλισης της Ποιότητας στη ροή του τμήματος με τη συμμετοχή του προσωπικού, στο σύνολό του. Ο φόβος της αλλαγής και η ανησυχία για το αρχικό κόστος και το γραφειοκρατικό φόρτο μπορούν να υπερνικηθούν μόλις εφαρμοστούν οι πρώτοι έλεγχοι και αναδειχθούν οι αδυναμίες του τμήματος. Τότε θα αρχίσει να φαίνεται η αξία ενός πρωτοκόλλου ποιότητας, στη διαμόρφωση και την υλοποίηση του οποίου θα συμμετέχουν όλοι. Είναι ευθύνη της ηγεσίας να εμπνεύσει το όραμα της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς, μέσα από μια διαδικασία διαρκούς βελτίωσης που δεν θα αποτελεί απειλή για τους εργαζόμενους, αλλά ευκαιρία για επαγγελματική και ηθική ολοκλήρωση. Η καταγραφή των διαδικασιών και η εφαρμογή πρωτοκόλλων, όπως αυτά προκύπτουν από μελέτες που, ως γνωστόν, διεξάγονται σε καθορισμένες συνθήκες, έχουν έννοια εφ' όσον υλοποιούνται στην καθημερινή πράξη και εξετάζονται τα αποτελέσματα. Αν και είναι εντατική η προσπάθεια της επιστημονικής κοινότητας για να διατυπωθούν τεκμηριωμένες κατευθυντήριες οδηγίες για τη βέλτιστη πρακτική, είναι λίγα τα διαθέσιμα στοιχεία για την υλοποίησή τους από τα τμήματα. Συνεπώς, η καταγραφή των διαδικασιών και η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων της κλινικής πρακτικής, εκτός από την πειθαρχία που επιβάλλει, μπορεί να οδηγήσει σε χρήσιμα συμπεράσματα για την επίλυση καθημερινών προβλημάτων. Ακόμη, η τήρηση κοινής μεθοδολογίας από τα τμήματα επιτρέπει περισσότερο αξιόπιστες συγκρίσεις των αποτελεσμάτων τους και χρήσιμο υλικό για μελέτες. Φυσικά, δεν μπορεί να υπάρξει Βελτίωση της Ποιότητας χωρίς μέτρηση της απόδοσης. Οι επαγγελματίες υγείας είναι αρκετά εξοικειωμένοι με τις στατιστικές μεθόδους και τα περισσότερα τμήματα συμμετέχουν σε κλινικές μελέτες. Μένει να εφαρμοστεί μια στατιστική μεθοδολογία για τη συστηματική αξιολόγηση της καθημερινής κλινικής πρακτικής, όπως υποδεικνύουν τα συστήματα ποιότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Η Κλινική Διακυβέρνηση ως σύστημα διαχείρισης της ποιότητας στην υγεία

*«Μια από τις πιο επικίνδυνες μορφές ανθρώπινου λάθους είναι να ξεχάσεις τι προσπαθείς να επιτύχεις»
(Paul Nitze)*

3.1. Εισαγωγή

Ο θεσμός της Κλινικής Διακυβέρνησης γίνεται ολοένα και πιο γνωστός στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια, αναζητώντας τρόπους που θα μπορούσε να εισαχθεί στον χώρο των υπηρεσιών υγείας. Ο μηχανισμός και η φιλοσοφία της Κλινικής Διακυβέρνησης αναπτύχθηκε μέσα σε ένα ευρύτερο φάσμα αλλαγών και αναζητήσεων για ένα αναβαθμισμένο και αξιόπιστο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) στο Ηνωμένο Βασίλειο. Ο κλινικός έλεγχος ποιότητας αποτελεί καίριο στοιχείο της Κλινικής Διακυβέρνησης. Το συγκεκριμένο μοντέλο διαχείρισης έδωσε νέα ώθηση στο θεσμό του κλινικού ελέγχου και εδρεύει στην καρδιά των ποικίλων συστημάτων Κλινικής Διακυβέρνησης που έχουν υιοθετηθεί στο Βρετανικό ΕΣΥ. Παράλληλα, ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας εξελίσσεται και προσαρμόζεται στις προκύπτουσες ανάγκες και προκλήσεις. Τα παραδοσιακά επαγγελματικά όρια δοκιμάζονται και καινούργιοι ρόλοι και λειτουργίες αναδύονται. Κάποιες από αυτές, από προ - θεσμικές εξελίσσονται σε θεσμικές. Οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας εξελίσσονται με οδηγό, μεταξύ άλλων, τον ανθρωποκεντρισμό, την ευελιξία στη διοικητική διαχείριση και την παροχή φροντίδας που συμπορεύεται με την έρευνα και τις επιστημονικές εξελίξεις.

Η Κλινική Διακυβέρνηση πρεσβεύει, πως κάθε υπηρεσία υγείας είναι υπεύθυνη για τη Συνεχή Βελτίωση της Ποιότητας των υπηρεσιών της και για τη διασφάλιση υψηλών επιπέδων φροντίδας, με τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος στο οποίο μπορεί να αναπτυχθεί η υψηλή κλινική πρακτική. Ένας από τους στόχους της Κλινικής Διακυβέρνησης είναι να ενσωματωθούν οι μάλλον ανόμοιες και αποσπασματικές προσεγγίσεις στην ποιότητα, που υπήρξαν στο παρελθόν, σε μια ολιστική και σφαιρική προσέγγιση. Ο κλινικός έλεγχος αποτελεί απαραίτητο δομικό και λειτουργικό στοιχείο αυτής της διαδικασίας. Οι μεταρρυθμίσεις έχουν εισαγάγει δύο (2) σημαντικές αλλαγές. Ειδικότερα, καθίσταται σαφές ότι η αρμοδιότητα και η τελική ευθύνη για την ποιότητα της κλινικής πράξης δεν περιορίζεται μόνο στους μεμονωμένους επαγγελματίες υγείας και στις θεραπευτικές ομάδες, αλλά επεκτείνεται και επιβαρύνει τη διοικούσα αρχή, με την οργάνωση υγειονομικής περίθαλψης και ιδιαίτερα εκείνους που την κατευθύνουν. Παράλληλα, οι υπηρεσίες έχουν την υποχρέωση να υιοθετήσουν και να αναπτύξουν κατάλληλους μηχανισμούς ελέγχου, ενώ καθίσταται ρητή η ευθύνη για προσδιορισμό και επίλυση προβλημάτων ποιότητας.

3.2. Κλινική Διακυβέρνηση

Η ραγδαία εξέλιξη και πολυπλοκότητα των υπηρεσιών υγείας και των θεραπευτικών παρεμβάσεων παγκοσμίως και ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες, τις τελευταίες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα καθιστούν την υγειονομική περίθαλψη λιγότερο ασφαλή. Δεδομένου ότι ο ρυθμός και η πολυπλοκότητα της φροντίδας έχουν αυξηθεί, οι κίνδυνοι για τους χρήστες έχουν αυξηθεί ανάλογα. Από την άλλη, οι χρήστες των συστημάτων υγείας αναλαμβάνουν ενεργούς ρόλους, συμμετέχουν στη φροντίδα τους και δεν είναι πλέον παθητικοί δέκτες. Οι παραπάνω εξελίξεις σε συνδυασμό με την αυξανόμενο ποσοστό που αντιπροσωπεύουν οι δαπάνες υγείας στο ΑΕΠ έθεσαν ζητήματα αξιολόγησης του παραγόμενου προϊόντος στην υγεία. Στις αρχές τις δεκαετίας του 1970 ο Cochrane, έθεσε στην επιστημονική συζήτηση το ζήτημα της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας στην μονογραφία του «Effectiveness and Efficiency» η οποία αναδημοσιεύτηκε το 1999 (Cochrane, 1999). Από τότε κλάδοι, τεχνικές, και δραστηριότητες αναπτύχθηκαν για να επιτύχουν την Διασφάλιση και την Βελτίωση της Ποιότητας όπως ο κλινικός έλεγχος, η συνεχής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, η τεκμηριωμένη φροντίδα υγείας κα. Παράλληλα γίνεται μια προσπάθεια από την εκάστοτε πολιτική ηγεσία, τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τις διοικήσεις των μονάδων παροχής υγειονομικής φροντίδας να εισάγουν θεσμούς και διαδικασίες Συνεχούς Βελτίωσης της Ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών .

Στα πλαίσια της προσπάθειας αυτής, τον Απρίλιο του 1999 τέθηκε σε ισχύ μια νέα στρατηγική ποιότητας στους οργανισμούς υγείας του ΕΣΥ του Ηνωμένου Βασιλείου γνωστή στην βιβλιογραφία με τον όρο *Κλινική Διακυβέρνηση*. Η εννοιολογική προσέγγιση του νέου αυτού συστήματος διαχείρισης της ποιότητας έγινε μια χρονιά πριν το 1998 στη Λευκή Βίβλο, «The White paper, a first class service: Quality in the new NHS» η οποία ορίζει την *Κλινική Διακυβέρνηση* ως εξής (Department of Health, 1998):

«Η Κλινική Διακυβέρνηση είναι ένα σύστημα μέσω του οποίου οι οργανισμοί του ΕΣΥ είναι υπόλογοι ως προς:

- i. Τη Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- ii. Τη διαφύλαξη υψηλών επιπέδων φροντίδας με τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος μέσω του οποίου θα μπορεί να αναδυθεί η αριστεία στην κλινική φροντίδα».

Ο παραπάνω ορισμός βασίστηκε στον ορισμό και στα χαρακτηριστικά που αποδίδει ο WHO (1986), στην ποιότητα σε μια πρόταση του (WHO, 1986). Σύμφωνα λοιπόν με την πρόταση αυτή, η *ποιότητα* ορίζεται με βάση τέσσερα (4) χαρακτηριστικά:

- Επαγγελματική επίδοση (τεχνική ποιότητα).
- Χρήση των πόρων (αποδοτικότητα).
- Διαχείριση κινδύνου τραυματισμού ή ασθένειας που σχετίζεται με την παρεχόμενη φροντίδα.
- Ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Οι περιφερειακοί οργανισμοί, οι οποίοι ανέλαβαν να εξειδικεύσουν και να υλοποιήσουν τη νέα αυτή πολιτική αναγκάστηκαν να αναπτύξουν έναν πιο σαφή ορισμό για την *Κλινική Διακυβέρνηση* αναφέροντας ότι «είναι τα μέσα με τα οποία οι οργανισμοί διασφαλίζουν την ποιότητα στην παροχή φροντίδας υγείας κάνοντας τα άτομα υπεύθυνα στην διαδικασία εγκατάστασης, διατήρησης και παρακολούθησης προδιαγραφών λειτουργίας» .

Η Βελτίωση της Ποιότητας της φροντίδας και η εφαρμογή της Κλινικής Διακυβέρνησης δεν αποδείχτηκαν καθόλου εύκολη υπόθεση στην πράξη για το Ηνωμένο Βασίλειο. Από τη μια πλευρά η παροχή υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια ιδιαίτερα σύνθετη και πολύπλοκη διαδικασία. Από την άλλη πλευρά η ποσοτικοποίηση ποιοτικών παραγόντων ώστε να μπορούν να μετρηθούν έχει σοβαρούς περιορισμούς και μειονεκτήματα. Επιπρόσθετα προβλήματα δημιουργούν ηθικές ενστάσεις για έρευνες στις οποίες μετράται η αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων και στις οποίες είναι απαραίτητο να μην δοθούν κάποιες θεραπείες για να συγκριθούν τα αποτελέσματα. Το απόρρητο των διαγνώσεων αποτελεί ένα περαιτέρω πρόβλημα (Wilson, 1998, Ford, 2003).

Για την ενιαία και αποτελεσματική διαχείριση των προαναφερθέντων προβλημάτων στη νέα αυτή πολιτική ποιότητας είναι αναγκαίο να υπάρχει (Παπανικολάου, 2007, Wilson, 1998, Ford, 2003):

- *Σχεδιασμός*: Οι οργανισμοί υγείας χρειάζονται ένα σχέδιο για να αναπτύξουν τεχνικές διασφάλισης και βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων κλινικών υπηρεσιών. Ο σχεδιασμός θα πρέπει να βασίζεται σε μια αντικειμενική εκτίμηση των αναγκών και των απόψεων των ασθενών, των κλινικών κινδύνων καθώς των ικανοτήτων των επαγγελματιών υγείας. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι βασικές υποστηρικτικές στρατηγικές (όπως η τεχνολογία πληροφόρησης, η εκπαίδευση, η επιμόρφωση, η έρευνα και η ανάπτυξη εξυπηρετούν τους σκοπούς Διασφάλισης της Ποιότητας.
- *Πληροφόρηση, ανάλυση και γνώση*: Ένας οργανισμός ο οποίος θέλει να βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών του οφείλει να αναπτύσσει υπεροχή στην επιλογή, τη διοίκηση και την αποτελεσματική χρήση των πληροφοριών και της γνώσης ώστε να υποστηρίζει τεκμηριωμένα τις αποφάσεις του.
- *Ο ασθενής να συμμετέχει ενεργά στην φροντίδα*: Είναι ζωτικής σημασίας να αποσαφηνιστεί ότι η πληροφόρηση και η ανατροφοδότηση από παλιούς ασθενείς είναι σημαντική στον προσδιορισμό και στην ιεράρχηση πρωτοβουλιών και πρακτικών βελτίωσης της ποιότητας.
- *Ανάπτυξη ικανοτήτων – συνεχής εκπαίδευση*: Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να συμμετέχουν στη βελτίωση της υγειονομικής περιθάλψης μέσω συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, επιμόρφωσης και ενεργούς συμμετοχής τους στην αναζήτηση νέων ιδεών για βελτίωση και καινοτομία. Η ανάπτυξη της νοοτροπίας που ενθαρρύνει την ανοιχτή εξέταση των λαθών και των παραλείψεων και η αποφυγή παλαιότερων πρακτικών κατηγορίας και

επίπληξης, αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό των οργανισμών που αφιερώνονται στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών τους.

- *Αποτελεσματική ηγεσία:* Ένας οργανισμός πρέπει να είναι σε θέση να ξεκαθαρίσει στο προσωπικό τον τρόπο διοίκησης και ηγεσίας του. Το όραμα, οι αξίες και οι μέθοδοι Κλινικής Διακυβέρνησης θα πρέπει να διοχετεύονται γόνιμα σε όλο το προσωπικό. Αυτού του είδους η επικοινωνία προσφέρει στους επαγγελματίες υγείας ένα κοινό και συνεπή στόχο αλλά και ξεκάθαρες προσδοκίες.

Ο στόχος της Κλινικής Διακυβέρνησης είναι η διασφάλιση ότι (Παπανικολάου, 2007, Wilson, 1998, Ford, 2003):

- Οι διαδικασίες Βελτίωσης της Ποιότητας είναι εν λειτουργία και ολοκληρώνονται στα πλαίσια ενός προγράμματος ποιότητας για το σύνολο του οργανισμού.
- Έχουν αναπτυχθεί ηγετικές δεξιότητες στο επίπεδο της κλινικής ομάδας.
- Η τεκμηριωμένη άσκηση της Ιατρικής είναι σε συνεχή εφαρμογή.
- Η καλή άσκηση, οι ιδέες και οι καινοτομίες διαδίδονται με συστηματικό τρόπο εντός και εκτός της μονάδας παροχής φροντίδας.
- Έχουν εφαρμοστεί προγράμματα μείωσης του κλινικού κινδύνου.
- Τα δυσμενή συμβάματα έχουν εντοπιστεί, ερευνηθεί και η αποκτηθείσα γνώση εφαρμόστηκε.
- Λαμβάνονται υπ' όψιν και αξιολογούνται τα διατυπωμένα παράπονα των ασθενών.
- Τα προβλήματα στην κλινική πράξη αναγνωρίζονται και αντιμετωπίζονται εγκαίρως για να προληφθούν οι βλάβες στους ασθενείς.
- Τα στοιχεία ποιότητας που συλλέγονται για την παρακολούθηση της κλινικής φροντίδας είναι υψηλών προδιαγραφών.

Συνοψίζοντας θα λέγαμε ότι η συμβολή της Κλινικής Διακυβέρνησης στο νέο πλαίσιο λειτουργίας των οργανισμών παροχής υγειονομικής φροντίδας είναι η μεταφορά της λήψης κλινικών αποφάσεων στο διοικητικό και οργανωτικό προσκήνιο.

3.3. Κλινικός έλεγχος ποιότητας

Στα πλαίσια των ευρύτερων αλλαγών και αναζητήσεων για την αναβάθμιση και την βελτίωση της αξιοπιστίας του ΕΣΥ στο Ηνωμένο Βασίλειο αναπτύχθηκε η φιλοσοφία και ο μηχανισμός του κλινικού ελέγχου ποιότητας (clinical audit). Ο κλινικός έλεγχος ποιότητας αποτελεί καίριο στοιχείο της Κλινικής Διακυβέρνησης η οποία έδωσε νέα ώθηση στο θεσμό του κλινικού ελέγχου, τοποθετώντας τον στον πυρήνα των

ποικίλων συστημάτων Κλινικής Διακυβέρνησης που έχουν υιοθετηθεί στο Βρετανικό ΕΣΥ μέχρι σήμερα (Παπανικολάου, 2007).

Παραδοσιακά, τουλάχιστον στη Β. Αμερική, ο έλεγχος της ποιότητας είχε συνδεθεί με τον αναδρομικό έλεγχο της ιατρικής φροντίδας μέσω επιθεωρήσεων γνωστών και ως ιατρικών ελέγχων (Medical Audit, MA). Οι επιθεωρήσεις αυτές, που διενεργούνταν κατά κανόνα επιλεγμένοι ιατροί είτε του νοσοκομείου είτε εκτός νοσοκομείου, περιορίζονταν συνήθως σε αποσπασματικό ή τυχαίο αναδρομικό έλεγχο των ιατρικών φακέλων, με σκοπό την επισήμανση λαθεμένων επιλογών του ιατρικού προσωπικού. Οι ελεγκτές, εσωτερικοί ή εξωτερικοί, αφού συμφωνούσαν στο τι συνίσταται η άριστη πρακτική και τα κριτήρια αξιολόγησης του αποτελέσματος και των διαδικασιών, έκριναν και αξιολογούσαν. Η επιδιωκόμενη όμως βελτίωση ήταν περιορισμένη, γιατί οι ευθύνες αναζητούνταν μόνο στους ιατρούς, απουσίαζε η ανάλυση τάσεων και η διαμόρφωση προτύπων ώστε να εντοπίζονται με αντικειμενικότητα τα βαθύτερα αίτια και δεν υπήρχαν διαδικασίες και συστήματα επανόρθωσης των λαθών και αξιολόγησης της βελτίωσης (Berwick, 1989).

Ο ιατρικός έλεγχος ήταν επίσης μια δραστηριότητα αξιολόγησης που περιοριζόταν σε έναν κυρίως τομέα, τον ιατρικό, χωρίς να επεκτείνεται συνήθως στους άλλους τομείς δραστηριότητας του νοσοκομείου. Τα τελευταία χρόνια ο ιατρικός έλεγχος ως όρος αλλά και ως περιεχόμενο έχει ενσωματωθεί σε μια ευρύτερη προσπάθεια κλινικού ελέγχου η οποία χρησιμοποιείται σε πολλά νοσοκομεία που δεν έχουν υιοθετήσει περισσότερα ολοκληρωμένα συστήματα ποιότητας. Στις περιπτώσεις αυτές επιχειρείται συνήθως η ανάπτυξη σύγχρονων μορφών κλινικού ελέγχου με την χρήση κριτηρίων, προτύπων ή πρωτοκόλλων ως μέτρο σύγκρισης (O.Vretveit, 2002, Onretveit, 2001).

Η έννοια του *κλινικού ελέγχου* αποσαφηνίζεται πρώτη φορά σε έγγραφο του Υπουργείου Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου με τίτλο «Working with patients» το 1989, ορίζοντας τον *κλινικό έλεγχο ποιότητας* ως «τη συστηματική κριτική ανάλυση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας, συμπεριλαμβάνοντας τις διαδικασίες που χρησιμοποιούνται κατά τη διάγνωση και τη θεραπεία, την αξιοποίηση των διαθέσιμων των πόρων, τις επιπτώσεις για τον ασθενή και την απορρέουσα ποιότητα ζωής του» (Department of Health, 1989).

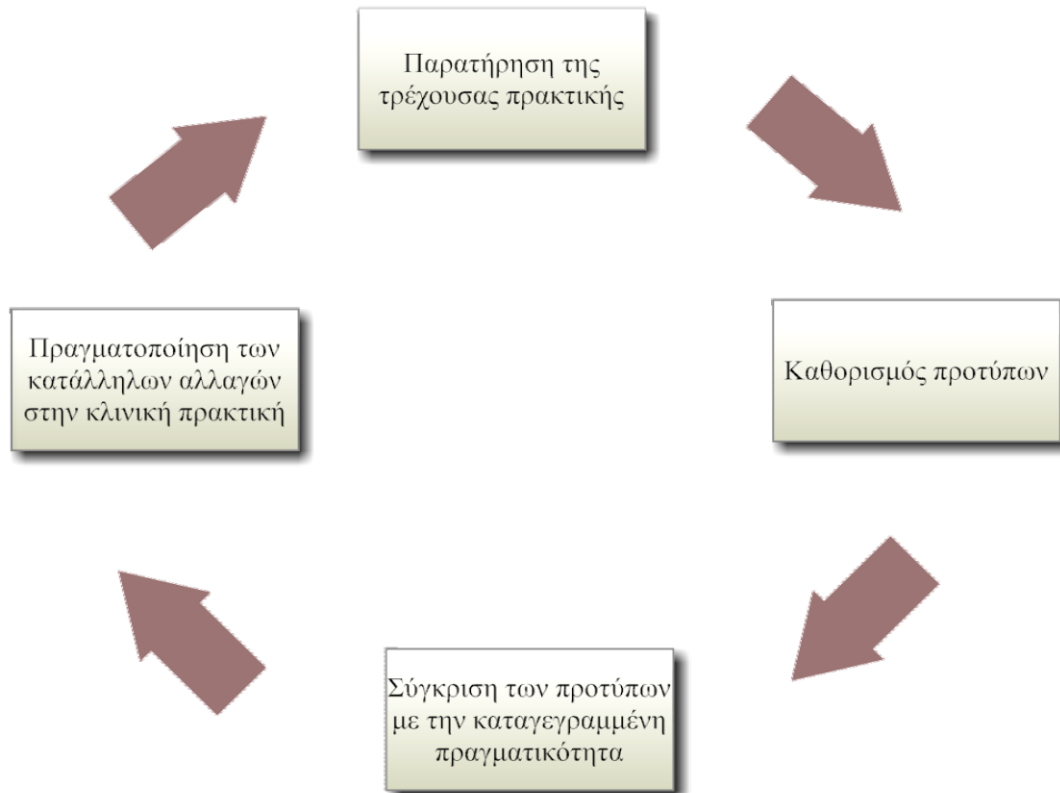
Ανάλογα με την μεθοδολογία οι κλινικοί έλεγχοι ταξινομούνται σε τέσσερις (4) κατηγορίες (O.Vretveit, 2002, Onretveit, 2001, Παπανικολάου, 2007):

- ➔ Στον αναδρομικό έλεγχο με εσωτερικούς ελεγκτές (που είναι και ο απλούστερος).
- ➔ Στον αναδρομικό έλεγχο με εξωτερικούς ελεγκτές.
- ➔ Στον έλεγχο κατά τη διάρκεια νοσηλείας με βάση τα κλινικά πρωτόκολλα.
- ➔ Στον έλεγχο με βάση κριτήρια καλής πρακτικής που αποτελούν το μέτρο σύγκρισης.

Ο κλινικός έλεγχος της ποιότητας παρέχει τη δυνατότητα στους επαγγελματίες υγείας να εξετάσουν την κλινική πρακτική με στόχο τη διασφάλιση της βέλτιστης φροντίδας υγείας για τους ασθενείς. Κατά συνέπεια η κλινική απόδοση εξετάζεται ως προς καθορισμένα πρότυπα και επίπεδα ποιότητας. Αξιοποιώντας την διαδικασία του κλινικού ελέγχου δίδεται η ευκαιρία στους επαγγελματίες υγείας να καταγράψουν τα κλινικά αποτελέσματα από την παρεχόμενη φροντίδα και να εξετάσουν την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδα υγείας με έναν αποτελεσματικότερο τρόπο προς όφελος του ασθενούς (Παπανικολάου, 2007).

Η κλινική απόδοση (ή κύκλος ποιότητας) όπως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 3.1 συνιστά μια κυκλική διεργασία, η οποία ξεκινά με την παρατήρηση της υπάρχουσας πρακτικής και μια πρώτη εκτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης και τον προσδιορισμό των προβλημάτων και των αστοχιών τα οποία διαμορφώνουν το υπάρχον επίπεδο της ποιότητας. Στην συνέχεια, διαμορφώνονται ή επιλέγονται κριτήρια, πρότυπα, οδηγίες και πρωτόκολλα, με βάση τα οποία θα επιδιωχθεί η βελτίωση της ποιότητας. Έπειτα γίνεται σύγκριση των προσδοκιών με την καταγεγραμμένη πραγματικότητα. Και τέλος λαμβάνουν χώρα η κατάλληλες αλλαγές. Οι αλλαγές στην πρακτική πρέπει να υπόκεινται σε αναλυτική κριτική θεώρηση προκειμένου να έχουν ως επακόλουθο την βελτίωση της φροντίδας των ασθενών και παράλληλα δημιουργούν μια νέα πραγματικότητα που αποτελεί αφετηρία ενός νέου κύκλου (Παπανικολάου, 2007).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.1 Ο κύκλος του κλινικού ελέγχου ποιότητας



Πηγή: (Department of Health, 1989)

Η αποτίμηση της πραγματικότητας και ο εντοπισμός των προβλημάτων ποιότητας επιτυγχάνεται με τους ακόλουθους βασικούς μηχανισμούς (Wilson, 1998):

- Με τη συστηματική ανασκόπηση της παρεχόμενης περίθαλψης ή των ίδιων των περιστατικών νοσηλείας.
- Με την παρακολούθηση δεικτών συχνότητας ανεπιθύμητων γεγονότων.
- Με τη συστηματική καταγραφή των απόψεων και των προτάσεων των ασθενών και των εργαζομένων.
- Με τις εκθέσεις συμβάντων, περιλαμβανομένων των παραπόνων των ασθενών και των δικαστικών διώξεων.
- Με ειδικές μελέτες ποιοτικού ελέγχου.
- Με τεχνικές ομαδικής επίλυσης προβλημάτων που εντάσσονται στους κύκλους ποιότητας.

Από τους μηχανισμούς αυτούς, οι τρεις (3) πρώτοι θεωρούνται οι πλέον σημαντικοί, γι' αυτό και συνίσταται η χρήση τουλάχιστον δύο (2) από τους μηχανισμούς αυτούς (Wilson, 1998).

Το δεύτερο βήμα του κύκλου κλινικού ελέγχου (ή κύκλου ποιότητας) αφορά στην επιλογή ή τη διαμόρφωση κριτηρίων, προτύπων, οδηγιών και πρωτοκόλλων. Τα κριτήρια (*criteria*) αποτελούν μεταβλητές που εκφράζουν δείκτες ποιότητας και λειτουργούν ως συγκριτικά δεδομένα. Τα κριτήρια πρέπει να είναι μετρήσιμα, εξειδικευμένα, λεπτομερή, κατανοητά, εφικτά και επανεξετάσιμα. Συνήθως χωρίζονται σε κριτήρια που αφορούν στις υποδομές, στις διαδικασίες και σε κριτήρια κλινικού αποτελέσματος. Επίσης τα κριτήρια μπορεί να είναι είτε ρητώς καθορισμένα (*explicit*) οπότε να μην επιδέχονται κριτική, συχνά όμως μπορεί να μην ορίζονται επακριβώς ή να υπονοούνται (*implicit*) οπότε αφήνονται στην προσωπική κρίση του εκάστοτε εκτιμητή ο οποίος διαθέτει λόγω πείρας ικανότητα σωστής κρίσης (Ovretveit, 2001).

Όταν τα κριτήρια χρησιμοποιούνται ως σημεία σύγκρισης χαρακτηρίζονται ως συγκριτικά κριτήρια (*comparative criteria*) ή κριτήρια ανασκόπησης (*review criteria*). Τα κριτήρια αυτά είναι πολύ χρήσιμα όταν συγκρίνονται δεδομένα έκβασης, πχ σύγκριση δεικτών θνητότητας για μια συγκεκριμένη επέμβαση μεταξύ νοσοκομείων κ.α. (Field and Lohr, 1002)

Οι δείκτες (*indicators*) βάσει των οποίων διαμορφώνονται τα κριτήρια είναι ένας καθαρός αριθμός που ορίζεται ως μια ποσοστιαία αναλογία συχνότητας ενός συγκεκριμένου γεγονότος. Οι δείκτες είναι εργαλεία που δίνουν μια εικόνα ενός τμήματος και είναι χρήσιμοι για τη σύγκριση τόσο μεταξύ τμημάτων όσο και σε σχέση με προκαθορισμένα πρότυπα λειτουργίας. Ποσοτικοποιούν το αποτέλεσμα των ενεργειών μιας χρονικής περιόδου και μπορούν να βοηθήσουν στην προσπάθεια για διαρκή βελτίωση μέσα από την ανάδειξη των πλεονεκτημάτων και των αδυναμιών ενός τμήματος. Είναι επίσης απαραίτητοι για την αξιολόγηση κάθε προσπάθειας Βελτίωσης της Ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Ovretveit, 2001).

Οι δείκτες όπως και τα κριτήρια μπορούν να αφορούν τόσο την υποδομή όσο και τη διαδικασία και το αποτέλεσμα. Όταν οι δείκτες εκφράζουν τη συχνότητα ενός γεγονότος που αποτελεί μέρος της θεραπευτικής αγωγής ονομάζονται *κλινικοί δείκτες* (*clinical indicators*), ενώ μπορεί και να σχετίζονται με άλλες δραστηριότητες των υπηρεσιών υγείας όπως η ξενοδοχειακή φροντίδα, η διοίκηση κα (Mainz, 2003).

Στους δείκτες υποδομής περιλαμβάνονται δείκτες (Mainz, 2003):

- Επάρκειας κλινών.
- Εκπαίδευσης προσωπικού.
- Αντικατάστασης ιατρικού εξοπλισμού κα.

Στους δείκτες διαδικασίας περιλαμβάνονται δείκτες (Mainz, 2003):

- Παραγωγικότητας που αφορούν στη διάρκεια παραμονής.
- Το ποσοστό κάλυψης των κλινών.
- Οι λίστες αναμονής.
- Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των διαγνωστικών εξετάσεων.
- Το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας κα.

Οι δείκτες αποτελέσματος ή έκβασης εκφράζουν την αλλαγή της κατάστασης υγείας του ασθενούς ως αποτέλεσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Κλασικό παράδειγμα είναι ο δείκτης θνητότητας ενός νοσοκομείου συνολικά ή κατά κατηγορίες νοσημάτων (Mainz, 2003).

Ο Hopkins (1990), πρότεινε ορισμένους δείκτες αποτελέσματος, μεταξύ των οποίων ξεχωρίζουν οι εξής (Hopkins A., 1990):

- Ανεπιθύμητες ενέργειες.
- Μη προγραμματισμένες επανεπεμβάσεις.
- Νοσοκομειακές λοιμώξεις.
- Ανεπιθύμητες αντιδράσεις σε φάρμακα.
- Μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές.
- Προβλήματα από μεταγίσεις.

Το Αμερικάνικο Κολέγιο Χειρουργών έχει προτείνει ως βασικούς δείκτες ποιότητας τους δείκτες θνητότητας (έκβαση), διάρκειας νοσηλείας και συνολικής χρέωσης περιστατικού (διαδικασία) (Nayduch et al., 1994).

Τα βασικά κριτήρια για την επιλογή ενός δείκτη αξιολόγησης της λειτουργίας ενός υγειονομικού οργανισμού είναι τα παρακάτω (Papakostidi and Tsoukalas, 2012):

- *Η χρησιμότητα (usefulness)*: Ο δείκτης εκφράζει μια σημαντική παράμετρο, να συνδράμει στην εξαγωγή συμπερασμάτων και να συνδέεται με την αντίστοιχη δυνατότητα παρέμβασης για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων.

- *Η εγκυρότητα (validity)*: Είναι ο βαθμός στον οποίο ο δείκτης μετρά αυτό που ισχυρίζεται ότι μετρά. Σε αντίθετη περίπτωση, υφίσταται η προκατάληψη (bias) ή το συστηματικό σφάλμα. Η εγκυρότητα ενός δείκτη ανιχνεύεται δυσκολότερα απ' ό,τι η αξιοπιστία του, καθώς απαιτεί διαδοχικές συσχετίσεις μετρήσεων.
- *Η αξιοπιστία (reliability)*: Είναι ο βαθμός συνέπειας μεταξύ των αποτελεσμάτων, εάν η μέτρηση επαναληφθεί υπό παρόμοιες συνθήκες σε διαφορετικά χρονικά σημεία. Η αξιοπιστία ενός οργάνου μέτρησης εκφράζει αφ' ενός την ακρίβεια και τη συνέπεια της μέτρησης ως προς το θέμα το οποίο μελετά και αφ' ετέρου το εύρος μεταβλητότητας των αποτελεσμάτων από τυχαίους παράγοντες. Η αξιοπιστία μιας μέτρησης ελέγχεται με το συντελεστή συσχέτισης μεταξύ επαναλαμβανόμενων μετρήσεων και κυμαίνεται για τις αξιόπιστες μετρήσεις από 0,7-0,9.
- *Η δυνατότητα σύγκρισης (comparability)*: Εξασφαλίζεται με την ύπαρξη πρότυπων δεικτών, με ευρεία έκταση εφαρμογής και τη διαθεσιμότητα αντίστοιχων στοιχείων σε άλλες χώρες.
- *Η ανταποκρισιμότητα (responsiveness)*: Η έννοια της ανταποκρισιμότητας αποδίδει το βαθμό ευαισθησίας ενός δείκτη να ανιχνεύει μεταβολές. Η ανταποκρισιμότητα ενός δείκτη έχει ιδιαίτερη σημασία, όταν χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της επίδρασης μιας ιατρικής παρέμβασης.
- *Η ειδικότητα (specificity)*: Πρόκειται για την ικανότητα διάκρισης διαφορών στις εξεταζόμενες ομάδες ασθενών, πχ άτομα με καλή ποιότητα ζωής και άτομα με κακή ποιότητα ζωής.
- *Η ευαισθησία (sensitivity)*: Η ευαισθησία διερευνά την ακρίβεια του δείκτη και το κατά πόσο διαπιστώνονται από την επαναλαμβανόμενη χρήση του αλλαγές ή διαφοροποιήσεις.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι ο συστηματικός έλεγχος των ιατρικών διαδικασιών και των κλινικών αποτελεσμάτων με τη χρήση δεικτών, καθώς και η σύγκρισή τους με τα επιστημονικά αποδεκτά πρότυπα καλής πρακτικής, δεν είναι κάτι στατικό. Τα πρότυπα που χρησιμοποιούνται, οι δείκτες και οι μηχανισμοί υπόκεινται σε επαναξιολόγηση και τροποποίηση σύμφωνα με την τρέχουσα επιστημονική γνώση (Papakostidi and Tsoukalas, 2012).

Τα πρότυπα (standards) ορίζονται σε σχέση με τα κριτήρια. Πρότυπο είναι ο αποδεκτός βαθμός απόκλισης από ένα κριτήριο. Τα πρότυπα μπορούν επίσης να οριστούν ως ο ακριβής προσδιορισμός του επιπέδου ενός δείκτη. Ωστόσο τα κλινικά πρότυπα αποτελούν προσυμφωνημένα επίπεδα εκτέλεσης κλινικού έργου για συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγορία ασθενών. Τα κλινικά πρότυπα πρέπει να είναι κατανοητά, αποδεκτά, εφικτά, παρατηρήσιμα και μετρήσιμα (Unger et al., 2003).

Για την διαμόρφωση των προτύπων ακολουθούνται συνήθως τέσσερα στάδια, που περιλαμβάνουν την επιλογή του θέματος, τη συγκρότηση ομάδας εργασίας από 8-10 άτομα, τη διαμόρφωση προτάσεων και τη δοκιμαστική εφαρμογή – αξιολόγηση. Η

επιλογή του θέματος στηρίζεται σε εκτιμήσεις συχνότητας, βαρύτητας, εφαρμοσιμότητας, κόστους και προσδοκώμενων βελτιώσεων. Η έννοια των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών και των πρωτοκόλλων κλινικής πρακτικής παρουσιάζονται αναλυτικά παρακάτω (Unger et al., 2003).

Όπως είναι πλέον αντιληπτό η Βελτίωση της Ποιότητας δεν μπορεί να επέλθει χωρίς την συμβολή των επαγγελματιών υγείας. Είναι φανερό σε όλους ότι μια δομημένη και αντικειμενική αξιολόγηση της κλινικής πράξης είναι αναγκαία. Η Κλινική Διακυβέρνηση μέσω του κλινικού ελέγχου μπορεί να συμβάλει στην αξιολόγηση αυτή. Μέσω του κλινικού ελέγχου επιτυγχάνεται ακόμα (Wilson, 1998, Ford, 2003):

- Η δυνατότητα αναγνώρισης των παθογενειών και των προβλημάτων που υπάρχουν με σκοπό την προώθηση και εφαρμογή μεθόδων καλής πρακτικής (Good Practice).
- Ίση βαρύτητα σε όλες τις πτυχές της φροντίδας.
- Η συγκέντρωση πληροφοριών που μπορούν να αξιοποιηθούν για να επιβεβαιώσουν την επάρκεια με την οποία λειτουργεί.
- Η ευκαιρία για εκπαίδευση και επιμόρφωση προσωπικού.
- Η διασφάλιση της καλύτερης δυνατής αξιοποίησης των πόρων και του ανθρώπινου δυναμικού.
- Η βελτίωση των εργασιακών σχέσεων, της επικοινωνίας των μελών του προσωπικού μεταξύ τους αλλά και με όσους επισκέπτονται και χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες της μονάδας παροχής υγειονομικής φροντίδας.

Παρόλη την σημαντική συμβολή του κλινικού ελέγχου στην προσπάθεια Βελτίωσης της Ποιότητας, πρόσφατη έρευνα αναφέρει ότι ενώ οι νοσηλευτές έχουν επιδείξει θετική στάση απέναντι στον κλινικό έλεγχο, ο ενθουσιασμός τους δεν μεταφέρεται πάντα στην πράξη (Cheater and Keane, 1998). Πράγματι, η εισαγωγή του κλινικού ελέγχου στο Βρετανικό ΕΣΥ, το 1990, βασίστηκε περισσότερο στην πίστη ότι θα επιφέρει ποιοτική βελτίωση στο σύστημα υγείας, παρά σε επιστημονικά δεδομένα που αποδείκνυαν την αξία του. Παράλληλα, υπήρξε ασυμφωνία ως προς την καταλληλότερη μεθοδολογική προσέγγιση, γεγονός που οδήγησε σε σημαντική σύγχυση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας για την εφαρμογή του ποιοτικού ελέγχου και την ενσωμάτωσή του στην κλινική πράξη (Ingleton and Faulkner, 1995). Η εμφάνιση του πλαισίου της Κλινικής Διακυβέρνησης έχει δώσει καινούργια ώθηση στην ανάγκη για αξιόπιστο και έγκυρο κλινικό έλεγχο. Η ποιότητα στον κλινικό χώρο έχει ενσωματωθεί με τον οικονομικό έλεγχο και με την απόδοση των υπηρεσιών σε όλα τα οργανωτικά επίπεδα (Sally and Donaldson, 1998). Επομένως, επιβεβαιώνεται ο κεντρικός ρόλος του κλινικού ελέγχου. Επιπλέον, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι ο κλινικός έλεγχος, ως μηχανισμός και πρόγραμμα ποιότητας, διέπεται από στοιχεία που είναι εξίσου εφαρμόσιμα και στη λήψη των κλινικών αποφάσεων και στην απόδοση της υπηρεσίας (Johnston et al., 2000). Ενδεικτικά, ο κλινικός έλεγχος έχει χρησιμοποιηθεί ως οδηγός στην εφαρμογή των κλινικών οδηγιών. Συχνά, τα κριτήρια του ελέγχου ποιότητας ορίζονται από τις συστάσεις που προκύπτουν από τις

κλινικές οδηγίες. Κατ' αυτόν τον τρόπο, το κλινικό προσωπικό είναι σε θέση να γνωρίζει εάν οι συστάσεις των κλινικών οδηγιών εφαρμόζονται.

Συνοψίζοντας, οι παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχία του κλινικού ελέγχου είναι η αποτελεσματική ηγεσία, το υποστηρικτικό περιβάλλον, οι μηχανισμοί και οι υλικοτεχνικές υποδομές, που καθιστούν τον κλινικό έλεγχο λιγότερο δύσκολο και εφικτό, ο σωστός προγραμματισμός σε όλα τα στάδια του ελέγχου και η αντιμετώπιση προβλημάτων και θεμάτων που αποκαθιστούν την εμπιστοσύνη στα μέλη της κλινικής ομάδας (Johnston et al., 2000).

3.4. Κλινική αποτελεσματικότητα και τεκμηριωμένη πρακτική στη φροντίδα υγείας

Η κλινική αποτελεσματικότητα στο ΕΣΥ του Ηνωμένου Βασιλείου αμφισβητήθηκε από τον Cochrane στην μονογραφία του «Effectiveness and Efficiency» το 1971 (η οποία αναδημοσιεύτηκε το 1999) αποτελώντας την αφορμή για την εισαγωγή νέου γνωστικού αντικειμένου, της τεκμηριωμένης φροντίδας υγείας και την εισαγωγή νέων στατιστικών μεθόδων όπως η μετανάλυση, τη δημιουργία της ηλεκτρονικής βάσης Cochrane και ειδικών προγραμμάτων όπως το «Research and Development», τα οποία προσπάθησαν να συνθέσουν τα δεδομένα των ερευνών σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας με την κλινική πράξη (Cochrane, 1999).

Η κλινική αποτελεσματικότητα (*clinical effectiveness*) ορίζεται ως «ο βαθμός στον οποίο συγκεκριμένες παρεμβάσεις, όταν εφαρμοστούν σε συγκεκριμένο χρόνο σε έναν συγκεκριμένο ασθενή ή πληθυσμό, επιτυγχάνουν το στόχο τους, επιφέρουν για παράδειγμα τη διατήρηση και τη βελτίωση της υγείας και αντλούν από τους διαθέσιμους πόρους το υψηλότερο δυνατό κέρδος για την υγεία» (Department of Health, 1999).

Με την κλινική αποτελεσματικότητα επιτυγχάνεται (Royal College of Nursing, 1995):

- Παραγωγή τεκμηρίων με επιστημονική έρευνα και αξιολόγηση.
- Παραγωγή και διάχυση τεκμηριωμένων κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών.
- Εφαρμογή μεθόδων βασισμένων στην τεκμηρίωση και τη σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας με κατάλληλη εκπαίδευση.
- Αποτίμηση της συμμόρφωσης με τη συμφωνημένη πρακτική καθοδήγηση.
- Αποτίμηση των αποτελεσμάτων ως προς τους ασθενείς η οποία συμπεριλαμβάνει τον κλινικό έλεγχο.

Η ενσωμάτωση των ερευνητικών δεδομένων στην καθημερινή κλινική πράξη αλλά και στην διαχείριση των υπηρεσιών και την ανάπτυξη και διατύπωση πολιτικών υγείας είναι δύσκολη. Για το λόγο αυτό αναπτύχθηκαν κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και κλινικά πρωτόκολλα και συνεχώς αναπτύσσονται, για να αυξήσουν την κλινική αποτελεσματικότητα μέσω της διευκόλυνσης των κλινικών. Αυτός ήταν και ο σκοπός δημιουργίας του Εθνικού Ινστιτούτου Κλινικής Αριστείας (National Institute

of Clinical Excellence – NICE), το οποίο ελέγχει την εισαγωγή νέων τεχνολογιών και θεραπειών και εκδίδει κατευθυντήριες οδηγίες.

3.5. Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες

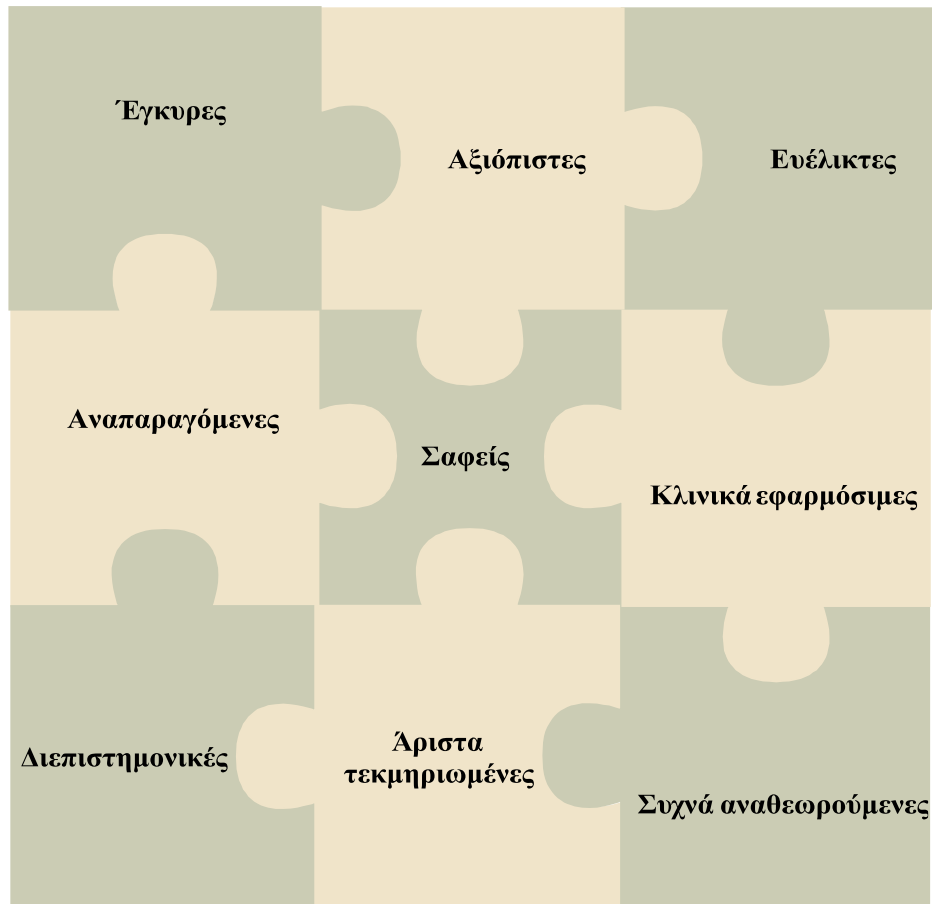
Οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες όπως αναφέρθηκε και στην προηγούμενη ενότητα μπορούν να αποτελέσουν εργαλεία για να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς στη λήψη αποφάσεων, βελτιώνοντας παράλληλα την ποιότητα της φροντίδας υγείας. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αποσαφηνιστεί η έννοια των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών και των κλινικών πρωτοκόλλων διότι διεθνώς επικρατεί σύγχυση γύρω από αυτούς τους όρους.

Σύμφωνα με την Taylor (2004), ως *κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες (clinical guidelines)* ορίζονται «οι θέσεις που διατυπώνονται μετά από κριτική και συστηματική μελέτη της βιβλιογραφίας, για να βοηθήσουν τους κλινικούς στο χώρο της υγείας, αλλά και τους ασθενείς, στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την παροχή κατάλληλης φροντίδας, σε συγκεκριμένες κλινικές καταστάσεις, ανεξάρτητα από το ποιος παρέχει τη φροντίδα». Οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες εστιάζονται σε ένα (1) κλινικό πρόβλημα ή παρέμβαση και αναφέρονται σε συγκεκριμένη ομάδα ασθενών (Hewitt-Taylor, 2004).

Πρωτόκολλα κλινικής πρακτικής (protocols in clinical practice) είναι «ορισμένες αρχές των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών, οι οποίες εφαρμόζονται σε επίπεδο τμημάτων ενός νοσοκομείου, περιέχουν περισσότερες επιχειρησιακές λεπτομέρειες σε σχέση με την καλή ιατρική πρακτική, από τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και μπορεί να διαφέρουν κατά την εφαρμογή τους σε κάθε νοσοκομείο» (IOM, 1992). Το πρωτόκολλο κλινικής πρακτικής υποδεικνύει ενέργειες που πρέπει να εφαρμοστούν, ενώ οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες προσφέρουν ευελιξία στους επαγγελματίες υγείας να ασκούν το κλινικό τους έργο βάσει των αναγκών του κάθε ασθενούς (Cheater and Closs, 1997).

Οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες συμβάλλουν στην προαγωγή της τεκμηριωμένης ιατρικής φροντίδας και ταυτόχρονα αποτελούν το εργαλείο για συστηματικό έλεγχο. Πιο αναλυτικά τα χαρακτηριστικά των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 3.2 που ακολουθεί (Burgers et al., 2003):

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.2 Χαρακτηριστικά των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών



Πηγή: (Burgers et al., 2003)

Η ανάπτυξη κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών είναι ιδιαίτερα χρονοβόρα και απαιτεί εκτεταμένη έρευνα προκειμένου να διασφαλιστεί η ακρίβεια και η τεκμηρίωσή τους. Τα οφέλη από την εφαρμογή των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών στην κλινική πράξη παρουσιάζονται στον παρακάτω Πίνακα 3.1 (Burgers et al., 2003):

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1 Οφέλη της εφαρμογής των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών στην κλινική πράξη

Εκπαίδευση και συνεχιζόμενη εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας.
Καταγραφή αποκλίσεων από τις σωστές ενέργειες και την τυποποιημένη κλινική φροντίδα.
Δυνατότητα συγκρίσεων και βελτιώσεων (διαχρονικών και διατμηματικών) με αξιοποίηση των στοιχείων που συλλέγονται.
Βελτίωση της κλινικής φροντίδας μέσα από την πληροφορημένη λήψη απόφασης.
Αποτελούν τη βάση για τον κλινικό έλεγχο.
Πληροφορημένη συναίνεση ασθενών για το τι πρέπει να περιλαμβάνει η φροντίδα τους και διεκδίκηση του κατάλληλου επιπέδου φροντίδας.
Παροχή κριτηρίων αξιολόγησης της πληροφορίας μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση κλινικών δεικτών και προτύπων φροντίδας.
Δυνατότητα παρακολούθησης του κλινικού έργου κατά τη διαδικασία παροχής φροντίδας.
Πληροφορίες σε τρίτους σχετικά με την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας.

Πηγή: (Burgers et al., 2003)

Από τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες προκύπτουν και οι συστάσεις. Με τον όρο *συστάσεις* αναφέρονται οι κατευθύνσεις για ενέργειες που θεωρούνται ενδεδειγμένες από την ομάδα ανάπτυξης των κλινικών οδηγιών και οι οποίες βασίζονται στην αξιολόγηση των τεκμηρίων που τις υποστηρίζουν (SIGN 50, 2001).

Για να λειτουργήσουν όμως οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και να επιφέρουν τα προσδοκώμενα οφέλη είναι σημαντική η μεταβολή της κουλτούρας των επαγγελματιών υγείας σε κουλτούρα «δια βίου μάθησης». Για να γίνει αυτό, οι μονάδες παροχής υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να επενδύσουν στην ενίσχυση των επαγγελματιών υγείας με δυνατότητες πρόσβασης και κριτικής αποτίμησης των πληροφοριών και των τεκμηρίων, παρέχοντας τους παράλληλα ένα εργασιακό περιβάλλον που διευκολύνει την μάθηση.

3.6. Τεκμηριωμένη Φροντίδα Υγείας

Την τελευταία δεκαετία, διεθνώς στην επιστημονική κοινότητα έχει αρχίσει μια συστηματική προσπάθεια για την τεκμηρίωση της ιατρικής και νοσηλευτικής πρακτικής. Η κλινική πρακτική που βασίζεται στην τεκμηρίωση περιγράφεται ως η εφαρμογή της καλύτερης διαθέσιμης επιστημονικής γνώσης στην κλινική πράξη, με σκοπό τη μείωση των αναποτελεσματικών, ακατάλληλων, δαπανηρών και δυνητικά επισφαλών πρακτικών (Duff et al., 1996, Eccles et al., 1996).

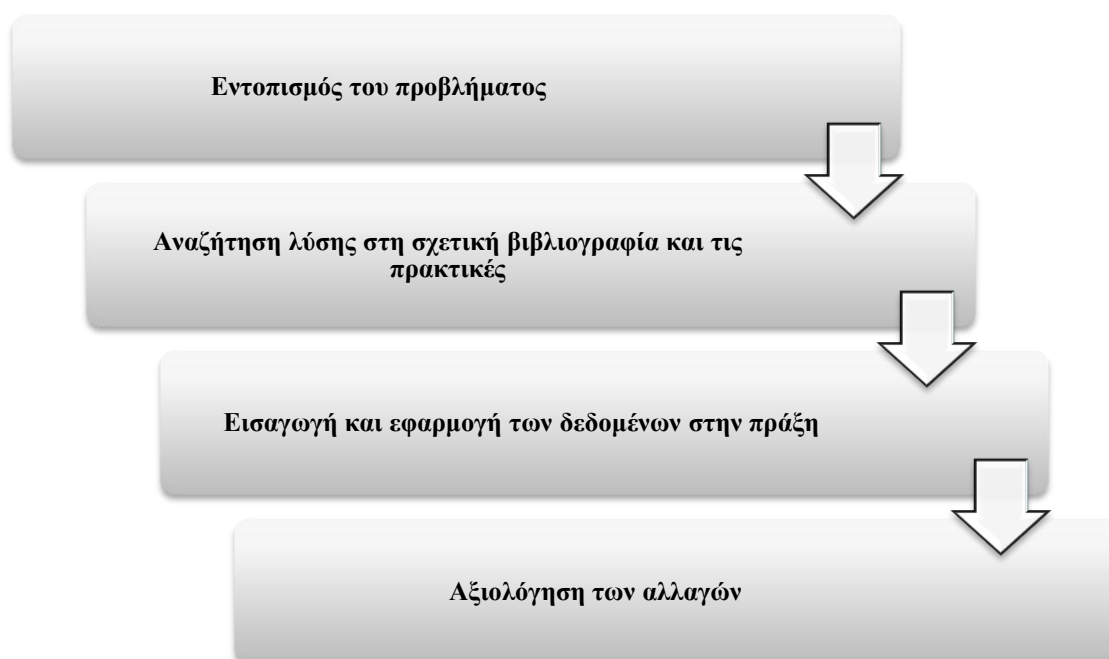
Τεκμήρια αποτελούν (Eccles et al., 1996):

- i. Οι τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές.
- ii. Οι μελέτες μετα – ανάλυσης και οι συστηματικές ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας.
- iii. Οι μελέτες κοόρτης ή οι μελέτες περιπτώσεων.
- iv. Οι απόψεις των ειδικών.

ν. Η εμπειρία των ασθενών.

Η έρευνα συνήθως αποτελεί τον υψηλότερο τύπο τεκμηρίου και ειδικά οι τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές. Σε πολλές περιπτώσεις οι συγκεκριμένες έρευνες δεν επαρκούν, οπότε χρησιμοποιείται συνδυασμός τεκμηρίων (Hewitt-Taylor, 2004). Πιο αναλυτικά, τεκμηριωμένη φροντίδα υγείας σύμφωνα με τους Sackett και Straus (1997), ορίζεται «η συνειδητή, δημόσια και συνετή χρησιμοποίηση των καλύτερων σύγχρονων ερευνητικών δεδομένων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τη φροντίδα υγείας». Σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς υπάρχουν τέσσερα (4) στάδια στην εφαρμογή της τεκμηριωμένη φροντίδας υγείας όπως φαίνονται στο Διάγραμμα 3.3 που ακολουθεί (Sackett and Straus, 1998).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.3 Στάδια εφαρμογής της Τεκμηριωμένης Φροντίδας Υγείας



Πηγή: (Sackett and Straus, 1998)

Θεμελιωτής και υπέρμαχος της τεκμηριωμένης φροντίδας υγείας είναι ο Cochrane (1999), σύμφωνα με τον οποίο όλες οι ιατρικές παρεμβάσεις πρέπει να αξιολογούνται ως προς την *αποτελεσματικότητά* τους, με την χρήση κατάλληλων εργαλείων. Κάθε ιατρική παρέμβαση πρέπει να αποδεικνύεται αποτελεσματική με συνδυασμό εμπειρικών και ερευνητικών δεδομένων και οι εναλλακτικές παρεμβάσεις πρέπει να συγκρίνονται ως προς τα αποτελέσματά τους ώστε να επιλέγονται οι καλύτερες που θα έχουν θετική επίδραση στην υγεία του πληθυσμού (Cochrane, 1999).

Η *ασφάλεια* των ιατρικών μέτρων και παρεμβάσεων είναι το δεύτερο σημείο που πρέπει να αξιολογείται με κατάλληλα εργαλεία. Η ανάλυση της σχέσης κινδύνου – οφέλους μιας ιατρικής παρέμβασης και η λήψη μέτρων πρόληψης ή διόρθωσης της πιθανής βλάβης που θα προκύψει από λάθος αποτελεί αναγκαία διαδικασία στην άσκηση τεκμηριωμένης φροντίδας υγείας και συνιστά την ιατρική εφαρμογή της

διαχείρισης του κινδύνου (risk management) (Παπανικολάου, 2007, Bednarczyk et al., 2014).

Απόρροια των παραπάνω είναι ότι η τεκμηριωμένη φροντίδα υγείας σχετίζεται με την δυνατότητα πρόσβασης στην πληροφόρηση και στην έρευνα, καθώς επίσης και με την δυνατότητα επιμόρφωσης και ανάπτυξης κριτικών δεξιοτήτων. Τα οφέλη της τεκμηριωμένης φροντίδας υγείας είναι (Παπανικολάου, 2007, Bednarczyk et al., 2014):

- Η καλύτερη κατανόηση του περιεχομένου της υγειονομικής φροντίδας.
- Η Βελτίωση της Ποιότητας της περίθαλψης και η συνεχής παρακολούθηση της.
- Η εφαρμογή πρακτικών με αντιστοιχία κόστους –αποτελεσματικότητας και με γνώμονα την τεκμηρίωση.
- Η μεγαλύτερη ομοφωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας για την παροχή φροντίδας.
- Τα αποτελέσματα των αξιολογήσεων σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των ιατρικών παρεμβάσεων συχνά χρησιμοποιούνται για τη δημιουργία κατευθυντήριων κλινικών οδηγιών και ιατρικών πρωτοκόλλων τα οποία στην συνέχεια εντάσσονται στην καθημερινή κλινική πρακτική και στην διαχείριση των υπηρεσιών υγείας.
- Η μείωση των μη αποδεκτών ή ανεπιθύμητων πρακτικών στην παρεχόμενη φροντίδα.

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι ουσιαστική συμβολή της τεκμηριωμένης πρακτικής στην υγεία αποτελεί ο περιορισμός του υποκειμενισμού στην άσκηση της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, η βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας των θεραπευτικών παρεμβάσεων άρα και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και η καλύτερη διαχείριση των υφιστάμενων πόρων.

3.7. Συμπεράσματα

Η Κλινική Διακυβέρνηση συμβάλει στη Βελτίωση της Ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Το «περιβάλλον» όπου διενεργείται ο κλινικός έλεγχος θα πρέπει να διέπεται από δομές και κουλτούρα με υποστηρικτικό χαρακτήρα. Σήμερα, είναι περισσότερο αντιληπτό πως η ποιότητα, κατά ένα μεγάλο μέρος, είναι απόρροια των οργανωτικών δομών και όχι τόσο της απόδοσης ενός μεμονωμένου επαγγελματία υγείας. Η δομή αποτελεί το υπόβαθρο και το επιστέγασμα στα θέματα της ποιότητας. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχία του κλινικού ελέγχου είναι η καλή ηγεσία, το υποστηρικτικό περιβάλλον, οι μηχανισμοί και οι υλικοτεχνικές υποδομές, που καθιστούν τον κλινικό έλεγχο λιγότερο δύσκολο και εφικτό, ο καλός προγραμματισμός σε όλα τα στάδια του ελέγχου και η αντιμετώπιση προβλημάτων και θεμάτων που αποκαθιστούν την εμπιστοσύνη στα μέλη της κλινικής ομάδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Συνθήκες αναβάθμισης και υποβάθμισης της ποιότητας και της ασφάλειας της νοσοκομειακής περίθαλψης

*«Μια λανθασμένη σκέψη μπορεί να δώσει αφορμή για καρποφόρα έρευνα, η οποία μπορεί να καθιερώσει αλήθειες μεγάλης αξίας».
(Isaak Asimov)*

4.1. Εισαγωγή

Η ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης προσελκύει το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας και των εμπλεκόμενων με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης μερών (της Πολιτείας, των Ασφαλιστικών Οργανισμών, των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών). Οι πιθανοί λόγοι είναι (Mercier and Fikes, 1998):

- Το νοσοκομείο ήταν κατά το παρελθόν και παραμένει το κέντρο βάρους κάθε συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης.
- Τα νοσοκομεία προσελκύουν το μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού που νοσεί.
- Τα αποτελέσματα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους ασθενείς στα νοσοκομεία είναι άμεσα και εμφανή και συνεπώς η ποιότητα πιο εύκολα μετρήσιμη.
- Οι νοσοκομειακές δαπάνες απορροφούν το μεγαλύτερο ποσοστό του κρατικού προϋπολογισμού που προβλέπεται για την υγεία.

Είναι προφανές ότι η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης θα επιφέρει βελτίωση και στις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από άλλους τομείς του υγειονομικού συστήματος, αφού όλοι οι τομείς του συστήματος υγείας λειτουργούν συμπληρωματικά και αλληλοϋποστηριζόμενα.

Πρέπει να τονιστεί ότι οι προσπάθειες για βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας δεν έχουν πάντα το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Η οργανωτική δομή και ο τρόπος λειτουργίας των νοσοκομείων, τα ποσοστά των νοσοκομειακών λοιμώξεων και η αποτελεσματική αντιμετώπισή τους, ο τρόπος διακίνησης των ανθρώπων και των υλικών, ο ρόλος της ηγεσίας, οι γνώσεις και οι δεξιότητες του προσωπικού επηρεάζουν αποφασιστικά στη διαμόρφωση του τελικού αποτελέσματος.

4.2. Συνθήκες και προβλήματα που έχουν σχέση με την οργανωτική δομή και τον τρόπο λειτουργίας των νοσοκομείων

Οι αυξανόμενες διαχρονικά ανάγκες των ανθρώπων για υπηρεσίες υγείας σε συνδυασμό με την ανάπτυξη της τεχνολογίας και της βιοϊατρικής καθώς και την ανάπτυξη νέων μεθόδων θεραπείας μετέτρεψαν τα νοσοκομεία σε πολυσύνθετους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας αλλά και σε σύγχρονα κέντρα έρευνας και

εκπαίδευσης με ιδιαιτερότητες στην οργανωτική τους δομή και τον τρόπο λειτουργίας τους.

Στο νοσοκομείο, η εξουσία και η ευθύνη στην λήψη αποφάσεων επιμερίζεται στα διάφορα στελέχη όχι μόνο με βάση τη θέση τους στην ιεραρχία του νοσοκομείου αλλά και με βάση του κύρους και της ειδικής ισχύς που διακατέχονται οι διάφορες κατηγορίες των επαγγελματιών υγείας όπως οι ιατροί. Η εξουσία του νοσοκομειακού ιατρού λόγω του βαρυσήμαντου ρόλου που διαδραματίζει αυτός στην παροχή αποτελεσματικής φροντίδας υγείας είναι αξιοσημείωτη. Έτσι στα νοσοκομεία παρατηρούνται δύο (2) ειδών εξουσίες (Ashmos and McDaniel, 1991, Sheps, 1961):

- i. Η εκτελεστική, αυτή δηλαδή που ασκείται από την Διοίκηση - Διεύθυνση του νοσοκομείου.
- ii. Η επαγγελματική, που ασκείται από τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο νοσοκομείο.

Η συνύπαρξη των δύο (2) αυτών μορφών εξουσίας εντός του νοσοκομείου καθιστά επιτακτική την ανάγκη οργάνωσης του με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτευχθεί η εύρυθμη λειτουργία του και η εξομάλυνση τυχόν συγκρούσεων που συμβαίνουν μεταξύ αυτών. Η οργανωτική δομή του νοσοκομείου, οι θεσμοθετημένες λειτουργίες του και ο τρόπος εφαρμογής τους συμβάλουν στην διαμόρφωση του επιπέδου ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχει το εκάστοτε νοσοκομείο. Πιο αναλυτικά, ο δημόσιος ή ιδιωτικός, πανεπιστημιακός ή μη χαρακτήρας του νοσοκομείου, ο τρόπος αποζημίωσης των παραγόμενων υπηρεσιών, η καταλληλότητα των εγκαταστάσεων, ο διαθέσιμος εξοπλισμός του και η πρόσβαση στην νέα τεχνολογία, η επάρκεια του προσωπικού, η σχέση εργασίας του προσωπικού με το νοσοκομείο, καθώς και το θεσμικό πλαίσιο που διέπει την υπηρεσιακή σχέση, η συνεχής εκπαίδευση και επιμόρφωση του κλπ είναι ζητήματα που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα κάθε νοσοκομείου καθώς και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Μάινα and Αγραφιώτης, 1997).

Τα απαραίτητα στοιχεία για την εύρυθμη λειτουργία των νοσοκομείων είναι (Μάινα and Αγραφιώτης, 1997):

- Οργανωτικό και θεσμικό πλαίσιο το οποίο θα επιτρέπει την διοικητικής τους και οικονομικής του αυτοτέλεια.
- Σύγχρονη κτηριακή υποδομή.
- Επαρκές ανθρώπινο δυναμικό.
- Εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων Διοίκησης - Διαχείρισης.
- Εφαρμογή μεθόδων συνεχούς αξιολόγησης της ποιότητας του παραγόμενου έργου.

Η απουσία κάποιων από τα παραπάνω χαρακτηριστικά, γεγονός που παρατηρείται έντονα στην ελληνική πραγματικότητα, μπορεί να οδηγήσει σε (Μάινα and Αγραφιώτης, 1997):

- ➔ Σπατάλη πολύτιμων πόρων.
- ➔ Αναποτελεσματική και μη αποδοτική λειτουργία των νοσοκομείων.
- ➔ Χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών – ασθενών.
- ➔ Φαινόμενα παραοικονομίας.

4.3. Η διαχείριση της διακίνησης των ανθρώπων και των υλικών μέσα στο νοσοκομείο

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως τα νοσοκομεία συνιστούν πολύπλοκους οργανισμούς με πλήθος διαφορετικών δραστηριοτήτων που καθημερινά αναπτύσσονται από προσωπικό διαφορετικών ειδικοτήτων και διαφορετικού επιπέδου εκπαίδευσης. Όλες όμως αυτές οι δραστηριότητες έχουν ένα κοινό στόχο που είναι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς. Κατά συνέπεια η αποτελεσματικότητα του όλου έργου του νοσοκομείου και η καλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την καλή οργάνωση και τον συντονισμό των δραστηριοτήτων αυτών.

Ο αριθμός των ανθρώπων που διακινούνται σήμερα μέσα στο νοσοκομείο είναι ιδιαίτερα μεγάλος και διακρίνεται από τις ακόλουθες κατηγορίες (Κυριόπουλος et al., 2003):

- ➔ *Εσωτερικοί ασθενείς:* Ασθενείς που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο και πρέπει να μεταφερθούν σε κάποιο εργαστήριο για περαιτέρω εξετάσεις, στα χειρουργεία για επέμβαση, σε άλλη κλινική του νοσοκομείου, ή ακόμα και μετακίνηση των ίδιων των ασθενών σε κάποια υπηρεσία του νοσοκομείου για διευθέτηση προσωπικής τους υπόθεσης (πχ γραφείο κίνησης ασθενών κα), στο κυλικείο κα.
- ➔ *Εξωτερικοί ασθενείς:* Ασθενείς που προσέρχονται στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της ημέρας για εξετάσεις ή και θεραπεία χωρίς όμως να είναι αναγκαία η εισαγωγή τους.
- ➔ *Προσωπικό του νοσοκομείου:* Οι επαγγελματίες υγείας που διακινούνται εντός του νοσοκομείου για την διεκπεραίωση της εργασίας τους.
- ➔ *Προμηθευτές του νοσοκομείου:* Φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού, τροφίμων, τεχνικών υλικών κα.
- ➔ *Εξωτερικοί συνεργάτες του νοσοκομείου:* Σε αυτή την κατηγορία εντάσσονται οι σύμβουλοι, οι αντιπρόσωποι φαρμακευτικών και άλλων εταιρειών, τα εξωτερικά συνεργεία συντήρησης των εγκαταστάσεων κλπ
- ➔ *Συνοδοί των ασθενών.*
- ➔ *Επισκέπτες των ασθενών που νοσηλεύονται.*
- ➔ *Επισκέπτες του νοσοκομείου, που προσέρχονται για την παραλαβή αποτελεσμάτων εξετάσεων, τακτοποίηση τυχόν οφειλών κα.*

- *Φοιτητές και σπουδαστές επιστημών υγείας σε περίπτωση που το νοσοκομείο είναι πχ πανεπιστημιακό.*

Πέρα από τους ανθρώπους μεγάλος είναι ο όγκος και των υλικών που διακινούνται μέσα στο νοσοκομείο καθημερινά. Φάρμακα, υγειονομικό υλικό, τεχνικά υλικά, υλικά καθαριότητας κα. παραδίδονται καθημερινά από τους προμηθευτές στις αποθήκες του νοσοκομείου όπου από εκεί γίνεται η διανομή τους στις κλινικές και τις μονάδες για την εύρυθμη λειτουργία τους. Είναι προφανές ότι ελλιπής ή κακή διαχείριση της διακίνησης ανθρώπινων και υλικών πόρων οδηγεί αναπόφευκτα σε (Κυριόπουλος et al., 2003):

- Συμφόρηση.
- Παρεμπόδιση της ανάπτυξης δραστηριοτήτων που είναι απαραίτητες για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του ασθενούς.
- Δημιουργία νεκρών χρόνων.
- Χαμηλής ποιότητας υπηρεσίες.
- Κακή εξυπηρέτηση όλων εκείνων που έρχονται σε επαφή με το νοσοκομείο.

Η διακίνηση των ανθρώπινων και υλικών πόρων μέσα στο νοσοκομείο μπορεί να είναι είτε οριζόντια, είτε κάθετη. Η επιλογή της οριζόντιας ή της κάθετης διακίνησης εξαρτάται από την κάθετη ή οριζόντια ανάπτυξη των εγκαταστάσεων του νοσοκομείου. Θα πρέπει να τονιστεί ότι η οριζόντια διακίνηση των πόρων είναι πιο εύκολη διότι οι διάδρομοι επιτρέπουν την ευελιξία στην κίνηση, ενώ οι ανελκυστήρες θέτουν περιορισμούς και υποχρεώνουν σε αναμονές που στο χώρο του νοσοκομείου μπορεί να είναι και κρίσιμες (Κυριόπουλος et al., 2003).

Ο σχεδιασμός των χώρων του νοσοκομείου κατά συνέπεια θα πρέπει να είναι τέτοιος ώστε να επιτρέπει την ανάπτυξη όλων εκείνων των δραστηριοτήτων που συνθέτουν τις λειτουργίες του (ιατρική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική, ξενοδοχειακή, οικονομική, τεχνική κλπ), να εξασφαλίζει την ταχύτητα, την σαφήνεια, την ομαλότητα και την αλληλουχία κατά την πραγματοποίηση των δραστηριοτήτων αυτών και να επιτρέπει τέλος την συνεχή ροή των πληροφοριών που χρειάζονται για τη λήψη των αποφάσεων. Ο σωστός σχεδιασμός θα πρέπει να δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στην γρήγορη και ασφαλή διακίνηση των ανθρώπινων και υλικών πόρων μεταξύ των διαφόρων τμημάτων του νοσοκομείου, ειδικά μεταξύ αυτών που έχουν ισχυρές αλληλεξαρτήσεις (πχ κλινικές με διάφορα εργαστήρια, της χειρουργικής κλινικής με τα χειρουργεία κα). Ακόμη ο κτηριακός σχεδιασμός πρέπει να προβλέπει την τήρηση των απαραίτητων προδιαγραφών για την ασφάλεια του ασθενούς, του προσωπικού και των εγκαταστάσεων (Κυριόπουλος et al., 2003).

Στην Ελλάδα, μέχρι πρόσφατα, δεν φαίνεται να έχει απασχολήσει ιδιαίτερα την πολιτική ηγεσία η σωστή οργάνωση της διακίνησης των ασθενών μέσα στα νοσοκομεία παρόλο που τα προβλήματα από την απουσία της ήταν και παραμένουν πολύ έντονα. Τα περισσότερα νοσοκομεία που έχουμε στην χώρα στεγάζονται σε πεπαλαιωμένα κτήρια ή σε κτήρια που προορίζονταν για άλλες χρήσεις και

μετατράπηκαν στην συνέχεια σε νοσοκομεία με εμφανή την έλλειψη συγκεκριμένων προδιαγραφών για την ασφαλή διακίνηση των ανθρώπινων και υλικών πόρων. Η συμφύρρηση που συνήθως επικρατεί στα Εξωτερικά Ιατρεία ή στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) από τους ασθενείς και τους συνοδούς τους, η απροειδοποίητη και αυθαίρετη εμφάνιση και εισαγωγή ασθενών, οι προσπάθειες για υπέρβαση της σειράς ή για επιλογή συγκεκριμένης κλινικής ή ιατρού κλπ είναι μερικά μόνο από τα σύγχρονα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία της χώρας (Κυριόπουλος et al., 2003).

Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων απαιτείται:

- Θέσπιση συγκεκριμένων κανόνων και προδιαγραφών που θα αφορά την ασφαλή διακίνηση ανθρώπινων και υλικών πόρων.
- Απαγόρευση των αυθαίρετων και απρογραμμάτιστων επεμβάσεων στις κτηριακές εγκαταστάσεις των νοσοκομείων. Οι απαραίτητες επεμβάσεις θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν μόνο κατόπιν έγκρισης από Επιτροπή Ειδικών Εμπειρογνομόνων.
- Καθιέρωση στα νοσοκομεία συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος και χώρου για την ενημέρωση των συγγενών των ασθενών.

4.4. Ο ρόλος του ανθρώπινου δυναμικού σε σχέση με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας

Η πρόκληση που έχουν να αντιμετωπίσουν οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης από την δεκαετία του 1990 και μετά, δεν είναι μόνο η διαχείριση πολύπλοκων τεχνολογιών αλλά η διαχείριση των ικανοτήτων και των δυνατοτήτων των εργαζομένων τους. Κάθε οργανισμός για να λειτουργήσει και να επιτύχει τους στόχους του στηρίζεται στο ανθρώπινο δυναμικό. Η επίτευξη των στόχων ενός οργανισμού είναι απόρροια συλλογικής προσπάθειας που καταβάλλει το ανθρώπινο δυναμικό. Κατά τον Fagerfjall (1995), η γλώσσα της διοίκησης απομακρύνεται από τις στρατηγικές και τους οργανωτικούς στόχους και εστιάζει σε έννοιες όπως η αξιοπρέπεια, η πίστη, η συναδελφικότητα και οι κοινές αξίες (Fagerfjall, 1995).

Οι εργαζόμενοι αποτελούν πλέον σημαντικό κεφάλαιο για την επιχείρηση κυρίως λόγω της αλλαγής της επιχειρηματικής φιλοσοφίας. Η έμφαση στην ποιότητα, στην καινοτομία, στην δημιουργικότητα και η μέτρηση της αποδοτικότητας σε όλες τις διαδικασίες έφεραν τον άνθρωπο στο επίκεντρο της οργάνωσης μιας επιχείρησης. Οι εργαζόμενοι θα πρέπει (Kabene et al., 2006):

- Να είναι πάντα ενήμεροι των αλλαγών που γίνονται στον οργανισμό.
- Να ενθαρρύνονται συνεχώς.
- Να επιβραβεύονται για το έργο τους.
- Να δύνανται να συνεργαστούν αρμονικά.
- Να έχουν συγκεκριμένες και οροθετημένες αρμοδιότητες.

Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του κλάδου της υγείας είναι η πολύπλοκη οργάνωση του. Αναφορικά με την πυραμίδα εξουσίας στις μονάδες υγείας πρέπει να τονιστεί ότι δεν αποτελείται από μια γραμμή, αλλά από διαφορετικές για ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό.

Η επικοινωνία και η συνεργασία σε μια μονάδα υγείας θα πρέπει να εκτείνεται σε όλα τα επίπεδα, αλλά και στις διαφορετικές λειτουργίες του οργανισμού προκειμένου για την προστασία εργαζομένων και ασθενών. Η επικοινωνία και η συνεργασία οδηγούν στην ανάπτυξη πνεύματος ομαδικότητας. Ως ομάδα, ορίζεται η οντότητα με μέλη δύο (2) ή περισσότερα άτομα τα οποία εργάζονται για την επίτευξη κοινών στόχων, έχοντας κοινή αίσθηση ταυτότητας, συνοχή και στοιχεία δομής – ηγέτης. Όταν οι εργαζόμενοι συνεργάζονται αρμονικά επωφελούνται ιδιαίτερα καθώς (Maxson et al., 2011):

- Βελτιώνεται η εργασιακή τους απόδοση.
- Ελαχιστοποιούνται τα κόστη.
- Σημειώνεται ανάπτυξη του οργανισμού και βελτίωση των υπηρεσιών.
- Βελτιστοποιείται η χρήση των διαθέσιμων πόρων.

Οι ομάδες μέσα σε ένα οργανισμό διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: στις επίσημες και τις ανεπίσημες. Η επίσημη ομάδα ορίζεται από τον οργανισμό, έχει νόμιμη εξουσία και σχηματίζεται για να επιτελέσει ένα συγκεκριμένο έργο ή μια λειτουργία του οργανισμού. Τα είδη των επίσημων ομάδων είναι (Maxson et al., 2011, Zwarenstein et al., 2013):

- *Λειτουργική ομάδα (functional)*: Η ομάδα αυτή ορίζεται από τον οργανισμό και αποτελείται από άτομα που εκτελούν όμοια καθήκοντα. Αποτελείται από στελέχη και υφιστάμενους που συνεργάζονται για την εκπλήρωση των στόχων του οργανισμού.
- *Ομάδα καθήκοντος ή ομάδα έργου (task)*: Η ομάδα καθήκοντος δημιουργείται από τον οργανισμό για να εκπληρώσει ένα καθήκον. Η ζωή της διαρκεί ως την λήξη του έργου. Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι οι ομάδες βελτίωσης της ποιότητας οι οποίες ασχολούνται με την ποιότητα σε ένα συγκεκριμένο τομέα του οργανισμού.
- *Επιτροπή (Committee)*: Η επιτροπή δημιουργείται από τον οργανισμό και έχει ένα συγκεκριμένο σκοπό, να αναλαμβάνει να διευθετεί συγκρούσεις οι οποίες λαμβάνουν χώρα μέσα στον οργανισμό, να προτείνει λύσεις στη διοίκηση και να παίρνει αποφάσεις.

Η ανεπίσημη ομάδα σχηματίζεται από άτομα τα οποία ανήκουν σε διαφορετικές επίσημες ομάδες, έχουν όμως κοινά ενδιαφέροντα. Οι ανεπίσημες ομάδες δημιουργούνται για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των μελών τους οι οποίες δεν μπορούν να ικανοποιηθούν από τον επίσημο οργανισμό. Υπάρχουν δύο (2) τύποι ανεπίσημων ομάδων (Maxson et al., 2011, Zwarenstein et al., 2013, McGrail et al., 2009):

- *Ομάδα με κοινά ενδιαφέροντα (Interest group)*: Η ομάδα αυτή αποτελείται από άτομα τα οποία έχουν ενδιαφέροντα που συνδέονται ή όχι με την εργασία.
- *Ομάδα ομότιμων (Peer group)*: Η ομάδα αυτή είναι παρόμοια με την προηγούμενη και περιλαμβάνει άτομα απ όλα τα επίπεδα του οργανισμού. Η διαφορά από την προηγούμενη ομάδα είναι ότι η ομάδα με κοινά ενδιαφέροντα υπάρχει μέσα στον εργασιακό χώρο, ενώ η ομάδα ομότιμων υπάρχει κυρίως έξω από τον εργασιακό χώρο. Αποτελείται δηλαδή από άτομα τα οποία συνδέονται μεταξύ τους λόγω κοινών χαρακτηριστικών.

Οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την απόδοση μιας ομάδας και ταυτόχρονα και την ποιότητα των παραγόμενων υπηρεσιών είναι οι ακόλουθοι (Baker et al., 2006, Firth-Cozens, 2001):

- *Η σύνθεση της ομάδας*: Τα μέλη της ομάδας πρέπει να έχουν γνώση, δεξιότητες και ομοιογένεια για να εκπληρώσουν τα καθήκοντά τους.
- *Το μέγεθος της ομάδας*: Το μέγεθος της ομάδας επηρεάζει την απόδοση και τη δραστηριότητά της.
- *Τα πρότυπα της ομάδας*: Τα πρότυπα ενεργούν ως κανόνες οι οποίοι καθοδηγούν την συμπεριφορά των μελών της ομάδας. Τα πρότυπα επηρεάζουν τη διαδικασία λειτουργίας της ομάδας και κατ' επέκταση την αποτελεσματικότητά της.
- *Ο ρόλος μέσα στην ομάδα*: Τα άτομα μέσα στην ομάδα είναι επιφορτισμένα με κάποιους ρόλους.
- *Η κουλτούρα και η δομή*: Η οργανωτική κουλτούρα και η δομή της ομάδας επηρεάζουν την απόδοσή της.
- *Οι πηγές και οι τεχνολογίες*: Οι ομάδες για να πραγματοποιήσουν το έργο τους χρειάζονται πηγές πχ χώρο, πόρους κα.

4.4.1. Κύκλοι ποιότητας

Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για να εμπλακούν όλοι οι εργαζόμενοι στην διαδικασία συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι ο σχηματισμός μικρών ομάδων που συζητούν διάφορα προβλήματα και προτείνουν ιδέες βελτίωσης. Στην βιβλιογραφία αυτή η δραστηριότητα συνήθως αναφέρεται ως *κύκλοι ποιότητας (quality circles)* ή ως *ομάδες βελτίωσης* (Παπανικολάου, 2007).

Το Βρετανικό Υπουργείο Εμπορίου και Βιομηχανίας ορίζει τον *κύκλο ποιότητας* ως εξής: «Μια ομάδα τεσσάρων (4) έως δώδεκα (12) ατόμων, προερχόμενοι από την ίδια περιοχή, εκτελώντας παρόμοια εργασία και οι οποίοι εθελοντικά θα συναντιούνται σε τακτική βάση προκειμένου να αναγνωρίσουν, ερευνήσουν, αναλύσουν και να επιλύσουν τα σχετιζόμενα με την εργασία τους προβλήματα. Ο κύκλος ποιότητας προσφέρει λύσεις στη διοίκηση και συνήθως σχετίζεται με την εφαρμογή και αργότερα καταγραφή των προβλημάτων ποιότητας» (Hutchins, 1985).

Για να μπορέσουν οι κύκλοι ποιότητας να ανθίζουν και να φέρουν εις πέρας το έργο τους πρέπει να υπάρχει (Παπανικολάου, 2007):

- Υποστήριξη από την ανώτερη διοίκηση.
- Ουσιαστική εθελοντική συμμετοχή.
- Υποστήριξη ειδικών από την πρώτη κιόλας φάση.
- Λειτουργική διοικητική υποστήριξη.
- Εκπαίδευση στις τεχνικές επίλυσης προβλημάτων.
- Αναγνώριση και επιβράβευση του έργου τους.

Μέσω των συναντήσεων, η κατανόηση της εργασίας γίνεται βαθύτερη καθιερώνονται ουσιαστικότερες διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων και ηγεσίας και αναπτύσσεται σημαντικά το ενδιαφέρον συμμετοχής των μελών. Επιπλέον, αφομοιώνονται οι τρόποι επίλυσης των προβλημάτων με τη χρήση των τεχνικών του ποιοτικού ελέγχου. Για να επιτύχει ένα πρόγραμμα κύκλων ποιότητας πρέπει τόσο οι στόχοι της διοίκησης όσο και των εργαζομένων να αλληλοσυμπληρώνονται χωρίς απαραίτητα να ταυτίζονται (Παπανικολάου, 2007).

4.5. Ο ρόλος της ηγεσίας σε σχέση με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας

Η επιβίωση, η ανάπτυξη και η επιτυχία ενός οργανισμού στην πραγμάτωση των στόχων του εξαρτάται από την ποιότητα της ηγεσίας η οποία τον κατευθύνει. Σύμφωνα με τον Katz (1973), «ηγεσία είναι μια διαδικασία όπου ένα άτομο συστηματικά ασκεί περισσότερη επιρροή από άλλα στην εκτέλεση του έργου της ομάδας» (Kantz, 1973). Οι Harsey και Blanchard (2001), υποστηρίζουν ότι «ηγεσία είναι η διαδικασία η οποία αποσκοπεί στο να επηρεάσει τις ενέργειες ενός ατόμου ή μιας ομάδας στην προσπάθειά της να επιτύχει τους στόχους ενός οργανισμού όταν είναι δεδομένη η κατάσταση και οι συνθήκες οι οποίες επικρατούν σε αυτόν τον οργανισμό» (Hersey et al., 2001). Η *ηγεσία* σύμφωνα με άλλα λόγια είναι η ικανότητα ενός ανθρώπου να καθοδηγεί, να κατευθύνει και να διευθύνει άλλους ανθρώπους, καθώς και να επηρεάζει θετικά τη συμπεριφορά τους. Οι σύγχρονες επιχειρήσεις και οι οργανισμοί λειτουργούν σε ένα οικονομικό, τεχνολογικό, κοινωνικό και νομικό περιβάλλον που μεταβάλλεται συνεχώς με αλματώδης ρυθμούς και για την επίτευξη των στόχων τους είναι απαραίτητα πλέον η συλλογική δραστηριότητα πολλών ατόμων με εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες (Sheehy, 1994).

Κατά συνέπεια ο πρόεδρος, ο διευθυντής, οι τμηματάρχες κλπ είναι ηγετικά στελέχη της επιχείρησης και επηρεάζουν άμεσα τους εργαζομένους τους. Ως *ηγετικό στέλεχος* λοιπόν, χαρακτηρίζεται κάθε φορέας θέσης εργασίας ο οποίος επηρεάζει άμεσα την εργασία των άλλων μέσα στην επιχείρηση ή στον οργανισμό. Στην ηγεσία μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού η οποία σύμφωνα με τα παραπάνω ασκείται από το σύνολο των ηγετικών στελεχών της διακρίνεται στην (Juran, 1989):

- i. *Ανώτατη ή κεντρική ή άμεση ηγεσία* με χαρακτηριστικό γνώρισμα ότι αυτή είναι επικεφαλής όλης της Επιχείρησης ή του Οργανισμού και συνεπώς έχει μόνο υφιστάμενους και όχι προϊστάμενους.
- ii. *Ανατιθέμενη ή περιφερειακή ή έμμεση ηγεσία*, που περιλαμβάνει εκείνα τα στελέχη τα οποία τοποθετήθηκαν σε ηγετικές θέσεις εργασίας από την ανώτατη ηγεσία και έχουν ως αποστολή τους να βοηθήσουν άμεσα ή έμμεσα την ανώτατη ή κεντρική ηγεσία στο έργο της με βάση την εξουσία που τους ανατίθεται από αυτήν. Τα ηγετικά αυτά στελέχη κατέχουν εξουσία κατ' εξουσιοδότηση και είναι υπεύθυνα για ένα τομέα ή τμήμα της επιχείρησης ή του οργανισμού.

Ποια είναι η διαφορά όμως της *ηγεσίας* από την *Διοίκηση*; Κάποιοι μελετητές υποστηρίζουν ότι οι δύο (2) έννοιες είναι συνώνυμες, καθώς η ηγεσία αποτελεί απλά μια όψη του ρόλου της Διοίκησης. Άλλοι σχολιαστές υποστηρίζουν ότι αυτή η διάκριση είναι σημαντική, καθώς οι ηγέτες και οι μάνατζερ κατέχουν διαφορετικούς ρόλους και έχουν διαφορετική συνεισφορά, οι ηγέτες έχουν οπαδούς ενώ οι μάνατζερ υφισταμένους (Kotter, 1990).

Όσοι κάνουν τον παραπάνω διαχωρισμό, παρουσιάζουν τον *ηγέτη* ως κάποιον ο οποίος αναπτύσσει όραμα και ηγείται νέων πρωτοβουλιών. Ο *μάνατζερ* είναι αυτός ο οποίος παρακολουθεί την πρόοδο επίτευξης των στόχων συντονίζοντας τους παραγωγικούς πόρους του οργανισμού. Οι Bennis και Nanus (1985), παρατηρούν ότι οι μάνατζερ κάνουν τα πράγματα σωστά ενώ οι ηγέτες κάνουν τα σωστά πράγματα (Bennis and Nanus, 1985). Στον Πίνακα 4.1 που ακολουθεί παρουσιάζονται συνοπτικά οι λειτουργίες των ηγετών και των μάνατζερ σε έναν οργανισμό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1 Οι λειτουργίες των ηγετών και των μάνατζερ σε έναν οργανισμό

	Λειτουργίες Ηγεσίας	Λειτουργίες Διοίκησης
Δημιουργία Ατζέντας	Καθορισμός Κατεύθυνσης Όραμα για το μέλλον, ανάπτυξη στρατηγικών για επίτευξη στόχων	Σχέδια και προϋπολογισμοί Απόφαση για δράσεις και χρονοδιαγράμματα, κατανομή πόρων
Ανθρώπινο Δυναμικό	Ευθυγράμμιση ατόμων Επικοινωνία του οράματος και της στρατηγικής, επιρροή στην δημιουργία ομάδων οι οποίες αποδέχονται την εγκυρότητα των στόχων	Οργάνωση και επάνδρωση Απόφαση για δομή και κατανομή προσωπικού, ανάπτυξη πολιτικών, διαδικασιών και παρακολούθησης
Εκτέλεση	Παρακίνηση και έμπνευση Ενεργοποίηση ανθρώπινου δυναμικού για υπερπήδηση εμποδίων, ικανοποίηση ανθρώπινων αναγκών	Έλεγχος, επίλυση προβλημάτων Παρακολούθηση αποτελεσμάτων σε σχέση με το σχέδιο και λήψη διορθωτικών μέτρων
Αποτελέσματα	Παραγωγή θετικής αλλαγής	Δημιουργία τάξης, συνέπειας και προβλεψιμότητας

Πηγή: (Kotter, 1990)

Για την επιτυχημένη άσκηση της ηγεσίας έχουν αναπτυχθεί τρεις (3) θεωρίες (Juran, 1989):

- i. *Η θεωρία των ιδιοτήτων*, σύμφωνα με την οποία η επιτυχημένη άσκηση της ηγεσίας εξαρτάται από τα στοιχεία της προσωπικότητας του ηγέτη και είναι κοινά για όλα τα διευθυντικά στελέχη. Τέτοια στοιχεία είναι οι εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες, η πρωτοβουλία, η αποφασιστικότητα, η ικανότητα καθοδήγησης και η ακεραιότητα.
- ii. *Η θεωρία της κατάστασης*, που υποστηρίζει ότι η άσκηση της ηγεσίας εξαρτάται από τις επιδράσεις που δέχεται ο ηγέτης από το περιβάλλον του οργανισμού.
- iii. *Η θεωρία της ομάδας*, η οποία εξηγεί την ηγεσία ως μια διαδικασία που αναλαμβάνεται πάντοτε από μια ομάδα στελεχών, υποστηρίζει ότι η καταλληλότητα ενός ατόμου για ηγεσία εξαρτάται από τη δομή της ομάδας, από τη σύνθεση των μελών της, καθώς και από τη συγκεκριμένη θέση και ρόλο που έχει κάθε μέλος μέσα σε αυτήν.

Σύμφωνα λοιπόν με την διεθνή βιβλιογραφία, για τα χαρακτηριστικά του ηγέτη, είναι πλέον αποδεκτό ότι η ικανότητα της ηγεσίας καθορίζεται μεν από τις προσωπικές δεξιότητες και εξειδικευμένες γνώσεις του ηγέτη, η επιτυχής όμως άσκηση της εξαρτάται κάθε φορά από τους υφιστάμενους, τους κοινούς στόχους των συμμετεχόντων και το περιβάλλον του οργανισμού.

Το νοσοκομείο έχει τα χαρακτηριστικά όλα εκείνα ενός μεγάλου οργανισμού, ο οποίος απασχολεί πολυάριθμο προσωπικό, διαφορετικών ειδικοτήτων και επιπέδου εκπαίδευσης. Για την εκπλήρωση του σκοπού του, που είναι η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών, απαραίτητη είναι η ενεργός συμμετοχή όλων των κατηγοριών των εργαζομένων του στη διαδικασία παραγωγής και παροχής των υπηρεσιών του και ο συντονισμός όλων για την επίτευξη του τελικού στόχου. Οι αλληλεπιδράσεις του προσωπικού όπως είναι αυτονόητο επηρεάζουν την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης ενώ και άλλες σημαντικές μεταβλητές όπως είναι η τεχνολογία, τα φαρμακευτικά προϊόντα, οι μεταβολές στις μεθόδους χρηματοδότησης, η μεταβολές στο σύστημα ασφάλισης κα. εμπλέκονται στις διαδικασίες παραγωγής και παροχής των νοσοκομειακών υπηρεσιών και η επίδρασή τους είναι επίσης μεγάλη. Η ιδιαιτερότητα των υπηρεσιών που παρέχει, η πολυπλοκότητα της οργάνωσης και της λειτουργίας του, τα μεγέθη των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων που διαχειρίζεται αλλά και οι καθημερινές επιδράσεις που δέχεται καθιστούν απαραίτητη την εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων μανάτζμεντ και απαιτούν απ' όλα τα στελέχη να διαθέτουν υψηλές διοικητικές ικανότητες και δεξιότητες (Juran, 1989, Sheehy, 1994).

Ο ρόλος της ηγεσίας του νοσοκομείου είναι πολύ σημαντικός για την εκπλήρωση των παρακάτω υποχρεώσεων (Bennis and Nanus, 1985, Kantz, 1973):

- Στην διαμόρφωση σαφούς και κοινής σε όλους αντίληψης για την έννοια της ποιότητας. Η ανώτατη ηγεσία του νοσοκομείου όπως και όλα τα στελέχη του

νοσοκομείου θα πρέπει να έχουν κοινή αντίληψη για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου.

- Στην αναγνώριση της ανάγκης για Βελτίωση της Ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Στο σωστό σχεδιασμό των ενεργειών και των διαδικασιών που θα οδηγήσουν στη Βελτίωση της Ποιότητας των υπηρεσιών.
- Στη δέσμευση της διοίκησης και όλων των ηγετικών στελεχών του νοσοκομείου ότι θα στηρίζουν την προσπάθεια για Βελτίωση της Ποιότητας.
- Στην επιμόρφωση του προσωπικού του νοσοκομείου, μέσω της κατάλληλης εκπαίδευσης με στόχο την ανάπτυξη των ικανοτήτων του, την εκμάθηση νέων τεχνικών και δεξιοτήτων που θα βελτιώνουν την ποιότητα της εργασίας τους.
- Στη δημιουργία κατάλληλου εργασιακού κλίματος για την επιτυχία των μέτρων Βελτίωσης της Ποιότητας.
- Στην περιοδική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της προσπάθειας για βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που στοχεύει στην πρόληψη προβλημάτων, στην κατάλληλη αναπροσαρμογή του προγράμματος βελτίωσης και τέλος στη λήψη των διαρθρωτικών, μέτρων που χρειάζονται.
- Στη συστηματική και συνεχή προσπάθεια για βελτίωση των υπηρεσιών.

4.6. Η διαχείριση των νοσοκομειακών λοιμώξεων

Τα τελευταία χρόνια οι νοσοκομειακές λοιμώξεις αναδείχθηκαν ως ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα Δημόσιας Υγείας, με σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα περίθαλψης και το κόστος νοσηλείας. Αδιαμφισβήτητα η συχνότητα εκδήλωσης και η αποτελεσματική αντιμετώπιση των νοσοκομειακών λοιμώξεων αποτελούν δείκτη ποιότητας των παρεχόμενων ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Ως *νοσοκομειακή λοίμωξη*, ορίζεται η λοίμωξη που οφείλεται στην επίδραση λοιμογόνου παράγοντα, ο οποίος δεν ήταν παρόν στον οργανισμό του ασθενούς κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο ή δε βρισκόταν στη φάση της επώασης κατά την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο. Χαρακτηρίζεται ως *νοσοκομειακή* επίσης η λοίμωξη που εκδηλώνεται μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο εφόσον ο μικροοργανισμός που προκαλεί τη λοίμωξη αποκτήθηκε στο χώρο του νοσοκομείου κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. *Νοσοκομειακή* ορίζεται ακόμα η λοίμωξη που μεταδίδεται σε νεογνό κατά τον τοκετό λόγω των ιατρικών ή νοσηλευτικών χειρισμών. Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις οφείλονται στην μεγαλύτερη πλειοψηφία τους σε ανθεκτικούς στα μικρόβια μικροοργανισμούς (Peleg and Hooper, 2010).

Τα κριτήρια για την αναγνώριση και ταξινόμηση των νοσοκομειακών λοιμώξεων βασίζονται πρωτίστως σε κλινικές πληροφορίες και σε αποτελέσματα εργαστηριακών και άλλων εξετάσεων. Οι κλινικές πληροφορίες λαμβάνονται από άμεση παρατήρηση και την εντόπιση της εστίας λοίμωξης, ή από την ανασκόπηση άλλων πηγών όπως ο ιατρικός και νοσηλευτικός φάκελος του ασθενούς. Οι εργαστηριακές πληροφορίες

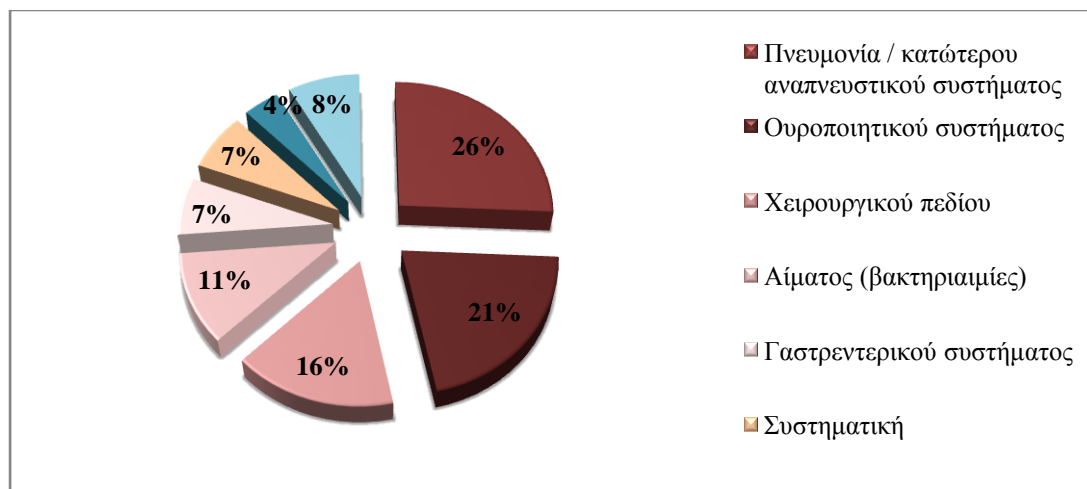
περιλαμβάνουν τα αποτελέσματα των καλλιιεργειών, τις δοκιμασίες ανίχνευσης αντισωμάτων και αντιγόνων και τη μικροσκοπική παρατήρηση. Υποστηρικτικές πληροφορίες προκύπτουν και από άλλους διαγνωστικούς ελέγχους όπως η απλή ακτινογραφία, το υπερηχογράφημα, η αξονική τομογραφία, η μαγνητική τομογραφία, το σπινθηρογράφημα, η ενδοσκόπηση, η βιοψία και η εξέταση υλικού που αναρροφήθηκε δια βελόνης (Peleg and Hooper, 2010).

Οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης νοσοκομειακής λοίμωξης σε ένα (1) ασθενή είναι (Mehta et al., 2014, Reed and Kemmerly, 2009):

- Η ηλικία του, συνήθως οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης λοίμωξης λόγω ασθενούς ανοσοποιητικού συστήματος.
- Η βαρύτητα της παθολογικής του κατάστασης.
- Οι συνυπάρχουσες παθήσεις του.
- Η παρατεταμένη νοσηλεία του (αυξάνει στατιστικά τις πιθανότητες προσβολής του).
- Η αυξημένη χορήγηση αντιβιοτικών στους ασθενείς που τους καθιστούν ανθεκτικούς έναντι στους μικροοργανισμούς.
- Οι συχνές επανεισαγωγές σε νοσηλευτικά ιδρύματα.
- Οι συχνοί καθετηριασμοί.
- Η γενική αύξηση των χειρουργικών επεμβάσεων

Οι συνηθέστερες νοσοκομειακές λοιμώξεις είναι αυτές του ουροποιητικού συστήματος, του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, του χειρουργικού πεδίου, του αίματος (βακτηραιμιές), του δέρματος και των μαλακών μορίων (Διάγραμμα 4.1) (ECDC, 2013).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.1 Οι συνηθέστερες νοσοκομειακές λοιμώξεις για το έτος 2012



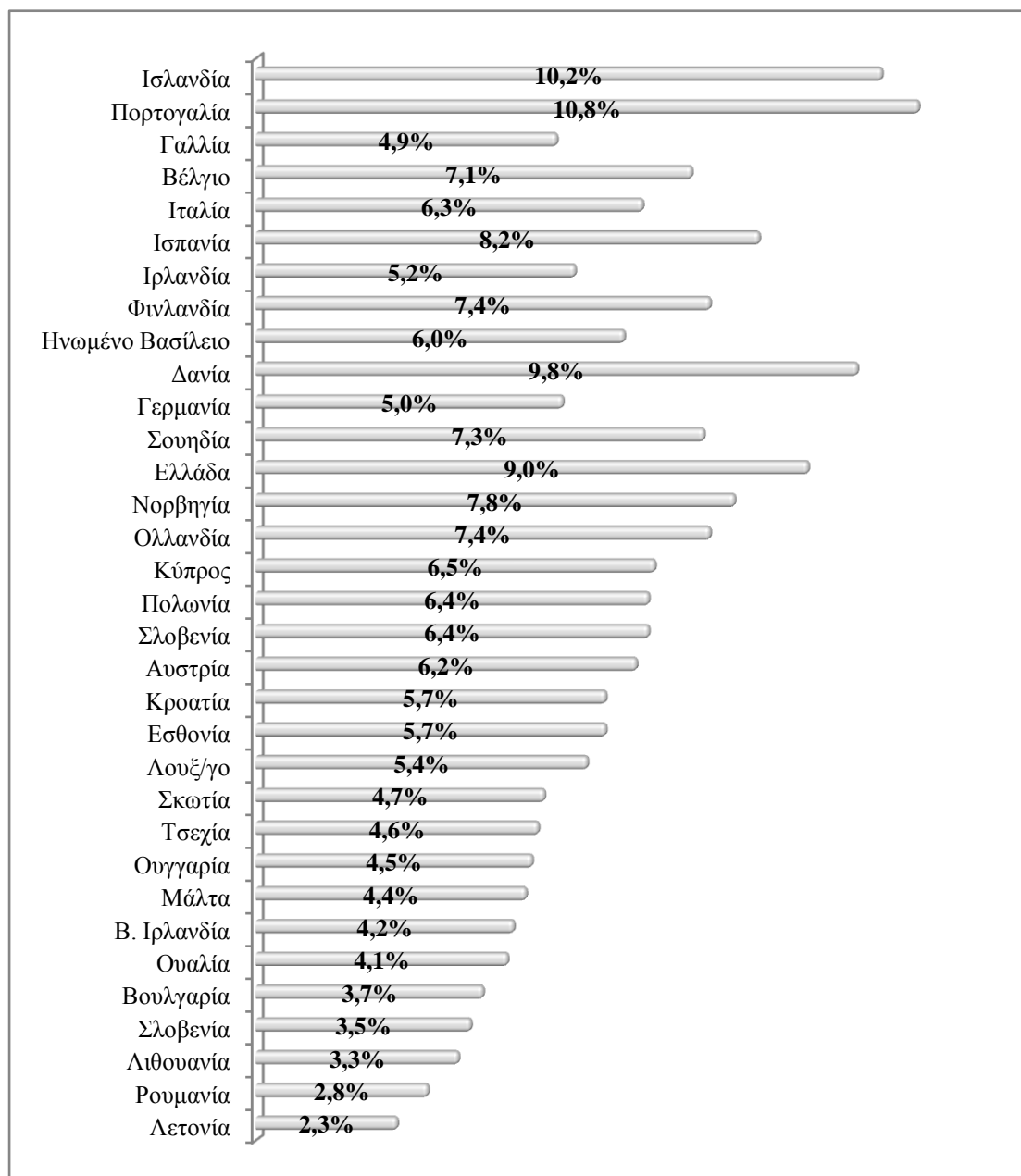
Πηγή: (ECDC, 2013)

Σύμφωνα με Έκθεση που δημοσιοποίησε το Ευρωπαϊκό Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (European Centre for Disease Prevention and Control ,ECDC) για τη χρονιά 2011 - 2012 κάθε μέρα σε ολόκληρη την Ευρώπη μολύνονται περίπου 80.000 νοσηλεύόμενοι από τα μικρόβια του νοσοκομείου, ενώ κάθε χρόνο έχει αποδειχθεί ότι 3,2 εκατομμύρια Ευρωπαίοι προσβάλλονται από ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις. Η έρευνα διενεργήθηκε σε 1000 νοσοκομεία τριάντα (30) ευρωπαϊκών χωρών και κατέδειξε ότι τα υψηλότερα ποσοστά ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων καταγράφονται σε ασθενείς στη ΜΕΘ, όπου το 19,5% των ασθενών έχει μολυνθεί (ECDC, 2013).

Η μικροβιακή αντοχή και η κατανάλωση αντιβιοτικών είναι έννοιες στενά συνδεδεμένες (Goossens et al., 2005). Η Ελλάδα παραμένει πρώτη στην κατανάλωση αντιβιοτικών στην κοινότητα, είναι όμως σημαντικό ότι ειδικά όσον αφορά την κατανάλωση στα νοσοκομεία εμφανίζει σημαντική μείωση και βρίσκεται από τη τέταρτη (4^η) θέση το 2011 στην έβδομη (7^η) θέση το 2012, πίσω από την Φιλανδία, Ιταλία, Λιθουανία, Λετονία, Γαλλία και Εσθονία. Σημειώνεται ότι η Ελλάδα και η Πολωνία, το 2012 σε σύγκριση με το 2011, εμφάνισαν από τα υψηλότερα ποσοστά μείωσης της συνολικής κατανάλωσης αντιβιοτικών στην Ευρώπη (περισσότερο από 9%) (ECDC, 2010, ECDC, 2012).

Παράλληλα, η συνταγογράφηση αντιβιοτικών από ιατρό παρουσιάζει σημαντική μείωση στην Ελλάδα, γεγονός που σηματοδοτεί την ανάγκη ελέγχου της λήψης αντιβιοτικών χωρίς συνταγή από τους πολίτες. Πρόσφατη δημοσκόπηση που πραγματοποίησε το Κέντρο Ελέγχου Ειδικού Λοιμώξεων και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) το Νοέμβριο του 2014, ανέδειξε ότι ποσοστό 45% (σταθερό από πέρυσι) δηλώνει ότι δεν θα πάρει αντιβιοτικά στο επόμενο κρυολόγημα ή γρίπη, ποσοστό που είναι αυξημένο σε σχέση με το παρελθόν και το 92% δήλωσε ότι δεν πήρε αντιβιοτικό για συνάχι. Αξιοσημείωτο είναι και το υψηλότερο ποσοστό της Ελλάδας στη χρήση αντιβιοτικών στον νοσοκομειακό χώρο. Στο Διάγραμμα 4.2 που ακολουθεί φαίνεται το ποσοστό των ασθενών που μολύνθηκε από ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις το 2011 - 2012 σε χώρες της Ευρώπης σύμφωνα με την ίδια έκθεση (ECDC, 2013).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.2 Ποσοστό ασθενών που μολύνθηκε από νοσοκομειακή λοίμωξη το 2011 - 2012



Πηγή: (ECDC, 2013)

Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια του ασθενούς και συμβάλλουν σε σημαντική αύξηση των δεικτών της νοσηρότητας, καθώς η σύγχρονη ιατρονοσηλευτική φροντίδα επιβάλλει συχνά τη χρήση παρεμβατικών τεχνικών για την αντιμετώπιση ιδιαίτερα των βαρέως πασχόντων ασθενών, με αποτέλεσμα τον κίνδυνο εμφάνισης λοιμώξεων συνδεδεμένες με αυτές (πνευμονία οφειλόμενη στην μηχανική υποστήριξη) της θνησιμότητας καθώς επίσης της διάρκειας και του κόστους νοσηλείας. Το έμμεσο κόστος των λοιμώξεων για τον ασθενή είναι η επιπλέον απουσία του από την εργασία, με συνέπεια τη μείωση της παραγωγικότητάς

του, αλλά και επιπρόσθετη απώλεια εισοδήματος για τον ίδιο και την οικογένειά του καθώς και ενδεχόμενη μειωμένη παραγωγικότητα μετά την αποθεραπεία και την επανένταξή του στην παραγωγική διαδικασία, ως αποτέλεσμα μερικής ανικανότητας του οφειλόμενη στην λοίμωξη. Δυστυχώς τα μέχρι τώρα αποτελέσματα είναι φτωχά διότι το μέγεθος του προβλήματος δεν έχει γίνει πλήρως κατανοητό από πολλούς ιατρούς, νοσηλευτές και διοικητικούς που δεν έχουν ειδική ενασχόληση με το θέμα, και γι' αυτό απαιτείται:

- Περισσότερη εκπαίδευση ιδίως στη Περιφέρεια.
- Οι διοικητικές υπηρεσίες των νοσοκομείων να δώσουν την πρέπουσα προτεραιότητα στην αντιμετώπιση του προβλήματος με την δημιουργία σε όλα τα νοσοκομεία των αναγκαίων υποδομών για τον περιορισμό της διασποράς των πολυανθεκτικών μικροβίων (κατάργηση των ράντζων στα νοσοκομεία, μονώσεις, προμήθεια υλικών για την εφαρμογή των κανόνων υγιεινής).
- Να γίνει μεγαλύτερη προσπάθεια στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) με στελέχωση τους με το αναγκαίο νοσηλευτικό προσωπικό και την εφαρμογή από τους ιατρούς, ορθολογικής χρήσης αντιβιοτικών
- Το Υπουργείο Υγείας και το ΚΕΕΛΠΝΟ πέραν των Σχεδίων να διαθέσουν τους αναγκαίους πόρους για την εφαρμογή τους και την επιτυχία τους.
- Πρέπει να αποτελέσει η πολυαντοχή θέμα Εθνικής Στρατηγικής. Χρειάζεται πολιτική απόφαση για την επίλυση του προβλήματος και συνεχής παρακολούθησης της εξέλιξης του.

ΑΡΧΕΣ ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΘ' ΗΜΕΡΑ ΠΡΑΞΗ ΓΙΑ ΝΑ ΑΝΑΚΟΠΕΙ Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΝΤΟΧΗΣ ΤΩΝ ΜΙΚΡΟΒΙΩΝ ΣΤΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ

Η ορθολογική χρήση των αντιβιοτικών όπως και κάθε άλλη θεραπευτική παρέμβαση στη καθ' ημέρα πράξη, δεν πρέπει να είναι τυχαία. Απαιτεί προβληματισμό και σκέψη και πρέπει να βασίζεται σε κανόνες. Η σωστή διάγνωση, η κατάσταση του ασθενούς, η εντόπιση της λοίμωξης, η βαρύτητά της, το μικροβιακό αίτιο, οι ευαισθησίες του στα αντιβιοτικά, η φαρμακοκινητική και η φαρμακοδυναμική των αντιμικροβιακών ουσιών καθώς και οι παρενέργειες και το κόστος τους, αποτελούν τα κύρια στοιχεία στα οποία πρέπει να στηρίζεται κάθε απόφαση για τη χρήση τους.

Δεν πρέπει κάθε εμπύρετο νόσημα να αντιμετωπίζεται ως λοίμωξη και όπως συμβαίνει συνήθως να θεραπεύεται εμπειρικά πριν τεθεί η διάγνωση και πριν ληφθούν οι απαραίτητες καλλιέργειες από την εστία της λοίμωξης. Ακόμα και αν τεθεί η διάγνωση της λοίμωξης, η επιλογή του αντιβιοτικού δεν είναι σήμερα μια απλή απόφαση αφού η χρήση των αντιβιοτικών εκτός των άμεσων συνεπειών που μπορεί να έχει στον ασθενή (παρενέργειες) έχει συνδυαστεί με την ανάπτυξη αντοχής των μικροβίων (ECDC, 2013).

Η ανάπτυξη αντοχής παράλληλα με την χρήση των αντιβιοτικών, αρχικά δεν δημιουργούσε ανησυχία, αφού όλο και νεώτερα αντιβιοτικά παρασκευάζονταν και προστίθεντο στη φαρέτρα των ιατρών, όμως οι πηγές νέων αντιβιοτικών φαίνεται ότι στέρεψαν και μετά από εβδομήντα χρόνια οι ελπίδες για εξαφάνιση των λοιμώξεων δεν επαληθεύτηκαν. Η αλόγιστη χρήση των αντιβιοτικών ως «πανάκειας» για κάθε εμπύρετο νόσημα ή για την «κάλυψη» του ασθενούς από ενδεχόμενο κίνδυνο μικροβιακής λοίμωξης και χωρίς προσπάθεια λογικής αιτιολογικής προσέγγισης του προβλήματος, αποτελούν τον κυριότερο λόγο του «παράδοξου» που αντιμετωπίζουμε: παρά την αφθονία των αντιβιοτικών (περίπου 300), οι λοιμώξεις να αποτελούν και σήμερα θανάσιμο κίνδυνο σε ευρεία κλίμακα και το χειρότερο, μικροοργανισμοί που πριν μερικά χρόνια ήσαν ευαίσθητοι ακόμα και στην πενικιλίνη, όπως οι σταφυλόκοκκοι να παρουσιάζονται σήμερα ανθεκτικοί και στα πιο ειδικά αντιμικροβιακά. Το πρόβλημα της αντοχής όμως δεν σταματά δυστυχώς στους σταφυλόκοκκους. Ιδιαίτερα η χώρα μας κατέχει το θλιβερό προνόμιο να είναι η πρώτη μεταξύ των ανεπτυγμένων χωρών σε ποσοστά αντοχής των Gram αρνητικών μικροοργανισμών (*Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae*) σε πληθώρα αντιβιοτικών, ακόμη και των νεωτέρων. Η σημασία του γεγονότος αυτού καθίσταται ακόμα μεγαλύτερη αν σκεφτεί κανείς ότι για την επόμενη τουλάχιστον δεκαετία δεν πρόκειται να κυκλοφορήσουν νέες αντιμικροβιακές ουσίες δραστικές για τους μικροοργανισμούς που έχουν αναπτύξει αντοχή. Οι λόγοι της «κατάχρησης» των αντιβιοτικών είναι (ECDC, 2013):

- i. Η ριζωμένη πίστη στον ασθενή ότι τα αντιβιοτικά θεραπεύουν το κρυολόγημα και τη γρίπη (65%), ότι μειώνουν τον πυρετό (66%), ότι πρέπει να υπάρχουν αντιβιοτικά στο σπίτι για ώρα ανάγκης (72,2%) ότι υπάρχει η δυνατότητα διακοπής των αντιβιοτικών αμέσως μόλις υποχωρήσουν τα συμπτώματα (80,5%).
- ii. Η θεραπεία της ασυμπτωματικής βακτηριουρίας με μόνο κριτήριο την καλλιέργεια ούρων.
- iii. Η τάση του ιατρού να «καλύψει» προληπτικά τον ασθενή σε περίπτωση που αναπτυχθεί μικροβιακή λοίμωξη.
- iv. Η αυξημένη διαφήμιση των φαρμακευτικών εταιρειών.

Εκτός από την ανησυχητική ανάπτυξη ανθεκτικών μικροβιακών στελεχών, η χρήση των αντιμικροβιακών είναι συνυφασμένη και με ποικίλες ανεπιθύμητες ενέργειες σε ποσοστό 5 - 20%. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι εάν οι ιατροί και οι ασθενείς σήμερα συνεχίσουν την υπερκατανάλωση των αντιβιοτικών ή την έλλειψη ορθολογισμού στην χρήση τους και συνεχίσουν την διασπορά των πολυανθεκτικών μικροβίων στο νοσοκομειακό περιβάλλον, το πρόβλημα των πανανθεκτικών μικροβίων θα χειροτερεύει συνεχώς και η «εποχή του τέλους των αντιβιοτικών» θα γίνει ένας πραγματικός εφιάλτης.

4.7. Συμπεράσματα

Η διαχρονικά αυξανόμενη προσδοκία των χρηστών – καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας καθώς και η σταθερή επιδίωξη των συστημάτων υγείας για ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες αφορά το σύνολο των παραμέτρων που απαρτίζουν το σύστημα περίθαλψης και φροντίδας υγείας. Η ποιότητα εξαρτάται από το επίπεδο περίθαλψης (διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση) και επομένως από το επίπεδο των επαγγελματιών υγείας όπως και του διαθέσιμου εξοπλισμού αλλά και από τις συνθήκες διακίνησης και παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο, το επίπεδο της ξενοδοχειακής υποδομής και της διοικητικής υποστήριξης.

Η επιδίωξη της ποιότητας αποτελεί για το σύνολο των επιμέρους δραστηριοτήτων του νοσοκομείου αντίστοιχο ζητούμενο με την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα. Αφορά το κάθε άτομο, τον κάθε υγειονομικό χώρο, τη λειτουργία και τους θεσμούς του κάθε νοσοκομείου και του Συστήματος Υγείας εν γένει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Το λάθος ως παράμετρος της ποιότητας

«Η καινοτομία και το λάθος απορρέουν από τις ίδιες νοητικές πηγές, η μόνη διαφορά τους είναι η επιτυχία» (Mach, 1905)

5.1. Εισαγωγή

Το ανθρώπινο λάθος είναι ένας όρος που συχνά αναφέρεται στην εξέταση ατυχημάτων, είτε αυτά αφορούν στο χώρο εργασίας είτε όχι. Συχνά χρησιμοποιείται ως μια αιτιολογική ομπρέλα για να εξηγηθεί εύκολα ένα ατύχημα. Η απόδοση σε ανθρώπινο λάθος προτάσσεται των ελλείψεων που υπάρχουν στο σύστημα απενοχοποιώντας το, χωρίς παράλληλα να ενοχοποιεί απαραίτητα το θύμα, αφού το ανθρώπινο λάθος θεωρείται μια φυσική (αν και απρόβλεπτη) έκβαση των ανθρώπινων λειτουργιών, όπως γινόταν και παλαιότερα με την επίκληση μεταφυσικών αιτιών (Acts of God). Έτσι η μελέτη του ανθρώπινου λάθους σε κάποιες περιπτώσεις δέχτηκε την κριτική ότι υπάρχει για να εξυπηρετεί το σκοπό αυτό. Συνήθως το δάκτυλό δείχνει τους εργαζομένους και τα θύματα των ατυχημάτων ως το πρόβλημα και άρα το πιο κατάλληλο αντικείμενο μελέτης, καθώς είναι αυτοί που εμπλέκονται περισσότερο.

Πράγματι το ατύχημα είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, (άνθρωποι, υλικά, διαδικασίες) και η απόδοση της αιτιότητας σε έναν μόνο από αυτούς είναι μια ατελής διαδικασία, αφού αν ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα στους υπόλοιπους μπορεί να αποφευχθεί. Το ανθρώπινο λάθος δεν μπορεί να είναι ανεξάρτητο από το σύστημα το οποίο συμβαίνει, ούτε να αποτελεί το μοναδικό αίτιο πρόκλησης ατυχήματος.

Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι το ανθρώπινο λάθος δεν υπάρχει ή ότι δεν αποτελεί παράγοντα αιτιότητας ατυχημάτων ο οποίος θα πρέπει να μελετηθεί. Εάν δεν μελετηθούν οι πιθανές ακούσιες ενέργειες ενός ατόμου δεν μπορούν να σχεδιαστούν τα μέσα και οι διαδικασίες που δεν θα επιτρέψουν στις ενέργειες αυτές να εξελιχθούν σε ατυχήματα.

5.2. Ιστορική αναδρομή

Το ενδιαφέρον για τον ορισμό του λάθους υπήρχε από τα χρόνια του Αριστοτέλη ο οποίος στο έργο του Ηθικά Νικομάχεια, στην δέκατη (10^η) ενότητα παρουσιάζει την πολυμορφία της κακίας και του λάθους σε αντίθεση με την απλότητα απλώς της αρετής, επομένως την δυσκολία της επίτευξης του σωστού, της αρετής, σε αντίθεση με την ευκολία της αποτυχίας και του λάθους (Lord, 1984). Για τον Αριστοτέλη, το λάθος «*ἀμαρτάνειν*» γίνεται με πολλούς τρόπους «πολλαχῶς» και έχει άμεση σχέση με την υπερβολή και την έλλειψη ενώ το σωστό «*κατορθοῦν*» γίνεται με έναν τρόπο «μοναχῶς» και έχει σχέση με την μεσότητα. Ο Αριστοτέλης, για να στηρίξει τη θέση του αυτή επικαλείται την «*Θεωρία των Εναντίων*» που ανέπτυξαν οι Πυθαγόρειοι για τις αντιθετικές δυνάμεις που κυβερνούν τον κόσμο χρησιμοποιώντας δύο (2) από τα

δέκα (10) ζεύγη αντίθετων δυνάμεων («πέρας - ἄπειρον» και το «ἀγαθόν – κακόν»). Το λάθος για τον Αριστοτέλη ανήκει στο χώρο του αδιαμόρφωτου και του χωρίς όρια «ἄπειρον» δηλαδή οι κακές πράξεις είναι ἄπειρες και το ἄπειρο προκαλεί δέος στην ανθρώπινη ψυχή ενώ το να πράξουμε το σωστό «ορθόν» γίνεται μόνο με έναν τρόπο καθώς οι ορθές πράξεις έχουν καθορισμένα όρια «πέρας» και είναι σύμμετρες και τέλειες γιατί αυτό που έχει πέρας θεωρείται τελειότερο από το ἄπειρο και το ἀμορφο. Η μεσότητα λοιπόν είναι για τον Αριστοτέλη η αρετή, η μεσότητα ανάμεσα στην υπερβολή και την ἔλλειψη που θεωρεί λάθος, αλλά εύλογα γεννάται το ερώτημα υπερβολή και ἔλλειψη ως προς τι. Η απάντηση του Αριστοτέλη είναι ως προς αυτό που πρέπει, το «δέον» είτε στις πράξεις είτε στα πάθη. Το να οργισθείς, δηλαδή το να δείξεις φόβο ή θάρρος, να επιθυμήσεις ή να σπλαχνιστείς, γενικά το να χαρείς ή να λυπηθείς τη στιγμή που πρέπει, σε σχέση με τα πράγματα που πρέπει, σε σχέση με τους ανθρώπους που πρέπει, για τον λόγο που πρέπει και με τον τρόπο που πρέπει, αυτό είναι το μέσον, το ἄριστον και το αληθές (Gadamer, 1996, Lord, 1984, Polanyi, 1957).

Ο δεύτερο φιλόσοφος ο οποίος ασχολήθηκε με τον προσδιορισμό της αλήθειας και του σωστού ήταν ο Σωκράτης. Για τον Σωκράτη οι ηθικές έννοιες έχουν αντικειμενική αξία και η αρετή διδάσκεται. Σύμφωνα με τον Σωκράτη κανείς δεν γίνεται με την θέληση δεν πράττει το λάθος, αλλά από ἄγνοια για τη διετέλεση του σωστού (Χατζηστεφάνου, 1980). Ο Σωκράτης σε αντίθεση με τους Σοφιστές των οποίων ήταν πολέμιος των απόψεων τους λόγω του υποκειμενισμού και του σχετικισμού τους, κάνει λόγο για αντικειμενική αλήθεια, μια και μοναδική για όλους τους ανθρώπους η οποία βρίσκεται μέσα στον κάθε άνθρωπο και προσπαθούσε να την εκμιαεύσει εφαρμόζοντας την μαιευτική μέθοδο. Προσποιούμενος την πλήρη ἄγνοια (σωκρατική ειρωνεία) κάθε φορά για το θέμα που συζητούσε και μέσα από την διαδικασία των ερωταπαντήσεων δημιουργούσε ένα πνεύμα διαλόγου στη συζήτηση. Ο συνομιλητής λοιπόν απαντώντας σ' αυτές τις ερωτήσεις έφτανε σε ένα συμπέρασμα, στην αλήθεια για τον Σωκράτη, από μόνος του ξεκαθαρίζοντας τις πλάνες, τις λαθεμένες αντιλήψεις για τα πράγματα οι οποίες ήταν αποτέλεσμα σύγκρουσης αντιφατικών γνώμων του υποκειμένου, μη συμβιβάσιμων μεταξύ τους. Σύμφωνα με τον Σωκράτη υπάρχουν τρεις (3) κατηγορίες ανθρώπων (Παπανοῦτσος, 1943):

- Αυτοί που δεν γνωρίζουν την αλήθεια και όμως επιμένουν ότι την γνωρίζουν.
- Αυτοί που δεν γνωρίζουν την αλήθεια και παραδέχονται την ἄγνοιά τους.
- Αυτοί που την γνωρίζουν και την εκφράζουν σταθερά ανεξάρτητα από την μορφή που θα πάρει η ερώτηση.

Ο Ρενέ Ντεκάρτ (Καρτέσιος), τον 16^ο αιώνα καταπιάστηκε με την φιλοσοφική διάσταση του λάθους προσπαθώντας να διερευνήσει τα γενεσιουργά αίτια του λάθους λαμβάνοντας ως δεδομένη την έννοια του και στην συνέχεια προσπάθησε να ερμηνεύσει πώς οι άνθρωποι περιπίπτουν σε λάθη όντας ἔλλογα όντα. Ο Ντεκαρτ χαρακτηρίζει το λάθος ως αποτέλεσμα κάποιας μη επιτυχίας (Μαγκίρης, 1996).

Η ουσιαστική μελέτη του λάθους ξεκίνησε την δεκαετία του 1950 υπό την πίεση του κινδύνου ατυχήματος μεγάλης έκτασης στις ραγδαία αναπτυσσόμενες βιομηχανίες υψηλής επικινδυνότητας (πχ πυρηνικά εργοστάσια, χημικές βιομηχανίες κλπ). Ο αυξανόμενος ρόλος του ανθρώπου στα συστήματα αυτά καθώς και οι σοβαρές συνέπειες ενός τέτοιου ατυχήματος οδήγησε στην ανάγκη διερεύνησης του ανθρώπινου λάθους.

Εκτός από την φιλοσοφική προσέγγιση, υπάρχουν και άλλες επιστημονικές προσεγγίσεις όπως της επιστήμης της Ψυχολογίας και της Παιδαγωγικής οι οποίες έχουν ασχοληθεί διεξοδικά με την εννοιολογική προσέγγιση του λάθους. Σημαντική είναι η συμβολή του ψυχολόγου James Reason στην επιστημονική συζήτηση ο οποίος με το βιβλίο του «Human error» που έγραψε το 1990 κάνει μια ιστορική αναδρομή καταγράφοντας τις σημαντικότερες προσπάθειες που έγιναν για την εννοιολογική προσέγγιση του λάθους (Reason, 1990). Ιστορική αφετηρία του έργου του Reason συνιστά η εποχή του Freud, στα τέλη του 19^{ου} αιώνα με την αναφορά στα «ασυνείδητα λάθη» (freudian slips), στα «εκφραστικά λάθη» στις μελέτες του Meringer, στα σχήματα του Bartlett και (Jacoby and Kelley, 1992). Έπειτα οι μελέτες για τα λάθη περιορίστηκαν σημαντικά μέχρι τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 και έπειτα έγιναν σημαντικά βήματα σε θεωρητικό επίπεδο στην Γνωσιακή Ψυχολογία διερευνώντας και αναλύοντας τα αίτια τραγικών γεγονότων όπως συγκρούσεις τρένων, αεροπορικά ατυχήματα κ.α. Στα γεγονότα αυτά οι συνέπειες περιορίζονταν στον τόπο και στον χρόνο διεξαγωγής του ατυχήματος. Με το πυρηνικό ατύχημα του Τσερνομπίλ το 1986, έγινε σαφές ότι τα ανθρώπινα λάθη δεν έχουν συνέπειες μόνο στον τόπο και στον χώρο που γίνονται αλλά μπορεί να επηρεάσουν ολόκληρο τον πλανήτη και σε βάθος χρόνου.

Σήμερα γίνεται μια προσπάθεια καταγραφής και διαχείρισης των λαθών με σκοπό την Βελτίωση της Ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και τον περιορισμό του κόστους.

5.3. Εννοιολογική αποσαφήνιση των όρων «λάθος» και «σφάλμα»

Είναι δύσκολο να οριστεί η ακριβής έννοια του ανθρώπινου λάθους ειδικά όταν ο σκοπός ενός τέτοιου ορισμού είναι η επιστημονική μελέτη. Το λάθος έχει μια διαισθητική σημασία η οποία περιλαμβάνει τις επιμέρους έννοιες του ακούσιου και του ανεπιθύμητου. Οι συναφείς αυτές έννοιες δημιουργούν την ψευδαίσθηση ότι το ανθρώπινο λάθος πρόκειται για ένα καλά ορισμένο όρο τον οποίο όλοι εκλαμβάνουν με τον ίδιο τρόπο. Στην πραγματικότητα όμως πρόκειται για μια έννοια με τις τρεις (3) διαφορετικές διαστάσεις (Hollnagel, 2005b):

- i. *Αιτία*: εδώ το λάθος είναι η ενέργεια ή η παράλειψη που προκάλεσε το δυσμενές αποτέλεσμα, είναι δηλαδή η αιτία.
- ii. *Γεγονός ή ενέργεια*: σε αυτή την περίπτωση το ενδιαφέρον εστιάζεται στην ενέργεια ή την παράλειψη αυτή καθ' αυτή χωρίς να λαμβάνεται υπ' όψιν το αποτέλεσμα.

- iii. *Συνέπεια*: εδώ η εστίαση γίνεται αποκλειστικά στο αποτέλεσμα το οποίο και ταυτολογείται με την ενέργεια.

Γενικότερα το ανθρώπινο λάθος που οδηγεί σε δυσμενές συμβάν δεν είναι κάτι εύκολο και πάντα παρατηρήσιμο, γιατί δεν είναι πάντα ούτε ενέργεια ούτε προϊόν πρόθεσης (Hollnagel, 1983). Η απόδοση της ευθύνης για το λάθος σε κάποιο άτομο ή μια ομάδα είναι μια ψυχοκοινωνική διαδικασία η οποία είναι εύκολα ευάλωτη σε απόψεις, στάσεις και συμφέροντα και όχι μια αντικειμενική τεχνική διαδικασία. Η υποκειμενική αυτή διαδικασία στοχεύει συνήθως στην εύρεση ενός «αποδεκτού αιτίου» το οποίο πρέπει να έχει τα εξής χαρακτηριστικά (Hollnagel, 2005b):

- Να μπορεί αδιαμφισβήτητα να συσχετιστεί με μια δομή ή λειτουργία του συστήματος, ώστε το αίτιο να αφορά άμεσα το ίδιο το σύστημα και να μπορεί να διορθωθεί με ενέργειες που θα αναληφθούν εσωτερικά σε αυτό. Η απόδοση της ευθύνης σε εξωτερικούς και μη ελεγχόμενους παράγοντες δεν ικανοποιεί, αφού αν το σύστημα δεν μπορεί να προστατευτεί από τέτοιους ανεξέλεγκτους μηχανισμούς σημαίνει ότι τα μέτρα πρόληψης δεν είναι υψηλά.
- Να είναι διαχειρίσιμο στα πλαίσια των δεδομένων πόρων και χρόνου για να αντιμετωπιστεί ώστε να μην υπερβαίνονται οι εσωτερικές δυνατότητες για την διόρθωσή του. Η απόδοση ευθύνης σε προβλήματα που απαιτούν υπέρογκους πόρους ή υπερβολικό χρόνο δεν είναι ικανοποιητική καθώς θα έπρεπε να παρεμβάλλονται καλύτερα μέτρα προστασίας.
- Να συμμορφώνεται με τους υπάρχοντες κανόνες εξήγησης, δηλαδή με την αποδεκτή θεωρία για τους κανόνες και τη λειτουργία του συστήματος. Αν η αιτιολόγηση αντιβαίνει στους κανόνες και στη λογική του συστήματος ή δεν μπορεί να εξηγηθεί με αυτούς, τότε η εξήγηση δεν είναι αποδεκτή.

Ο Δεσποτόπουλος αναφέρει ότι στα ελληνικά, δεν υπάρχει σαφής εννοιολογική αποσαφήνιση των όρων *λάθος* και *σφάλμα* και η απουσία καθορισμένου θεωρητικού πλαισίου καθιστά δυσχερή την διαφοροποίησή τους. Αναφέρει με έμφαση ότι (Δεσποτόπουλος, 2000): «Η δημιουργία εννοιολογικού πλαισίου για την λέξη *λάθος* είναι πολύπλοκη και, πολυεπίπεδη γεγονός που αντικατοπτρίζεται και στην εγγενή ανεπάρκεια της γλώσσας να διατυπώσει με κυριολεξία το περιεχόμενό της».

Το *σφάλμα*, έχει τις ρίζες της στο ρήμα *σφάλλω* και σημαίνει βλάπτω, νικώ, καταρρίπτω, κάνω κάποιον να παραπατήσει. Ο όρος *λάθος* έχει τις ρίζες του στο ρήμα *λανθάνω* και σημαίνει ξεφεύγω την προσοχή, μένω άγνωστος (Δεσποτόπουλος, 2000).

Η χρήση του όρου *λάθους* στην καθημέρα πράξη αναφέρεται σε κάτι που αποκλίνει από μια αποδεκτή νόρμα ή συμπεριφορά ή κάτι που παραβιάζει αρχές κοινωνικές ή ηθικές, νόμους κλπ με απρόβλεπτες συνέπειες αυτής της παραβίασης (Αθανασίου, 2000, Γκότοβος, 1997, Φραγκουδάκη, 1987).

Στην Παιδαγωγική και Διδακτική επιχειρείται διαχωρισμός των όρων *λάθος* και *σφάλμα*. Πιο αναλυτικά, στα προαναφερθέντα επιστημονικά πεδία σφάλει κάποιος ο

οποίος δεν θέτει σε εφαρμογή ορθά μια νόρμα ή ένα θεώρημα τα οποία κατέχει ή θα έπρεπε να κατέχει ενώ κάποιος κάνει λάθος κατά τη διερεύνηση μιας νέας θεωρίας (Ράπτη, 2002). Στην αγγλική βιβλιογραφία στο επιστημονικό πεδίο της Παιδαγωγικής και της Διδακτικής γίνεται σαφής διαχωρισμός ανάμεσα σε τρεις (3) κατηγορίες λαθών (Αθανασίου, 2000):

- Τα λάθη που αποκαλούνται «errors»: Τα λάθη αυτής της κατηγορίας οφείλονται κατά κύριο λόγο σε άγνοια των κανόνων που παραβιάζονται από τους μαθητές και απαιτούν παρέμβαση του εκπαιδευτικού ώστε με τις κατάλληλες τεχνικές να καλυφτούν τα «κενά» που υπάρχουν.
- Τα λάθη που αποκαλούνται «mistakes or slip mistakes»: Τα λάθη αυτής της κατηγορίας οφείλονται κυρίως σε απροσεξία, επιπολαιότητα και βιασύνη.
- Τα λάθη που αποκαλούνται «attempt mistakes»: Στην κατηγορία αυτή υπάγονται συνήθως σφάλματα περιεχομένου τα οποία οφείλονται σε ελλιπή γνώση της γλώσσας, σε φτωχό λεξιλόγιο κ.

Ο James Reason (2000), χρησιμοποιεί τον όρο λάθος (*error*) ως ένα ευρύτερο όρο για να συμπεριλάβει τις περιπτώσεις εκείνες κατά τις οποίες μια προγραμματισμένη διαδικασία διανοητικών ή σωματικών δραστηριοτήτων αποτυγχάνει να επιτύχει το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα και η αποτυχία αυτή δεν μπορεί να αποδοθεί σε τυχαία γεγονότα. Ο Reason αναφέρει τρία (3) είδη λάθους (Reason, 2000):

- Τις παραδρομές «slips», όπου είναι λάθη στην εκτέλεση ενός σωστού σχεδίου ή ακούσιες ενέργειες.
- Τις παραλείψεις «lapses», που είναι λάθη όπου η ηθελημένη ενέργεια δεν εκτελέστηκε λόγω αστοχίας της μνήμης.
- Τα σφάλματα «mistakes», που είναι λάθη στον σχεδιασμό του πλάνου δράσης.

Σύμφωνα με τον Έλληνα Καθηγητή Γλωσσολογίας, κκ Μπαμπινιώτη, λάθος είναι η ενέργεια ή η παράλειψη που αποκλίνει ή έρχεται σε αντίθεση με το σωστό, το επιτυχημένο, το επιθυμητό, τους ισχύοντες κανόνες της ηθικής και της κοινωνικής συμπεριφοράς και οφείλεται σε κακή εκτίμηση, απόφαση, άγνοια, ελλιπή γνώση και κατανόηση (Μπαμπινιώτης, 2002).

Το ΙΜΟ στην Έκθεση που δημοσίευσε το 2000 για τα ιατρικά σφάλματα ορίζει ως λάθος τη μη επιτυχημένη ολοκλήρωση μιας σχεδιασμένης πράξης ή την εφαρμογή λανθασμένου σχεδιασμού για την επίτευξη ενός στόχου (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2000).

Σύμφωνα με τον Leape (1994), ο όρος λάθος αναφέρεται σε μια ανώφελη δράση η οποία λαμβάνει χώρα ή παραλείπεται ή στην δράση η οποία δεν επέφερε τελικά το επιθυμητό αποτέλεσμα. Αντίστοιχα ο Hofer (2000), αναφέρει ως λάθος μια μη επιτυχημένη ενέργεια ανεξάρτητα από τις επικείμενες βλάβες (Leape, 1994).

Ταυτόχρονα και στην διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για τη λέξη *error* γεγονός που δικαιολογεί την εναλλαγή στη χρήση των

όρων *error* και *mistake* για παρόμοια θέματα χωρίς να υπάρχει σαφής διαχωρισμός των δύο (2) εννοιών.

Η δυσχέρεια της ακριβούς εννοιολογικής αποσαφήνισης του όρου *λάθος* καθώς και η υποκειμενική του διάσταση έχουν σαν συνέπεια την ανάπτυξη διαφορετικών και αντικρουόμενων θεωριών καθώς και μοντέλων ή τεχνικών που αναπτύχθηκαν για την διαχείριση του ανθρώπινου λάθους ιδιαίτερα σε χώρους υψηλής επικινδυνότητας. Στις παρακάτω ενότητες αυτού του κεφαλαίου γίνεται μια προσπάθεια να παρουσιαστούν οι κύριες κατευθύνσεις καθώς και τα μοντέλα που αναπτύχθηκαν για την διαχείριση του ανθρώπινου λάθους.

5.4. Η συνεισφορά του ανθρώπινου λάθους στην πρόκληση δυσμενών συμβάντων

Η υποκειμενικότητα του ανθρώπινου λάθους συμβάλλει στην παρουσίαση διαφορετικών απόψεων για το ποσοστό συμμετοχής του στην πρόκληση δυσμενών συμβάντων. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, υποστηρίζεται ότι σε ποσοστό όπως 90% (Technica, 1989) ή 66% (Williamson and Feyer, 1990) ή μεταξύ 50% και 80% (Hollnagel, 1998, Rasmussen, 1998) των ατυχημάτων περικλείουν στοιχεία λάθους οφειλόμενα στον ανθρώπινο παράγοντα. Οι κύριοι λόγοι του αυξημένου αυτού ποσοστού είναι (Cacciabue, 1998):

- Η αξιοπιστία του τεχνολογικού εξοπλισμού η οποία λόγω της τεχνολογικής εξέλιξης είναι αυξημένη.
- Η πολυεπίπεδη και πολυσύνθετη φύση του συστήματος και η συμμετοχή του ανθρώπου σε αυτό.

Υπάρχουν όμως και αντίθετες απόψεις οι οποίες υποστηρίζουν ότι για πολυσύνθετα συστήματα εκτιμάται ότι το 80% των ατυχημάτων οφείλεται σε συστημικά προβλήματα και το 20% στον ανθρώπινο παράγοντα (Livingston et al., 2001). Αντίστοιχη είναι και η άποψη των Bellamy και Geyer (1992), σύμφωνα με τους οποίους η συνεισφορά του ανθρώπινου παράγοντα στην πρόκληση ατυχημάτων ανέρχεται σε 25% (Bellamy and Geyer, 1992). Άλλωστε τα τελευταία χρόνια εξελίχθηκαν σημαντικά τα συστήματα ασφαλείας που ήδη λαμβάνουν μέτρα για την αντιμετώπιση του ανθρώπινου λάθους, το οποίο προδιαγράφεται ως ενδεχόμενο άρα όχι ως αιτία αστοχίας.

Ο Rasmussen (1982), υποστηρίζει ότι είναι δύσκολο να εκτιμηθεί η συνεισφορά του ανθρώπινου λάθους στα δυσμενή συμβάντα καθώς (Rasmussen, 1982):

- Τα δυσμενή συμβάντα και τα ατυχήματα που οφείλονται αποδεδειγμένα σε ανθρώπινο λάθος είναι ελάχιστα αλλά πρέπει να εξεταστούν λόγω της βαρύτητας των συνεπειών τους. Οι ελάχιστες πιθανότητες κάποιο ατύχημα να οφείλεται σε ανθρώπινο λάθος δεν επιτρέπουν την κατάλληλη στατιστική μελέτη και εξαγωγή ακριβών συμπερασμάτων, λόγω έλλειψης επαρκών δεδομένων.

- Η πολυπλοκότητα των συστημάτων συνέβαλλε στην αύξηση του χρόνου και των δεδομένων που απαιτείται ώστε να μελετηθεί ένα σύστημα, αλλά παράλληλα αλλάζουν πολύ σύντομα οπότε μειώνεται ο διαθέσιμος χρόνος για τη μελέτη τους.

Συμπερασματικά, η υποκειμενικότητα της αιτιολογικής διαδικασίας του ανθρώπινου λάθους δεν διευκολύνει την απόδοση συγκεκριμένου ποσοστού αιτιότητας των ανθρώπινων λαθών στα δυσμενή συμβάντα. Η συμβολή του ανθρώπινου λάθους στην πρόκληση ατυχημάτων είναι δεδομένη όσο υπάρχει ανθρώπινη εμπλοκή.

5.5. Θεωρητικές προσεγγίσεις ανθρώπινου λάθους

Η μελέτη του ανθρώπινου λάθους στηρίζεται κυρίως στην επιστήμη της Ψυχολογίας και της Μηχανικής και λιγότερο στις Αρχές της Επιχειρησιακής Έρευνας. Παρακάτω παρουσιάζονται συνοπτικά τρεις (3) αντιπροσωπευτικές θεωρίες περί ανθρώπινου λάθους.

5.5.1 Η θεωρία «των σάπιων μήλων» (Bad Apples Theory)

Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, όταν ένας εργαζόμενος κάνει λάθος στα πλαίσια της εργασίας του, αυτόματα χαρακτηρίζεται ως ανεπαρκής και πρέπει να απομακρυνθεί άμεσα από το εργασιακό περιβάλλον ώστε να μην αποτελέσει τροχοπέδη στην εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού και να μην επηρεάσει αρνητικά και την εργασία των υπόλοιπων εργαζομένων. Η θεωρία αυτή στηρίζεται σε τρεις (3) παραδοχές (Shojania and Dixon-Woods, 2013):

- i. Τα σύνθετα συστήματα αποτυγχάνουν συνήθως εξαιτίας της απρόβλεπτης συμπεριφοράς των ανθρώπων.
- ii. Τα ανθρώπινα λάθη προκαλούν ατυχήματα.
- iii. Οι αποτυχίες είναι απροσδόκητες.

Ο Berwick (1989), ενισχύει την άποψη ότι στον πυρήνα αυτής της θεωρίας εδράζεται η Διασφάλιση της Ποιότητας γεγονός. Όμως κάτι τέτοιο δεν μπορεί να στοιχειοθετηθεί επαρκώς καθώς, αν ίσχυε, η αποπομπή των εργαζομένων που πραγματοποιούν λάθη θα συνεπάγονταν αυτόματα και με πλήρη εξάλειψη των λαθών και των δυσμενών συμβάντων. Στην πραγματικότητα όμως δεν ισχύει κάτι τέτοιο (Berwick, 1989).

5.5.2 Η θεωρία των «φυσικών ατυχημάτων» (Normal Accident Theories)

Σύμφωνα με την θεωρία αυτή ένα βασικό χαρακτηριστικό των πολυσύνθετων συστημάτων είναι η διετέλεση λαθών και πρόκληση ατυχημάτων. Σύμφωνα με τον Perrow όσο πιο πολύπλοκο είναι ένα (1) σύστημα τόσο περισσότερες οι πιθανότητες πρόκλησης τις δυσμενούς συμβάντος. Ο Perrow για να περιγράψει τα δυσμενή συμβάντα εισαγάγει την έννοια του *ατύχηματος* (*accident*) ορμώμενος από το ατύχημα που έλαβε χώρα τις ΗΠΑ το 1979 στον σταθμό Πυρηνικής ενέργειας «Three

Mile Island» (Perrow, 1984). Η θεωρία αυτή ενισχύεται και από τον Reason (1990), ο οποίος υποστηρίζει ότι όσο πιο πολυσύνθετο είναι ένα σύστημα τόσο περισσότερες πιθανότητες ελλοχεύουν για δυσμενείς εξελίξεις. Ο λόγος τις εξηγεί τις πολλαπλές και υψηλής αξιοπιστίας μεθόδους ανίχνευσης, αναφοράς και καταγραφής του λάθους στα πολυσύνθετα συστήματα (Reason, 1990).

5.5.3 Η θεωρία των «οργανισμών υψηλής αξιοπιστίας» (High Reliability Organizations (HRO) Theory)

Η έννοια της κουλτούρας ασφάλειας αποκτά μεγαλύτερο ενδιαφέρον τις οργανισμούς υψηλού κινδύνου (High Risk Organizations, HRO) και τις οργανισμούς που χειρίζονται σύγχρονη τεχνολογία υψηλής αξιοπιστίας (High Reliability Organizations, HRO). Σύμφωνα λοιπόν με την θεωρία αυτή τόσο η οργανωτική δομή όσο και η εταιρική κουλτούρα των οργανισμών αυτών βασίζονται στην ασφάλεια και έχουν σαν στόχο να μειώσουν την πιθανότητα εμφάνισης λάθους. Τις οργανισμούς τις (πχ αεροπορικές εταιρίες, πυρηνικά εργοστάσια κα) η ασφάλεια του προϊόντος ή των παρεχόμενων υπηρεσιών αποτελεί προτεραιότητα λόγω των καταστροφικών συνεπειών τις ενδεχόμενου λάθους. Για παράδειγμα η συντριβή του αεροσκάφους Concorde τις Air France το 2000 κοντά στο αεροδρόμιο Charles de Gaulle ύστερα από πυρκαγιά που εκδηλώθηκε στον κινητήρα, είχε σαν συνέπεια να χάσουν την ζωή τις 110 επιβαίνοντες αλλά και να διακοπεί, υπό το βάρος των αντιδράσεων τις κοινής γνώμης, η κυκλοφορία αεροσκαφών τις εν λόγω εταιρίας ανά τον κόσμο (La Porte and Rochlin, 1994, Roberts, 1990, Roberts et al., 1994, Rochlin et al., 1987).

5.6. Μοντέλα Ανθρώπινου Λάθους 1^{ης} & 2^{ης} γενιάς

Οι περισσότεροι ερευνητές αποδίδουν στο ανθρώπινο λάθος δύο (2) διαστάσεις (Lees, 1996):

- i. Λάθος που σχετίζεται με την ανθρώπινη συμπεριφορά.
- ii. Λάθος που σχετίζεται με το πλαίσιο (context) όπου λαμβάνει χώρα το λάθος.

Ανάλογη είναι και η άποψη του Cacciabue (1992), ότι υπάρχουν δύο (2) κατηγορίες λαθών (Cacciabue, 1992):

- i. Τα λάθη που σχετίζονται με τον ανθρώπινο παράγοντα (συμπεριφοριστική προσέγγιση). Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στο μοντέλο τις Συμπεριφοριστικής Ψυχολογίας σύμφωνα με το οποίο το ανθρώπινο μυαλό παρομοιάζεται ως ένα «μαύρο κουτί» όπου εισάγονται ερεθίσματα και εξάγονται αντιδράσεις ανεξαρτήτου πλαισίου, οπότε είναι δυνατόν το λάθος να προβλεφθεί βάσει στατιστικής ανάλυσης αν έχουν προηγηθεί αρκετές μελέτες συμπεριφορών.
- ii. Τα λάθη που σχετίζονται με το σύστημα καθ' αυτό και τις συνθήκες εργασίας.

Με βάση τις δύο (2) προαναφερθείσες προσεγγίσεις του ανθρώπινου λάθους έχουν αναπτυχθεί μοντέλα τα οποία στηρίζονται περισσότερο στην μια ή στην άλλη προσέγγιση έχοντας και στοιχεία τις και από τις δύο (2) προσεγγίσεις. Στα

Διαγράμματα 5.1 και 5.2 που ακολουθούν παρουσιάζονται τα μοντέλα ανθρώπινου λάθους πρώτης (1^{ης}) και δεύτερης (2^{ης}) γενιάς.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.1 Μοντέλα ανθρώπινου λάθους 1^{ης} γενιάς

Συμπεριφοριστικά	Χρονικά	Πλαισιακά - Εργονομικά	Γνωστικά
<ul style="list-style-type: none">• THERP	<ul style="list-style-type: none">• TRC• Μοντέλο Διόρθωσης	<ul style="list-style-type: none">• SLIM• HEART	<ul style="list-style-type: none">• SRK• HCR• HERMES• TALENT• SHARP• Μοντέλο απώλειας Προσοχής• Μοντέλο Άνισης Προσφοράς - Ζήτησης

Πηγή: (Cacciabue, 1992)

Τα συμπεριφοριστικά μοντέλα αντιμετωπίζουν το ανθρώπινο λάθος ως θέμα ανθρώπινης συμπεριφοράς και προσπαθούν να το βελτιώσουν τροποποιώντας την (Cacciabue, 1998, Lees, 1996). Τα λάθη σύμφωνα με αυτά τα μοντέλα κατηγοριοποιούνται σε λάθη παραλείψεων (*error of omission*) που αφορούν τη μη εκτέλεση της ενδεδειγμένης ενέργειας, έμπρακτα λάθη (*error of commission*) που σχετίζονται με λανθασμένες επιλογές – ενέργειες που επιδεινώνουν την κατάσταση και άσχετες ενέργειες (*irrelevant action*) (Apostolakis, 2004, Dougherty, 1993).

Τα χρονικά μοντέλα θεωρούν ότι το ανθρώπινο λάθος είναι μια χρονική μεταβλητή, αποτέλεσμα της φυσικής μεταβλητότητας της ανθρώπινης συμπεριφοράς κι έτσι ακολουθεί κάποια καμπύλη κατανομής σε σχέση με το χρόνο. Είναι ένα αναπόφευκτο φαινόμενο οπότε το βάρος δίδεται στην δυνατότητα επανόρθωσης (παρά στην αποφυγή του), η οποία επίσης εξαρτάται από το διαθέσιμο χρόνο (Swain, 1990).

Τα πλαισιακά μοντέλα της μηχανικής των ανθρώπινων παραγόντων και της εργονομίας (*Human Factors/ Ergonomics – HF/E*) βασίζονται στην αλληλεπίδραση ανθρώπου – μηχανής και θεωρούν ότι το ανθρώπινο λάθος ξεκινά από τις συνθήκες εργασίας, τις οποίες και προσπαθούν να βελτιώσουν. Γενικά τα πλαισιακά μοντέλα εξετάζουν τη σχέση μεταξύ του τύπου λάθους και των χαρακτηριστικών της εργασίας. Το μειονέκτημα αυτών των μοντέλων είναι η αδυναμία εξήγησης πώς ίδιες ή όμοιες καταστάσεις οδηγούν σε διαφορετικές μορφές λάθους (Reason, 1990).

Τα μοντέλα της γνωστικής μηχανικής είναι απλά και παρουσιάζουν ξεκάθαρα το πλαίσιο, λαμβάνοντας υπ' όψιν την κατάσταση στην εργασία αλλά η έμφασή τους

δίδεται σε γνωστικούς παράγοντες (Lees, 1996). Εστιάζουν στην σχέση μεταξύ των ειδών λαθών και των αιτιών τους.

Παράλληλα με τα μοντέλα που προαναφέρθηκαν αναπτύχθηκαν και διάφορες τεχνικές για την ποσοτικοποίηση του ανθρώπινου λάθους οι οποίες μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τρεις (3) κατηγορίες:

- i. *Συνθετικές ή αναλυτικές τεχνικές*: Βασίζονται στην ανάλυση των εργασιών σε στοιχειώδη έργα και στη συλλογή ιστορικών δεδομένων της συχνότητας αστοχίας της ανθρώπινης συμπεριφοράς σε αυτά. Με τον τρόπο αυτό υπολογίζεται η πιθανότητα αστοχίας σε στοιχειώδη έργα. Η πιθανότητα περισσότερο πολύπλοκων εργασιών υπολογίζεται στη συνέχεια με γραμμικό συνδυασμό των στοιχειωδών έργων σε μια αλληλουχία. Η ανάλυση των καθηκόντων σε στοιχεία και η απόδοση πιθανοτήτων λαθών σε κάθε στοιχείο έχει δεχθεί κριτική ότι δεν λαμβάνει υπόψιν κάποιο εσωτερικό νοητικό μοντέλο ή γνωστικές διεργασίες με αποτέλεσμα να μην είναι εύκολο να εξηγηθεί γιατί όμοιες καταστάσεις οδηγούν σε διαφορετικές εκβάσεις (Hollnagel, 1992b). Αυτές οι τεχνικές επίσης δεν λαμβάνουν υπόψιν τους παράγοντες επηρεασμού όπως πχ ο θόρυβος, οι οποίοι άλλοτε προκαλούν αίτια είτε είναι οι ίδιοι αίτια. Ένα απλό μεμονωμένο λάθος από μόνο του δύσκολα οδηγεί σε ατύχημα λόγω της ύπαρξης στοιχείων ασφαλείας (Hollnagel, 1998). Τα ανθρώπινα λάθη δεν είναι ανεξάρτητα μεμονωμένα γεγονότα αλλά είναι αλληλένδετα με συνθήκες που προκαλούν και άλλα γεγονότα στο σύστημα (Bersini et al., 1988). Το λάθος δηλαδή είναι μια συγκυρία πολλών γεγονότων.
- ii. *Κλασσικές Τεχνικές Αξιοπιστίας*: Το λάθος σε αυτή την κατηγορία τεχνικών εκλαμβάνεται ως φαινόμενο που εξαρτάται κυρίως από το χρόνο ή το πλήθος των επαναλήψεων μιας διαδικασίας. Όμως σε αντίθεση με τις αστοχίες των μηχανημάτων ο άνθρωπος μπορεί να επανορθώσει λάθη και αυτή η παράμετρος θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν κατά την εκτίμηση της ανθρώπινης αξιοπιστίας (Hollnagel, 1998).
- iii. *Υποκειμενικές Κρίσεις Ειδικών*: Οι κρίσεις αυτές προέρχονται από ειδικούς που γίνονται απευθείας για όλη τη διαδικασία και ακολουθεί κατάλληλη στατιστική επεξεργασία. Η πιθανότητα εκτιμάται άμεσα από τους ειδικούς και εξάγονται απευθείας συμπεράσματα (Hollnagel, 1998).

Οι τεχνικές αυτές έχουν δεχτεί έντονη κριτική όμως αξίζει να σημειωθεί ότι όποια και αν είναι η τεχνική μέθοδος που θα χρησιμοποιηθεί όλες εμπεριέχουν το υποκειμενικό στοιχείο του αναλυτή.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2 Μοντέλα ανθρώπινου λάθους 2^{ης} γενιάς



Πηγή: (Cacciabue, 1992)

5.6.1 Μοντέλα ανθρώπινου λάθους 1^{ης} γενιάς

5.6.1.1 Συμπεριφοριστικά Μοντέλα

Το χαρακτηριστικό των μοντέλων αυτών είναι η ανάλυση σε στοιχειώδη ζεύγη ερεθίσματος – αντίδρασης και στη συνέχεια ο αλγεβρικός τους συνδυασμός για την αναγωγή σε ολοκληρωμένες ενέργειες ή έργα. Έτσι, συστηματικές παρατηρήσεις χειριστών οδήγησαν στα παρακάτω συμπεράσματα (Tanaka et al., 1989):

- Τα άτομα τείνουν να μεταπηδούν στο τελικό στάδιο της εργασίας παραβλέποντας ενδιάμεσα στάδια που παρουσιάζουν λιγότερο ενδιαφέρον σε σχέση με το αποτέλεσμα.
- Τα άτομα τείνουν ν' αναβάλλουν ενέργειες που κρίνουν τα ίδια ότι δεν είναι πολύ σημαντικές.
- Όσο πιο σημαντική θεωρούν την ενέργεια τα άτομα τόσο λιγότερες παρεκκλίσεις παρατηρούνται στην καθημερινή διαδικασία.

5.6.1.1.1 THERP (Technique for Human Error Rate Prediction)

Το μοντέλο αυτό αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ τις δεκαετίες του 1970 και 1980, χρησιμοποιώντας ψηφιακή λογική, είναι αναλυτικό – συνθετικό μοντέλο. Ξεκινάει από μια ανάλυση δραστηριοτήτων, αποσυνθέτοντάς τις σε στοιχειώδεις ενέργειες και στη συνέχεια περιγράφοντάς τις μέσω δέντρων - γεγονότων. Οι πιθανότητες λάθους ανά δραστηριότητα στη συνέχεια συντίθενται ως υπό συνθήκη πιθανότητες αλγεβρικά από τις επιμέρους πιθανότητες των στοιχειωδών ενεργειών (Lees, 1996).

5.6.1.2 Χρονικά Μοντέλα

Στα χρονικά μοντέλα το λάθος είναι απόρροια της μεταβλητότητας της απόδοσης, η οποία βγαίνει μερικές φορές εκτός ορίων και είναι επαρκής για να οδηγήσει

ολόκληρο το σύστημα σε αποτυχία (Hudoklin and Rozman, 1992, Swain, 1990). Οι μικρές παρεκκλίσεις εκτός ορίων εκτός από αναπόφευκτες είναι και επιθυμητές καθώς μικρές παρεκκλίσεις εκτός ορίων είναι απαραίτητες για την διεύρυνση των ορίων. Εάν λοιπόν αυτή η μεταβλητότητα οδηγεί σε θετικές εκβάσεις τότε χαρακτηρίζεται ως δημιουργικότητα και μάθηση ενώ αν οι εκβάσεις είναι αρνητικές χαρακτηρίζεται ως ανθρώπινο λάθος (Hollnagel, 2002). Η προσέγγιση μιας δύσκολης κατάστασης γίνεται αρχικά με τον εντοπισμό του λάθους, στην συνέχεια με την διάγνωση του λάθους και έπειτα με την διόρθωση αυτού.

5.6.1.2.1 TRC (Time – Reliability Correlation)

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό παρόλο που υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν την απόδοση, ο χρόνος είναι ο σημαντικότερος. Εκφράζει την πιθανότητα αστοχίας σαν συνάρτηση του χρόνου. Η βασική υπόθεση της συσχέτισης χρόνου – αξιοπιστίας ήταν ότι όσο μεγαλύτερος ο διαθέσιμος χρόνος διάγνωσης τόσο μεγαλύτερη η αξιοπιστία (Fujita, 1992). Το μοντέλο αυτό με τη χρήση εξομοιωτών αξιοποιεί συμπεράσματα από την εκπαίδευση για να δημιουργήσει μια ομάδα από καμπύλες συσχέτισης αξιοπιστίας – χρόνου. Οι καμπύλες αυτές στην συνέχεια προσαρμόζονται χρησιμοποιώντας το δείκτη επιτυχίας ενδεχόμενου (Scalable Link Interface, SLI) και άλλες προσεγγίσεις κρίσεων ειδικών για συγκεκριμένες συνθήκες (Fragola and Dougherty, 1988).

Το βασικό μειονέκτημα του μοντέλου αυτού είναι η αδυναμία εξήγησης γιατί προέκυψε η συγκεκριμένη συμπεριφορά και τι ήταν αυτό που την προκάλεσε.

5.6.1.2.2 Μοντέλο Διόρθωσης

Το μοντέλο αυτό επικεντρώνεται στην διόρθωση του λάθους όπου αυτή είναι εφικτή. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό το λάθος δεν είναι επικίνδυνο αν το σύστημα δίνει την δυνατότητα στο άτομο να επανορθώσει έγκαιρα (Moray and Dougherty, 1990). Οι μηχανισμοί διόρθωσης περιλαμβάνουν:

- Ανθρώπινες ενέργειες αν η εργασία ελέγχεται από άλλο άτομο.
- Καταστάσεις του συστήματος (ενδείξεις).
- Καταστάσεις εξοπλισμού (ενεργητικές – στοχευμένες και παθητικές – γενικές επιθεωρήσεις)

Είναι σκόπιμο οικονομικά να υιοθετηθούν στρατηγικές επανόρθωσης του λάθους παρά ακριβά προληπτικά μέτρα.

5.6.1.3 Πλαισιακά - Εργονομικά Μοντέλα

Το χαρακτηριστικό των μοντέλων αυτών είναι ότι το ανθρώπινο λάθος δεν μπορεί να προβλεφθεί και είναι το αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης του ανθρώπου με το άμεσο περιβάλλον του. Το ενδεχόμενο λάθους σύμφωνα με αυτό το μοντέλο συμβαίνει μόνο αν η ικανότητα του χειριστή υποβαθμιστεί είτε λόγω κάποιου νοητικού παράγοντα είτε λόγω κάποιας ανεπιθύμητης εξωτερικής κατάστασης (Cacciabue, 1992). Όπως

στα συμπεριφοριστικά μοντέλα έτσι και στα εργονομικά, εφαρμόζεται η αναλυτική ιδιότητα, δηλαδή η δυνατότητα ανάλυσης του συστήματος σε επιμέρους μοναδικά στοιχεία των οποίων οι πιθανότητες λάθους αν αθροιστούν ισοδυναμούν με τη συνολική πιθανότητα λάθους του συστήματος.

5.6.1.3.1 SLIM (Success Likelihood Index Method)

Η μέθοδος αυτή εξετάζει όχι μόνο την ποιότητα των παραμέτρων επηρεασμού απόδοσης αλλά και την βαρύτητα της επιρροής τους (Lees, 1996). Η βασική αρχή της μεθόδου αυτής είναι ότι το ενδεχόμενο λάθος σε μια συγκεκριμένη κατάσταση εξαρτάται από την συνδυασμένη επίδραση σχετικά λίγων παραμέτρων επηρεασμού απόδοσης είτε ανθρώπινων είτε σχετιζόμενων με τις συνθήκες εργασίας.

5.6.1.3.2 HEART (Human Error Assessment and Reduction Technique)

Η πιθανότητα λάθους σε αυτή την τεχνική αντιμετωπίζεται σαν συνάρτηση του είδους της δραστηριότητας και των σχετικών παραγόντων επηρεασμού. Η ανθρώπινη αξιοπιστία θεωρείται κι εδώ άμεσα εξαρτώμενη από τους παράγοντες επηρεασμού απόδοσης (Jo and Park, 2003).

5.6.1.4 Γνωστικά Μοντέλα

Σύμφωνα με αυτά τα μοντέλα, η δυσκολία στην πρόβλεψη του ανθρώπινου λάθους οφείλεται στην έλλειψη γνώσης και όχι στην ύπαρξη τυχαιότητας. Οι αιτίες λαθών σύμφωνα με τους υποστηρικτές των γνωστικών προσεγγίσεων είναι (Bersini et al., 1988, Hollnagel, 1992b):

- i. Στην ασυμβατότητα γνώσεων του χειριστή και των απαιτούμενων γνώσεων (ικανοτήτων). Τα διαφορετικά επίπεδα ειδικότητας μεταξύ διαφορετικών ατόμων οδηγούν σε επίσης διαφορετικές προσεγγίσεις στην επίλυση προβλημάτων (Bersini et al., 1988). Μια δεδομένη εργασία μπορεί για ένα άτομο να είναι απλή αλλά για ένα λιγότερο ικανό άτομο να είναι πολύπλοκη. Ο ορισμός της απλής ή της πολύπλοκης εργασίας εξαρτάται από το άτομο και την κατάσταση (Hollnagel, 1992b).
- ii. Στην ανακριβή εκτέλεση των σχεδίων η οποία μπορεί να οφείλεται είτε στην διαφορά μεταξύ των πραγματικών συνθηκών και του μοντέλου αναπαράστασης που έχει γι' αυτές το άτομο (συστημικά λάθη), είτε σε τυχαίες διακυμάνσεις που οφείλονται στον τρόπο λειτουργίας του εγκεφάλου, μικρές επιρροές από το περιβάλλον, απώλεια μνήμης ή προσοχής κλπ. που παραπέμπουν σε λάθη παράλειψης και έμπρακτα λάθη.

5.6.1.4.1 SRK (Skill – Rule – Knowledge)

Το μοντέλο εμπειρίας – κανόνων – γνώσης του Rasmussen (1983), είναι το πλέον συζητημένο μοντέλο στην βιβλιογραφία για τη προσέγγιση του ανθρώπινου λάθους. Σύμφωνα με το Rasmussen (1983), υπάρχουν τρία (3) είδη ανθρώπινης συμπεριφοράς (Rasmussen, 1983):

- i. Η συμπεριφορά «βάσει – εμπειρίας» (skill - based) που προκύπτει χωρίς συνειδητή προσοχή και βασίζεται σε δεδομένα (Hale, 1990b).
- ii. Η συμπεριφορά «βάσει – κανόνων» (rule - based) που ελέγχεται συνειδητά και είναι προσανατολισμένη σε συγκεκριμένους στόχους (Hale, 1990b).
- iii. Η συμπεριφορά «βάσει – γνώσης» (knowledge - based) που ελέγχεται και αυτή συνειδητά αλλά επιπλέον περιλαμβάνει και αιτιολόγηση (Hale, 1990b).

Πέρα από την συμπεριφορά σε αυτό το μοντέλο, αξία έχει και η πληροφορία και έτσι διακρίνονται τα ακόλουθα είδη πληροφορίας (Hale, 1990b):

- i. Το σήμα εκλαμβάνεται απλά ως μια συνεχής ποσοτική ένδειξη της κατάστασης του συστήματος.
- ii. Το σημείο εκλαμβάνεται σαν ένδειξη μιας διακεκριμένης κατάστασης και συχνά ως ανάγκη για ανάληψη δράσης.
- iii. Το σύμβολο σχετίζεται με κάποια λειτουργική ιδιότητα του συστήματος.

Ενδεχόμενα λάθη στα διάφορα επίπεδα συμπεριφοράς σύμφωνα με τον Rasmussen παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.1 που ακολουθεί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1 Ενδεχόμενα λάθη στα διάφορα επίπεδα συμπεριφοράς κατά τον Rasmussen

Επίπεδο Συμπεριφοράς	Τι αφορά το λάθος	Πιθανά Λάθη
Συμπεριφορά «βάσει εμπειρίας»	Μεταβλητότητα στη συσχέτιση δύναμης, χώρου ή χρόνου	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Όταν δύο εργασίες έχουν πανομοιότυπα βήματα για κάποιο μέρος της αλληλουχίας τους είναι πιθανόν να μεταφερθεί κανείς από τη μια στην άλλη χωρίς να το αντιληφθεί. ✓ Εάν κάποιος διακόπτεται κατά την εκτέλεση μιας εργασίας είναι πιθανό να επανέλθει σε λάθος βήμα και να χάσει ένα βήμα ή να το εκτελέσει δύο φορές. ✓ Μια εργασία μπορεί να διαταραχθεί κατά τον έλεγχο της καθώς ο συνειδητός έλεγχος έχει πιο αργή δυναμική από την ελεγχόμενη εργασία. ✓ Εάν κάποια βήματα δείχνουν περιττά μπορεί σταδιακά να παραλειφθούν.
Συμπεριφορά «βάσει κανόνων»	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ανεπιτυχής εφαρμογή και επιλογή της κατάλληλης διαδικασίας. ✓ Θέματα μνήμης 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Λαθεμένη αναγνώριση ή ταξινόμηση καταστάσεων. ✓ Αστοχίες της μνήμης στην ανάκληση διαδικασιών. ✓ Σύγχυση εναλλακτικών (συν, πλην, δεξιά, αριστερά).

Επίπεδο Συμπεριφοράς	Τι αφορά το λάθος	Πιθανά Λάθη
Συμπεριφορά «βάσει γνώσης»	Επιλογή ενός ακατάλληλου στόχου ή επιλογή κατάλληλου στόχου με λαθεμένη εφαρμογή.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ανεπαρκής κατανόηση των αρχών. ✓ Περιορισμένος χρόνος για την κατάλληλη διερεύνηση των προβλημάτων. ✓ Η τάση για επαναφορά σε επίπεδο «συμπεριφοράς βάσει κανόνων».

Πηγή: (Rasmussen, 1983)

Η κυριότερη αιτία λαθών είναι η αλλαγή στο περιβάλλον που απαιτεί και αλλαγή στην συμπεριφορά των εργαζομένων. Κάθε αλλαγή στο σύστημα όπως πχ η εισαγωγή νέας τεχνολογίας, αλλάζει αναπόφευκτα τις συνθήκες εργασίας για τους ανθρώπους στο σύστημα άρα και τις νοητικές τους εργασίες. Ο κρίσιμος παράγοντας για την εξάλειψη του λάθους είναι η εξασφάλιση του κατάλληλου επιπέδου λειτουργίας την κατάλληλη στιγμή (Hale, 1990b).

5.6.1.4.2 HCR (Human Cognitive Reliability)

Το μοντέλο αυτό αποτελεί έναν συνδυασμό του SRK με τη δυνατότητα ποσοτικοποίησης της TRC. Ο στόχος του μοντέλου αυτού είναι να πολιτικοποιήσει της πιθανότητες ανθρώπινου λάθους ανεξαρτήτως χρόνου. Δέχτηκε έντονη κριτική κυρίως ως προς δύο (2) σημεία (Fujita, 1992):

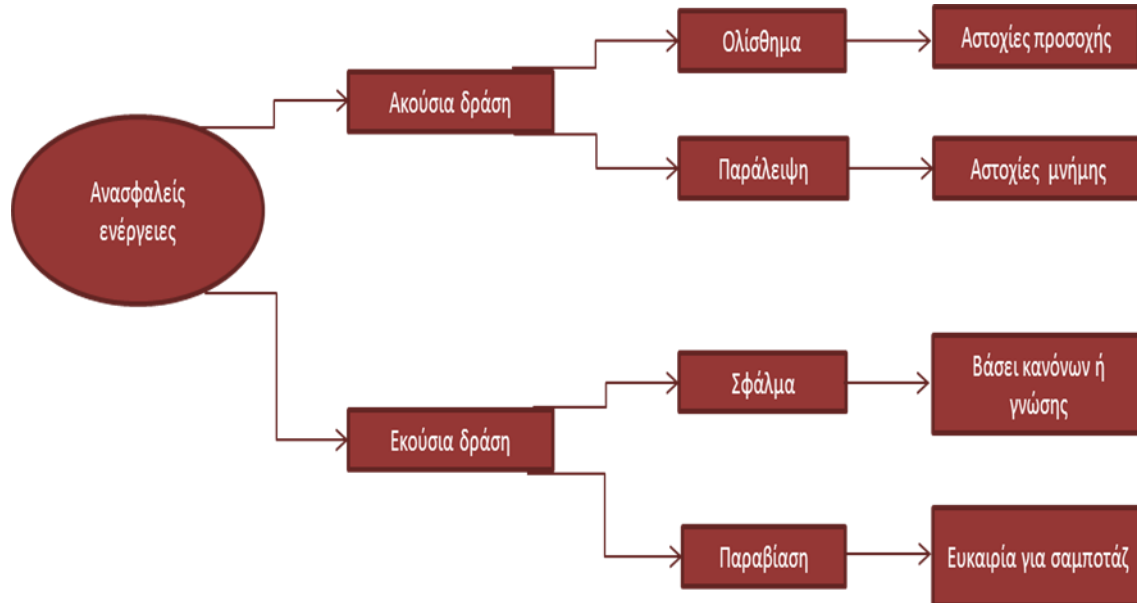
- ➔ Δεν έχει σταθερή ψυχολογική βάση, οπότε είναι αδύνατη η διαφοροποίηση στις ξεχωριστές γνωστικές διαδικασίες που έχουν σαν αποτέλεσμα τον ίδιο χρόνο απόκρισης και δεν μπορεί να αντιμετωπίσει απότομες αλλαγές στο επίπεδο συμπεριφοράς βάσει εμπειρίας, κανόνων και γνώσης.
- ➔ Δεν μπορούν να εξεταστούν έμπρακτα λάθη που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της διάγνωσης και φαινόμενα όπου η πιθανότητα λάθους αυξάνεται με το χρόνο για ολοκλήρωση. Τα έμπρακτα λάθη μπορούν ως ένα βαθμό να προβλεφθούν όχι όμως και οι παραλείψεις καθώς η έλλειψη προσοχής μπορεί να συμβεί οποιαδήποτε στιγμή.

5.6.1.4.3 Μοντέλο Απώλειας Προσοχής

Το μοντέλο απώλειας προσοχής (absentmindedness) του Reason (1990), είναι από τα πλέον διαδεδομένα μοντέλα μαζί με το μοντέλο του SRK του Rasmussen (Rasmussen, 1982). Ο Reason (1990), σε αυτό το μοντέλο κάνει διάκριση των λαθών σε παραδρομές (*slips*), παραλήψεις (*lapses*) και σφάλματα (*mistake*). Με τον όρο παραδρομή (*slip*), αναφέρεται σε ένα λάθος κατά την εκτέλεση ενός σωστού σχεδίου, είτε σε μια ακούσια ενέργεια. Ο όρος παράλειψη (*lapse*,) αναφέρεται σε λάθος όπου η ηθελημένη ενέργεια δεν εκτελέστηκε εξαιτίας αστοχίας της μνήμης και τέλος ο όρος σφάλμα (*mistake*) αναφέρεται σε ένα λάθος στον καθορισμό του πλάνου δράσης πχ στην διάγνωση, στον σχεδιασμό κλπ. Ο Reason (1990), αναφέρεται και στην έννοια της παραβίασης όπου πρόκειται για σκόπιμη ενέργεια που επιδιώκει τους

κατάλληλους στόχους αλλά αφηγά κάποιο πρότυπο, διαδικασία ή πρακτική. Οι παραβιάσεις δεν εξετάζονται από την βιβλιογραφία λόγω των ιδιαιτεροτήτων που παρουσιάζουν (Διάγραμμα 5.3) (Reason, 1990).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.3 Ταξινόμηση των λαθών κατά τον Reason



Πηγή: (Reason, 1990, ίδια διαμόρφωση)

Αντίστοιχα με τις κατηγορίες λαθών το μοντέλο καθορίζει και τις κύριες κατηγορίες «εσωτερικών προτύπων λαθών» κατά τον σχεδιασμό, την αποθήκευση και την εκτέλεση οι οποίες συσχετίζονται αντίστοιχα με τα σφάλματα, τις παραλείψεις, και τις παραδρομές. Οι παραδρομές και οι παραλήψεις μπορούν να διορθωθούν σχετικά ευκολότερα από τα σφάλματα καθώς εντοπίζονται στα στάδια της εκτέλεσης και της έκβασης ενώ τα σφάλματα εντοπίζονται στο στάδιο της έκβασης όταν παρατηρείται ένα ανεπιθύμητο αποτέλεσμα.

Ο Reason (1990), βασιζόμενος στο μοντέλο του Rasmussen (1982), προσπάθησε να συνδέσει τις παραλήψεις, τις παραδρομές και τα σφάλματα και τα επίπεδα συμπεριφοράς που αναφέρει ο Rasmussen στο μοντέλο του. Στον Πίνακα 5.2 που ακολουθεί παρουσιάζεται η προσπάθεια αυτή του Reason (Reason, 1990).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.2 Ενδεχόμενα λάθη στα διάφορα επίπεδα συμπεριφοράς κατά τον Reason

Είδος λάθους	Περιγραφή λάθους	Συνθήκες πρόκλησης
Επίπεδο «βάσει εμπειρίας»		
Απροσεξία (παράλειψη ελέγχων)		
Λάθη διπλής σύλληψης	Σε δύο παρόμοιες εργασίες με κοινές ενέργειες ο εργαζόμενος μεταπηδά στην συνηθέστερη εργασία	α) Μεγάλη εμπειρία στην εκτέλεση της συγκεκριμένης εργασίας και οικείο περιβάλλον. β) Πρόθεση να ξεφύγει από τα συνηθισμένα. γ) Ύπαρξη σημείου πέρα από το οποίο φαίνεται να αλλάζει σημαντικά η κατάσταση.
Παραλείψεις μετά από διακοπή	Παράλειψη ενός ή δύο σταδίων μιας εργασίας μετά από διακοπή.	α) Εξωτερικό γεγονός (διακοπή).
Μειωμένη σκοπιμότητα	Η εκτέλεση μιας εργασίας υποσκελίζεται από άλλες απαιτήσεις (πχ κάτι έπρεπε να κάνω αλλά τι).	Καθυστέρηση μεταξύ απόφασης και εκτέλεσης.
Σύγχυση αντίληψης	Αποδοχή πραγμάτων που μοιάζουν ίδια ή λάθος πραγμάτων που βρίσκονται στη σωστή θέση.	α) Συχνά επαναλαμβανόμενες ενέργειες ρουτίνας. β) Ασυνήθιστα ή απρόσμενα ερεθίσματα.
Λάθη από παρεμβολή	Μπέρδεμα ή λάθος σειρά στο λόγο ή στις πράξεις.	Δύο πλάνα που είναι ταυτόχρονα ενεργά ή δυο παράλληλες ενέργειες που διεκδικούν την προσοχή του εργαζομένου.
Υπερβολική προσοχή (ετεροχρονισμένοι έλεγχοι)		
Παραλήψεις	Επιβολή ενός μη προγραμματισμένου ελέγχου που οδηγεί στην εντύπωση ότι βρισκόμαστε σε επόμενο στάδιο, παραλείποντας έτσι στάδια.	
Επαναλήψεις	Επιβολή ενός μη προγραμματισμένου ελέγχου που οδηγεί στην εντύπωση ότι βρισκόμαστε σε προηγούμενο στάδιο, παραλείποντας έτσι στάδια.	
Παλινδρομήσεις	Επιβολή ενός μη προγραμματισμένου ελέγχου που οδηγεί σε αμφίδρομες συνέπειες (παραλείψεις και επανάληψη).	Απουσία του εργαζομένου από την εκτέλεση της ενέργειας ή διακοπή που οδηγεί σε μη προγραμματισμένο έλεγχο της προόδου.

Είδος λάθους	Περιγραφή λάθους	Συνθήκες πρόκλησης
Επίπεδο «βάσει κανόνων»		
Λανθασμένη εφαρμογή σωστών κανόνων		
Πρώτες εξαιρέσεις	Ένας παραπλανητικός πρακτικός κανόνας που συνήθως ισχύει αλλά όχι τώρα, οδηγεί σε λάθος εκτίμηση.	α) Ένας γενικός πρακτικός κανόνας που αποδείχθηκε ανεξαιρέτως ισχυρός στο παρελθόν. β) Μια μη προφανής πρώτη εξαίρεση στον κανόνα.
Σήματα, αντισήματα και μη σήματα	Αποτυχία διαπίστωσης ότι ένας γενικός κανόνας δεν ισχύει στη συγκεκριμένη περίπτωση – παραβλέπονται έτσι ενδείξεις για το αντίθετο.	α) Σήματα (δεδομένα που ικανοποιούν τον κανόνα), αντισήματα (δεδομένα που διαφωνούν με τον κανόνα), και μη σήματα (θόρυβος). β) Σύνθετη, δυναμική εργασία επίλυσης προβλήματος.
Υπερφόρτωση πληροφορίας	Δεν εξετάζονται όλες οι πληροφορίες αλλά μόνο οι απαραίτητες.	Τοπικές ενδείξεις κατάστασης που ξεπερνούν τα νοητικά όρια του ατόμου.
Ισχύς κανόνα	Επιλογή ενός κανόνα που συνήθως ισχύει χωρίς να γίνεται καθόλου έλεγχος αν ταιριάζει στην κατάσταση.	Ένας ισχυρός κανόνας που μερικώς ταιριάζει στην κατάσταση.
Γενικοί κανόνες	Προτίμηση σε κανόνες υψηλότερου επιπέδου λήψης αποφάσεων	Ένας κανόνας υψηλότερου επιπέδου που μερικώς ταιριάζει στην κατάσταση.
Πλεονασμός	Προσοχή μόνο σε μερικά στοιχεία ή χαρακτηριστικά	α) Προηγούμενη μεγάλη εμπειρία του εργαζομένου. β) Πολλά στοιχεία και χαρακτηριστικά που ταιριάζουν.
Ακαμψία	«Σε κάποιον που έχει σφυρί όλα του φαίνονται καρφιά»	Κανόνας που εφαρμόστηκε με επιτυχία στο παρελθόν.
Εφαρμογή λανθασμένων κανόνων		
Ανεπάρκειες κωδικοποίησης		
Μη κωδικοποιημένες ιδιότητες	Δεν λαμβάνεται καθόλου υπόψη μια παράμετρος	α) Πολλές παράμετροι β) Περιορισμένη εμπειρία
Ατελώς κωδικοποιημένες ιδιότητες.	Ανεπαρκής αντίληψη παραμέτρων (υποκειμενική αντίληψη φυσικών κανόνων).	Ύπαρξη φυσικών νόμων που γίνονται ανεπαρκώς αντιληπτοί από ανθρώπινο μυαλό.
Κυρίαρχες εξαιρέσεις	Η εξαίρεση εκλαμβάνεται ως	Συχνή επανάληψη κάποιων

	κανόνας.	εξαιρέσεων
Ανεπάρκειες εκτέλεσης		
Λάθος κανόνες	Υιοθέτηση ενός λάθος κανόνα και αυστηρή προσήλωση σε αυτόν	Ένας λάθος κανόνας του οποίου οι περισσότερες πλευρές συμπτωματικά ταιριάζουν.
Ανελαστικοί κανόνες	Υιοθέτηση ενός μη βέλτιστου κανόνα.	α) Πολλές εναλλακτικές λύσεις. β) Περιβάλλον που συγχωρεί τα λάθη. γ) Απουσία καθοδήγησης από ειδικούς.
Κανόνες μη συνετοί	Ακολουθούνται επικίνδυνοι κανόνες που είναι κάποια στιγμή αποτελεσματικοί αλλά δεν ενδείκνυται μακροπρόθεσμα.	α) Ύπαρξη κανόνων με μικρή πιθανότητα αστοχίας αλλά υψηλότερη αποτελεσματικότητα. β) Μεγάλη εμπειρία.

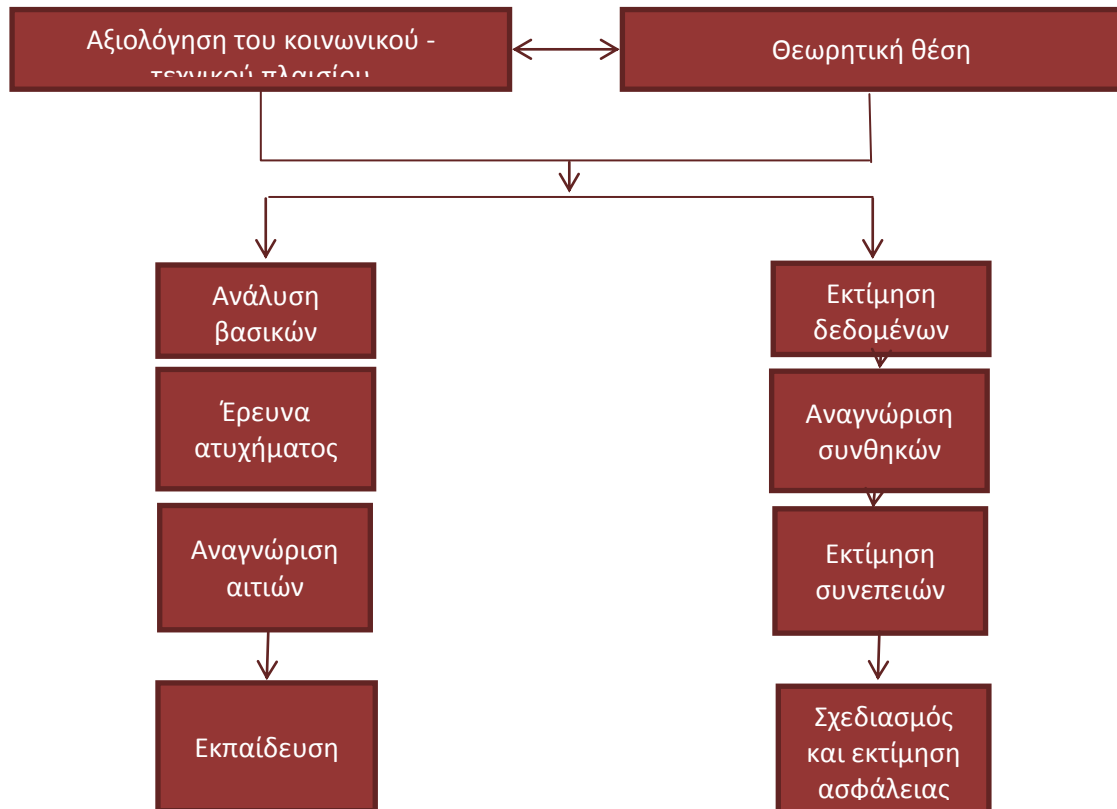
Είδος λάθους	Περιγραφή λάθους	Συνθήκες πρόκλησης
Επίπεδο «βάσει γνώσης»		
Επιλεκτικότητα	Επιλεκτική επεξεργασία πληροφοριών για την ενέργεια	
Περιορισμοί χώρου εργασίας	Επεξεργασία πληροφοριών με προτεραιότητα στις πρόσφατες πληροφορίες.	Νοητική υπερκόπωση.
Εκτός όψης – εκτός μνήμης	Παράλειψη πληροφοριών που δεν είναι σε πρώτο πλάνο	Πλήθος πληροφοριών
Προκατάληψης επιβεβαίωσης	Επιμονή σε μια λάθος υπόθεση λόγω υπερβολικής βάσης σε προηγούμενα δεδομένα.	Συνήθης κατάσταση με συνηθισμένα δεδομένα.
Υπερβολική εμπιστοσύνη	Επιμονή σε μια λάθος υπόθεση λόγω υπερβολικής αυτοπεποίθησης	α) πολύ λεπτομερές πλάνο. β) το πλάνο είναι αποτέλεσμα μεγάλης προσπάθειας οπότε όταν ολοκληρώθηκε μείωσε την ανησυχία. γ) το πλάνο είναι ένα ομαδικό προϊόν. δ) το πλάνο έχει κρυφούς παράλληλους στόχους.
Προκατειλημμένη αναθεώρηση	Δεν λαμβάνονται υπ' όψιν όλοι οι παράγοντες μαζί και συνεχώς.	Πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση.
Ψευδαίσθηση συσχέτισης	Με αντίληψη ή λάθος αντίληψη της συσχέτισης δύο παραγόντων.	α) Ύπαρξη παραγόντων που πιθανώς συσχετίζονται. β) Ύπαρξη απόψεων υπέρ ή κατά της πιθανής συσχέτισης.
Φαινόμενο Halo	Συγχώνευση αλληλουχιών λόγω προκατειλημμένης προτίμησης σε απλές αλληλουχίες.	Ύπαρξη ταυτόχρονων διαφορετικών αλληλουχιών.
Προβλήματα αιτιότητας	Μείωση εναλλακτικών λόγω υπεραπλούστευσης της αιτιότητας.	α) Απλουστευτικός κανόνας αντιπροσωπευτικότητας. β) Απλουστευτικός κανόνας διαθεσιμότητας (παράγοντες που

		<p>κάνουν έντονη εντύπωση). γ) Κατοπινή γνώση. δ) Ψευδαίσθηση ελέγχου.</p>
Προβλήματα πολυπλοκότητας		
Προβλήματα καθυστερημένης κυκλικής ενημέρωσης (ανάδρασης)	Μένοντας πίσω από τα γεγονότα με αποτέλεσμα τη συγκέντρωση των εξουσιών και της λήψης αποφάσεων	Καθυστερημένη κυκλική ενημέρωση, στρες.
Ανεπαρκής θεώρηση διεργασιών εγκαίρως	Εστίαση στην τρέχουσα κατάσταση και όχι στις πιθανές επερχόμενες διακυμάνσεις της.	
Δυσκολίες με την εκθετική εξέλιξη	Υποεκτίμηση του ρυθμού αλλαγής ενός μη γραμμικά εξελισσόμενου φαινομένου λόγω ανεπαρκούς αντίληψης.	
Σκέψεις σε αιτιολογικές σειρές και όχι σε αιτιολογικά δίκτυα.	Εστίαση προς τον στόχο μέσα από μια στενή αιτιολογική αλυσίδα παραβλέποντας τα παράπλευρα φαινόμενα.	
Θεματική πλάνη	Μεταπήδηση από ένα θέμα στο άλλο ιδιαίτερα όταν αντιμετωπίζονται δυσκολίες.	<p>α) Μειωμένη απόδοση β) Μειωμένη αυτοεκτίμηση γ) Διάθεση να ξεφύγει</p>
Εγκλωβισμός	Επιμονή σε ασήμαντα θέματα παραβλέποντας τα σημαντικότερα.	<p>α) Μειωμένη απόδοση β) Μειωμένη αυτοεκτίμηση γ) Διάθεση να ξεφύγει</p>

5.6.1.4.4 HERMES (Human Error Risk Management for Engineering Systems)

Το μοντέλο αυτό επιχειρεί να λάβει υπ' όψιν όλες τις οπτικές γωνίες και να καθορίσει μια χρονική και λογική σειρά στην εκτίμηση του κινδύνου. Η μέθοδος HERMES στοχεύει στην κατανόηση των μηχανισμών (Cacciabue, 2004). Στο Διάγραμμα 5.4 που ακολουθεί φαίνεται περιγραφικά το μοντέλο HERMES.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.4 Το μοντέλο HERMES



Πηγή: (Cacciabue, 2004)

5.6.1.4.5 TALENT (Task Analysis – Linked Evaluation Techque)

Το μοντέλο αυτό βασίζεται στην παραδοχή ότι τα άτομα σε πολύπλοκα συστήματα και ιδιαίτερα σε περιόδους υψηλού στρες οδηγούνται σε δράση ή απραξία κυρίως από λανθάνοντες και γνωστικούς ή συμπεριφοριστικούς και κοινωνικούς παράγοντες παρά από παράγοντες σχετικούς με τον εξοπλισμό. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό τα άτομα συμπεριφέρονται σαν ανθρώπινα όντα με ελεύθερη βούληση (Ryan, 1988, Ryan, 1990).

5.6.1.4.6 SHARP (Systematic Human Action Reliability Procedure)

Η μέθοδος αυτή υιοθετεί ταυτόχρονα την HCR και την THERP σαν μεθόδους για την εκτίμηση των γνωστικών και διαδικαστικών λαθών αντίστοιχα. Αναγνωρίζει δύο (2) επίπεδα συμπεριφοράς χειριστή (Bersini et al., 1988):

- Το πρώτο υψηλό επίπεδο λήψης αποφάσεων επιτρέπει να γίνει εκμετάλλευση της γνώσης του χειριστή που συνεχώς αναγνωρίζει καταστάσεις και αναπτύσσει ελεγκτικές και εποπτικές στρατηγικές. Είναι καθαρά γνωστική ενέργεια χωρίς άμεση αλληλεπίδραση με το πραγματικό σύστημα ελέγχου. Η διάγνωση και ο σχεδιασμός γίνονται παράλληλα.
- Το δεύτερο χαμηλό επίπεδο λήψης αποφάσεων υποστηρίζεται από τη δυναμική της εργασιακής και συνειδητής μνήμης όταν ο χειριστής εφαρμόζει μια προγραμματισμένη από πριν απόκριση ή μια σχεδιασμένη στρατηγική προκειμένου να ικανοποιήσει τον καθορισμένο σκοπό.

Στο υψηλό επίπεδο λήψης αποφάσεων η διαδικασία σχεδιασμού βασίζεται σε τρεις (3) βάσεις γνώσεων (Bersini et al., 1988):

- i. Στη βάση γνώσης σκοπού (περιλαμβάνει όλους τους στόχους που μπορεί να επιτύχει ο χειριστής).
- ii. Στη βάση γνώσης συστήματος (όπου εμπεριέχεται η δομική αναπαράσταση του συστήματος).
- iii. Στη βάση γνώσης διαδικασιών (όπου εμπεριέχονται τα δεδομένα με τα οποία εξομοιώνεται η αναπαράσταση των φυσικών φαινομένων στο μυαλό του χειριστή).

Το χαμηλό επίπεδο λήψης αποφάσεων ασχολείται με την αλληλεπίδραση του χειριστή με το σύστημα.

5.6.1.4.7 Μοντέλο Ανισότητας Προσφοράς και Ζήτησης

Το μοντέλο ανισότητας προσφοράς και ζήτησης εξετάζει το ανθρώπινο λάθος σαν αποτέλεσμα της ανισότητας μεταξύ των απαιτήσεων του έργου και των ικανοτήτων των εκτελεστών του (Lees, 1996). Κάθε εργασία απαιτεί συγκεκριμένες ικανότητες και δεξιότητες τις οποίες το κάθε άτομο έχει σε διαφορετικό βαθμό. Η διαφορά του απαιτούμενου επιπέδου ικανότητας της εργασίας και του διαθέσιμου επιπέδου του χειριστή καθορίζει την πιθανότητα λάθους. Κατά συνέπεια καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει η πολυπλοκότητα της εργασίας. Τα υποκειμενικά και αντικειμενικά χαρακτηριστικά της πολύπλοκης εργασίας έχουν προκαλέσει έντονο προβληματισμό στην βιβλιογραφία. Σύμφωνα με τον Campbell (1988), τα υποκειμενικά χαρακτηριστικά είναι τα ακόλουθα (Campbell, 1988):

- i. Η ψυχολογική εμπειρία του ατόμου που την εκτελεί.
- ii. Η αλληλεπίδραση της εργασίας και των χαρακτηριστικών του ατόμου που την εκτελεί. Οι εργασίες είναι περισσότερο ή λιγότερο πολύπλοκες ανάλογα με τις ικανότητες των ατόμων που τις εκτελούν.

- iii. Η συνάρτηση των αντικειμενικών χαρακτηριστικών της εργασίας. Πιο αναλυτικά, οι πολύπλοκες εργασίες χαρακτηρίζονται από άγνωστες ή αβέβαιες συνέπειες. Η σχέση μέσου και στόχου είναι άγνωστη στις πολύπλοκες εργασίες. Τέλος οι πολύπλοκες εργασίες μπορούν να αναλυθούν σε επιμέρους ανεξάρτητα τμήματα.

Εκτός από τα υποκειμενικά χαρακτηριστικά της πολύπλοκης εργασίας ο Campbell (1988), αναγνωρίζει και αντικειμενικά χαρακτηριστικά των πολύπλοκων εργασιών όπως (Campbell, 1988):

- i. Πολλαπλοί πιθανοί τρόποι για να φτάσει κανείς στο επιθυμητό αποτέλεσμα άρα και πολλαπλές πληροφορίες.
- ii. Πολλαπλά αποτελέσματα.
- iii. Αντιτιθέμενες αλληλεπιδράσεις μεταξύ των διαδρομών.
- iv. Συσχέτιση πιθανών υφιστάμενων χαρακτηριστικών της εργασίας όπως ανυπαρξία δομής με την αντικειμενική πολυπλοκότητα της εργασίας.

Το μοντέλο αυτό δυσκολεύεται να εξηγήσει γιατί το άτομο κάνει κάποιες φορές λάθος σε μια εργασία και όχι πάντα. Παράλληλα είναι δύσκολο να οριστούν και να μετρηθούν οι ικανότητες ενός ατόμου καθώς αποτελούν ποιοτικά χαρακτηριστικά

5.6.1.5 Προσεγγίσεις επεξεργασίας της πληροφορίας

Σύμφωνα με τα μοντέλα αυτά, το ανθρώπινο λάθος αναφέρεται στον τρόπο λήψης και μετάδοσης της πληροφορίας καθώς και στην επεξεργασία αυτής. Αποτελεί δηλαδή είτε πρόβλημα υπερφόρτωσης του ανθρώπινου εγκεφάλου είτε δυσκολία στην επικοινωνία πομπού – δέκτη. Γενικότερα το είδος του λάθους σύμφωνα με τα μοντέλα διαχείρισης της επικοινωνίας εξαρτάται από την διαχείριση της πληροφορίας. Πιο αναλυτικά (Hollnagel, 1992a):

- Εάν η προτεραιότητα είναι να ολοκληρωθεί μια ενέργεια χωρίς να ενοχληθεί από άλλα συμβάντα, το αποτέλεσμα θα είναι λάθος παράλειψης.
- Εάν η προτεραιότητα είναι να μειωθεί ο χρόνος για την ολοκλήρωση της τρέχουσας εργασίας, το λάθος έχει να κάνει με τη μείωση της ακρίβειας.
- Εάν η προτεραιότητα είναι να μην χαθεί καμία πληροφορία, το λάθος σχετίζεται σε αυτή την περίπτωση με την δημιουργία αναμονής.

Η επικοινωνία πομπού – δέκτη είναι η άλλη κατηγορία λάθους την οποία εξετάζουν τα μοντέλα επεξεργασίας επικοινωνίας. Τα λάθη που σχετίζονται με την επικοινωνία αναφέρονται στον Πίνακα 5.3 που ακολουθεί (Bellamy, 1983):

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.3 Λάθη στην επικοινωνία

Λάθη πομπού
α) Στην κωδικοποίηση της πληροφορίας
Η πληροφορία δεν κωδικοποιήθηκε
Η πληροφορία είναι αμφίβολη
Η πληροφορία είναι ατελής
Η πληροφορία είναι λανθασμένη
β) Στην μεταφορά της πληροφορίας
Η πληροφορία δεν μεταδίδεται
Η πληροφορία δεν μεταδίδεται έγκαιρα
Η πληροφορία μεταδίδεται από λάθος κανάλι
Αναγνωρίσιμη πληροφορία δεν μεταδόθηκε
Λάθη δέκτη
Αποτυχία ανάκτησης μηνύματος
Ατελής αποκωδικοποίηση μηνύματος
Λανθασμένη κωδικοποίηση μηνύματος
Λάθη στην επιπλέον καταγραφή απεσταλμένων ή ληφθέντων μηνυμάτων
Απεσταλμένη πληροφορία που δεν καταγράφηκε
Ληφθείσα πληροφορία που δεν καταγράφηκε
Πληροφορία που καταγράφηκε αλλά κωδικοποιήθηκε ανεπαρκώς

Πηγή: (Bellamy, 1983)

5.6.1.6 Κοινωνικο-τεχνικά συστήματα

Τα μοντέλα αυτών των συστημάτων αναδεικνύουν τον κρίσιμο ρόλο των οργανωσιακών και ευρύτερων κοινωνικο – τεχνικών παραγόντων στο ανθρώπινο λάθος. Στα πολύπλοκα συστήματα κυρίαρχο ρόλο στην ασφάλεια διαδραματίζουν οι ομάδες των ατόμων που τα απαρτίζουν. Η ομαδική συμπεριφορά επηρεάζεται όχι μόνο από τις γνωστικές διαδικασίες κάθε ατόμου αλλά και από την επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ τους (Lees, 1996). Στα μοντέλα αυτής της κατηγορίας δύο (2) σημαντικές έννοιες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Αυτές είναι η έννοια της *ομαδικής σκέψης (team thinking)* και η έννοια της *εξάρτησης (dependence)* (Greenstreet Berman Ltd, 2001).

Ομαδική σκέψη είναι το φαινόμενο κατά το οποίο οι άνθρωποι υιοθετούν την κρίση κάποιου άλλου χωρίς πολλή σκέψη. Παρόμοιο φαινόμενο είναι και όταν ένα άτομο που έχει κάνει λάθος το επαναλαμβάνει γιατί έχει πειστεί ότι πρέπει να είναι το σωστό «mind set». Το λάθος σε αυτές τις περιπτώσεις δεν θα διορθωθεί γιατί υιοθετείται από όλους χωρίς σκέψη.

Η εξάρτηση του ανθρώπινου λάθους έχει να κάνει με την κατάσταση όπου κάποια μορφή προσωπικού ή εξωτερικού παράγοντα δημιουργεί μια σχέση μεταξύ δύο (2) ανεξάρτητων δράσεων. Υπάρχουν δύο (2) είδη εξάρτησης (Greenstreet Berman Ltd, 2001):

- Λάθη κοινής αιτίας, όπου οι εργαζόμενοι διαπράττουν το ίδιο λάθος ή διαφορετικά λάθη λόγω πχ κακής εκπαίδευσης ή κακοσχεδιασμένων συστημάτων.
- Ανθρώπινα προκαλούμενη εξάρτηση όπου η ανθρώπινη δράση δημιουργεί μια εξάρτηση μεταξύ δύο (2) ή περισσότερων ανεξάρτητων συστημάτων όπως

ένας τεχνικός που δεν είναι καλά εκπαιδευμένος κάνει το ίδιο λάθος σε όλα τα παράλληλα συστήματα.

5.6.2 Μοντέλα Ανθρώπινου Λάθους 2^{ης} γενιάς

5.6.2.1 IDAC (Information – Decision – Action – Crew)

Πρόκειται για ένα αιτιολογικό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο το λάθος έχει νόημα μόνο εντός του πλαισίου στο οποίο συμβαίνει. Το μοντέλο IDAC αποτελείται από επί μέρους μοντέλα επεξεργασίας πληροφοριών (**I**nformation), επίλυσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων (**D**ecision) και δράσης (**A**ction) ενός πληρώματος (**C**rew) στο οποίο οφείλει το όνομά του (Mosleh and Chang, 2004).

Το μοντέλο «I» καλύπτει την αντίληψη, σύγκριση, αφαίρεση και ομαδοποίηση των πληροφοριών και περιλαμβάνει τρία (3) είδη μνήμης:

- Εργασιακή μνήμη
- Ενδιάμεση μνήμη
- Μνήμη «βάσει γνώσης»

Το μοντέλο «D» καλύπτει τόσο τις στρατηγικές λήψης αποφάσεων όσο και τη λήψη αποφάσεων και αντιστοιχεί στην διάγνωση και τον σχεδιασμό δράσης.

Το μοντέλο IDAC λαμβάνει υπ' όψιν τόσο τη νοητική κατάσταση δηλαδή τα συναισθήματα του ατόμου έναντι ενός ερεθίσματος όσο και προσωπικά χαρακτηριστικά και την επίδραση της ομάδας.

5.6.2.2 CREAM (Cognitive Reliability Error – Cooper)

Η μέθοδος αυτή παρουσιάζει ένα σύστημα ταξινόμησης λαθών που συμπεριλαμβάνει ατομικούς, τεχνολογικούς, και οργανωσιακούς παράγοντες. Θεωρεί ότι η ανθρώπινη απόδοση εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την κατάσταση και διακρίνει τέσσερα (4) επίπεδα ελέγχου του ατόμου επί της εργασίας που εκτελεί (Hollnagel, 1992a, Hollnagel, 1998, Konstantinidou et al., 2006):

- i. Στο ακανόνιστο επίπεδο ελέγχου η επιλογή της επόμενης ενέργειας είναι τυχαία. Δεν υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ της κατάστασης και των ενεργειών. Αυτή είναι συνήθως η περίπτωση δράσης ατόμων σε πανικό.
- ii. Στο ευκαιριακό επίπεδο ελέγχου η επόμενη ενέργεια καθορίζεται από τα πλέον εμφανή χαρακτηριστικά. Εφαρμόζεται όταν η γνώση της κατάστασης είναι ανεπαρκής είτε λόγω έλλειψης εμπειρίας και γνώσης είτε λόγω ασυνήθιστων καταστάσεων του περιβάλλοντος. Η επιλογή στην περίπτωση αυτή είναι συχνά αναποτελεσματική (λάθος).
- iii. Στο τακτικό επίπεδο ελέγχου, η απόδοση ακολουθεί λίγο ή πολύ μια γνωστή διαδικασία ή κανόνα.

- iv. Στο στρατηγικό επίπεδο, η απόδοση σχεδιάζεται σε πιο μακροπρόθεσμο ορίζοντα με στρατηγικούς στόχους. Συχνά εμπλέκονται πολλαπλοί και υψηλότερου επιπέδου στόχοι και λειτουργικές αλληλεπιδράσεις.

5.6.2.3 ATHEANA (A Technique for Human Error Analysis)

Η μέθοδος αυτή εξετάζει τόσο τους ανθρωποκεντρικούς παράγοντες όσο και τις συνθήκες του συστήματος που προκαλούν την ανάγκη δράσης και αλληλεπίδρασης. Η μέθοδος ATHEANA βασίζεται σε κρίσεις για την εκτίμηση της πιθανότητας λάθους για συγκεκριμένο πλαίσιο και δραστηριότητα (Konstantinidou et al., 2006).

5.7. Μοντέλα ατυχημάτων

Τα μοντέλα ατυχημάτων αποτελούν εννοιολογικές και υπολογιστικές προσεγγίσεις για την σύλληψη του ατύχηματος. Καταγράφουν τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να συμβεί ένα ατύχημα. Υπάρχουν τρεις (3) κατηγορίες τέτοιων μοντέλων (Hollnagel, 2002):

- Τα μοντέλα διαδοχής, όπου η βασική παράμετρος είναι ο χρόνος.
- Τα επιδημιολογικά μοντέλα, όπου εξετάζουν την αλληλεπίδραση του ξενιστή με το περιβάλλον.
- Τα συστημικά μοντέλα, τα οποία επικεντρώνονται σε στοιχεία και υποσυστήματα και στην αλληλεπίδραση αυτών μέσα σε όλο το σύστημα.

Στις ενότητες που ακολουθούν επιχειρείται σύντομη ανάλυση των μοντέλων των ατυχημάτων.

5.7.1. Μοντέλα διαδοχής

Τα μοντέλα διαδοχής βασίζονται στην απόλυτα λογική και προβλέψιμη ακολουθία γεγονότων που ντετερμινιστικά οδηγεί σε ένα ατύχημα. Αρχή τους είναι η έρευνα για αναγνωρίσιμα, ξεκάθαρα αίτια και αναμφισβήτητες σχέσεις αιτίου – αιτιατού που οδηγούν από τα αίτια αυτά στο τελικό συμβάν, το ατύχημα. Στόχος των αναλύσεων αυτών είναι να εντοπίσουν και να εξαλείψουν τα ντετερμινιστικά αυτά αίτια (Hollnagel, 2002). Η νοητική προσέγγιση των μοντέλων αυτών περιγράφεται στην Εικόνα 5.1 που ακολουθεί:

ΕΙΚΟΝΑ 5.1 Η νοητική προσέγγιση των μοντέλων διαδοχής

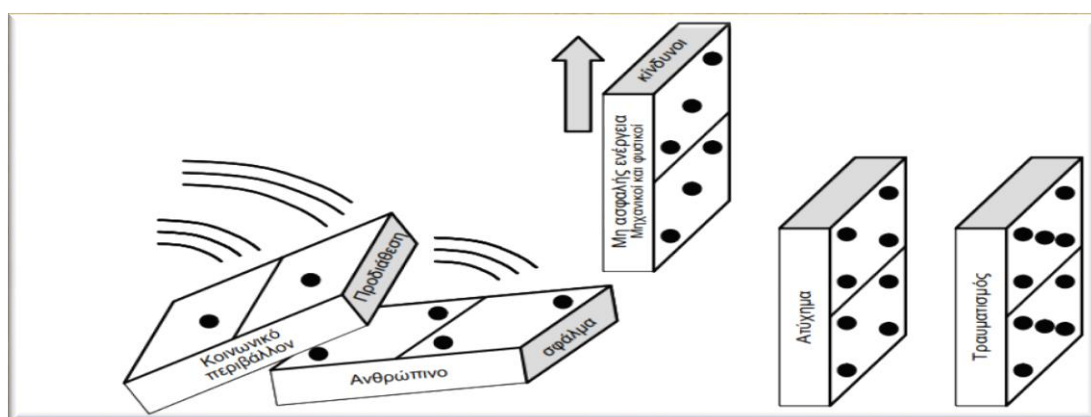


Πηγή: (Hollnagel, 2002)

5.7.1.1 Γραμμική αλυσίδα γεγονότων

Ο Heinrich (1956), μέσα από μια ανάλυση εβδομήντα πέντε χιλιάδων (75.000) ατυχημάτων σε χίλιες πεντακόσιες (1.500) επιχειρήσεις στις ΗΠΑ αναγνώρισε την επίδραση των κοινωνικών παραγόντων στην πρόκληση ατυχήματος και κατέληξε στο «Μοντέλο του Domino» (Εικόνα 5.2) (Heinrich, 1956).

ΕΙΚΟΝΑ 5.2 Το μοντέλο του Domino



Πηγή: (Heinrich, 1956)

Ο Heinrich (1956), κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα ατυχήματα δεν είναι τυχαία γεγονότα, αλλά είναι παράγοντες μιας γραμμικής αλυσίδας γεγονότων. Οι κρίκοι της αλυσίδας είναι με τη σειρά (Heinrich, 1956):

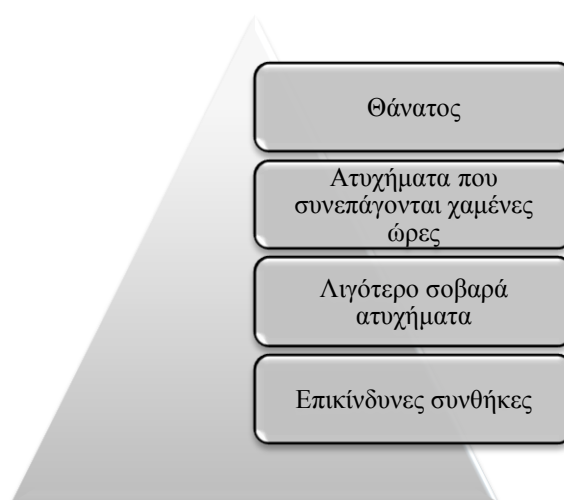
- Το κοινωνικό περιβάλλον και η προδιάθεση.
- Το ανθρώπινο σφάλμα.
- Οι μη ασφαλείς ενέργειες / κίνδυνοι.
- Τα ατύχημα.

➤ Ο τραυματισμός.

Η συνεισφορά του Heinrich (1956), οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι πρώτος συνειδητοποίησε ότι ο τραυματισμός (ή ο θάνατος) μπορούν να αποφευχθούν με την αφαίρεση ενός μόνο παράγοντα από την παραπάνω γραμμική αλυσίδα γεγονότων, ακριβώς όπως η αφαίρεση ενός και μόνο κομματιού από ένα domino οδηγεί στο σταμάτημά του (Heinrich, 1956).

Το αποτέλεσμα της μελέτης του Heinrich (1956) και των ακόλουθων σχετικών μελετών είναι οι πυραμίδες ατυχημάτων. Οι πυραμίδες αυτές, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 5.5 απεικονίζουν γραφικά την αριθμητική σχέση ανάμεσα στα ελαφρά, τα σοβαρά και τα πολύ σοβαρά ατυχήματα (Heinrich, 1956).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.5 Η πυραμίδα του Heinrich



Πηγή: (Heinrich, 1956)

5.7.1.2 Μοντέλα δέντρου

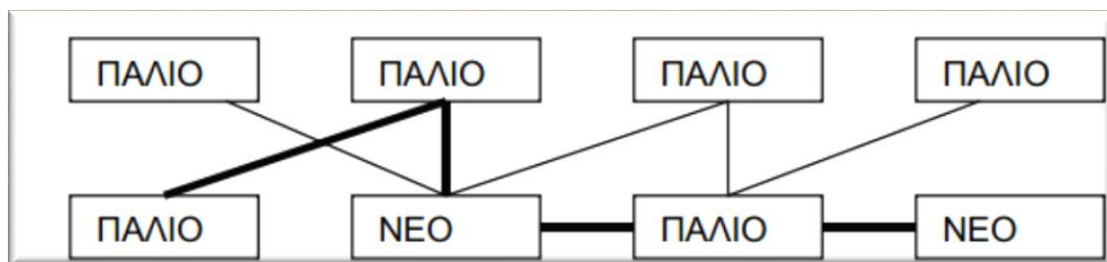
Η συνειδητοποίηση ότι τα ατυχήματα δημιουργούνται λόγω μιας αλυσίδας γεγονότων οδήγησε στη γέννηση και άλλων παρεμφερών μοντέλων ανάλυσης ατυχημάτων. Τα περισσότερα από αυτά χρησιμοποιούν δέντρα γεγονότων (Event Tree Analysis, ETA) ή σφαλμάτων (Fault Tree Analysis, FTA). Τα μοντέλα τα οποία χρησιμοποιούν δέντρα γεγονότων ή σφαλμάτων έχουν αρκετά πλεονεκτήματα, με σημαντικότερο ότι δίνουν αρκετά καλά ποιοτικά αποτελέσματα που μπορούν να εξελιχθούν και σε ποσοτικά με τη βοήθεια της στατιστικής. Παρ' όλα αυτά η κατασκευή τους είναι ιδιαίτερα χρονοβόρα και τα αποτελέσματα έχουν περιορισμένη αξιοπιστία, γιατί εξαρτώνται πάντα από τις γνώσεις και την ικανότητα του μελετητή (Vernez et al., 2003).

5.7.1.3 Μοντέλα δικτύου

Στα μοντέλα αυτά θεωρείται ότι υπάρχουν εναλλακτικές αλληλουχίες γεγονότων που συμβαίνουν παράλληλα. Η πιθανότητα να συμβεί ένα ατύχημα καθορίζεται από την αλληλουχία με τη μέγιστη επιμέρους πιθανότητα (κρίσιμη διαδρομή). Με άλλα

λόγια, κάθε ενέργεια ή αλληλουχία ενεργειών εμπεριέχει κίνδυνο, ο οποίος δεν είναι δυνατόν να εξαλειφθεί. Ο στόχος της ανάλυσης είναι να εντοπίσει και να μειώσει τον κίνδυνο στην εκάστοτε αλληλουχία με τη μέγιστη πιθανότητα ατυχήματος (Hollnagel, 2002, Vernez et al., 2003). Αν πχ σε ένα χώρο εργασίας υπάρχουν παλιά φθαρμένα μηχανήματα μαζί με νέα και οι εργαζόμενοι έχουν να χρησιμοποιήσουν διαδοχικά τα μηχανήματα που συνδέονται είτε με την παχιά (ρουτίνα 1), είτε με τη λεπτή (ρουτίνα 2) γραμμή, τότε ο κίνδυνος ατυχήματος καθορίζεται από τη ρουτίνα 2 (κρίσιμη διαδρομή). Είναι προφανές ότι το μοντέλο αυτό είναι συγκριτικό και σύμφωνα με αυτό πάντοτε θα υπάρχει μία κρίσιμη διαδρομή. Στο Διάγραμμα 5.6 που ακολουθεί απεικονίζεται το μοντέλου δικτύου:

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.6 Μοντέλο δικτύου

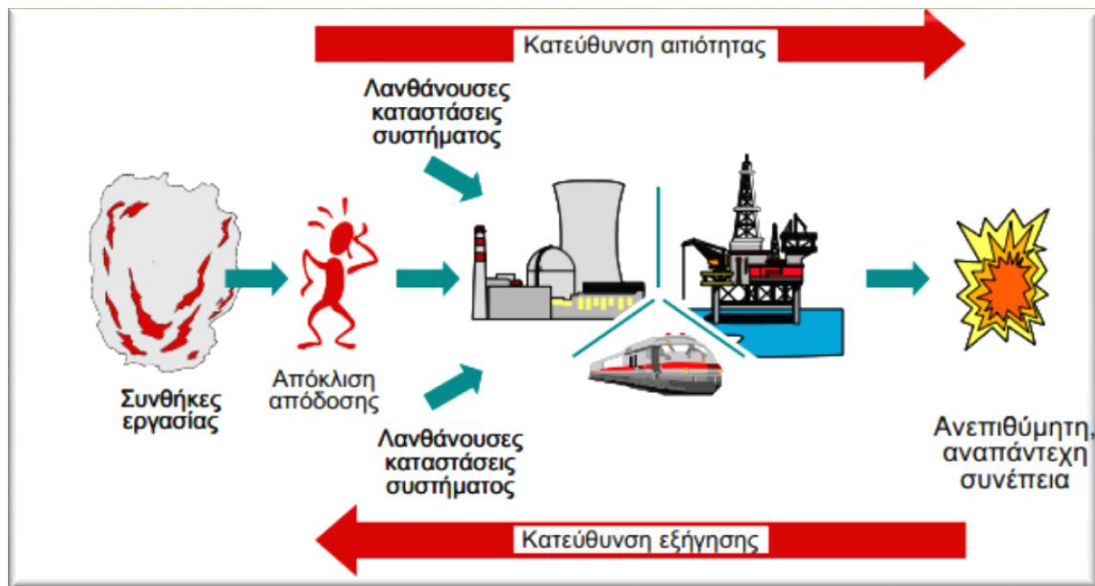


Πηγή: (Hollnagel, 2002)

5.7.2. Επιδημιολογικά μοντέλα

Τα μοντέλα αυτά βασίζονται σε μία διαφορετική αντίληψη περί του ατυχήματος. Το συμβάν δεν θεωρείται ως αποτέλεσμα κάποιων διακριτών μεμονωμένων γεγονότων που (είτε διαδοχικά, είτε σε σύζευξη) οδήγησαν σε αυτό, αλλά ως αποτέλεσμα διαφόρων μη διακριτών καταστάσεων του συστήματος που μοιραία οδηγούν ένα ποσοστό του πληθυσμού να «νοσήσει» (να πάθει ατύχημα). Οφείλουν το όνομά τους ακριβώς σε αυτή την αντιστοίχιση της επιδημιολογικής εξέτασης κάποιου μακροσκοπικού αιτίου (π.χ. γεινίαση με μία χημική μονάδα) που οδηγεί συγκεκριμένα άτομα (όχι όλα) να νοσήσουν (Hollnagel, 2002). Η αντίληψη των μοντέλων αυτών παρουσιάζεται στην Εικόνα 5.3 που ακολουθεί:

ΕΙΚΟΝΑ 5.3 Νοητική προσέγγιση των επιδημιολογικών μοντέλων



Πηγή: (Hollnagel, 2002)

Οι τρεις (3) βασικές αρχές των επιδημιολογικών μοντέλων είναι:

- Λανθάνουσες καταστάσεις: Μοντέλο παγόβουνου (το ορατό μέρος αντιστοιχεί μόνο στο 10% του προβλήματος).
- Φορείς και εμπόδια.
- Παθογόνα Συστήματα: Μοντέλο ελβετικού τυριού (Η σύμπτωση αφανών «κενών οπών» επιτρέπει την έλευση του κινδύνου).

Μια εικόνα της γενικής αλληλουχίας των επιδημιολογικών μοντέλων δίδεται στο Διάγραμμα 5.7 που ακολουθεί.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.7 Διάγραμμα αιτιότητας επιδημιολογικού μοντέλου



Πηγή: (Hollnagel, 2002)

Διάφορες παράμετροι έχουν εξεταστεί ως χαρακτηριστικά προδιάθεσης που μεταβάλλονται στη διάρκεια του χρόνου. Μία (1) από αυτές είναι η ηλικία. Η φθίνουσα θεωρία της ηλικίας υποστηρίζει ότι καθώς ένα άτομο μεγαλώνει ηλικιακά, κάποιες εργασιακές ικανότητες τόσο φυσιολογικές (καρδιολογική λειτουργία, μυϊκή δύναμη, αντοχή) και νοητικές (πχ αισθητήρια και κινητήρια απόδοση, χρόνος λήψης αποφάσεων, μνήμη) εξασθενούν σταδιακά, γεγονός που μειώνει την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει τις απαιτήσεις της εργασίας (Sailly and Volkoff, 1990, Teiger and Villatte, 1987).

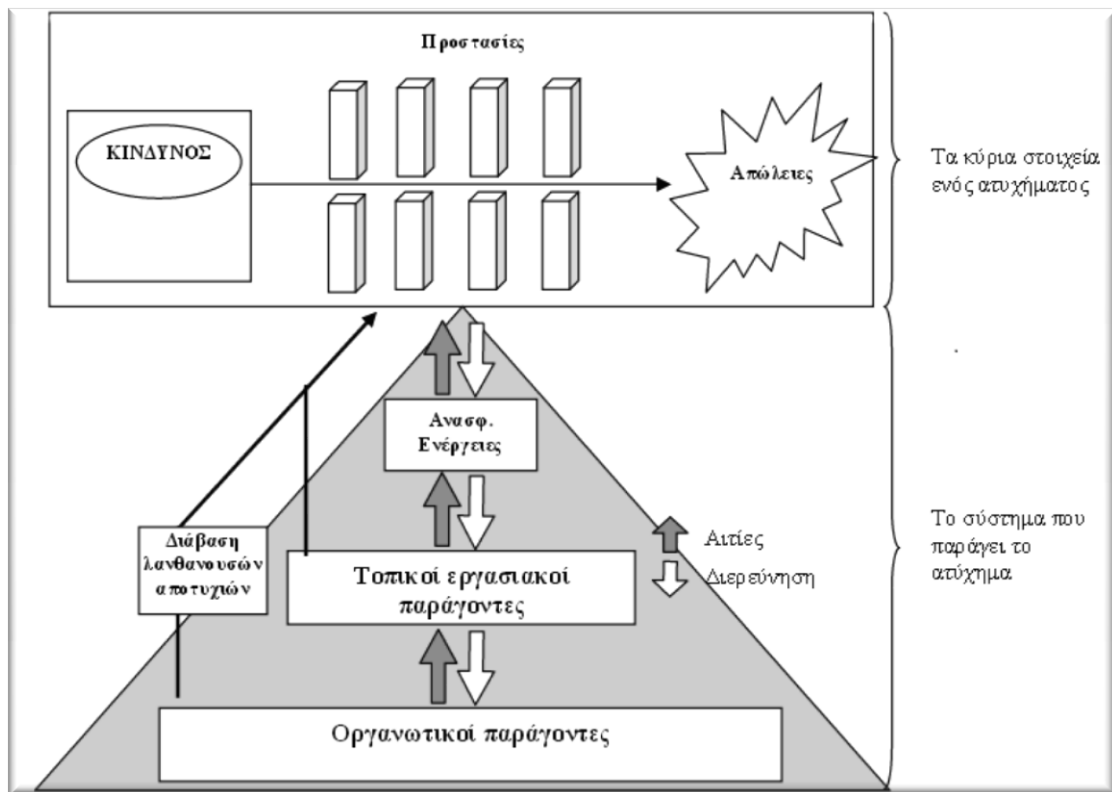
Το status του εργαζόμενου από πλευράς θέσης, μισθολογικού επιπέδου, ασφάλειας, κλπ. έχει επίσης βρεθεί να διαφοροποιεί το είδος των ατυχημάτων. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι στις κατασκευές, το συνολικό πλήθος των ατυχημάτων και τα μοιραία ατυχήματα ήταν συχνότερα σε εργαζομένους χαμηλού status, ενώ τα ατυχήματα με αρκετές ημέρες απουσίας από την εργασία ήταν συχνότερα σε εργαζομένους υψηλότερου status (Saloniemi and Oksanen, 1998).

Δύο (2) ακόμη παράμετροι που έχουν προταθεί ως μέτρα ασφάλειας είναι η υποκειμενική αξιολόγηση των παραγόντων διαχείρισης της ασφάλειας και ο δείκτης συχνότητας τραυματισμών. Γενικά παρατηρήθηκε ότι σε επιχειρήσεις με υψηλό δείκτη συχνότητας τραυματισμών οι εργαζόμενοι ήταν κατά μέσο όρο λιγότερο ικανοποιημένοι με τη διαχείριση ασφάλειας, παρότι δεν παρατηρήθηκε η ίδια σχέση με την ικανοποίηση για το επίπεδο ασφάλειας γενικότερα (Tinmannsvik and Hovden, 2003).

5.7.2.1. Το μοντέλο του J. Reason για τα οργανωτικά ατυχήματα

Ο Reason (1990), εισήγαγε ένα συστημικό μοντέλο οργανωτικής πρόκλησης των ατυχημάτων το οποίο επισημαίνει ανεπάρκειες οφειλόμενες σε οργανωτικούς παράγοντες και σε τοπικούς εργασιακούς παράγοντες οι οποίοι σε συνδυασμό με τον ανθρώπινο παράγοντα καταλήγουν σε δυσμενή συμβάντα (Reason, 1990). Στο συγκεκριμένο μοντέλο ο ανθρώπινος παράγοντας μπορεί να είναι: (α) λάθη βασισμένα στις δεξιότητες, (β) παραβιάσεις, (γ) σφάλματα. Το μοντέλο του Reason περιγράφεται στην Εικόνα 5.4.

ΕΙΚΟΝΑ 5.4 Το μοντέλο του Reason για τα οργανωτικά ατυχήματα

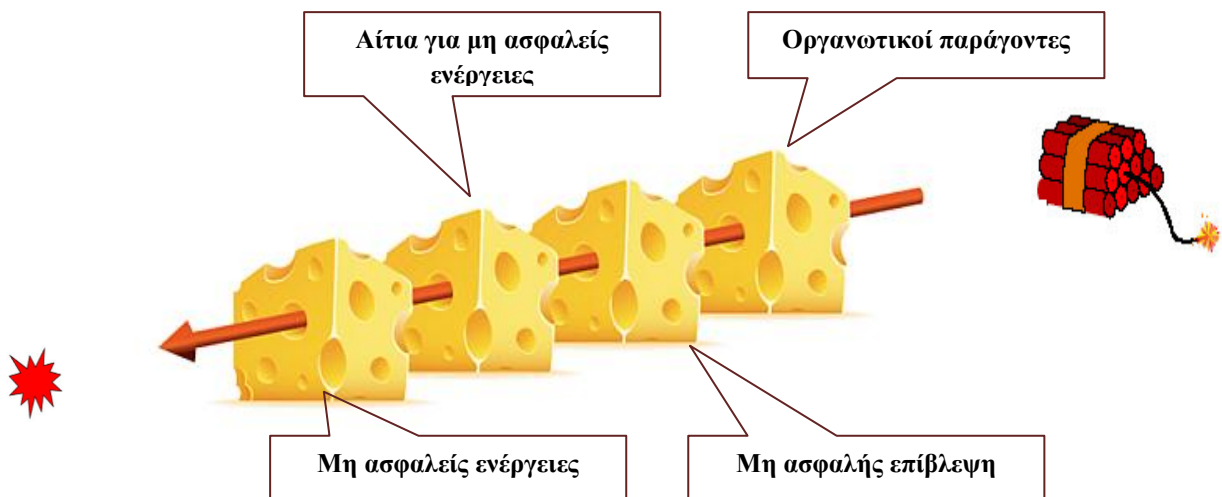


Πηγή: (Reason, 1990)

5.7.2.1. Το μοντέλο του Ελβετικού τυριού

Ένα μοντέλο ανθρώπινων παραγόντων που χρησιμοποιείται όλο και πιο συχνά στον χώρο της υγείας είναι το ονομαζόμενο Μοντέλο του Ελβετικού τυριού το οποίο αναπαρίσταται στην Εικόνα 5.5.

ΕΙΚΟΝΑ 5.5 Μοντέλο του ελβετικού τυριού





Πηγή: (Reason, 1990)

Κάθε φέτα ελβετικού τυριού αντιπροσωπεύει ένα επίπεδο άμυνας ξεκινώντας από τη Διοίκηση / Διεύθυνση μιας μονάδας / οργανισμού φθάνοντας μέχρι τους εργαζομένους της μονάδας. Τέτοια παραδείγματα άμυνας στην υγεία αποτελούν πχ η λίστα πριν την εγχείρηση (πχ checklist του WHO), η σημείωση της περιοχής πριν την επέμβαση κα. Σε κάθε ένα από αυτά τα επίπεδα αμύνας παρατηρούνται κάποιες «τρύπες», με άλλα λόγια κάποιες ατέλειες, οι οποίες οφείλονται σε λανθασμένο σχεδιασμό, λανθασμένο τρόπο λήψης αποφάσεων, ελλιπής εκπαίδευση κλπ. Αν γίνουν αποτυχημένες ή λάθος ενέργειες και κατά συνέπεια και ανθρώπινα σφάλματα σε ένα επίπεδο άμυνας, αυτό επηρεάζει το επόμενο και καταλήγουν στο ατύχημα. Ξεκινώντας λοιπόν από τη στιγμή, λίγο πριν από το ατύχημα και προχωρώντας με αντίστροφη φορά, έχουμε (Reason, 1990):

- Το πρώτο επίπεδο που εξετάζει τις μη ασφαλείς ενέργειες του εργαζομένου, τα σφάλματα δηλαδή που τελικά οδήγησαν στο ατύχημα. Στην αεροπορική ορολογία, αναφέρεται ως σφάλμα του πληρώματος / χειριστού και είναι το επίπεδο εκείνο στο οποίο εστιάζεται η προσοχή των διερευνητών και στο οποίο ανακαλύπτονται οι περισσότεροι αιτιώδεις παράγοντες του ατυχήματος. Δηλαδή οι ενέργειες ή οι μη ενέργειες του πληρώματος που έχουν άμεση σχέση με το ατύχημα. Αυτές οι ενέργειες που παρίστανται στο διάγραμμα με τη μορφή τρύπας στην πρώτη φέτα τυριού, αποτελούν τα ενεργά σφάλματα του χειριστού – εργαζομένου, ενώ η φέτα αντιπροσωπεύει την τελευταία μη ασφαλή ενέργειά του.
- Αυτό όμως που κάνει το μοντέλο, ιδιαίτερα χρήσιμο στους διερευνητές των ατυχημάτων και ειδικότερα των αεροπορικών, είναι ότι τους υπενθυμίζει να αναζητούν και τα λανθάνοντα σφάλματα, που μπορεί να βρίσκονται σε αδράνεια και να μην γίνονται αντιληπτά, είτε από το πλήρωμα, αλλά ακόμα και από τους διερευνητές. Τα λανθάνοντα σφάλματα, δημιούργησαν την ανάγκη και άλλων επιπέδων έρευνας σφαλμάτων. Έτσι το δεύτερο επίπεδο εξετάζει τα αίτια για μη ασφαλείς ενέργειες και περιλαμβάνει τη κατάσταση του πληρώματος, από πλευρά διανοητικής και σωματικής κόπωσης, φτώχης επικοινωνίας και συντονισμού και το πώς αυτή επηρεάζει την απόδοσή του.
- Αφού εξετασθεί η κατάσταση του πληρώματος – εργαζομένων ο Reason προχωράει στο τρίτο επίπεδο που εξετάζει τη μη ασφαλή επίβλεψη, που

περιλαμβάνει, λάθος ή μη ενέργειες από πλευράς του προσωπικού που έχει την ευθύνη επίβλεψης των διαφόρων δραστηριοτήτων, στο εσωτερικό της μονάδας / οργανισμού.

- ➔ Το *τέταρτο επίπεδο* εξετάζει τους οργανωτικούς παράγοντες εάν δηλαδή και τί είδους κατευθύνσεις υπάρχουν από τη κορυφή της μονάδας / οργανισμού, σε θέματα που απασχολούν τους επιβλέποντες των διαδικασιών, εάν δηλαδή, οι εργαζόμενοι - χειριστές έχουν την απαιτούμενη εκπαίδευση και μέριμνα για το ωράριο εργασίας και ένα πλήθος άλλων ενεργειών, που οι διαταγές και οι κανονισμοί ρυθμίζουν για τη λειτουργία της.

Στο διάγραμμα που προηγείται, στη δεύτερη σειρά με τις φέτες του ελβετικού τυριού οι αστοχίες αντιμετωπίστηκαν εγκαίρως πριν οδηγήσουν σε ατύχημα. Το μοντέλο του ελβετικού τυριού αξιοποιήθηκε συστηματικά στην διερεύνηση των ιατρικών λαθών στα νοσοκομεία, εντοπίζοντας τα λάθη σε αίτια που οφείλονται κυρίως στην ελλιπή επικοινωνία, την ανεπαρκή γνώση και τη μη κατανόηση των κανονισμών από τους εμπλεκόμενους.

5.7.3. Συστημικά μοντέλα

Τα μοντέλα αυτά προέκυψαν από τη ραγδαία εξέλιξη της Επιστήμης των Συστημάτων και της Θεωρίας του Χάους. Σύμφωνα με αυτά, ο κίνδυνος δεν είναι ιδιότητα κάποιου συγκεκριμένου στοιχείου του συστήματος, αλλά ιδιότητα του ίδιου του συστήματος. Θεωρούν ότι οι εσωτερικοί μηχανισμοί και αλληλεπιδράσεις των στοιχείων του συστήματος είναι αυτά που υπερτερούν και έτσι οι αποκρίσεις σε εξωτερικά ερεθίσματα δεν είναι γραμμικές (ανάλογες των ερεθισμάτων) αλλά εν γένει απρόβλεπτες. Τα στοιχεία αυτά είναι λειτουργικά ασύνδετα και μόνο το συμβάν του ατυχήματος είναι αυτό που μπορεί να αποκαλύψει τη σχέση τους (Hollnagel, 2002).

Το πλεονέκτημα των συστημικών μοντέλων είναι η έμφασή τους ότι η ανάλυση ατυχημάτων πρέπει να βασίζεται σε μια κατανόηση των λειτουργικών χαρακτηριστικών του συστήματος, παρά σε παραδοχές ή υποθέσεις σχετικά με την αλληλεπίδραση μεταξύ δομών ή εσωτερικών μηχανισμών (Hollnagel, 2002).

5.8. Συμπεράσματα

Τα ατυχήματα αποτελούν ένα σύνθετο φαινόμενο που έχει τις βάσεις του τόσο στον άνθρωπο όσο και στο περιβάλλον του. Το κύριο συστατικό τους είναι ο κίνδυνος ο οποίος περιλαμβάνει τους μηχανισμούς του εγγενούς αγνώστου, τους οποίους καλείται ο άνθρωπος να αντιμετωπίσει σε οποιαδήποτε ενέργεια του κάθε στιγμή της ζωής του.

Ούτε η εγγενής άγνοια, όμως είναι ικανή να σταματήσει τη δημιουργικότητα του ανθρώπου. Άλλωστε η γνώση ήταν ένα αγαθό το οποίο ο άνθρωπος δεν έβρισκε ποτέ έτοιμο, αλλά το έχτιζε σταδιακά μέσα από ατελή μοντέλα που διαδέχονταν το ένα το άλλο. Έτσι δεν κατείχε ποτέ μέχρι σήμερα την απόλυτη γνώση για κάποιο μηχανισμό, αλλά όλο και καλύτερες προσεγγίσεις και νοητικά κατασκευάσματα που τον βοηθούν

να διαχειρίζεται όλο και καλύτερα την άγνοια του σύμπαντος, πλησιάζοντας όλο και πιο κοντά στην αλήθεια.

Στην περίπτωση των ατυχημάτων, η έννοια των τέλεια επαναλαμβανόμενων καταστάσεων είναι μακριά από την αλήθεια, καθώς πρόκειται για σπάνια φαινόμενα που δεν επαναλαμβάνονται συχνά και σίγουρα όχι υπό τις ίδιες συνθήκες. Η πιθανότητα περιορίζεται στον διαισθητικό της χαρακτήρα, οπότε καλύτερα ταιριάζει η έννοια της αβεβαιότητας, αφού πρόκειται για άγνοια μηχανισμών και όχι άγνοια εκβάσεων με δεδομένη αναλογία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Το λάθος και το σφάλμα στην υγεία

«Ωφελέειν μη βλάπτειν»

(Ιπποκράτης)

6.1. Εισαγωγή

Είναι κοινά αποδεκτό ότι η ιατρική φροντίδα είναι δυνατόν να προκαλέσει βλάβη στον ασθενή. Όμως, η αναγνώριση ότι η βλάβη μπορεί να οφείλεται σε ανθρώπινο λάθος ή αποτυχία του συστήματος (system failure) προκύπτει σταδιακά. Για αρκετά χρόνια, ειδικοί διατύπωναν ότι τα ιατρικά σφάλματα υπάρχουν και βλάπτουν την ποιότητα της φροντίδας υγείας, αλλά η απάντηση που δόθηκε το 2000, με την έκδοση της έκθεσης «To err is human: Building a safer health system», από το IOM, φέρει τα ιατρικά σφάλματα πάλι στο προσκήνιο της επικαιρότητας. Το Μάρτιο του 2001, η δεύτερη έκθεση του IOM «Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century» καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η πλειονότητα αυτών των σφαλμάτων είναι απόρροια των συστημικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει το σύστημα υγείας στο σύνολό του και δεν προέρχονται από την κακή άσκηση της ιατρικής πρακτικής από τους επαγγελματίες υγείας, όπως είχε υποστηριχθεί παλαιότερα. Τα ιατρικά σφάλματα, ως φαινόμενο, παρατηρούνται σε όλες τις χώρες του κόσμου. Έχουν διεξαχθεί πολλές έγκυρες μελέτες, οι οποίες αναδεικνύουν τη φύση και την έκταση του προβλήματος.

6.2. Εννοιολογική προσέγγιση του λάθους και του σφάλματος στην υγεία

Η έννοια του *λάθους* και του *σφάλματος* δεν ταυτίζονται όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως αλλά παρουσιάζουν λεπτές και δυσδιάκριτες διαφοροποιήσεις και στην βιβλιογραφία χρησιμοποιούνται εναλλακτικά. Η έννοια του *λάθους* χαρακτηρίζει μια ενέργεια ή μια παράλειψη και όχι το αποτέλεσμα αυτής και αποκτά σαφέστερο περιεχόμενο αν διαχωριστεί σε ιατρικό, νοσηλευτικό και διαγνωστικό λάθος. Μια λανθασμένη ενέργεια ή μια παράλειψη μπορεί να οδηγήσει σε ανεπιθύμητο συμβάν μπορεί όμως και όχι είτε γιατί η εν λόγω ενέργεια ή παράλειψη δεν προκάλεσε βλαβερές επιπτώσεις στην υγεία του ασθενούς, είτε γιατί έγινε αντιληπτή και διορθώθηκε εγκαίρως. Σε αντίθεση με την έννοια του *σφάλματος* η οποία αναφέρεται στην δυσμενή έκβαση μιας ενέργειας ή μιας παράλειψης. Ο επιθετικός προσδιορισμός *ιατρικό* αντί *θεραπευτικό* (για τη λέξη σφάλμα) προτιμάται στην απόδοση στα ελληνικά των αντίστοιχων ξένων όρων, καθώς καλύπτει καλύτερα κάθε ενέργεια ή παράλειψη του ιατρού και δεν περιορίζεται με βάση την έννοια της θεραπείας της ασθένειας κλπ.

Ο Reason (1990), στην προσπάθειά του να αποσαφηνίσει την έννοια του *λάθους* γενικά, αναγνωρίζει δύο (2) ειδών λάθη (Reason, 1990):

- *Λάθος κατά την εκτέλεση της διαδικασίας (error of execution)*: Πρόκειται για την αποτυχία μιας σχεδιασμένης αλληλουχίας διανοητικών και φυσικών

δραστηριοτήτων να επιτύχουν το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, εφόσον αυτή η αποτυχία δεν μπορεί να αποδοθεί σε παρέμβαση τυχαίων παραγόντων.

- *Λάθος κατά τον σχεδιασμό της διαδικασίας (error of planning)*: Πρόκειται για την επιλογή και εφαρμογή λανθασμένου σχεδίου για την επίτευξη του επιδιωκόμενου αποτελέσματος.

Ο Reason (1995), ορίζει ως *λάθος στην υγεία* τις αποκλίσεις κατά την παροχή υγειονομικής περίθαλψης που δύναται να είναι επιβλαβείς για τον ασθενή (Reason, 1995).

Ο Leape (1994), χαρακτηρίζει ως *ιατρικό λάθος* μια μη ηθελημένη πράξη ή παράληψη κατά την παροχή φροντίδας υγείας ή μια ενέργεια ή παράληψη η οποία δεν επέφερε το επιθυμητό αποτέλεσμα (Leape, 1994).

Ο Reason (1995), με τους ορισμούς του λάθους που αναφέρθηκαν προηγουμένως, επικεντρώνεται στον σχεδιασμό και την εκτέλεση της διαδικασίας και όχι στην έκβαση και τις συνέπειες αυτής αναγνωρίζοντας ότι ψυχολογικές, φυσικές και τεχνικές αστοχίες συμβάλλουν στην διενέργεια του λάθους. Όμως ο Reason παραβλέπει τα λάθη που οφείλονται σε παράλειψη (*error of omission*) (Reason, 1990, Reason, 1995). Εν αντιθέσει με τον Leape (1994), ο οποίος αναφέρεται σε λάθη που οφείλονται τόσο σε πράξεις όσο και σε παραλείψεις αλλά παραβλέπει τις ενέργειες που βασίζονται σε λάθος σχεδιασμό εκτός αν αυτές οδηγήσουν σε ανεπιθύμητο αποτέλεσμα (Leape, 1994). Τόσο ο ορισμός του Reason όσο και ο ορισμός του Leape έχει αρκετούς περιορισμούς. Μολονότι μια ενέργεια μπορεί να είναι λανθασμένη ή το σχέδιο για την επίτευξη του επιδιωκόμενου αποτελέσματος να μην είναι το κατάλληλο, δεν πρέπει τα λάθη και οι παραλήψεις να ενοχοποιούνται πάντα για τα δυσμενή συμβάντα στην υγεία καθώς υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτά όπως πχ η απρόσμενη αλλεργική αντίδραση σε νέα φαρμακευτική αγωγή.

Το IOM στην Έκθεση που δημοσίευσε για την ποιότητα και την ασφάλεια στην υγεία ορίζει ως *ιατρικό λάθος* τη μη ολοκλήρωση μιας προγραμματισμένης πράξης ή τη χρήση ενός ατελέσφορου σχεδιασμού για την επίτευξη ενός στόχου (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2000).

Το Εθνικό Ίδρυμα για την Ασφάλεια του Ασθενούς (National Patient Safety Foundation, NPSF) ταυτίζει την έννοια του *λάθους* με το *δυσμενές συμβάν* και ορίζει ως *ιατρικό λάθος* την μη ηθελημένη έκβαση που προκαλείται από κάποια ατέλεια στην παροχή της υγειονομικής φροντίδας. Σύμφωνα με το ίδιο Ίδρυμα τα λάθη στο χώρο της υγείας διακρίνονται σε *λάθη πρακτικής (λάθος ενέργεια)*, *λάθη παράλειψης (δεν γίνεται η σωστή και ενδεδειγμένη ενέργεια)* και σε *λάθη εκτέλεσης (γίνεται η σωστή ενέργεια αλλά με λάθος τρόπο)* (The National Patient Safety Foundation and Council, 2003).

Οι Grober και Bohnen (2005), ορίζουν το *ιατρικό λάθος* ως μια πράξη ή μια παράλειψη κατά τον σχεδιασμό και την εκτέλεση μιας διαδικασίας στην παροχή φροντίδας υγείας που είναι ικανή να επιφέρει ένα δυσμενές αποτέλεσμα (Grober and Bohnen, 2005).

Οι Zhang και συν. (2008), κάνοντας μια προσπάθεια να εξετάσουν τα ιατρικά λάθη αναφέρουν ότι ιατρικό λάθος συμβαίνει όταν ένας πάροχος υγειονομικής φροντίδας επιλέγει ακατάλληλη μέθοδο για την βελτίωση της υγείας του ασθενούς ή εφαρμόζει πλημμελώς την ενδεδειγμένη μέθοδο για τη βελτίωση της υγείας του ασθενούς (Zhang et al., 2002).

Κατά την Κυρίτση (2009), το λάθος ορίζεται ως κάθε ακούσιο συμβάν, το οποίο αποτελεί απειλή για την ασφάλεια του ασθενούς, ή κάθε απόκλιση από τους κανόνες και τις καθιερωμένες πρακτικές του χώρου εργασίας (Κυρίτση, 2009). Ο Ραφτόπουλος (2009), την ίδια χρονιά ορίζει το λάθος ως μια πράξη, η οποία δεν επιφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα, που μπορεί να είναι η αναλγησία, ή μυοχάλαση ή οποιαδήποτε άλλη ύφεση δυσάρεστων συμπτωμάτων (Ραφτόπουλος, 2009).

Στο ελληνικό Ιατρικό Δίκαιο και στον Ποινικό Κώδικα για τους όρους *ιατρικό λάθος* ή *ιατρικό σφάλμα* χρησιμοποιείται με ανάλογο περιεχόμενο ο όρος *ιατρική αμέλεια* (*medical malpractice*). Ως *ιατρική αμέλεια* λοιπόν χαρακτηρίζεται η συμπεριφορά του ιατρού που αξιολογείται ως υπολειπόμενη της επιβαλλόμενης, στο επάγγελμα του και στη συγκεκριμένη περίπτωση, επιμέλειας κατά κανόνα λόγω μη τήρησης του επαγγελματικού standard ή παραβίασης των κανόνων και των αρχών της ιατρικής επιστήμης και τέχνης (*lege artis*), από τον ίδιο τον ιατρό. Πάντως σε κάθε περίπτωση, στην έννοια του ιατρικού σφάλματος ως παράβαση των κανόνων της ιατρικής επιμέλειας που ρυθμίζουν την συμπεριφορά του ιατρού περιλαμβάνεται και το στοιχείο της υπαιτιότητας δηλαδή περίπτωση που δικαιολογείται και η απόδοση προσωπικής μομφής κατά του δράστη (Φουντεδάκη, 2003).

Στην σύγχρονη θεωρία της ιατρικής ευθύνης υπάρχουν τρία (3) κριτήρια για την εξειδίκευση της έννοιας της ιατρικής αμέλειας (Φουντεδάκη, 2003):

- i. *Το κριτήριο του μέσου συνετού ιατρού (bonus medicus)*, ο οποίος τηρεί τους κανόνες της επιστήμης του (ενεργεί *lege artis*) δηλαδή ενεργεί σύμφωνα με το, κατά το χρόνο της πράξης, επίπεδο της ιατρικής επιστημονικής γνώσης και της τεχνικής, καθιστώντας ως αμελή την συμπεριφορά του ιατρού που αποκλίνει από τους γενικά παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης. (άρθρο 3, §3 ΚΙΔ). Στην περίπτωση αυτή γίνεται λόγος για «καθαρά» ιατρικό ή τεχνικό σφάλμα που αξιολογείται με ιατρικά κριτήρια.
- ii. *Την αναγωγή στα standards (πρότυπα ποιότητας) του ιατρικού επαγγέλματος*, αποδίδοντας στον όρο «ιατρικό standard» την έννοια του συνόλου των προδιαγραφών ποιότητας στις οποίες πρέπει να ανταποκρίνεται σε ορισμένη περίπτωση η παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Σύμφωνα με τον ορισμό το «standard» αναφέρεται σε ορισμένο επίπεδο ποιότητας. Το «standard» προκύπτει από το συνδυασμό της επιστημονικής αναγνώρισης, της ιατρικής εμπειρίας και της επαγγελματικής αποδοχής. *Αμέλεια* σε αυτή την περίπτωση χαρακτηρίζεται η απόκλιση προς τα κάτω από το επιβαλλόμενο πρότυπο ποιότητας.

Σε γενικές γραμμές είναι κοινά αποδεκτό στην βιβλιογραφία αλλά και στην καθημέρα πράξη ότι ο ιατρός δεν οφείλει να γνωρίζει τα πάντα και να είναι ικανός για τα πάντα αλλά μόνο όσα γνωρίζει και πράττει ο μέσος συνετός ιατρός της ειδικότητάς του. Αντίστοιχα οφείλει όμως να διαθέτει τις γνώσεις και τις δεξιότητες που ανταποκρίνονται στο πρότυπο ποιότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας.

iii. Σημείο αναφοράς για την επιμέλεια του ιατρού σύμφωνα με το 3^ο κριτήριο αποτελεί ο ασθενής, χαρακτηρίζοντας ως αμελή τη συμπεριφορά του ιατρού που σε δεδομένη στιγμή δεν έπραξε αυτό που επέβαλλε το συμφέρον της υγείας του ασθενούς, παραβιάζοντας αν αυτό είναι αναγκαίο όχι μόνο τη συνήθη πρακτική αλλά και κάποιο κανόνα ή «ιατρικό standard». Η αρχή *salus aegroti suprema lex* (: ο υπέρτατος νόμος είναι η σωτηρία του ασθενούς) είναι ο θεμελιώδης κανόνας της ιατρικής και αποτελεί και τον πυρήνα των προτύπων ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στην περίπτωση αυτή γίνεται λόγος για «κοινή αμέλεια» και ο ιατρός χαρακτηρίζεται ως *αμελής κοινωνός*.

Επιπλέον στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Κ.Ι.Δ.) (Ν. 3418/2005) ο νομοθέτης επιβάλλει την τήρηση των κανόνων δεοντολογίας βάσει του όρκου του Ιπποκράτη και την αποφυγή πράξεων και παραλείψεων που μπορούν να βλάψουν την τιμή και την υπόληψη του ιατρού και να κλονίσουν την πίστη του κοινού προς το ιατρικό επάγγελμα.

6.2.1. Νοσηλευτικά λάθη

Εκτός από τα ιατρικά λάθη, σημαντικό ποσοστό εμφάνισης καταλαμβάνουν και τα νοσηλευτικά λάθη. Ως *νοσηλευτικό λάθος* ορίζεται μια μη ηθελημένη ενέργεια με αρνητικές επιπτώσεις που προκλήθηκε από νοσηλευτή ή σε συνεργασία με νοσηλευτή η οποία δύναται να επηρεάσει αρνητικά το επίπεδο υγείας του ασθενούς (Johnstone and Kanitsaki, 2006).

Οι Donchin και συν. (1995), όρισαν ως *νοσηλευτικό λάθος* κάθε απόκλιση με τη μορφή πράξης ή παράλειψης από τους παγιωμένους κανόνες και πρακτικές της άσκησης της νοσηλευτικής επιστήμης (Donchin et al., 2003).

Στη μελέτη των Graf et al. (2005), ως *νοσηλευτικό λάθος* ορίζεται κάθε ακούσιο συμβάν που ελάττωσε ή θα μπορούσε να ελαττώσει την ασφάλεια κάθε ασθενούς (Graf et al., 2005).

Τα νοσηλευτικά λάθη χαρακτηρίζονται από μεγάλο βαθμό ετερογένειας τόσο ως προς το περιεχόμενό τους αλλά και ως προς το τμήμα της μονάδας παροχής υγειονομικής φροντίδας. Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2008 σε νοσηλευτικές μονάδες του ελλαδικού χώρου προέκυψε η παρακάτω κατηγοριοποίηση (Κάργα et al., 2008):

- Φαρμακευτικά λάθη.
- Λάθη στο χειρουργείο.

- Λάθη στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού & τη Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης.
- Λάθη στην αιμοδοσία.
- Λάθη ασηψίας – αντισηψίας.
- Γραφικά λάθη.
- Λάθη στην σοβαρότητα της κατάστασης ασθενούς.

Συνοψίζοντας, παρατηρούμε ότι υπάρχουν πολλοί τρόποι κατηγοριοποίησης των ιατρικών και των νοσηλευτικών λαθών οι οποίοι διαφοροποιούνται από μελέτη σε μελέτη ανάλογα με τον επιδιωκόμενο σκοπό της κάθε μελέτης.

6.2.2. Φαρμακευτικά λάθη

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, η κατηγορία των νοσηλευτικών λαθών που συναντάται συχνότερα στην κλινική πρακτική είναι τα φαρμακευτικά λάθη τα οποία έχουν αντίκτυπο στην υγεία και την ασφάλεια του ασθενούς και συνοδεύονται από τεράστιο οικονομικό κόστος για τα συστήματα υγείας (Mitsis et al., 2012).

Οι Steel και συν. (1981), κατέληξαν ότι οι περισσότερες από τις μισές ιατρογενείς «βλάβες» σχετίζονταν με τη χρήση φαρμάκων. Οι συνέπειες αυτές μπορεί να είναι από μικρές και ανεπαίσθητες έως πολύ σοβαρές και θανατηφόρες (Steel et al., 1981).

Στη βιβλιογραφία απαντώνται αρκετές μελέτες που παραθέτουν ορισμούς για τα φαρμακευτικά λάθη και για τα λάθη κατά την χορήγηση φαρμάκων σε ασθενείς νοσηλευόμενους σε νοσηλευτικά ιδρύματα. Ο ορισμός του *φαρμακευτικού λάθους* που καταγράφηκε για πρώτη φορά από την Αμερικανική Ένωση Νοσοκομείων (American Hospital Association) αναφέρει ότι είναι (American Hospital Association, 1954):

«Η διάθεση λάθος φαρμάκου ή δόσης αυτού σε λάθος ασθενή ή σε λάθος ώρα, ή η μη διάθεση του φαρμάκου στον προκαθορισμένο χρόνο ή σύμφωνα με τον τρόπο που προβλέπεται ή συστήνεται από τον θεράποντα ιατρό».

Το Εθνικό Συντονιστικό Συμβούλιο για τα Φαρμακευτικά Λάθη και την Πρόληψή τους (National Coordinating Council for Medication Error and Prevention, NCCMEP) ορίζει το *φαρμακευτικό λάθος* ως (United States Pharmacopeia, 1997):

«κάθε αποτρέψιμο γεγονός το οποίο μπορεί να προκαλέσει ή να οδηγήσει σε ακατάλληλη χρήση φαρμάκων ή σε βλάβη ασθενή, κατά τη διάρκεια που η φαρμακευτική αγωγή είναι υπό τον έλεγχο επαγγελματία υγείας, ασθενή ή χρήστη υπηρεσιών υγείας. Τέτοια συμβάντα μπορούν να σχετίζονται με επαγγελματικές πρακτικές, προϊόντα φροντίδας υγείας, διαδικασίες και συστήματα τα οποία περιλαμβάνουν: συνταγογράφηση, επικοινωνία μέσω οδηγιών, ονοματοδοσία προϊόντων (product labeling), συσκευασία και ονοματολογία, ανασύνθεση, διάλυση, διανομή, χορήγηση, εκπαίδευση, παρακολούθηση και χρήση».

Τα δεδομένα για τα φαρμακευτικά λάθη προέρχονται κυρίως από τις Ηνωμένες Πολιτείες, τον Καναδά, την Αυστραλία και το Ηνωμένο Βασίλειο και επομένως οι

μηχανισμοί για την παρακολούθηση, την καταγραφή, την αντιμετώπιση και την πρόληψή τους έχουν αναπτυχθεί από οργανισμούς και ιδρύματα των αντίστοιχων χωρών. Το National Coordinating Council for Medication Error Reporting (NCC MERP), ορίζει ως *φαρμακευτικό λάθος* το αποτρέψιμο γεγονός που μπορεί να προκαλέσει ή να οδηγήσει σε μη κατάλληλη χρήση ενός φαρμάκου ή σε βλάβη του ασθενούς. Έχει καταγράψει τα δέκα (10) βασικά στοιχεία τα οποία επηρεάζουν τη διαδικασία χρήσης των φαρμάκων και τα οποία σχετίζονται συχνά με τις αιτίες των φαρμακευτικών λαθών (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, 2005). Τα δέκα (10) αυτά στοιχεία περιλαμβάνουν τις πληροφορίες που σχετίζονται με το ιστορικό του ασθενούς, το φάρμακο, την επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας για τη διάχυση των πληροφοριών που αφορούν στο φάρμακο, την ονομασία και τη συσκευασία του φαρμακευτικού σκευάσματος, την αποθήκευση, τη φύλαξη, και την τυποποίηση του φαρμάκου, την απόκτηση συσκευών φαρμάκων, τη χρήση και την παρακολούθησή τους, τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, την ικανότητα και την εκπαίδευση του προσωπικού και του ασθενούς, τις διαδικασίες ποιότητας και διαχείρισης του κινδύνου. Ο προαναφερόμενος φορέας έχει δημιουργήσει έναν αλγόριθμο και έναν κατάλογο για την κατηγοριοποίηση των φαρμακευτικών λαθών, ο οποίος παρατίθεται ακολούθως (Πίνακας 6.1) (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, 2005).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.1 Κατηγοριοποίηση των φαρμακευτικών λαθών

Κατηγορία	Ενδεχόμενη βλάβη ή ζημία
A	Καταστάσεις και γεγονότα που μπορούν να προκαλέσουν ιατρικό λάθος.
B	Ιατρικό λάθος που τελικά δεν προκάλεσε βλάβη στον ασθενή.
C	Ιατρικό λάθος που υπέστη ο ασθενής αλλά δεν του προκάλεσε βλάβη.
D	Ιατρικό λάθος που υπέστη ο ασθενής και χρειάστηκε περαιτέρω παρακολούθηση ή παρέμβαση για να επιβεβαιωθεί ότι τελικά δεν προκάλεσε κάποια βλάβη στον ασθενή.
E	Προσωρινή βλάβη στον ασθενή που κρίνεται απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση.
F	Προσωρινή βλάβη στον ασθενή που κρίνεται απαραίτητη μια αρχική ή παρατεταμένη νοσηλεία.
G	Μόνιμη αναπηρία ασθενούς.
H	Απαιτείται ιατρική παρέμβαση για να διατηρηθεί ο ασθενής στη ζωή.
I	Θάνατος ασθενούς.

Πηγή: (NCC MERP,2003)

6.3. Συναφείς έννοιες του λάθους και του σφάλματος στην υγεία

Ιστορικά, οι έρευνες που ασχολούνται με θέματα ασφάλειας του ασθενούς εστιάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό στα δυσμενή αποτελέσματα της άσκησης της

ιατρική υιοθετώντας ορισμούς για τα ιατρικά λάθη και συναφείς όρους βασιζόμενοι στο δυσμενές αποτέλεσμα της ιατρικής πρακτικής (Brennan et al., 1991, Leape et al., 1991, Thomas et al., 2000a, Wilson et al., 1999, Wilson et al., 1995). Αυτό ίσως εξηγείται από την βασική αρχή της ιατρικής από τα χρόνια του Ιπποκράτη η οποία συνοψίζεται σε τρεις (3) λέξεις «*primum no nocere: Καταρχάς μη κάνεις κακό*» (Veatch, 1989, Leape, 1994).

Ο Schimmel (1964), στην μελέτη «*Hazards of Hospitalization*» υποστήριξε ότι, είναι αναγκαία η αξιολόγηση όλων των δυσάρεστων αντιδράσεων που προκύπτουν κατά την υγειονομική περίθαλψη ανεξάρτητα από την σοβαρότητά τους και η καταγραφή της συχνότητας εμφάνισής τους. Επίσης πρέπει να εκτιμηθεί συνολικά ο κίνδυνος που εκτίθεται ο ασθενής σε σχέση με την πολυφαρμακία και τις πολύπλοκες διαδικασίες κατά την παροχή φροντίδας υγείας. Στα πλαίσια αυτά ο Schimmel εισάγει για πρώτη φορά τον όρο *επιβλαβές επεισόδιο (noxious episode)* (Schimmel, 1964).

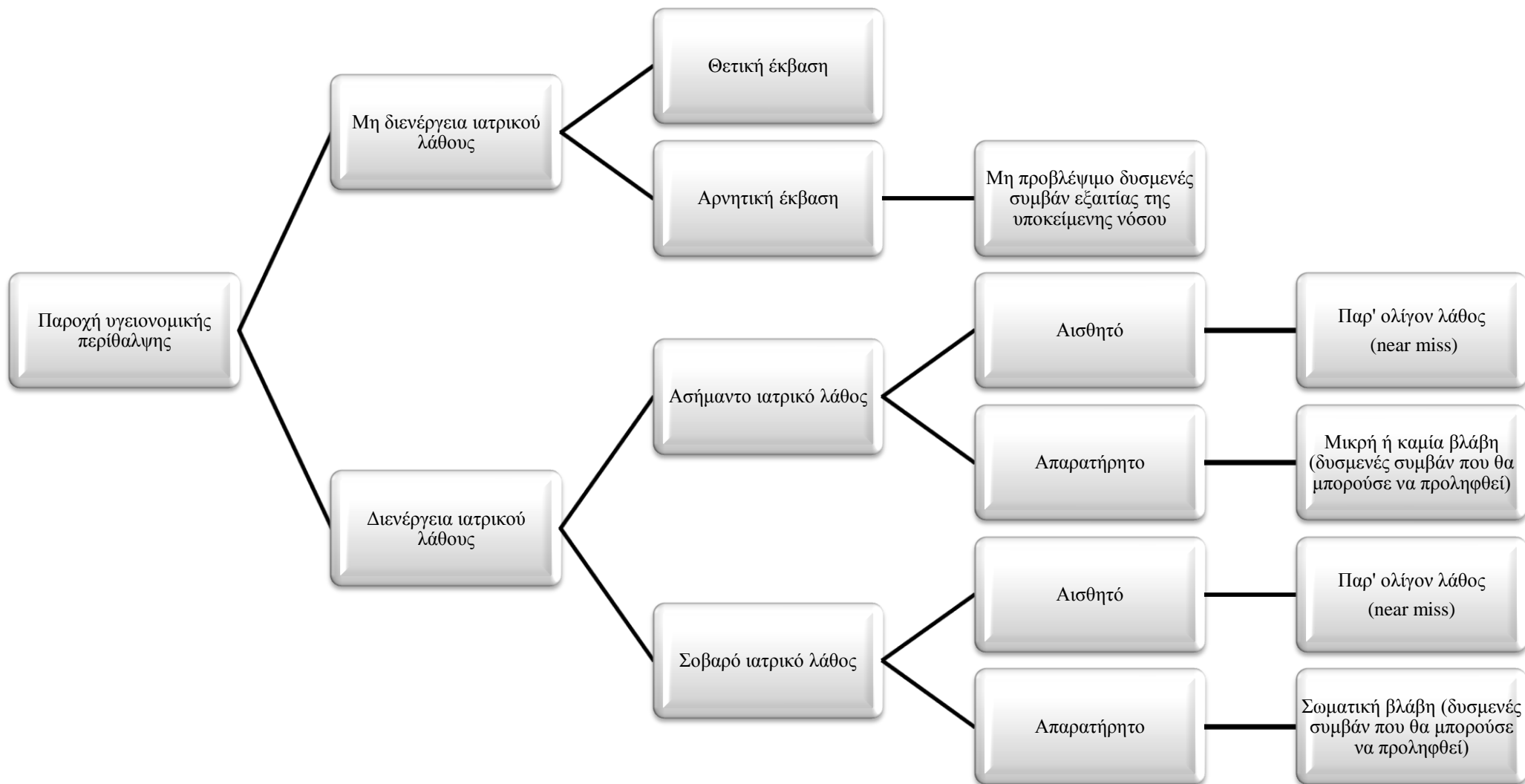
Ως *επιβλαβές επεισόδιο (noxious episode)* ορίζεται κάθε δυσάρεστο γεγονός, επιπλοκή και ατυχία που προέκυψε ως αποτέλεσμα αποδεκτών διαγνωστικών και θεραπευτικών μέτρων που έλαβαν χώρα εντός της μονάδας παροχής υγειονομικής περίθαλψης (Schimmel, 1964).

Το 1977 στη μελέτη «*The California Medical Insurance Feasibility Study*» γίνεται αναφορά για πρώτη φορά του όρου *δυσμενές αποζημιώσιμο γεγονός (potentially compensatable event)* ορίζοντάς το ως ένα γεγονός κατά την παροχή ιατρικής φροντίδας που οδήγησε σε αναπηρία ή παρατεταμένη νοσηλεία (Mills D.H. et al., 1977).

Πολλές φορές η έννοια του λάθους στον χώρο της υγείας συγγέεται με την έννοια του *δυσμενούς ή ανεπιθύμητου συμβάντος (adverse event)*. Τη δεκαετία του 1990 δημοσιεύτηκαν τέσσερις (4) μεγάλες έρευνες για τα λάθη στο χώρο της υγείας, δίδοντας ιδιαίτερη έμφαση στον όρο *δυσμενές συμβάν*. Σύμφωνα με τις μελέτες «*Harvard Medical Practice Study*» (Leape et al., 1991, Brennan et al., 1991), «*The Utah and Colorado Medical Practice Study*» (Thomas et al., 2000a), «*The Quality in Australian Health Study*» (Wilson et al., 1995, Wilson et al., 1999) και την μελέτη «*To Err is Human: Building a Safer Health System*» (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care, 2000) του IOM ως *δυσμενές συμβάν (adverse event)* ορίζεται μια εντοπισμένη βλάβη ή επιπλοκή που προκαλείται στους ασθενείς από την ιατρική φροντίδα, δεν οφείλεται στην επικείμενη νόσο του ασθενούς και οδηγεί σε αναπηρία, σε παρατεταμένη νοσηλεία του ασθενούς στο νοσοκομείο ακόμη και σε θάνατο. Το *δυσμενές ή ανεπιθύμητο συμβάν* αναφέρεται στην έκβαση της διαδικασίας ενώ το λάθος όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενη ενότητα χαρακτηρίζει την ενέργεια. Αυτό σημαίνει ότι το λάθος μπορεί να προκαλέσει *δυσμενές συμβάν* μπορεί όμως και όχι είτε γιατί η ενέργεια αυτή δεν είχε βλαβερές συνέπειες και ο ασθενής δεν εκδήλωσε κανένα πρόβλημα, είτε γιατί έγινε αντιληπτή εγκαίρως και μπόρεσε να αποτραπεί (Διάγραμμα 6.1). Το λάθος είναι αιτία επαρκής αλλά όχι ικανή για να προκληθεί *δυσμενές συμβάν*. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα *δυσμενή συμβάματα* δεν οφείλονται πάντα σε λάθη ή παραλείψεις αλλά είναι

αποτέλεσμα μιας σωστής ενέργειας της οποίας όμως το ανεπιθύμητο συμβάν ήταν άγνωστο (επιπλοκή) ή γνωστό και αναμενόμενο αλλά δεν μπορούσε να προληφθεί (πχ δυσμενή φαρμακευτικά συμβάντα).

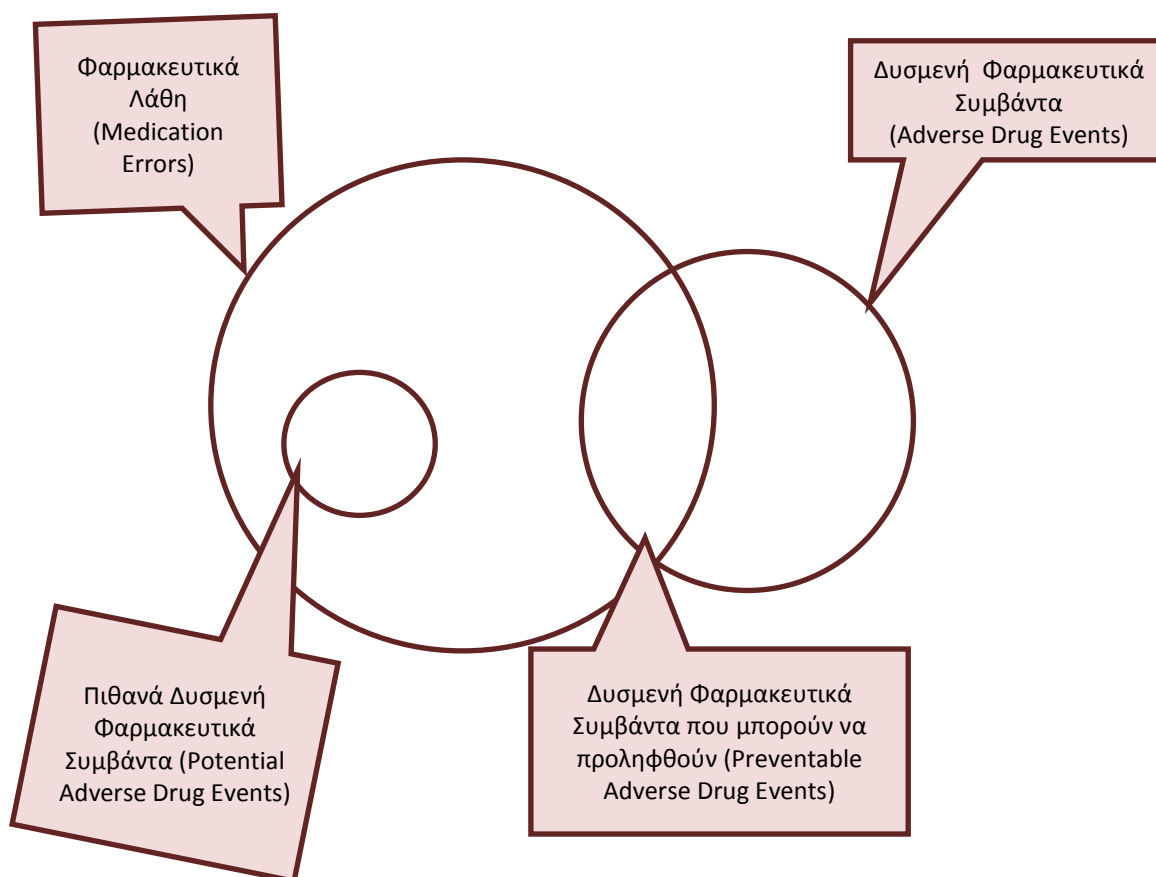
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.1 Σχέση ιατρικού λάθους και δυσμενούς συμβάντος



Πηγή: (QuIC, 2000; Vozikis and Riga, 2012)

Τα δυσμενή φαρμακευτικά συμβάντα μπορεί να οφείλονται είτε σε λάθη (λανθασμένη δοσολογία, λανθασμένος τρόπος χορήγησης κλπ) ή παραλείψεις είτε σε φαρμακευτικές αντιδράσεις και παρενέργειες. Στην Εικόνα 6.1 που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχέση των φαρμακευτικών λαθών με τα ανεπιθύμητα φαρμακευτικά συμβάντα.

ΕΙΚΟΝΑ 6.1 Σχέση φαρμακευτικού λάθους και δυσμενούς φαρμακευτικού συμβάντος



Πηγή: (Gandhi et al., 2000)

Το δυσμενές συμβάν που οφείλεται σε λάθος μπορεί να αποτραπεί (preventable adverse event). Ο Leape (1994), ταξινομεί τα δυσμενή συμβάντα σε τρεις (3) κατηγορίες (Leape, 1994):

- i. Αυτά που μπορεί να προληφθούν, όταν είναι αποτέλεσμα ενός λάθους (preventable adverse event).
- ii. Αυτά που δεν μπορούν να προληφθούν, καθώς είναι αποτέλεσμα μιας επιπλοκής που δεν μπορεί να προληφθεί (unpreventable adverse event).

- iii. Αυτά που δυνητικά μπορούν να προληφθούν, όπως οι λοιμώξεις κλπ (potential adverse event).

Στην βιβλιογραφία γίνεται συχνά αναφορά και για το δυσμενές συμβάν του οποίου η σοβαρότητα και η κρισιμότητα θα μπορούσε να είχε περιοριστεί σημαντικά εάν ήταν διαφορετικές οι ενέργειες που είχαν ακολουθηθεί (ameliorable adverse event) (Forster et al., 2003)

Αξίζει να αναφερθεί σε αυτό το σημείο ότι η ύπαρξη ανεπιθύμητων συμβάντων στο χώρο της υγείας δεν σημαίνει πάντα χαμηλής ποιότητας φροντίδα υγείας ούτε και το αντίστροφο ισχύει (Brennan et al., 2004).

Στις μελέτες «The Harvard Medical Practice Study» (Leape et al., 1991, Brennan et al., 1991), «The Utah and Colorado Medical Practice Study» (Thomas et al., 2000a), πέρα από την εννοιολογική αποσαφήνιση του όρου δυσμενές συμβάν αναφέρεται για πρώτη φορά και ο όρος εξ αμελείας δυσμενές συμβάν (*negligent adverse event*) ως υποκατηγορία των αποτρέψιμων δυσμενών συμβάντων (preventable adverse events) το οποίο όμως πληροί τα νομικά κριτήρια που στοιχειοθετούν την αμέλεια.

Πέρα από τη λέξη λάθος, σφάλμα και δυσμενές ή ανεπιθύμητο συμβάν, στην βιβλιογραφία, σχετικά με ζητήματα ασφάλειας ασθενούς χρησιμοποιούνται και άλλοι παρόμοιοι όροι με τους προαναφερθέντες χωρίς να είναι σαφής και ευδιάκριτη η εννοιολογική τους διαφοροποίηση. Σύμφωνα με τους Cook και συν. (2004), είναι γεγονός ότι η προσέγγιση ζητημάτων σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς δεν είναι κοινή για το σύνολο των επαγγελματιών υγείας (Cook et al., 2004).

Δεύτερη σε συχνότητα εμφάνισης λέξη παρόμοια με το δυσμενές συμβάν είναι το σημαντικό γεγονός (*sentinel event*). Σε αυτό αναφέρθηκε πρώτος ο JCAHO (2002), ορίζοντάς το ως ένα απροσδόκητο γεγονός που εμπλέκει θάνατο, ή σοβαρή φυσική ή ψυχολογική βλάβη ή κίνδυνο αυτών. Η σοβαρή φυσική ή ψυχολογική βλάβη αναφέρεται στην απώλεια κάποιου μέλους του σώματος ή λειτουργίας ενώ ο κίνδυνος αυτών αναφέρεται σε κάθε παραλλαγή της διαδικασίας της οποίας η επανάληψη θα υπέκρυπτε κίνδυνο εμφάνισης σοβαρού ιατρικού σφάλματος ή πρόκλησης δυσμενούς συμβάντος (JCAHO, 2002a). Ο όρος *sentinel* στα ελληνικά μεταφράζεται ως φρουρός, σκοπός και χρησιμοποιείται για συμβάντα που χρήζουν άμεσης έρευνας και διεκπεραίωσης. Τέτοια συμβάντα είναι (JCAHO, 2002a):

- i. Οποιοδήποτε γεγονός οδήγησε σε ακρωτηριασμό κάποιου μέλους του ανθρώπινου σώματος ή απώλεια κάποιας λειτουργίας τα οποία δεν σχετίζονται με την υποκείμενη νόσο.
- ii. Συμβάντα όπως αυτοκτονία, βιασμός, παράδοση νεογνού σε λάθος οικογένεια, βίαιη απαγωγή ασθενούς, εγχείρηση σε λάθος μέλος ασθενούς κλπ

Το *par' ολίγον λάθος* αποδίδεται στα αγγλικά με τους όρους *close call* ή *near miss* οι οποίοι είναι σχεδόν ταυτόσημοι και αναφέρονται σε κάποια ενέργεια ή κατάσταση η οποία θα μπορούσε να είχε προκαλέσει δυσμενές συμβάν αλλά έγινε αντιληπτό εγκαίρως και αποφεύχθηκε ή κατά τύχη αποφεύχθηκε (Barach and Small, 2000).

Ένας άλλος όρος ο οποίος χρησιμοποιείται πιο σπάνια είναι ο όρος *συνθήκες επιρρεπής σε κινδύνους (risk prone conditions)* αναφερόμενος σε οποιαδήποτε συνθήκη η οποία αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα δυσμενούς έκβασης (WHO, 2009).

Μια έννοια η οποία χρησιμοποιείται συχνά όταν γίνεται αναφορά στα δυσμενή φαρμακευτικά συμβάντα είναι οι *παρενέργειες (side effects)* οι οποίες χαρακτηρίζουν τις γνωστές δράσεις ενός φαρμάκου, διαφορετικές από αυτές που αρχικά σχεδιάστηκε (WHO, 2009).

Παρόμοιο περιεχόμενο με τις παρενέργειες έχει και ο *ιατρογενής τραυματισμός ή ασθένεια (iatrogenic injury or illness)* ο οποίος αναφέρεται στην ανεπιθύμητη επίδραση που προέρχεται, εν μέρει ή συνολικά, από ιατρική διαδικασία ή φαρμακευτική αγωγή και δεν είναι άμεση ή έμμεση επιπλοκή της αρχικής κατάστασης ή της νόσου του ασθενούς. Η διαφορά των *ιατρογενών τραυματισμών* από τις *παρενέργειες (side effects)* είναι ότι δεν είναι καν γνωστές και επομένως είναι εντελώς απρόσμενες. Δεν οφείλονται σε τεχνικές αστοχίες και για αυτό το λόγο δε διώκονται ποινικά. Ο όρος αυτός επίσης δε διαφοροποιείται από την έννοια του ανεπιθύμητου συμβάντος (Perper, 1994) .

Η έννοια του *τραυματισμού (injury)* χρησιμοποιείται εναλλακτικά στην καθημέρα κλινική πρακτική έναντι της έννοιας του *λάθους*. Ο WHO (2009), ορίζει ως *τραυματισμό* την φθορά των ιστών προκληθείσα από κάποια αιτία ή από συνδυασμό ενεργειών και γεγονότων. Τα λάθη γίνονται αντιληπτά όταν προκαλέσουν κάποιο δυσμενές συμβάν ή τραυματισμό στον ασθενή επηρεάζοντας αρνητικά την έκβαση της υγείας του (WHO, 2009). Ο Leape (1994), υποστηρίζει ότι τα περισσότερα λάθη δεν καταλήγουν σε τραυματισμό (Leape, 1994).

Ο όρος *incident* συναντάται συχνά σε θέματα σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς και χρησιμοποιείται ως όρος με ευρύτερο περιεχόμενο μέχρι να αξιολογηθεί το συμβάν (Morimoto et al., 2004). Χαρακτηρίζει το συμβάν το οποίο οδήγησε ή εν δυνάμει θα οδηγήσει σε βλάβη ανευ δόλου ή και απώλεια ενός ασθενούς (Runciman, 2006). Το Εθνικό Συμβούλιο Ερευνών (National Research Council) όρισε ως *incident* το συμβάν το οποίο αν λάμβανε χώρα κάτω από ελάχιστα διαφορετικές συνθήκες θα χαρακτηριζόταν ως ατύχημα. Ως *critical event* ορίζεται το απροσδόκητο συμβάν το οποίο έχει ως συνέπεια την σοβαρή ζημία ή ακόμα και την απώλεια της ανθρώπινης ζωής (National Research Council, 1980).

Πολύ συχνά απαντάται στην αγγλική βιβλιογραφία και ο όρος *βλάβη (harm)* η οποία χαρακτηρίζει την επι μέρους απώλεια της δομής ή της λειτουργικής ικανότητας του σώματος καθώς και την αρνητική επίδραση που προκύπτει από αυτή (WHO, 2009).

Ο *παράγοντας κινδύνου (hazard)* αναφέρεται σε κάθε τι που προκαλεί βλάβη. *Hazard* ορίζεται επίσης ο παράγοντας, η συνθήκη ή η ενέργεια η οποία μπορεί να οδηγήσει ή να αυξήσει τον κίνδυνο (Σπάρος, 2003). Ο Schimmel (1964), στο άρθρο του με τίτλο «The hazards of hospitalization» αναφέρει τις έννοιες «hazard, adverse reaction, adverse episodes, incidence, risk» και ταξινομεί τις *αντιδράσεις (reactions)* σε αυτές

που οφείλονται σε διαγνωστικές ή θεραπευτικές παρεμβάσεις που έγιναν στο νοσοκομείο και σε αυτές που προέκυψαν από λάθη αμέλειας ιατρών ή νοσηλευτών (Schimmel, 1964).

6.3.1 Κατηγοριοποίηση δυσμενών συμβάντων

Μετά την δημοσιοποίηση της Έκθεσης του IOM (2000), σχετικά με τα ιατρικά λάθη δημιουργήθηκε το Εθνικό Φόρουμ Ποιότητας (National Quality Forum) στην Αμερική επιφορτιζόμενο με την καταγραφή και την κατηγοριοποίηση των δυσμενών συμβάντων που είχαν αναφερθεί ώστε να συμβάλλει στην διευκόλυνση της αναφοράς και της καταγραφή τους στο μέλλον καθώς και στην περαιτέρω διερεύνησή τους. Σύμφωνα με τον μη κερδοσκοπικό αυτό φορέα τα δυσμενή συμβάντα που θα πρέπει να αναφέρονται και να διερευνώνται όταν λαμβάνουν χώρα σε έναν φορέα παροχής φροντίδας υγείας είναι είκοσι εννιά (29) και κατηγοριοποιούνται σε επτά (7) κατηγορίες, έξι (6) εκ των οποίων αφορούν την παροχή φροντίδας υγείας και μία (1) αφορά αξιόποινες ποινικές πράξεις οι οποίες υποβιβάζουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και θέτουν υπό αμφισβήτηση την ασφάλεια του ασθενούς (Πίνακας 6.2) (Kizer and Stegun, 2012).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.2 Δυσμενή συμβάντα κατά την παροχή φροντίδας υγείας

Χειρουργική ή επεμβατική διαδικασία
α) Χειρουργική επέμβαση ή άλλη επεμβατική διαδικασία σε λάθος θέση.
β) Χειρουργική επέμβαση ή άλλη επεμβατική διαδικασία σε λάθος ασθενή.
γ) Λανθασμένη χειρουργική ή επεμβατική διαδικασία σε έναν ασθενή.
δ) Ακούσια παραμονή ξένου αντικειμένου σε ένα ασθενή μετά από χειρουργική επέμβαση ή άλλη επεμβατική διαδικασία.
ε) Διεγχειρητικός ή άμεσος μετεγχειρητικός θάνατος σε ASA Class I ασθενή.
Προϊόντα ή συσκευές
α) Θάνατος ή σοβαρός τραυματισμός ασθενούς που σχετίζεται με τη χρήση μολυσμένων φαρμάκων, συσκευών ή βιολογικών προϊόντων στη μονάδα παροχής φροντίδας υγείας.
β) Θάνατος ή σοβαρός τραυματισμός ασθενούς που σχετίζεται με τη λανθασμένη χρήση ή λειτουργία συσκευής κατά την παροχή φροντίδα υγείας.
γ) Θάνατος ή σοβαρός τραυματισμός ασθενούς που σχετίζεται με την ενδοαγγειακή εμβολή αέρα κατά την παροχή φροντίδας υγείας.
Προστασία του ασθενούς
α) Απαλλαγή ή απελευθέρωση ασθενούς όποιας ηλικίας, ο οποίος είναι ανίκανος να λαμβάνει αποφάσεις καθώς και λήψη αποφάσεων από άλλο εξουσιοδοτημένο πρόσωπο.
β) Θάνατος ασθενούς ή σοβαρός τραυματισμός του, ο οποίος σχετίζεται με την απαγωγή του (εξαφάνιση).
γ) Αυτοκτονία ασθενούς, απόπειρα αυτοκτονίας, ή αυτοτραυματισμός που καταλήγει σε σοβαρό τραυματισμό, κατά την παροχή υγειονομικής φροντίδας σε μονάδα υγειονομικής περίθαλψης.
Διαχείριση της φροντίδας
α) Θάνατος ή σοβαρός τραυματισμός ασθενούς που σχετίζεται με την φαρμακευτική αγωγή (λάθος φάρμακο, λάθος δόση, λάθος ασθενής, λάθος χρόνος χορήγησης, λάθος ρυθμός χορήγησης, λάθος προετοιμασία, λανθασμένη οδός χορήγησης).

β) Θάνατος ή σοβαρός τραυματισμός ασθενούς σχετιζόμενος με μη ασφαλή χορήγηση προϊόντων αίματος.
γ) Θάνατος ή σοβαρός τραυματισμός μητέρας σχετιζόμενος με τη διαδικασία του τοκετού σε χαμηλού κινδύνου εγκυμοσύνη, κατά την παροχή φροντίδας από τη μονάδα.
δ) Θάνατος ή σοβαρός τραυματισμός νεογνού κατά τον τοκετό σε χαμηλού κινδύνου εγκυμοσύνη.
ε) Θάνατος ή σοβαρός τραυματισμός ασθενούς οφειλόμενος σε πτώση κατά τη παροχή υγειονομικής φροντίδας.
στ) Έλκη πίεσης (σταδίου 3, 4, απροσδιορίστου σταδίου) που αποκτήθηκαν μετά την εισαγωγή ή παρουσία σε περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης.
η) Τεχνητή γονιμοποίηση με το σπέρμα λάθος δότη ή με λάθος ωάριο.
θ) Θάνατος ή σοβαρός τραυματισμός ασθενούς από την ανεπανόρθωτη απώλεια αναντικατάστατου βιολογικού δείγματος.
ι) Θάνατος ή σοβαρός τραυματισμός ως αποτέλεσμα της έλλειψης επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ του εργαστηρίου, του ακτινολογικού τομέα και της αντίστοιχης κλινικής.
Περιβάλλον
α) Θάνατος ή σοβαρός τραυματισμός ασθενούς ή εργαζομένου οφειλόμενος σε ηλεκτρικό σοκ κατά την παροχή φροντίδας υγείας.
β) Κάθε περιστατικό που σχετίζεται με συστήματα παροχής οξυγόνου ή άλλο αερίου για την παροχή φροντίδας στον ασθενή αλλά δεν περιέχουν καθόλου αέριο, ή λάθος αέριο ή έχουν μολυνθεί με τοξικές ουσίες.
γ) Θάνατος ή σοβαρός τραυματισμός ασθενούς ή εργαζομένου που σχετίζεται με έγκαυμα από οποιαδήποτε πηγή κατά την παροχή φροντίδας υγείας.
δ) Θάνατος ή σοβαρός τραυματισμός ασθενούς ή εργαζομένου που σχετίζεται με φυσικά εμπόδια ή τα κάγκελα του κρεβατιού κατά την παροχή φροντίδας υγείας.
Ακτινολογία
α) Θάνατος ή σοβαρός τραυματισμός ασθενούς ή εργαζομένου που σχετίζεται με την εισαγωγή ενός μεταλλικού αντικειμένου στην περιοχή του μαγνητικού τομογράφου.
Πιθανά ποινικά αδικήματα
α) Παροχή φροντίδας υγείας από επαγγελματίες υγείας χωρίς το αναγκαίο επιστημονικό υπόβαθρο.
β) Απαγωγή ασθενούς κάθε ηλικίας.
γ) Σεξουαλική επίθεση ή κακοποίηση σε ασθενή ή σε εργαζόμενο στη μονάδα παροχής υγειονομικής φροντίδας.
δ) Θάνατος ή σοβαρός τραυματισμός ασθενούς ή εργαζομένου ως αποτέλεσμα βίαιης επίθεσης (πχ χειροδικία) εντός της μονάδας παροχής υγειονομικής φροντίδας.

Πηγή: (Kizer and Stegun, 2012)

6.3.2 Κατηγοριοποίηση ιατρικών λαθών

Τα ιατρικά λάθη είναι δύσκολο να κατηγοριοποιηθούν αυστηρά, αφού η αμελής συμπεριφορά του ιατρού (που μπορεί να συνίσταται είτε σε πράξη είτε σε παράλειψη ενέργειας) συνδέεται κάθε φορά άρρηκτα με τα κρίσιμα πραγματικά περιστατικά. Έτσι, το ιατρικό λάθος μπορεί να εμφανιστεί με πολλές «μορφές». Βέβαια, η δημιουργία κατηγοριών ιατρικού λάθους διευκολύνει τη δημιουργία κριτηρίων ευθύνης. Στην προσπάθεια συστηματοποίησης των ιατρικών λαθών, έχουν προταθεί διάφορες διακρίσεις:

6.3.2.1. Διάκριση σε «ανθρώπινο λάθος» και «συστημικό λάθος»

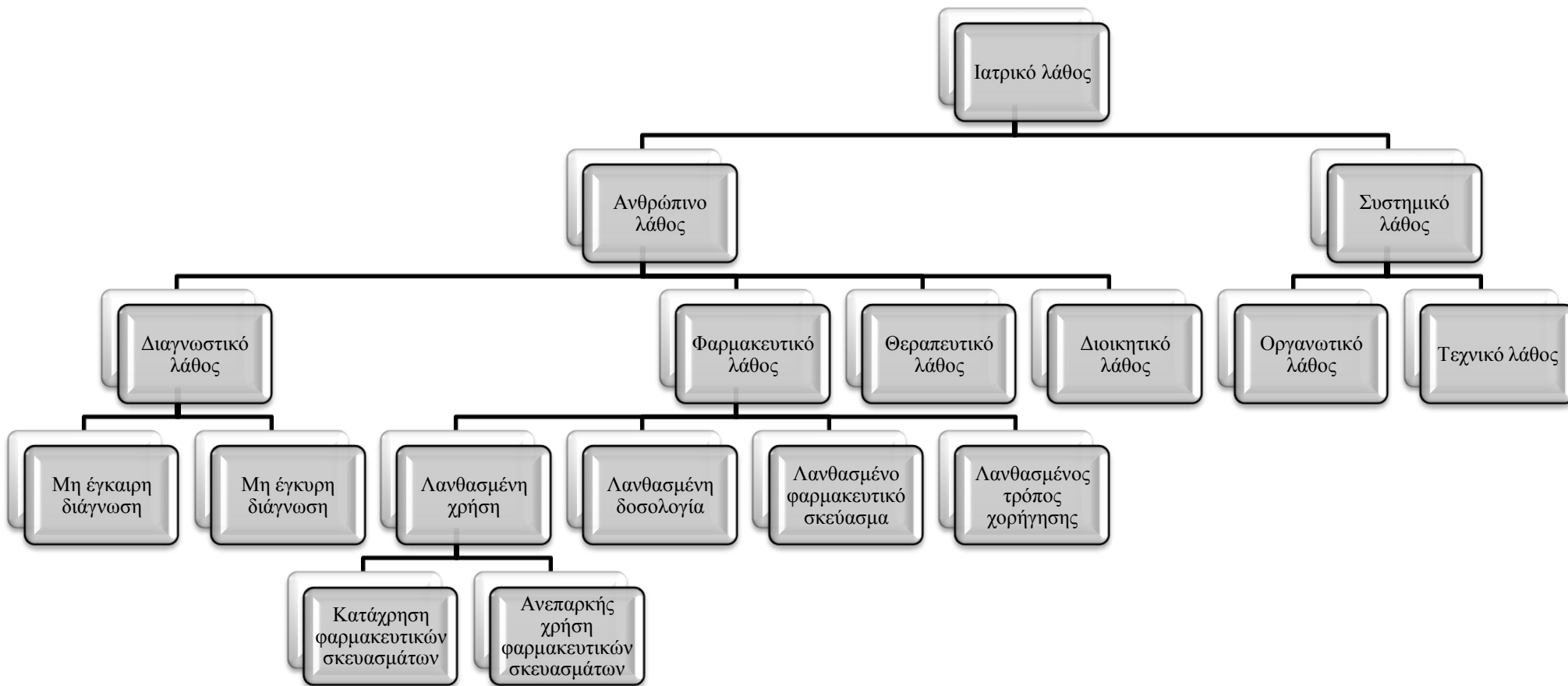
Τα ιατρικά λάθη αποτελούν ανθρώπινα λάθη και μπορεί να μελετηθούν είτε σαν προσωπικά λάθη του ατόμου που εμπλέκεται άμεσα σε αυτά είτε σαν λάθη του συστήματος μέσα στο οποίο ενεργεί το άτομο πχ νοσοκομείο (Διάγραμμα 6.2). Οι δυο (2) προσεγγίσεις αυτές οδηγούν σε διαφορετική αντιμετώπιση και πρόληψη των λαθών.

Η προσέγγιση ενός ιατρικού λάθους σαν λάθος του συστήματος στηρίζεται στην αποδοχή ότι οι άνθρωποι παρότι δεν το επιθυμούν κάτω από κάποιες συνθήκες κάνουν και θα κάνουν λάθη. Τα λάθη χτίζονται μέσα από επιμέρους παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι αθροιζόμενοι ευνοούν την πραγματοποίησή τους. Κατά κανόνα, στην διενέργεια ενός λάθους εμπλέκονται περισσότεροι από ένας άνθρωποι με διαφορετικά μερίδια ευθύνης. Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο όταν κτιστούν οι κατάλληλες προϋποθέσεις τότε αρκεί μια μικρή συγκυρία για να μετατρέψει ένα επωαζόμενο λάθος σε πραγματικό λάθος (μοντέλο ελβετικού τυριού). Ένας άνθρωπος κάνει λάθος με μεγαλύτερη ευκολία μέσα σε επικίνδυνες συνθήκες. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, το λάθος είναι αποτέλεσμα και όχι αιτία ή τυχαίο γεγονός (Editorial, 2011).

Η ατομική προσέγγιση, που είναι η συνήθης προσέγγιση θεωρεί ότι ένα λάθος οφείλεται σε λανθασμένη εκτίμηση, μειωμένη προσοχή, αμέλεια και γενικά ατυχή χειρισμό από το άτομο που το πραγματοποιεί. Κατά βάση πρόκειται για μια ηθική και συναισθηματική προσέγγιση. Καταλήγει σε μομφή για αποτυχία, σε ενοχοποίηση, σε συναίσθημα ντροπής και απαξίωσης. Αυτά οδηγούν σε εκφοβισμό για τις συνέπειες από την πραγματοποίηση ενός λάθους και σε πειθαρχικές ή δικαστικές κυρώσεις (Editorial, 2011, Perrow, 1984).

Αν το ζητούμενο είναι η πρόληψη των λαθών καθώς και η ανάλυσή και αποφυγή τους στο μέλλον, τότε πρωτεύει η προσέγγισή των λαθών σαν λάθη του συστήματος. Η προσέγγιση αυτή στοχεύει στο να τιθασεύει την ασταθή, μεταβλητή ανθρώπινη δραστηριότητα. Αν το ζητούμενο είναι η τιμωρία, η απόδοση ευθυνών και χλεύης τότε προτιμάται η ατομική προσέγγιση (Editorial, 2011, Perrow, 1984).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.2 Ανθρώπινα και συστημικά λάθη στο χώρο της υγείας



Πηγή:(Perrow,1984)

6.3.2.2. Διάκριση ιατρικών λαθών βάσει συγκεκριμένων και γενικευμένων ποιοτικών ελλείψεων

Με άλλα λόγια τα ιατρικά λάθη διακρίνονται ανάλογα με το αν συναρτώνται με i) συγκεκριμένες ποιοτικές ελλείψεις, ii) γενικευμένες ποιοτικές ελλείψεις iii) θέματα οργανωτικής ή συντονιστικής φύσης (Διάγραμμα 6.3) (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.3 Διάκριση ιατρικών λαθών βάσει συγκεκριμένων και γενικευμένων ποιοτικών ελλείψεων

Συγκεκριμένες ποιοτικές ελλείψεις	Γενικευμένες ποιοτικές ελλείψεις	Θέματα οργανωτικής ή συντονιστικής φύσης
<ul style="list-style-type: none">• Παράλειψη παροχής ιατρικών υπηρεσιών• Διαγνωστικά σφάλματα• Σφάλματα κατά την διασφάλιση των ευρημάτων• Σφάλματα ως προς την επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου• Η παραβίαση της υποχρέωσης για ιατρικό έλεγχο, συμβουλή και καθοδήγηση του ασθενούς• Παραβίαση της υποχρέωσης ελέγχου του βοηθητικού προσωπικού και εποπτείας των νέων ιατρών	<ul style="list-style-type: none">• Σφάλμα ανάληψης του ασθενούς από τον ιατρό	<ul style="list-style-type: none">• Εξοπλισμοί• Το επίπεδο υγιεινής• Προμήθειες των αναγκαίων φαρμάκων• Αναθέσεις των επιμέρους ιατρικών πράξεων στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό

Πηγή: (Κυράνου – Τσίπτσιου, 2014)

Όσον αφορά τα *διαγνωστικά λάθη (diagnostic errors)* παρατηρείται ότι δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ιατρικά σφάλματα σε κάθε περίπτωση. Ενδεικτικά διαγνωστικά λάθη είναι (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014):

- Παράλειψη ακριβούς διάγνωσης.
- Εσφαλμένη διάγνωση και θεραπεία.
- Κακή εκτίμηση των συμπτωμάτων.
- Λάθος ως προς τον εντοπισμό της ακριβούς θέσης της νόσου.
- Υποβολή του ασθενούς σε περιττές διαγνωστικές εξετάσεις.
- Παράλειψη διαγνωστικής μεθόδου (επειδή την αγνοούσε ο ιατρός ή θεώρησε λανθασμένα ότι δεν ήταν αναγκαία στη συγκεκριμένη περίπτωση).
- Παράλειψη εξέτασης του ασθενούς.
- Λάθος ως προς τη διασφάλιση των ευρημάτων.

Κι αυτό, γιατί η ορθότητα της διάγνωσης, της διαπίστωσης δηλαδή της ασθένειας με τη μορφή πορίσματος από μια διαδικασία συλλογής και αξιολόγησης στοιχείων που αφορούν την υγεία του ασθενούς, δεν εξασφαλίζεται ακόμη και αν ο ιατρός επιδείξει ύψιστη επιμέλεια καθώς υπάρχουν παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν τελικά σε λανθασμένο αποτέλεσμα. Τέτοιοι παράγοντες είναι (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014):

- Η ύπαρξη λανθασμένων εργαστηριακών αποτελεσμάτων (για τα οποία δεν ευθύνεται ο ιατρός που προβαίνει στη διάγνωση, αλλά ο μικροβιολόγος που τα εξέτασε).
- Ευρήματα που η ποιότητα ή η ποσότητά τους δυσχεραίνουν την ακριβή διάγνωση.
- Το αντικειμενικό περιθώριο λάθους του ιατρού.

Όπως επισημαίνεται η κρίση για το αν η εσφαλμένη διάγνωση συνιστά ή όχι ιατρικό λάθος δεν συναρτάται από την ορθότητα του διαγνωστικού πορίσματος, αλλά με το αν ο ιατρός επέδειξε την επιμέλεια που απαιτείται και εξάντλησε τις ειδικές διαγνωστικές μεθόδους κατά τη συλλογιστική πορεία που προηγήθηκε του πορίσματος στο οποίο κατέληξε. Ο ιατρός λοιπόν, πριν καταλήξει σε κάποιο διαγνωστικό πόρισμα υποχρεούται να προβαίνει σε λεπτομερή και εμπειριστατωμένη εξέταση του ασθενούς διενεργώντας όλες τις απαραίτητες παρακλινικές εξετάσεις και εξαντλώντας τις επιστημονικές μεθόδους ελέγχου και επαλήθευσης της διάγνωσης. Με δεδομένο αυτό, θεωρείται ότι έχει υποπέσει σε ιατρικό λάθος ο ιατρός που καταλήγει σε προφανώς εσφαλμένο διαγνωστικό πόρισμα επειδή παρέλειψε να λάβει πλήρες ιστορικό του ασθενούς ή να εκτιμήσει ιατρικά ευρήματα ή να εξαντλήσει τις απαιτούμενες εργαστηριακές μεθόδους διάγνωσης. Διαγνωστικό σφάλμα δεν πρέπει, πάντως να καταλογίζεται στον ιατρό που μολονότι επέδειξε ύψιστη επιμέλεια, κατέληξε σε λαθεμένο πόρισμα διότι ο ασθενής του απέκρυψε κρίσιμες πληροφορίες για την εξαγωγή ορθού ιατρικού πορίσματος. Περαιτέρω, επειδή η διάγνωση δεν είναι οριστική από την πρώτη επίσκεψη του ασθενούς στον ιατρό και διαμορφώνεται σταδιακά με παρακολούθηση της νόσου και διενέργεια των κατάλληλων εξετάσεων, θα πρέπει να καταλογίζεται στον ιατρό ιατρικό λάθος μόνο αν δεν φροντίσει να διορθώσει την αρχική του διάγνωση η οποία εκ των υστέρων αποδείχτηκε εσφαλμένη (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014).

Σφάλμα θεραπευτικής ενημέρωσης (παράλειψη ενημέρωσης, ελλιπής ενημέρωση, απόκρυψη πληροφοριών που θα ήθελε να γνωρίζει ο ασθενής) μπορεί να προκύψει σε οποιοδήποτε στάδιο της ιατρικής αγωγής. Έτσι, μπορεί να προκύψει σφάλμα σε σχέση με την ενημέρωση ως προς τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων, την ενημέρωση ως προς την πιθανή εξέλιξη της ασθένειας (πρόγνωση), την προεγχειρητική, αλλά και την μεταθεραπευτική ενημέρωση (π.χ. λανθασμένες οδηγίες του ιατρού σχετικά με την λήψη φαρμάκων ή την τήρηση συγκεκριμένης διατροφής). Ο ιατρός υποχρεούται να καθοδηγεί και να συμβουλεύει τον ασθενή, με γνώμονα πάντα τη βελτίωση ή την διατήρηση της υγείας του. Στην έννοια της θεραπευτικής ενημέρωσης υπάγεται και η ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με την τέλεση (από τον ίδιο ή από άλλο ιατρό) ιατρικού λάθους, εφόσον είναι αναγκαία η

λήψη μέτρων (καινούργια θεραπεία ή ακόμα και χειρουργική επέμβαση), με σκοπό την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς, αλλά ακόμα και η πληροφόρηση για παράδειγμα για τις ενδεχόμενες παρενέργειες του σκευάσματος που του συνταγογράφησε, χωρίς να επαφίεται στο γεγονός ότι ο ασθενής θα διαβάσει το συνοδευτικό έντυπο του φαρμάκου (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014, Φουντεδάκη, 2003).

Σφάλμα ανάληψης υπάρχει όταν ο ιατρός αναλαμβάνει την ιατρική φροντίδα του ασθενούς παρότι δεν διαθέτει τις ατομικές ικανότητες ή δεν συντρέχουν οι αντικειμενικές προϋποθέσεις που εξασφαλίζουν την τήρηση του οφειλόμενου προτύπου επιμέλειας (Φουντεδάκη, 2003). Αυτό συμβαίνει όταν ο ιατρός αναλαμβάνει να θεραπεύσει ασθενή, το πρόβλημα υγείας του οποίου δεν ανήκει στην ειδικότητά του ή να εφαρμόσει θεραπεία χωρίς να διαθέτει τις αναγκαίες εξειδικευμένες γνώσεις και ικανότητες, καθώς και όταν ο ιατρός δεν διαθέτει τον απαιτούμενο για την εκτέλεση της ιατρικής πράξης εξοπλισμό ή το απαραίτητο βοηθητικό προσωπικό ή όταν βρίσκεται σε παροδική έστω αδυναμία λόγω ασθένειας, κούρασης ή επηρείας ουσιών.

6.3.2.3. Διάκριση των ιατρικών λαθών με βάση το στάδιο περίθαλψης

Η κατηγοριοποίηση που παρουσίασε το IOM στις ΗΠΑ στην Έκθεση του δημοσίευσε το 2000 έχει γίνει ευρύτερα αποδεκτή στην διεθνή βιβλιογραφία, αποδεχόμενοι το γεγονός, ότι τα ιατρικά λάθη μπορούν να παρουσιαστούν σε όλα τα στάδια της υγειονομικής φροντίδας (πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, άλλα) (clinical path). Σύμφωνα λοιπόν με το IOM τα ιατρικά λάθη κατηγοριοποιούνται ακολούθως (Πίνακας 6.3):

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.3 Κατηγοριοποίηση των ιατρικών λαθών ανά στάδιο περίθαλψης

Στάδιο φροντίδας υγείας	Πιθανό ιατρικό λάθος
Πρόληψη	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Απουσία προληπτικών μέτρων ✓ Απουσία συνεχούς παρακολούθησης της θεραπείας
Διάγνωση	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Καθυστερημένη ή εσφαλμένη διάγνωση ✓ Απουσία ενδεδειγμένων εξετάσεων ✓ Χρήση απαρχαιομένων εξετάσεων ή θεραπείας ✓ Μη έγκαιρη παρέμβαση
Θεραπεία	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Λάθος κατά την διενέργεια ιατρικής ή χειρουργικής παρέμβασης ✓ Καθυστέρηση στην λήψη φαρμακευτικής αγωγής ✓ Λάθος κατά την θεραπευτική αγωγή ✓ Λάθος στη δοσολογία ή τον τρόπο χορήγησης της φαρμακευτικής αγωγής ✓ Ακατάλληλη θεραπεία
Άλλο	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Αποτυχία στην επικοινωνία ιατρού ασθενούς ✓ Δυσλειτουργία ιατρικού και τεχνολογικού εξοπλισμού ✓ Άλλες αποτυχίες του συστήματος παρεχόμενης φροντίδας

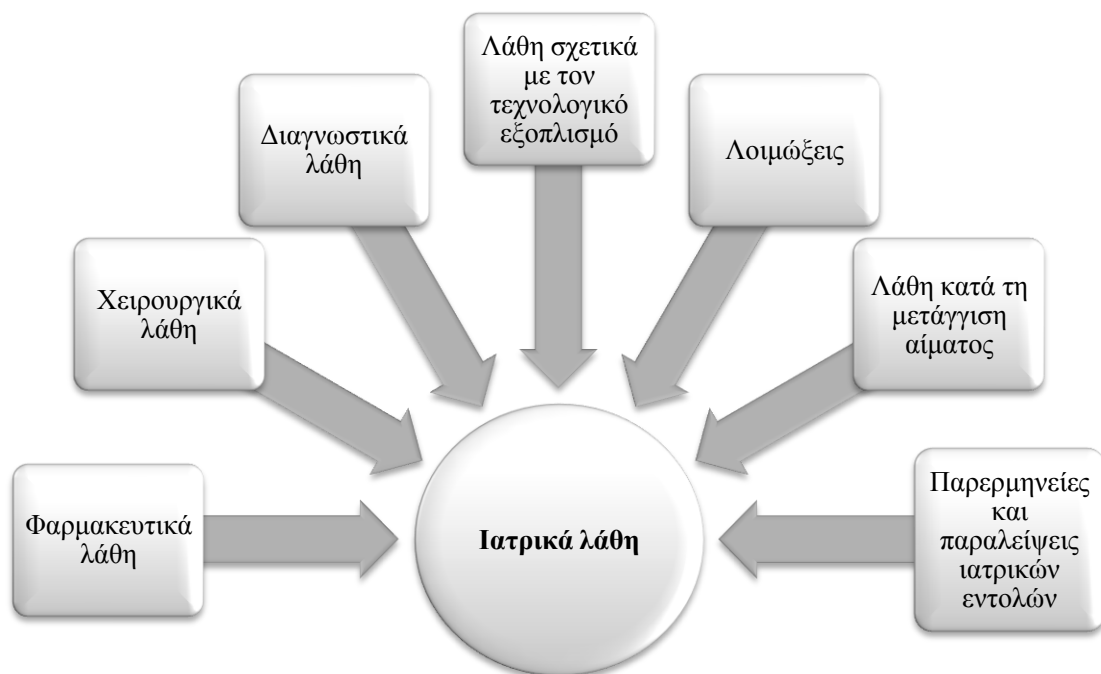
Πηγή: (IOM, 2000)

Πέρα από το στάδιο περίθαλψης, θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν και ως προς (Bates et al., 1995, Dickinson, 2000, Lazarou et al., 1998, Null Gary et al, 2007, Thomas et al., 2000b):

- Τη σοβαρότητα της βλάβης που δημιουργήθηκε από το λάθος (πρόκληση δυσμενούς συμβάντος, βλάβη, θάνατος κλπ).
- Το είδος της μονάδας που παρατηρείται το λάθος (πχ ΜΕΘ, χειρουργείο κλπ).
- Τους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται (πχ ιατροί, νοσηλευτές κλπ).
- Την ύπαρξη ή όχι ιατρικής αμέλειας.

Σε άλλη μελέτη τα ιατρικά λάθη κατηγοριοποιούνται ως εξής (Διάγραμμα 6.4) (Bates et al., 2003):

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.4 Κατηγοριοποίηση των ιατρικών λαθών



Πηγή: (Bates et al., 2003)

6.3.2.4. Διάκριση ανάμεσα στο «τεχνικό» σφάλμα και την κοινή αμέλεια

Ως *τεχνικό σφάλμα* χαρακτηρίζεται το σφάλμα που συνδέεται με την παράβαση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης και εμπειρίας. Η συμπεριφορά θα κριθεί αν είναι ή όχι λανθασμένη με βάση ιατρικά κριτήρια. Αντιθέτως, κοινή αμέλεια υπάρχει σε περιπτώσεις όπου ο ιατρός σφάλει όχι ως επαγγελματίας, αλλά ως άνθρωπος, όπου δηλαδή υποκύπτει σε ανθρώπινο λάθος (π.χ. λόγω απροσεξίας ή έλλειψης συγκέντρωσης) όχι σε επιστημονικό λάθος. Το ανθρώπινο λάθος θα κριθεί βάσει των αντιλήψεων για τη συναλλακτική επιμέλεια. Η αντίληψη αυτή, δηλαδή ότι το τεχνικό σφάλμα πρέπει να διαχωριστεί από τις άλλες περιπτώσεις ευθύνης του ιατρού, πρέπει

να απορριφθεί, καθώς περιορίζει την ευθύνη για τεχνικό σφάλμα μόνο σε περίπτωση βαριάς αμέλειας (ενώ, όπως ήδη αναφέρθηκε, ο ιατρός ευθύνεται και για ελαφρά αμέλεια). Επιπλέον, υπάρχει σύγχυση πολλές φορές για τον χαρακτηρισμό ενός λάθους ως τεχνικού ή εξωιατρικού (κοινή αμέλεια). Επομένως, αυτή η διάκριση δεν οδηγεί σε αποκλεισμό της ευθύνης σε περίπτωση ανθρώπινου λάθους αντιθέτως, και το ανθρώπινο λάθος αποτελεί αντικοινωνικά ιατρικό λάθος, καθώς όπως μία «τεχνική» επιλογή *contra leges artis*, έτσι και μία κοινή απροσεξία συνιστούν παραβίαση του απαιτούμενου μέτρου επιμέλειας και συνεπάγονται τον ίδιο κίνδυνο για τον ασθενή (Φουντεδάκη, 2003).

6.3.2.5. Διάκριση ανάμεσα σε σφάλμα «πραγματικού τύπου» και «νομικού τύπου»

Το *νομικό ιατρικό σφάλμα* θεμελιώνεται όταν προκύπτει αμέλεια με βάση το κριτήριο της αντικειμενικοποιημένης αμέλειας (πχ στην περίπτωση που ο ιατρός αναλαμβάνει να παράσχει τις υπηρεσίες του ενώ δεν έχει τις απαιτούμενες ικανότητες ή εμπειρία ή τον αναγκαίο εξοπλισμό, δηλαδή όταν υπέπεσε σε σφάλμα ανάληψης). Στις υπόλοιπες περιπτώσεις όπου η αμελής συμπεριφορά του ιατρού συνδέεται με λανθασμένη ενέργεια (π.χ. λανθασμένη διάγνωση ή θεραπευτική αγωγή, παράλειψη ακριβούς διάγνωσης, παράλειψη της θεραπείας, τεχνικό σφάλμα) πρόκειται για το λεγόμενο *πραγματικό (ποιοτικό-επιστημονικό) ιατρικό σφάλμα* (Ανδρουλιδάκη - Δημητριάδη, 1993, Φουντεδάκη, 2003).

6.3.2.6. Διάκριση ανάμεσα σε σφάλματα «ενέργειας» και «εκτίμησης»

«Ζημιογόνος ζωή» και «Ζημιογόνος τεκνοποίηση» - σημεία διαφοροποίησης από το ιατρικό λάθος

Στα πλαίσια της ιατρικής ευθύνης χρησιμοποιούνται διεθνώς οι όροι *ζημιογόνος τεκνοποίηση (wrongful birth)* και *ζημιογόνος ζωή (wrongful life)* που αναφέρονται στις ακόλουθες περιπτώσεις (Evgenia, 2012, Carey, 2005):

- Γέννηση ενός παιδιού με προβλήματα υγείας που οφείλονται σε λάθος του ιατρού κατά τη διάρκεια της κύησης (τραυματισμός του εμβρύου, χορήγηση φαρμάκου με παρενέργειες, παράλειψη ενημέρωσης της εγκύου για τα αναγκαία προφυλακτικά μέτρα).
- Γέννηση ενός παιδιού με προβλήματα υγείας ως συνέπεια της μη έγκαιρης διάγνωσης του προβλήματος πριν ή κατά τη διάρκεια της κύησης, διότι ο ιατρός παρέλειψε να χρησιμοποιήσει ή χρησιμοποίησε εσφαλμένα κάποια διαγνωστικά μέσα (λ.χ. ο ιατρός δεν διενεργεί σωστά το υπερηχογράφημα του εμβρύου) ή δεν ενημέρωσε τους γονείς ότι είναι δυνατές ή επιβάλλονται κάποιες εξετάσεις (ένα συνηθισμένο παράδειγμα είναι η αμνιοπαρακέντηση σε έγκυο άνω των 35 ετών) και η μητέρα δεν προχώρησε σε άμβλωση, όπως θα έκανε αν γνώριζε το πρόβλημα.

Η διαφορά μεταξύ των δύο περιπτώσεων είναι ότι στην μεν πρώτη περίπτωση το ίδιο το πρόβλημα του παιδιού οφείλεται σε ενέργεια ή σε παράλειψη του ιατρού κατά την κύηση, ενώ στη δεύτερη το λάθος του ιατρού στη διάγνωση ή στην ενημέρωση δεν

προκαλεί το πρόβλημα υγείας του παιδιού, αλλά ουσιαστικά την ίδια τη γέννηση του παιδιού, με την έννοια της παράλειψης της διακοπής της κύησης. Είναι σαφές ότι οι δύο περιπτώσεις μπορούν να συνδυαστούν, δηλαδή ο ιατρός και να προκαλέσει το πρόβλημα και να μην ενημερώσει για το σχετικό ενδεχόμενο τη μητέρα.

- ➔ Γέννηση ενός (υγιούς ή όχι) ανεπιθύμητου παιδιού, διότι ο ιατρός απέτυχε στην άμβλωση ή τη στείρωση που διενέργησε ή έδωσε εσφαλμένη αντισύλληψη ή τέλος δεν ενημέρωσε τον ενδιαφερόμενο ότι αυτές οι διαδικασίες δεν έχουν πάντοτε απόλυτη επιτυχία (unwanted life - wrongful pregnancy).

Η διαφορά ουσιαστικά στους δύο (2) όρους έγκειται στο άτομο που εγείρει αξίωση αποζημίωσης. Ο όρος *ζημιογόνος τεκνοποίηση* (*wrongful birth*) χρησιμοποιείται όταν το ίδιο το παιδί εγείρει αξίωση αποζημίωσης ενώ ο όρος *ζημιογόνος ζωή* (*wrongful life*) όταν την σχετική αποζημίωση την ζητούν οι γονείς του παιδιού (Evgenia, 2012, Cohen, 1978, Carey, 2005). Η διαφοροποίηση σε σχέση με το «κλασσικό» ιατρικό λάθος έγκειται στο ότι στις προαναφερθείσες περιπτώσεις το πρόβλημα υγείας του παιδιού δεν συνδέεται αιτιωδώς με την αμελή συμπεριφορά του ιατρού, αλλά προϋπήρχε της ιατρικής παρεμβάσεως. Η γέννηση ενός παιδιού με προβλήματα υγείας που οφείλονται αποκλειστικά σε λάθη και παραλήψεις του ιατρού κατά τη διάρκεια της κύησης (τραυματισμός του εμβρύου, χορήγηση φαρμάκου με παρενέργειες, παράλειψη ενημέρωσης της εγκύου για τα αναγκαία μέτρα προφύλαξης) συνιστά ιατρικό λάθος (Tucker, 1988, Bell and Loewer, 1985).

Αντίθετα στις προαναφερθείσες περιπτώσεις, η βλάβη υπάρχει από την αρχή της σύλληψης στο έμβρυο, δεν προκλήθηκε αιτιωδώς από τον ιατρό (πχ τραυματισμός του γονιμοποιημένου ωαρίου) και δεν θα μπορούσε με καμία πράξη ή θεραπεία να αποφευχθεί, είτε επειδή κατά τον χρόνο της ιατρικής παρέμβασης ήταν ήδη ανεπανόρθωτη, είτε επειδή οφείλεται σε γενετική προδιάθεση των γονέων. Θα μπορούσε όμως να διαγνωστεί με τα μέσα προγεννητικού ελέγχου που υπάρχουν (prenatal screening and testing), είτε όμως λόγω παράλειψης, είτε λόγω εσφαλμένης εφαρμογής των μεθόδων διάγνωσης από τον ιατρό οι γονείς δεν ενημερώθηκαν για το υφιστάμενο πρόβλημα υγείας του εμβρύου ώστε να προβούν εγκαίρως σε διακοπή της κύησης (Pelias, 1986, Mason, 2004b, Bell and Loewer, 1985).

Στις περιπτώσεις *ζημιογόνου ζωής* (*wrongful life*) και *ζημιογόνου τεκνοποίησης* (*wrongful birth*) το ιατρικό λάθος εντοπίζεται στην διάγνωση και όχι στην ενημέρωση των γονιών, με την έννοια ότι ο ιατρός υποχρεούται να επιλέξει την κατάλληλη μέθοδο διάγνωσης που ενδείκνυται σε κάθε περίπτωση υπό το πρίσμα των δεδομένων συνθηκών. Αυτό δεν σημαίνει βέβαια ότι παραγκωνίζεται η υποχρέωση της ενημέρωσης (Fрати et al., 2014): η γενετική καθοδήγηση (genetic counseling) και η συνακόλουθη προγεννητική διάγνωση (prenatal diagnosis) θεωρείται ότι ανήκουν στους βραχίονες (arms) της Δημόσιας Υγείας και για τούτο πρέπει να επικεντρώνονται στις αντιλήψεις και τις ανάγκες των γονέων και όχι σε ό,τι θεωρεί ο ιατρός ορθό. Αυτό σημαίνει ότι η υποχρέωση του ιατρού εξαντλείται στην

ενημέρωση των γονέων ως προς το πόρισμα των εξετάσεων και τη δυνατότητα επιλογών (Stein, 2009, Frati et al., 2014).

Ως προς το ζήτημα του αιτιώδους συνδέσμου, εν προκειμένω μόνο έμμεση αιτιώδης συνάφεια υφίσταται μεταξύ του ιατρικού λάθους (εσφαλμένη ή ελλιπής διάγνωση) και των προβλημάτων υγείας με τα οποία γεννήθηκε το παιδί: εάν υποθεθεί ότι ο ιατρός είχε εκπληρώσει με επιμέλεια τις υποχρεώσεις του, το αποτέλεσμα θα είχε αποτραπεί μόνο με την απόφαση της μέλλουσας μητέρας να μη συλλάβει ή να μη φέρει στον κόσμο το κυοφορούμενο παιδί (Pelias, 1986, Kasper, 1983). Για το λόγο αυτό ορθά παρατηρείται ότι η πλημμελής ενημέρωση από την πλευρά του ιατρού αντικειμενικά προκάλεσε μόνο τη στέρηση μίας επιλογής, γεγονός το οποίο αυτό καθαυτό δεν αναγνωρίζεται ως άξιο προστασίας έννομο αγαθό. Από την άλλη πλευρά πάντως, υποστηρίζεται ότι το ζημιογόνο αποτέλεσμα δεν είναι η ζωή με την αναπηρία αυτή καθαυτή, αλλά το γεγονός ότι ένα άτομο υποφέρει σωματικά και ψυχικά, καθώς και ότι ολόκληρη η οικογένειά του ταλαιπωρείται εξ' αιτίας της παράνομης συμπεριφοράς του ιατρού: μεταξύ αυτών των γεγονότων υφίσταται άμεση αιτιώδης συνάφεια (Mason, 2004b).

Συνεπώς, στην περίπτωση του ιατρικού λάθους, το παιδί θα γεννιόταν υγιές ή με λιγότερα προβλήματα υγείας και με την μεσολάβηση της αμέλειας του ιατρού, η υγεία του υπέστη βλάβη, στις περιπτώσεις της *ζημιογόνου ζωής* το παιδί ή θα γεννιόταν με προβλήματα υγείας ή δεν θα γεννιόταν καθόλου.

Πρέπει, πάντως, να παρατηρηθεί ότι στα θέματα αυτά υπάρχει και ένας προβληματισμός βιοηθικής, που ξεκινά πριν από το ιατρικό σφάλμα και αναφέρεται στον προγεννητικό έλεγχο και στη διάγνωση των προβλημάτων του εμβρύου κατά τη διάρκεια της κύησης. Υπάρχει, άραγε, «κύηση υπό δοκιμή»; Υπάρχει κάποια ηθική - δεοντολογική υποχρέωση του ιατρού να λαμβάνει, κάθε φορά που ανακλύπει πρόβλημα, ορισμένη θέση, και πιο συγκεκριμένα να συνιστά εν αμφιβολία την έναρξη ή τη συνέχιση της κύησης; (μια κατευθυντήρια αρχή, που θα μπορούσαμε να ονομάσουμε *in dubio pro infantis*). Αντίστοιχα, τίθεται το ερώτημα αν μπορεί να γίνει λόγος για το δικαίωμα ή το προστατευόμενο συμφέρον της γυναίκας να φέρει στον κόσμο ένα υγιές παιδί, ή, από την άλλη πλευρά, για το δικαίωμα και του μη υγιούς παιδιού να γεννηθεί (αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι στο αναθεωρημένο Σύνταγμα του 2001 υπάρχει ρητή διάταξη, το άρθρο 21 παρ. 6, για την προστασία των ατόμων με ειδικές ανάγκες). Μήπως πίσω από την επέκταση των δυνατοτήτων της επιστήμης κρύβεται ο κίνδυνος της κακώς εννοούμενης ευγονικής και της επιλογής ανθρώπων; Η γενικευμένη καχυποψία κατά του προγεννητικού ελέγχου και του ελέγχου κατά την κύηση οδηγεί αδικαιολόγητα στη διαιώνιση της δυστυχίας.

Σε νομικό επίπεδο, κάθε προσπάθεια απάντησης οφείλει να συνεκτιμά και τη νομοθετική αντιμετώπιση του επιτρεπτού της άμβλωσης: στην Ελλάδα, όπως και σε άλλες χώρες, η άμβλωση επιτρέπεται ελεύθερα στο πρώτο τρίμηνο της κύησης. Αν, λοιπόν, η μέλλουσα μητέρα μπορεί να διακόψει χωρίς καμιά δικαιολογία την εγκυμοσύνη της εντός ορισμένου χρόνου, το ίδιο ή πολύ περισσότερο μπορεί να το

πράξει, μέσα στο ίδιο χρονικό διάστημα, και για κάποιο λόγο αναγόμενο στα χαρακτηριστικά του εμβρύου.

Αν προχωρήσουμε ακόμη περισσότερο την ανάλυση, όταν γεννηθεί ένα άρρωστο ή απλώς ανεπιθύμητο παιδί, ανακύπτει το ζήτημα αν μπορεί να ζητηθεί αποζημίωση για το ιατρικό σφάλμα που προκάλεσε το πρόβλημα υγείας (στην πρώτη περίπτωση) ή την ίδια τη γέννηση (στις άλλες περιπτώσεις). Για τη μεν πρώτη περίπτωση, δεν υπάρχει αμφισβήτηση. Τόσο το ίδιο το παιδί, όσο και οι γονείς του μπορούν να ζητήσουν την αποκατάσταση της περιουσιακής ζημίας και της ηθικής βλάβης τους από το οφειλόμενο σε ιατρικό σφάλμα πρόβλημα υγείας του παιδιού. Δεν υπάρχει, δηλαδή, ουσιαστική διαφορά σε σχέση με τα γενικώς ισχύοντα επί του ιατρικού σφάλματος. Αντίθετα, στις άλλες περιπτώσεις το πρόβλημα είναι ότι η όποια ζημία του παιδιού ή των γονέων του συνδέεται ακριβώς με το γεγονός ότι το παιδί γεννήθηκε και υπάρχει. Το παιδί, ακόμη και χωρίς το ιατρικό σφάλμα, δεν θα είχε γεννηθεί υγιές. Δεν θα είχε γεννηθεί καθόλου, επομένως οι δύο καταστάσεις που συγκρίνουμε για να βρούμε τη ζημία και το ύψος της αποζημίωσης είναι η ύπαρξη και η ανυπαρξία του.

Διεθνώς, η αξίωση αποζημίωσης των γονέων διαχωρίζεται από αυτήν του παιδιού και ήδη γίνεται δεκτή από τα γερμανικά και τα γαλλικά πολιτικά δικαστήρια: ο ιατρός οφείλει να καλύψει όλα τα έξοδα της διατροφής του παιδιού. Οι επιφυλάξεις κατά των αποφάσεων αυτών, που εκφράστηκαν και από το Γερμανικό Συνταγματικό Δικαστήριο, εστιάζονται στο ηθικό - φιλοσοφικό πρόβλημα αν η ανθρώπινη ύπαρξη και ζωή, ακόμη και με σοβαρά προβλήματα υγείας, μπορεί να αντιμετωπιστεί ως ζημία, και, αντίστοιχα, αν η αναγνώριση της αξίωσης αποζημίωσης σε αυτές τις περιπτώσεις αντίκειται στη συνταγματική προστασία της αξίας του ανθρώπου. Ωστόσο εν προκειμένω, η ζημία που αποκαθίσταται δεν είναι η ίδια η ζωή ενός παιδιού, αλλά η οικονομική και ψυχική επιβάρυνση που υφίστανται οι γονείς του. Εξάλλου δεν είναι δυνατόν στη συγκεκριμένη και μόνο περίπτωση να απαλλάσσεται ο ιατρός από τις συνέπειες της υπαίτιας παράβασης των υποχρεώσεών του. Επίσης, θα μπορούσε να αναφερθεί ότι η γέννηση του ανθρώπου, δηλαδή η έναρξη της ζωής του, μπορεί να συνδεθεί με την αξίωση αποζημίωσης, όπως ακριβώς συνδέεται το τέλος της ζωής του, δηλαδή ο θάνατος (βλ. ΑΚ 928), χωρίς εκεί να υπάρχει η επιφύλαξη ότι υποβαθμίζεται η ανθρώπινη αξία, αφού το κρίσιμο ζήτημα παραμένει πάντα η ύπαρξη ή μη περιουσιακής ζημίας ορισμένου προσώπου και η πιθανώς αποκαταστατέα ηθική βλάβη του (Stein, 2009).

Οι γονείς και το τέκνο δεν ισχυρίζονται ότι η αμέλεια του ιατρού προκάλεσε την γενετική βλάβη. Οι αξιώσεις βασίζονται στο γεγονός ότι η παράλειψη διάγνωσης ή/και ενημέρωσης των γονιών για τη γενετική βλάβη του παιδιού τους ή για τη δική τους γενετική προδιάθεση, τους εμπόδισε από το να προβούν σε άμβλωση ή αντίστοιχα να μην προχωρήσουν καν στην σύλληψη του τέκνου, οπότε το παιδί δεν θα είχε γεννηθεί και δεν θα χρειαζόταν να ζει και να υποφέρει από τη γενετική του ασθένεια. Ο ιατρός στις περιπτώσεις αυτές θα ευθύνεται γιατί από αμέλεια του απέτυχε να διαγνώσει τη μεγάλη πιθανότητα ότι οποιοδήποτε παιδί που θα

συλλάμβαναν οι ενάγοντες θα είχε γενετικές ανωμαλίες ή γιατί απέτυχε να ενημερώσει τους γονείς κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ότι το ήδη συλημένο τέκνο θα έχει γενετικές ανωμαλίες. Στις αξιώσεις αυτές αν δεν υπήρχε αμέλεια του ιατρού οι γονείς δεν θα είχαν προβεί καν στην σύλληψη τέκνου ή θα είχαν προχωρήσει σε άμβλωση, δηλαδή αν δεν υπήρχε αμέλεια του ιατρού το παιδί δεν θα είχε καν γεννηθεί (Fratl et al., 2014).

Αντίθετα, εκφράζονται σοβαρές αμφιβολίες για τη δυνατότητα να αναγνωριστεί αξίωση αποζημίωσης στο ίδιο το παιδί που γεννήθηκε με προβλήματα υγείας. Το ζήτημα δημιουργείται, διότι, όπως πολλές φορές αναφέρθηκε, η αξίωση αποζημίωσης θεμελιώνεται στον ισχυρισμό ότι χωρίς το ιατρικό σφάλμα το παιδί δεν θα είχε γεννηθεί καθόλου και όχι ότι θα είχε γεννηθεί, αλλά υγιές. Όταν το άτομο που γεννήθηκε με προβλήματα επικαλείται ως ζημία του την ίδια την ύπαρξή του, δηλαδή το γεγονός ότι γεννήθηκε, η αναγνώριση της αξίωσης αποζημίωσης προσκρούει ενδεχομένως όχι μόνο σε ηθικούς ενδοιασμούς, αλλά και σε νομικά εμπόδια, αφού φαίνεται δύσκολο ένα πρόσωπο να μπορεί να επικαλεστεί την ανυπαρξία του ως επιθυμητή κατάσταση. Μια τέτοια θεώρηση έχει αναπόφευκτα αντίκτυπο και σε άλλα, άλυτα μέχρι σήμερα ζητήματα, όπως λ.χ. η απαγόρευση της ευθανασίας ή έστω η αναγνώριση της αξίωσης αποζημίωσης για τη διατήρηση μιας ζωής με σοβαρή αναπηρία. Η διάκριση της προστασίας του εμβρύου από αυτήν της ανθρώπινης ζωής δεν είναι πάντα σαφής. Με αυτές τις σκέψεις, πολλά ξένα δικαστήρια αρνούνται τη σχετική αξίωση στο ίδιο το άρρωστο άτομο. Ωστόσο, ένα δικαστήριο με τεράστιο κύρος και ακτινοβολία, ο γαλλικός Άρειος Πάγος, την δέχτηκε, ξεσηκώνοντας πραγματικό σάλο στη Γαλλία. Θα μπορούσε, πραγματικά, βάσιμα να υποστηριχθεί ότι, από ουσιαστική άποψη, φαίνεται ασυνεπές ή τουλάχιστον ανεπιεικές η αξίωση να μην αναγνωρίζεται στο ίδιο το πρόσωπο που έχει το πρόβλημα, και το οποίο χρήζει ιδιαίτερης προστασίας, αλλά μόνο σε εκείνους που επιβαρύνονται με τη φροντίδα και τη διατροφή του. Το θεωρητικό αυτό αδιέξοδο οδήγησε τον γάλλο νομοθέτη σε ειδική ρύθμιση, ύστερα από τις αντιδράσεις που προκάλεσαν οι προαναφερόμενες δικαστικές αποφάσεις. Σύμφωνα, δηλαδή, με πρόσφατο νόμο, του Μαρτίου του 2002, κανένα πρόσωπο δεν μπορεί να αποζημιωθεί για το ίδιο το γεγονός της γέννησής του (Fratl et al., 2014, Stein, 2009).

6.4. Επανόρθωση του ιατρικού σφάλματος

Ο ιατρός στο πλαίσιο της γενικής υποχρέωσης επιμέλειας, οφείλει να λαμβάνει τα μέτρα που κρίνονται αναγκαία για την αποτροπή της βλάβης που απειλείται ή για την αποκατάσταση της βλάβης που επήλθε ως συνέπεια ιατρικού σφάλματος (Φουντεδάκη, 2003). Ειδικότερα:

Σε περίπτωση που το ιατρικό σφάλμα δεν έχει ακόμα προκαλέσει ζημία στον ασθενή, ο ιατρός υποχρεούται να παρεμβαίνει με στόχο την αποτροπή της απειλούμενης βλάβης. Μάλιστα στην περίπτωση αυτή επιβεβαιώνεται ότι η αρχική δοθείσα συναίνεση του ασθενούς καλύπτει και τη λήψη επανορθωτικών μέτρων, εκτός αν υπάρχει ρητή άρνηση του ασθενούς ή πρόκειται για πράξη διαφορετικής φύσης,

βαρύτητας και συνεπειών από εκείνη για την οποία είχε συναινέσει (Φουντεδάκη, 2003)

Αντίθετα, σε περίπτωση που το ιατρικό σφάλμα έχει ήδη προκαλέσει ζημία στον ασθενή, ο ιατρός οφείλει να παρεμβαίνει αποβλέποντας στην άρση ή τον περιορισμό των βλαβών που έχουν επέλθει στην υγεία του ασθενούς. Στη συγκεκριμένη περίπτωση οποιαδήποτε επανορθωτική ενέργεια σωστό είναι να συνοδεύεται με νέα συναίνεση του ασθενούς. Και τούτο με τη σκέψη ότι υπάρχει το ενδεχόμενο η σχέση εμπιστοσύνης ιατρού και ασθενούς θα πληγεί εξαιτίας του σφάλματος που προηγήθηκε.

6.5. Προσδιοριστικοί παράγοντες του λάθους στην υγεία

Το 1960 σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σχετικά με τα λάθη στην υγεία στο νοσοκομείο του New York City ανέδειξε ως πρώτη αιτία την αμέλεια των επαγγελματιών υγείας σε ποσοστό 60% (Lauterstein and Mustoe, 1960). Η επόμενη ερευνητική προσπάθεια για τη διερεύνηση αιτιών πρόκλησης των λαθών στην υγεία έγινε από τον Vincent (1989) ο οποίος κατηγοριοποίησε τα αίτια ακολούθως (Vincent, 1989):

- i. Ατομικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας που διαπράττουν τα λάθη.
- ii. Εφήμερες καταστάσεις όπως η λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων και αλκοόλ από τους επαγγελματίες υγείας.
- iii. Οργανωτικοί παράγοντες.
- iv. Χαρακτηριστικά ασθενών.

Ο Reason (1990), στην ανάπτυξη του μοντέλου διαχείρισης των οργανωτικών ατυχημάτων (μοντέλο του ελβετικού τυριού εφαρμοσμένο σε κλινικά συμβάντα) θεώρησε ότι ένας παράγοντας μπορεί να προκαλέσει παραπάνω από ένα λάθη και ένα λάθος μπορεί να οφείλεται σε παραπάνω από ένα παράγοντες. Κατά συνέπεια, αν δεν γίνει προσπάθεια να διορθωθούν συνολικά οι παράγοντες που προκαλούν τα λάθη και γίνει προσπάθεια μεμονωμένης αντιμετώπισης των λαθών, δεν θα επέλθει αποτέλεσμα και θα προκύπτουν συνεχώς νέα λάθη. Ομαδοποίησε τους παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την κλινική πρακτική σε επτά (7) κατηγορίες (Vincent et al., 1998):

- i. Θεσμικό πλαίσιο
- ii. Οργανωτικοί και διαχειριστικοί παράγοντες
- iii. Περιβάλλον εργασίας
- iv. Ομαδική εργασία και επικοινωνία
- v. Ατομικοί παράγοντες
- vi. Παράγοντες που σχετίζονται με τα καθήκοντα
- vii. Χαρακτηριστικά ασθενών.

Το 1995 δημοσιεύτηκε μια από τις μεγαλύτερες μελέτες για τα λάθη των Leape και συν., η οποία αποτέλεσε βασικό τεκμήριο για την ανάγκη μελέτης των οργανωτικών παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση των λαθών. Οι Leape και συν. (1995), μελέτησαν τις ανεπάρκειες του συστήματος που οδήγησαν στην εμφάνιση τριακοσίων τριάντα τεσσάρων (334) λαθών και προσπάθησαν να απαντήσουν σε τρία (3) βασικά ερωτήματα: α) γιατί συνέβη το λάθος, β) ποια είναι η βασική αιτία του λάθους, και γ) ποιες ήταν οι ανεπάρκειες του συστήματος. Οι ανεπάρκειες του συστήματος σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης κατηγοριοποιούνται ως εξής (Leape et al., 1995):

- i. Διασπορά των φαρμακευτικών γνώσεων (29%).
- ii. Έλεγχο της δόσης του φαρμάκου και της ταυτότητας του ασθενούς (12%).
- iii. Διαθεσιμότητα των πληροφοριών που αφορούν τον ασθενή (11%).
- iv. Αντιγραφή των οδηγιών (9%).
- v. Αλλεργικές αντιδράσεις (7%).
- vi. Διαδικασία ανίχνευσης των φαρμακευτικών οδηγιών (medication order tracking) (5%).
- vii. Ενδονοσοκομειακή επικοινωνία (5%).
- viii. Χρήση συσκευών (4%).
- ix. Προτυποποίηση των δόσεων και των συχνοτήτων χορήγησης (4%).
- x. Προτυποποίηση της διαδικασίας διανομής φαρμάκων μέσα στο τμήμα (3%).
- xi. Προτυποποίηση διαδικασιών (3%).
- xii. Διαδικασίες μεταφοράς των ασθενών (1%).
- xiii. Επίλυση συγκρούσεων (1%).
- xiv. Παρασκευή ενδοφλέβιων διαλυμάτων από νοσηλευτές (2%).
- xv. Στελέχωση και κατανομή εργασίας (2%).
- xvi. Διαδικασίες μεταφοράς των ασθενών (1%).
- xvii. Επανατροφοδότηση (feedback) μετά από την εκδήλωση ανεπιθύμητων συμβάντων (1%).

Παρόμοια κατηγοριοποίηση των προσδιοριστικών παραγόντων των λαθών έγινε και από τον Helmreich (2000), στο μοντέλο του πανεπιστημίου του Texas για την διαχείριση των λαθών και των απειλών (The university of Texas Threat and error management model). Ο Helmreich (2000), διέκρινε τους οργανωτικούς παράγοντες, τους ατομικούς, τους παράγοντες που σχετίζονται με την ομαδική εργασία και τον ασθενή (Helmreich, 2000).

Όσον αφορά τα νοσηλευτικά λάθη και τις αιτίες πρόκλησης αυτών έχουν δημοσιευτεί ελάχιστες σχετικές μελέτες. Η πρώτη μελέτη δημοσιεύτηκε από την Walters (1992), η

οποία εφαρμόζοντας ένα εργαλείο, μελέτησε τη συχνότητα εμφάνισης συγκεκριμένων νοσηλευτικών λαθών σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο. Η μελέτη αυτή κατέληξε ότι οι κύριοι παράγοντες εμφάνισης νοσηλευτικού λάθους ήταν οι συχνές διακοπές κατά την άσκηση του νοσηλευτικού έργου (41,6%) και ο φόρτος εργασίας (39,1%) (Walters, 1992). Τρία (3) χρόνια αργότερα, ο Gladstone (1995), σε μελέτη που δημοσίευσε κατηγοριοποίησε τους παράγοντες ακολούθως: (α) ο φόρτος εργασίας (β) οι συχνές διακοπές (γ) η έλλειψη συγκέντρωσης (δ) η έλλειψη γνώσης (δ) η κόπωση (ε) η μη εφαρμογή πρωτοκόλλων (στ) τα κακά φαρμακευτικά διαγράμματα (η) η έλλειψη εμπειρίας (θ) τα προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού (Gladstone, 1995). Το εργαλείο των Gladstone και συν. (1999), χρησιμοποιήθηκε αργότερα και από τους Osborne και συν. (1999), (Osborne et al., 1999), από τους Mayo & Duncan (2004), (Mayo and Duncan, 2004) και από τους Balas και συν. (2004), (Balas et al., 2004). Υπάρχουν επιπλέον στην βιβλιογραφία και μια σειρά από μελέτες ανασκόπησης του προσφέρουν πολύτιμη γνώση για τα αίτια των λαθών στην υγεία και την σφαιρική διαχείρισή τους.

Όπως γίνεται αντιληπτό από την σύντομη ανασκόπηση του παρατέθηκε παραπάνω οι αιτίες των λαθών στην υγεία δεν είναι μονοσήμαντες, ούτε ανεξάρτητες μεταξύ τους. Η ευθύνη για την εμφάνιση των λαθών στα συστήματα υγείας επιμερίζεται ανάμεσα στην φύση του συστήματος υγείας η οποία χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα στην οργάνωση και στην λειτουργία, την πολυσχιδή και αβέβαιη υπόσταση της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης καθώς και τις ατέλειες της ανθρώπινης φύσης.

Τα συστήματα υγείας εξαιτίας της πολύπλοκης και διαρκώς μεταβαλλόμενης μορφής τους επωάζουν και επάγουν το ιατρικό λάθος, οδηγούν δηλαδή στην δημιουργία λαθών που περιμένουν να συμβούν καθώς τα συστήματα παράγουν τα αποτελέσματα τα οποία έχουν σχεδιαστεί να παράγουν (θεωρία των ατυχημάτων).

Η πολυπλοκότητα του συστήματος εστιάζεται τόσο στην παροχή των υπηρεσιών υγείας (δημόσιο – ιδιωτικό) όσο και στην χρηματοδότηση του. Πολλαπλές είναι οι πιέσεις που υφίστανται τα συστήματα υγείας σήμερα όπως η αύξηση των δαπανών εξαιτίας των δημογραφικών αλλαγών, η ευρεία διάχυση της βιομετρικής τεχνολογίας, η επικράτηση των προσδοκιών των καταναλωτών – χρηστών και των προμηθευτών καθώς και η επικράτηση των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων και όλα αυτά κάτω από την πίεση του Μνημονίου και της Τρόικα για μείωση των δαπανών για την υγεία και επικράτηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία κάτω από το 6% του ΑΕΠ. Σε μικρό επίπεδο ο τρόπος που είναι οργανωμένη μια μονάδα συμβάλει στην εμφάνιση λαθών κατά την ιατρικά πράξη (O'Shea, 1999).

Σοβαρός προσδιοριστικός παράγοντας των λαθών στην υγεία αποτελεί και η τεχνολογία. Συχνά προκύπτουν προβλήματα από την αλληλεπίδραση του ανθρώπου με την τεχνολογία, ή προβλήματα από την ανεπάρκεια ή προβληματική συντήρηση του τεχνολογικού εξοπλισμού. Γεγονός που αποδεικνύεται από τη μελέτη των Taxis & Barber (2003), σχετικά με τα ενδοφλέβια φαρμακευτικά λάθη, το 79% των λαθών σχετίζονται με την έλλειψη γνώσης παρασκευής και χορήγησης των φαρμάκων και χειρισμού μηχανημάτων (πχ αντλίες) (Taxis and Barber, 2003). Οι άνθρωποι πολλές

φορές κάνουν λάθη εξαιτίας της αποτυχίας των σχεδιαστών να λάβουν υπόψη τους τις γνώσεις που αφορούν την ανθρώπινη συμπεριφορά και το πώς μπορούν να τις λάβουν υπόψιν στο σχεδιασμό τεχνολογικών προϊόντων για τη μείωση των λαθών (Van Cott, 1994).

Εξίσου σημαντικές, είναι οι επιπτώσεις της κακής συντήρησης του τεχνολογικού εξοπλισμού (αντλίες έγχυσης, οθόνες παρακολούθησης κλπ) στην ασφάλεια του ασθενούς. Στις περιπτώσεις εκδήλωσης βλάβης στον ασθενή, πολλές φορές σε πρώτη ανάλυση, στην τεχνολογία δεν δίδεται η πρέπουσα σημασία με αποτέλεσμα τις αστοχίες του τεχνολογικού εξοπλισμού να τις επωμίζεται ο επαγγελματίας υγείας (AHRQ, 2007)

Τα λάθη στην υγεία είναι συνιφασμένα με την ανθρώπινη φύση και διενεργούνται από άτομα με συγκεκριμένη ιδιότητα (επαγγελματίες υγείας) σε συγκεκριμένο περιβάλλον (μονάδα παροχής φροντίδας υγείας) και κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες (παροχή φροντίδας υγείας υπό πίεση). Η ανθρώπινη νόηση δεν τυγχάνει το αλάθητο άρα και η εξ' αυτής απορρέουσα πράξη επίσης δεν δύναται να είναι αλάνθαστη. Επιπλέον παράγοντες που συνδέονται με τον ανθρώπινο παράγοντα και συμβάλλουν στην εμφάνιση των λαθών στην υγεία είναι:

➤ *Η επαγγελματική εξουθένωση και ο φόρτος εργασίας*

Ο όρος *επαγγελματική εξουθένωση* χρησιμοποιείται για πρώτη φορά στην βιβλιογραφία το 1974 από τον Freudenburger, ο οποίος περιέγραψε σε ένα άρθρο του τα ψυχοσωματικά συμπτώματα που εμφανίστηκαν σε επαγγελματίες της ψυχικής υγείας (Freudenberger, 1974). Από τότε, πληθώρα ερευνητών τόσο στις ΗΠΑ όσο και στην Ευρώπη μελετά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς τον ορισμό, την έναρξη και την εξέλιξη του, τους παράγοντες που το προκαλούν, τις επιπτώσεις και τους τρόπους αντιμετώπισής του, χωρίς να έχει καθιερωθεί ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για το φαινόμενο αυτό. Η Maslach (1982), περιέγραψε το φαινόμενο ως «ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, στα πλαίσια του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον του για τους ασθενείς του, παύει να είναι ικανοποιημένος από την δουλειά του και την απόδοσή του και σχηματίζει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του» (Maslach, 1982). Σύμφωνα με τις Maslach και Jackson (1986), οι τρεις (3) κυριότερες συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση ή ο κυνισμός και η αίσθηση αναποτελεσματικότητας (έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων) (Maslach and Jackson, 1986).

Η επαγγελματική εξουθένωση συμπεριλαμβάνεται στα τέσσερα (4) συχνότερα προβλήματα που σχετίζονται με την προσφορά εργασίας στην Ευρώπη (Merllie and Paoli, 2001). Όσον αφορά τους επαγγελματίες που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας, οι ιατροί και οι νοσηλεύτες παρουσιάζουν συχνά το φαινόμενο αυτό σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελετών που έγιναν διεθνώς. Πιο αναλυτικά αξιοσημείωτο ποσοστό ιατρών που συμμετείχαν στις μελέτες εμφάνιζαν υψηλά ποσοστά συναισθηματικής εξάντλησης (10-56%), αυξημένα επίπεδα αποπροσωποποίησης (13-

47%) και μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα (4-59%) (Campbell et al., 2001, Gabbe et al., 2002, Garza et al., 2004, Grunfeld et al., 2000, Guntupalli and Fromm, 1996, Ramirez et al., 1995). Τα αντίστοιχα ποσοστά για το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν 15-50%, 7-37% και 25-76% (Aiken et al., 2002a, Aiken et al., 2002b, Aiken et al., 2014, Jenkins and Elliott, 2004, Kilfedder et al., 2001, Lee et al., 2003).

Σύμφωνα με διεθνείς μελέτες οι παράγοντες που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση κατηγοριοποιούνται σε παράγοντες σχετικά με το περιβάλλον της εργασίας, ατομικούς και παράγοντες προσωπικότητας. Από τους παράγοντες του περιβάλλοντος εργασίας αυτοί που συστηματικά αναδεικνύεται ότι σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση ιατρών και νοσηλευτών είναι ο φόρτος εργασίας (Biaggi et al., 2003, Campbell et al., 2001, Gabbe et al., 2002, Jenkins and Elliott, 2004), τα υψηλά επίπεδα stress (Visser et al., 2003, Ramirez et al., 1995, McManus et al., 2002, Edwards et al., 2001), οι συγκρούσεις με τους συναδέλφους (Jenkins and Elliott, 2004, Fujiwara et al., 2003), τους προϊσταμένους ή τους συγγενείς των ασθενών (Jenkins and Elliott, 2004, Fujiwara et al., 2003), η κοινωνική απαξίωση που παίρνουν από τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους τους (Jenkins and Elliott, 2004, Biaggi et al., 2003), η μη ικανοποίηση από την εργασία (Visser et al., 2003, Shanafelt et al., 2002, Kalliath and Morris, 2002), η έλλειψη ισορροπίας μεταξύ δουλειάς, οικογένειας και προσωπικής ανάπτυξης (Jenkins and Elliott, 2004, Campbell et al., 2001), η αίσθηση ελέγχου (Campbell et al., 2001), η οργανωτική υποστήριξη (Jenkins and Elliott, 2004, Aiken et al., 2002a), η αυτονομία (Campbell et al., 2001, Biaggi et al., 2003), ο ανεπαρκής χρόνος μελέτης (Shanafelt et al., 2002, Biaggi et al., 2003), η επάρκεια σε προσωπικό (Aiken et al., 2002a, Aiken et al., 2002b, Vahey et al., 2004), η εκπαίδευση σε επικοινωνιακές δεξιότητες (Ramirez et al., 1995) και οι αμοιβές (Campbell et al., 2001, Biaggi et al., 2003).

Όσον αφορά τους ατομικούς παράγοντες, από τις δημογραφικές παραμέτρους η ηλικία (Ramirez et al., 1995, Gabbe et al., 2002, Campbell et al., 2001, Biaggi et al., 2003) φαίνεται να συσχετίζεται συστηματικά με την επαγγελματική εξουθένωση με τους νεότερους εργαζομένους (Ramirez et al., 1995, Gabbe et al., 2002, Campbell et al., 2001, Biaggi et al., 2003) να παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό εξουθένωσης. Όσον αφορά το φύλο τα αποτελέσματα των μελετών είναι αλληλοσυγκρουόμενα (Robinson, 2004, Michels et al., 2003, McMurray et al., 2000, Gabbe et al., 2002, Fothergill et al., 2004) αν και συστηματικότερα συναντώνται μελέτες που δείχνουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης στις γυναίκες (McMurray et al., 2000, Fothergill et al., 2004). Ο γάμος φαίνεται να έχει προστατευτική επίδραση στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στις γυναίκες. Επίσης η υποστήριξη από το ή τη σύζυγο (Gabbe et al., 2002) και η ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής (Gabbe et al., 2002) περιλαμβάνονται στους παράγοντες που εμφανίζουν συστηματικά αρνητική συσχέτιση με την επαγγελματική εξουθένωση.

Μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που συσχετίζονται συστηματικά με την επαγγελματική εξουθένωση περιλαμβάνονται η ενδυνάμωση (Lee et al., 2003), η ενσυναίσθηση (Lee et al., 2003), η ανθεκτικότητα στο stress (Papadatou et al.,

1994, Duquette et al., 1994), η αίσθηση αποτελεσματικότητας (Gabbe et al., 2002), η καλή ψυχική διάθεση και το άγχος (Smith et al., 2001).

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης στους ιατρούς και τους νοσηλευτές εκδηλώνονται τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο οργανισμού στον οποίο δραστηριοποιούνται επηρεάζοντας παράλληλα την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Lee et al., 2004). Στους ίδιους τους εργαζομένους η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να προκαλέσει οργανικά συμπτώματα που μπορεί να αφορούν είτε μικροενοχλήσεις είτε και σημαντικότερα προβλήματα υγείας, συναισθηματικά προβλήματα όπως αίσθημα αποθάρρυνσης, χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης, συμπτώματα σε επίπεδο συμπεριφοράς όπως ψυχρότητα, αδιαφορία, έλλειψη φροντίδας, ενδιαφέροντος και σεβασμού προς τους ασθενείς αλλά και ψυχιατρικές διαταραχές όπως το άγχος και η κατάθλιψη. Υπάρχουν ακόμη ενδείξεις ότι η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να επηρεάσει την προσωπική ικανοποίηση του ατόμου από τη ζωή του, την κοινωνική και προσωπική του ζωή αλλά και ότι μπορεί να είναι μεταδοτική και σε άλλους επαγγελματίες υγείας (συναδέλφους ή εκπαιδευόμενους) (Lee et al., 2004).

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης επεκτείνονται όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, και στον οργανισμό παροχής φροντίδας υγείας οδηγώντας σε αυξημένη βραδύτητα εκτέλεσης του έργου των εργαζομένων, σε απουσίες και σε μειωμένη απόδοση. Ακόμη έχει συσχετιστεί και με αυξημένη πρόθεση του προσωπικού για αποχώρηση από την εργασία του (Raviola et al., 2002, Campbell et al., 2001, Aiken et al., 2002b). Η «πρώιμη» αποχώρηση ιατρών και νοσηλευτών από την θέση εργασίας τους επιδεινώνει το πρόβλημα έλλειψης προσωπικού που ήδη υπάρχει, γεγονός που συμβάλλει στην μείωση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών αφού τεκμηριώνεται βιβλιογραφικά ότι η επάρκεια σε προσωπικό συσχετίζεται με τη θνητότητα των ασθενών (Aiken et al., 2002b), με δυσμενή συμβάντα και την ποιότητα εν γένει των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η αποχώρηση αυτών των επαγγελματιών υγείας έχει και οικονομικό αντίκτυπο στον οργανισμό καθώς επιβαρύνεται με υψηλό κόστος αντικατάστασής τους (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in, 2001).

Οι Shanafelt και συν. (2002), μελέτησαν με τη χρήση ερωτηματολογίου τη σχέση μεταξύ της εξουθένωσης ειδικευόμενων ιατρών και της γνώμης τους για τις πρακτικές τους σχετικά με την παροχή φροντίδας υγείας στους ασθενείς. Βρήκαν αφενός, ότι από τους ιατρούς που συμμετείχαν στην μελέτη το 76% παρουσίαζε επαγγελματική εξουθένωση αφετέρου οι «εξουθενωμένοι» ιατροί ήταν πιθανότερο να αναφέρουν «μη ενδεδειγμένες πρακτικές φροντίδας υγείας των ασθενών», όπως κακή συμπεριφορά προς τους ασθενείς, παραλείψεις στην διαγνωστική θεραπεία, λάθη στη φαρμακευτική αγωγή τουλάχιστον σε εβδομαδιαία ή μηνιαία βάση σε σχέση με αυτούς που δεν πληρούσαν τα κριτήρια της επαγγελματικής εξουθένωσης (Shanafelt et al., 2002).

➤ *Η έλλειψη γνώσης και εμπειρίας*

Σύμφωνα με την μελέτη της Arndt (1994), σχετικά με την επίδραση των λαθών στην ψυχολογία των νοσηλευτών, οι ερωτώμενοι ανέφεραν ότι τα λάθη οφείλονται σε έλλειψη γνώσης σχετικά με τη χορήγηση φαρμάκων (Arndt, 1994). Στην μελέτη των Taxis & Barber (2003), για τα ενδοφλέβια φαρμακευτικά λάθη, 79% των λαθών σχετίζονται με την έλλειψη γνώσης παρασκευής και χορήγησης των φαρμάκων και χειρισμού μηχανημάτων (αντλίες), 15% με το υψηλό φόρτο εργασίας και τις συχνές διακοπές (Taxis and Barber, 2003). Οι Blais & Bath (1992), αναγνώρισαν τρεις (3) κατηγορίες λαθών που σχετίζονται με τους υπολογισμούς των φαρμάκων. Τα μαθηματικά, τα εννοιολογικά και τα λάθη μέτρησης (Blais and Bath, 1992). Στην μελέτη των Osborne και συν. (1999), 5,3% των λαθών θεωρείται ότι οφείλονται σε λάθος υπολογισμούς (Osborne et al., 1999). Η εμπειρία των επαγγελματιών υγείας αποτελεί έναν άλλο προσδιοριστικό παράγοντα πρόκλησης λάθους. Στην μελέτη του Walters (1992), αναφέρεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του αριθμού των λαθών που κάνουν οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία (λιγότερα λάθη) και των λαθών που κάνουν οι επαγγελματίες με μικρότερη εργασιακή εμπειρία (περισσότερα λάθη). Οι νέο προσληφθέντες επαγγελματίες υγείας, λόγω απειρίας, είναι οι πρώτοι υπαίτιοι όταν γίνει κάποιο λάθος. Βέβαια πολλές φορές οι νεοεισερχόμενοι στην μονάδα με το φόβο ότι θα υποπέσουν σε κάποιο παράπτωμα που θα έχει δυσμενείς συνέπειες στην υγεία του ασθενούς είναι διστακτικοί και δεν παίρνουν πρωτοβουλίες (Walters, 1992). Αν και υποστηρίζεται βιβλιογραφικά ότι οι πιο έμπειροι κάνουν λιγότερα λάθη από τους αρχάριους (Bell et al., 1997) οι έμπειροι επαγγελματίες από την άλλη πλευρά μπορούν να υποπέσουν σε λάθη με πολύ σοβαρές συνέπειες για την υγεία του ασθενούς (Reason, 2000).

➤ *Η δυσκολία στην επικοινωνία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας*

Η επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την πρόληψη αλλά και για τη διάπραξη λαθών (Balas et al., 2004). Στην μελέτη των Taxis & Barber (2003), για τα ενδοφλέβια φαρμακευτικά λάθη, 16% των λαθών σχετίζονταν με την κακή επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Taxis and Barber, 2003), ενώ στη μελέτη των Blendon και συν. (2002), οι ιατροί υποστηρίζουν ότι η κακή επικοινωνία των επαγγελματιών προκαλεί λάθη σε ποσοστό 39%. Στην ίδια μελέτη, στην οποία ερωτήθηκαν και πολίτες, απάντησαν ότι η κακή επικοινωνία των επαγγελματιών προκαλεί λάθη σε ποσοστό 67% (Blendon et al., 2002). Οι Mayo & Duncan (2004), θεωρούν ότι είναι απαραίτητες οι συζητήσεις μεταξύ νοσηλευτών και προϊστάμενων για τα λάθη τα οποία αποτελούν «ταμπού» (Mayo and Duncan, 2004). Η διεπαγγελματική συνεργασία επίσης ιατρών και νοσηλευτών είναι ιδιαίτερης σημασίας. Στη μελέτη της Arndt (1994), ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι κάποιοι ιατροί είχαν καλή επικοινωνία και συνεργασία με τους νοσηλευτές και πολλές φορές αφού αξιολογούσαν το λάθος και εφόσον δεν προέκυπτε κάποια σοβαρή βλάβη στον ασθενή, κάλυπταν τα λάθη των νοσηλευτών (Arndt, 1994). Σύμφωνα με τον Helmreich (2000), ο κίνδυνος λάθους στα χειρουργεία αυξάνεται όταν υπάρχουν προβλήματα επικοινωνίας και μεταφοράς

πληροφοριών, ηγεσίας, διαπροσωπικών σχέσεων και συγκρούσεων (Helmreich, 2000). Ο Van Cot (1994), επεσήμανε γενικότερα ότι ένα μεγάλο ποσοστό των λαθών οφείλεται σε προβλήματα επικοινωνίας, προφορικής ή γραπτής, τα οποία μπορούν να προληφθούν αν υπάρξει η κατάλληλη εκπαίδευση (Van Cott, 1994). Οι Cooke και συν. (2000), επεσήμαναν ότι σε ένα στρεσογόνο περιβάλλον, οι άνθρωποι εννοούν κάτι το οποίο πολλές φορές δεν το αναφέρουν προφορικά. Ακόμα και αν το αναφέρουν, δεν είναι βέβαιο ότι οι υπόλοιποι το ακούν. Έστω ότι το ακούν, δεν είναι βέβαιο ότι το καταλαβαίνουν Τέλος, έστω και αν το καταλαβαίνουν, δεν είναι βέβαιο ότι θα τα υλοποιήσουν. Για το λόγο αυτό πρέπει να υπάρχει επιβεβαίωση έτσι ώστε να μην προκύπτει κενό μεταξύ των παραπάνω βημάτων (Cooke et al., 2000). Τα παραπάνω αναπαριστώνται στο Διάγραμμα 6.5.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.5 Τα στάδια της επικοινωνίας



Πηγή: (Cooke et al., 2000)

➔ *Οι περιβαλλοντικές συνθήκες*

Οι Roseman και Booker (1995), πραγματοποίησαν μια έρευνα στην Αλάσκα και συγκεκριμένα στην πόλη Anchorage προσπαθώντας να διερευνήσουν αν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην εμφάνιση των φαρμακευτικών λαθών και τις ώρες που διαρκεί η ημέρα. Αξίζει να σημειωθεί ότι η διάρκεια της ημέρας στην συγκεκριμένη χώρα μεταβάλλεται σταδιακά ξεκινώντας από 5,5 ώρες τον χειμώνα σε 19,5 ώρες το καλοκαίρι (Roseman and Booker, 1995). Σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει για τις επιπτώσεις που έχει η αλλαγή της διάρκειας της ημέρας στην ψυχολογία του ανθρώπου στην συγκεκριμένη περιοχή βρέθηκε ότι το συγκεκριμένο φαινόμενο οδηγεί σε διαταραχές της διάθεσης, γνωστές και ως *Seasonal-Affective Disorder (SAD)*, με έντονα καταθλιπτικά περιστατικά κατά την διάρκεια του Φθινοπώρου και του Χειμώνα τα οποία ελαχιστοποιούνται την Άνοιξη και το Καλοκαίρι (Rosenthal, 1999). Σύμφωνα λοιπόν με την προαναφερθήσα μελέτη 22% των λαθών συνέβησαν το Φεβρουάριο και 29% το Μάρτιο (Roseman and Booker, 1995).

Πέρα από τους προσδιοριστικούς παράγοντες πρόκλησης των λαθών που σχετίζονται με το σύστημα υγείας αυτό καθ' αυτό και τους παράγοντες που σχετίζονται με τον άνθρωπο, υπάρχουν και οι παράγοντες που σχετίζονται με την φύση των επαγγελματιών υγείας. Κάθε ιατρική πράξη προσβάλλει αρχικά την σωματική ακεραιότητα και δευτερευόντως την προσωπικότητα και την ιδιωτικότητα του ασθενούς. Κάθε ιατρική και νοσηλευτική παρέμβαση ελλοχεύει κινδύνους οι οποίοι σύμφωνα με τον νόμο των πιθανοτήτων κάποτε θα πραγματοποιηθούν. Η ιατρική και η νοσηλευτική είναι επιστήμες εμπειρικές και ο τυχαίος παράγοντας εμφιλοχωρεί σε όλα τα στάδια της υγειονομικής φροντίδας (πρόγνωση, διάγνωση, θεραπεία, έρευνα). Οι ασθενείς και οι συγγενείς αυτών δεν είναι εκπαιδευμένοι στην αναγνώριση των πεπερασμένων ορίων της ιατρικής επιστήμης, στην επιθετική ασθένεια και στον θάνατο (Editorial, 2011, Henriksen, 2008).

6.6. Επιδημιολογικά στοιχεία σχετικά με τα λάθη στην υγεία

Σύμφωνα με την Έκθεση του IOM (2000), των ΗΠΑ, οι θάνατοι που σχετίζονται με ιατρικά λάθη που θα μπορούσαν να προληφθούν, κυμαίνονται από 44.000 έως 98.000 ετησίως, καθιστώντας την περίοδο εκείνη, τα ιατρικά λάθη την όγδοη (8^η) αιτία θανάτου στην Αμερική και ένα εκατομμύριο ασθενείς υποφέρουν από τραυματισμό προερχόμενο από δυσμενές συμβάν. Σύμφωνα με την ίδια έκθεση (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2000):

- ➔ 106.000 θάνατοι ετησίως οφείλονται σε ανεπιθύμητες παρενέργειες φαρμάκων και σε ιατρογενείς ασθένειες.
- ➔ 80.000 θάνατοι ετησίως αποδίδονται σε νοσοκομειακές λοιμώξεις.
- ➔ 20.000 θάνατοι ετησίως οφείλονται σε λάθη εντός του νοσοκομείου οφειλόμενα κυρίως σε ιατρική αμέλεια.
- ➔ 12.000 θάνατοι το χρόνο οφείλονται σε περιττές χειρουργικές επεμβάσεις.

- ➔ 7.000 θάνατοι ετησίως σχετίζονται με λάθη κατά την χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης που δημοσιοποιήθηκε το 2011, εβδομαδιαίως στις ΗΠΑ μέχρι και σαράντα (40) ασθενείς λαμβάνουν θεραπεία και περίθαλψη που προορίζονταν για κάποιον άλλο ασθενή ή χειρουργούνται σε λάθος σημείο του σώματός τους (National Journal, 2011). Στον Πίνακα 6.4 που παρατίθεται παρακάτω παρουσιάζονται τα δυσμενή συμβάντα με την μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης καθώς και το εκτιμώμενο οικονομικό τους κόστος.

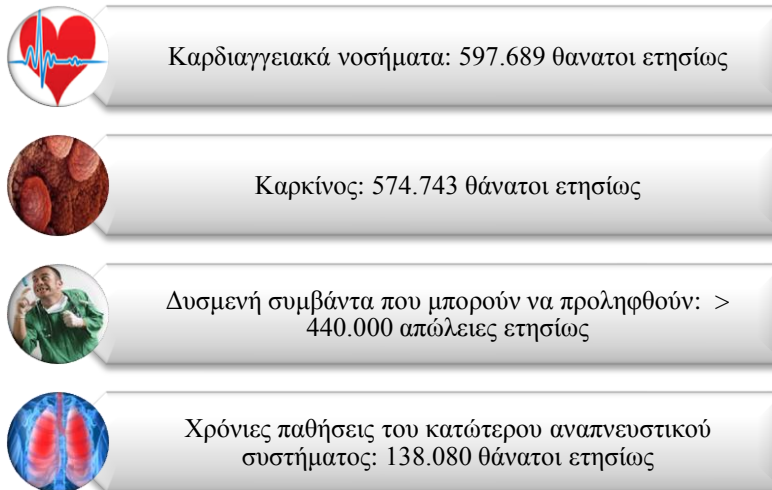
ΠΙΝΑΚΑΣ 6.4 Τα συχνότερα εμφανιζόμενα δυσμενή συμβάντα και τα αντίστοιχα κόστη

Δυσμενή Συμβάντα	Μέγεθος	Οικονομικό κόστος (\$, 2008)
Λοίμωξη κατόπιν χειρουργικών επεμβάσεων	252.695	3,36
Έλκος κατάκλισης	374.964	3,27
Επιπλοκή κατόπιν εμφύτευσης μη καρδιοχειρουργικών εμφυτεύματων και μοσχεύματων	60.380	1,07
Επιπλοκή χαμηλά στην σπονδυλική στήλη ύστερα από επέμβαση χειρουργικού τύπου	113.823	1,00
Αιμορραγία εκτεταμένη	78.216	0,68

Πηγή: (HOPE Project, 2013)

Το 2013 ο James, στην συστηματική ανασκόπηση που δημοσίευσε, ανέδειξε ότι οι απώλειες ανθρώπινης ζωής από τα δυσμενή συμβάντα που μπορούν να προληφθούν κατά την παροχή φροντίδας υγείας στις μονάδες παροχής υγειονομικής περίθαλψης κυμαίνονται από 210.000 έως 440.000 ετησίως (4,5 φορές περισσότεροι θάνατοι από το 1999) κατατάσσοντας τα δυσμενή συμβάντα στην τρίτη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τον καρκίνο (Διάγραμμα 6.6) (James, 2013).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.6 Αιτίες θανάτου στις ΗΠΑ



Πηγή: (CDC, 2011)

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας που δημοσιεύτηκε το 2012, 254.200 περπτώσεις ιατρικών λαθών (Πίνακας 6.5) θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί και να μην μετατραπούν σε δυσμενή συμβάντα (56.367 θάνατοι) (HealthGrades, 2012).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.5 Λάθη που θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί και θάνατοι από αυτά

Ιατρικό λάθος – Δυσμενές Συμβάν	Μέγεθος	Ανθρώπινες απώλειες
Θρόμβωση μετά από επεμβατική πράξη	69.999	6.773
Αναπνευστική ανεπάρκεια μετά από επεμβατική πράξη	58.686	12.325
Έλκος κατάκλισης κατά την παροχή νοσοκομειακής φροντίδας	36.190	3.776
Θάνατος εξαιτίας επιλοκής μετά από χειρουργική επέμβαση	19.595	19.595
Λοίμωξη στο αίμα μετά από επεμβατική πράξη	17.572	4.535
Εκτεταμένη αιμορραγία ύστερα από χειρουργική επέμβαση	17.394	1.253
Πνευμοθώρακας λόγω επεμβατικής πράξης στην περιοχή του στήθους	15.628	2.409
Λοίμωξη οφειλόμενη σε κεντρικούς φλεβικούς καθετήρες	8.495	843
Διάρρηξη κοιλιακής τομής	3.782	513
Θάνατος κατά την παροχή υγειονομικής περίθαλψης	3.509	3.509

Ιατρικό λάθος – Δυσμενές Συμβάν	Μέγεθος	Ανθρώπινες απώλειες
μέσω διαδικασιών με χαμηλή θνησιμότητα		
Ύπαρξη ανισοροπίας υγρών – ηλεκτρολυτών μετά από επεμβατική πράξη	2.359	780
Παραμονή ξένου σώματος στον ασθενή κατά την διαδικασία της χειρουργικής επέμβασης	573	18
Ισχυακό κάταγμα ύστερα από επεμβατική πράξη	418	38
Σύνολο	254.200	56.367

Πηγή: (HealthGrades, 2012)

Στην Μεγάλη Βρετανία, τα δυσμενή συμβάντα είναι η τρίτη (3^η) αιτία θανάτου μετά τον καρκίνο και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα δημοσιευμένων ερευνών από 20.000 έως 30.000 χάνουν την ζωή τους ή βιώνουν τις επιπλοκές από την αμέλεια ή τις παραλήψεις των επαγγελματιών υγείας κατά την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία την τελευταία τετραετία από επτακόσιοι πενήντα (750) ασθενείς και άνω ήταν θύματα ιατρικών λαθών που θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί (never events) και παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 6.7 που ακολουθεί (The Telegraph, 2013).

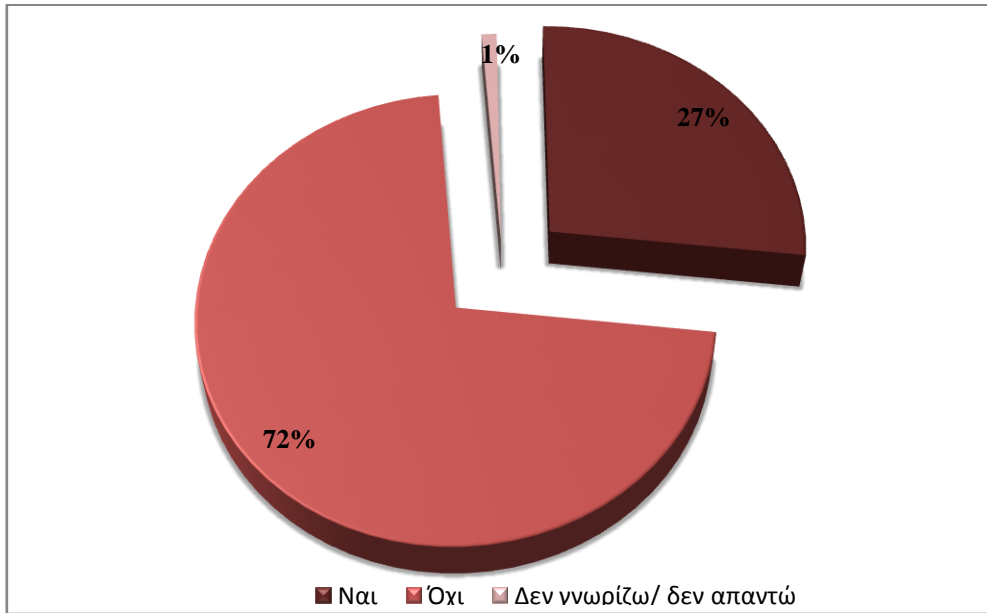
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.7 Ιατρικά σφάλματα της κατηγορίας "Never Events"



Πηγή: (The Telegraph, 2013)









Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας του Ευρωβαρομέτρου (2014), το 27% των Ευρωπαίων έχουν βιώσει οι ίδιοι ή κάποιος μέλος της οικογένειάς τους ένα δυσμενές συμβάν κατά την παροχή υγειονομικής φροντίδας ενώ η συντριπτική πλειοψηφία δεν έχει βιώσει κάποιο δυσμενές συμβάν (Διάγραμμα 6.8, Πίνακας 6.6) (European Commission, 2014).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.8 Ποσοστό Ευρωπαίων που έχουν βιώσει ένα δυσμενές συμβάν κατά την παροχή φροντίδας υγείας
















Πηγή: (Special Eurobarometer 411, 2014)









ΠΙΝΑΚΑΣ 6.6 Ποσοστό Ευρωπαίων που έχουν βιώσει ένα δυσμενές συμβάν κατά την παροχή φροντίδας υγείας ανά χώρα

Έχετε βιώσει εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας δυσμενές συμβάν κατά την παροχή φροντίδας υγείας;							
		Ναι		Όχι		Δεν Γνωρίζω	
		EB 80.2 Νοέμ. - Δεκ. 2013	2013 - 2009	EB 80.2 Νοέμ. - Δεκ. 2013	2013 - 2009	EB 80.2 Νοέμ. - Δεκ. 2013	2013 - 2009
	EE28	27%	+1	72%	=	1%	-1
	Ην. Βασίλειο	39%	+8	61%	-6	0%	-2
	Δανία	49%	+6	50%	-6	1%	=
	Λουξ/γο	35%	+6	65%	-5	0%	-1
	Ιρλανδία	25%	+5	73%	-4	2%	-1
	Ελλάδα	20%	+4	80%	-4	0%	=
	Ολλανδία	46%	+4	53%	-4	1%	=
	Φινλανδία	38%	+4	61%	-4	1%	=

Το λάθος και το σφάλμα στην υγεία

	Σουηδία	53%	+4	46%	-4	1%	=
	Γερμανία	33%	+3	66%	-2	1%	-1
	Ισπανία	23%	+3	77%	-1	0%	-2
	Σλοβενία	31%	+2	68%	-2	1%	-2
	Πορτογαλία	14%	+1	85%	+2	1%	-3
	Ρουμανία	17%	+1	80%	+1	3%	-2
	Κύπρος	35%	=	64%	-1	1%	+1
	Εσθονία	38%	-1	61%	+1	1%	=
	Αυστρία	11%	-1	87%	+1	2%	=
	Βέλγιο	27%	-2	73%	+3	0%	-1
	Ιταλία	13%	-2	84%	+5	3%	-3
	Πολωνία	18%	-2	80%	+2	2%	=
	Γαλλία	36%	-3	64%	+4	0%	-1

Ποιότητα και Ασφάλεια στην Υγεία: Αξιολόγηση της Κουλτούρας Ασφάλειας του Ασθενούς σε Δημόσια Νοσοκομεία στην Ελλάδα

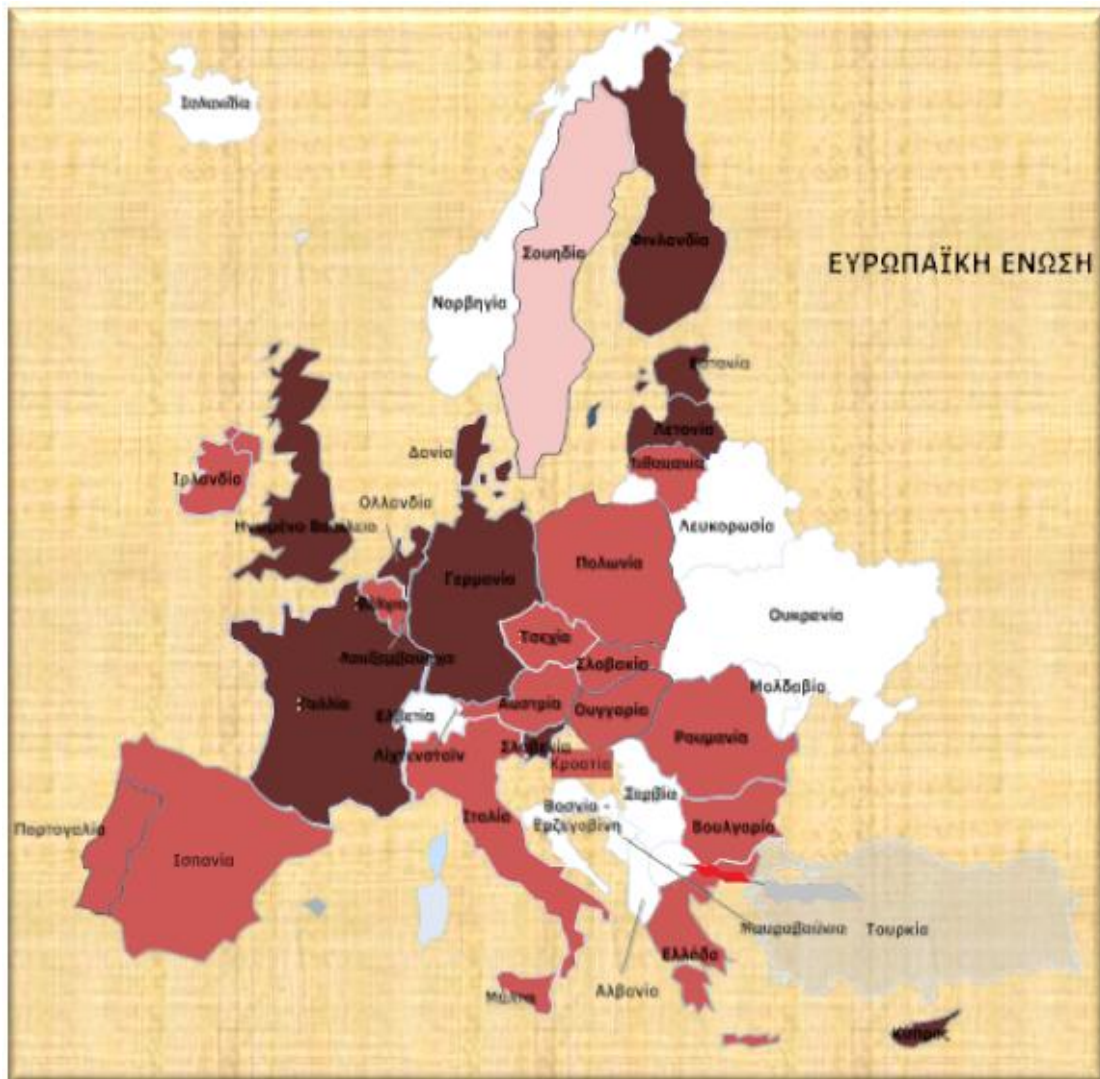
	Βουλγαρία	11%	-4	88%	+5	1%	-1
	Τσεχία	19%	-4	80%	+4	1%	=
	Λετονία	39%	-4	59%	+3	2%	+1
	Μάλτα	19%	-4	80%	+4	1%	=
	Σλοβακία	23%	-6	75%	+5	2%	+1
	Ουγγαρία	16%	-8	82%	+8	2%	=
	Λιθουανία	24%	-12	75%	+12	1%	=
	Κροατία	25%	NA	74%	NA	1%	NA

*Ευρώπη των 28 χωρών

NA: Not Available

Πηγή: (Special Eurobarometer 411, 2014)

ΕΙΚΟΝΑ 6.2 Ποσοστό Ευρωπαίων που έχουν βιώσει ένα δυσμενές συμβάν κατά την παροχή φροντίδας υγείας



Πηγή: (Special Eurobarometer 411, 2014, ίδια διαμόρφωση) ■ 0% - 29% ■ 30% - 49% ■ 50-100%

Σύμφωνα με την ίδια έρευνα το 12% των Ευρωπαίων θεωρούν πολύ πιθανόν να βιώσουν ένα δυσμενές συμβάν κατά την παροχή φροντίδας υγείας εντός του νοσοκομείου (Διάγραμμα 6.9) (European Commission, 2014).

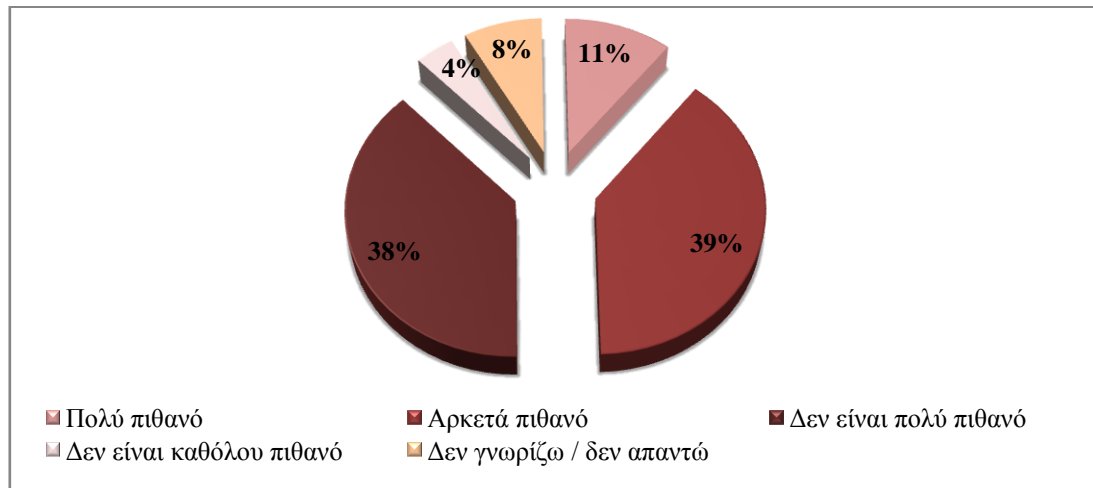
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.9 Πιθανότητα εμφάνισης δυσμενούς συμβάντος κατά την παροχή φροντίδας υγείας εντός νοσοκομείου



Πηγή: (Special Eurobarometer 411, 2014, ίδια διαμόρφωση)

Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, μόλις το 11% των ερωτώμενων θεωρούν πολύ πιθανόν να βιώσουν ένα δυσμενές συμβάν κατά την παροχή εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας (ΠΦΥ, διάγνωση) (Διάγραμμα 6.10) (European Commission, 2014).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.10 Πιθανότητα εμφάνισης δυσμενούς συμβάντος κατά την παροχή εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας



Πηγή: (Special Eurobarometer 411, 2014, ίδια διαμόρφωση)

Σε ερώτηση της Έκθεσης του Ευρωβαρόμετρου (2014), αν τα δυσμενή συμβάντα που βίωσαν έλαβαν χώρα κατά την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στην χώρα τους, σε άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης από αυτή που διαμένουν μόνιμα ή σε χώρα εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης όλοι σχεδόν οι ερωτώμενοι (97%) απάντησαν στην χώρα τους, 2% απάντησε σε άλλη Ευρωπαϊκή χώρα και μόλις 1% σε χώρα εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης (European Commission, 2014). Παρόμοια ήταν και τα

αποτελέσματα της αντίστοιχης έκθεσης του Ευρωβαρομέτρου που δημοσιεύτηκε το 2010 με τα ποσοστά να διαμορφώνονται σε 99%, και 1% αντίστοιχα (European Commission, 2010).

6.7. Συμπεράσματα

Η ύπαρξη των λαθών και των δυσμενών συμβάντων είναι γνωστή από την αρχαιότητα. Ο Ιπποκράτης αναφέρει ότι θα πρέπει να τιμάται ο ιατρός που κάνει τα λιγότερα λάθη. Τα λάθη δεν είναι ασυνήθιστα στην καθημέρα κλινική πράξη, έτσι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να λαμβάνουν μέτρα, προκειμένου να τα αποφύγουν. Υπάρχουν διάφορα βήματα που μπορούν να ακολουθηθούν για την αποφυγή του ιατρικού σφάλματος. Όπως ήδη αναφέρθηκε, η συχνή και μακροχρόνια έκθεση του επαγγελματία υγείας σε αντίξοες εργασιακές συνθήκες συνεπάγεται με υπερκόπωση και εξάντλησή του. Οι συνέπειες της εξάντλησης αυτής δεν αφορούν μόνο στη φυσική κατάσταση του ατόμου, αλλά και στη συμπεριφορά του τόσο στην εργασία όσο και στην προσωπική του ζωή, με αποτέλεσμα την διενέργεια λαθών και παραλείψεων σημαντικών για την έκβαση της υγείας των ασθενών.

Εν κατακλείδι, το ζήτημα των ιατρικών λαθών στην Ελλάδα αποκτά μεγαλύτερες διαστάσεις εξαιτίας αφενός του ερευνητικού κενού που υπάρχει και της έλλειψης τεκμηριωμένων μελετών γύρω από τη φύση και την έκταση του φαινομένου αφετέρου λόγω της ιδιότυπης συντεχνιακής κουλτούρας εντός του ιατρικού σώματος η οποία ουσιαστικά αποτρέπει την αξιολόγηση των ιατρών και των συστημάτων εν γένει μέσω μηχανισμού αποσιώπησης και αυτολογοκρισίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Διερεύνηση και αναφορά του λάθους στο χώρο της υγείας

«Τα ιατρικά λάθη είναι όπως τα κουνούπια. Μπορείς να τα σκοτώσεις, αλλά θα υπάρχουν πάντα άλλα για να τα αντικαταστήσουν. Η μόνη αποτελεσματική θεραπεία είναι η αποξήρανση των ελών στα οποία αναπαράγονται. Σε αυτήν την περίπτωση, τα έλη είναι οι λανθάνουσες συνθήκες».

(James Reason)

7.1. Εισαγωγή

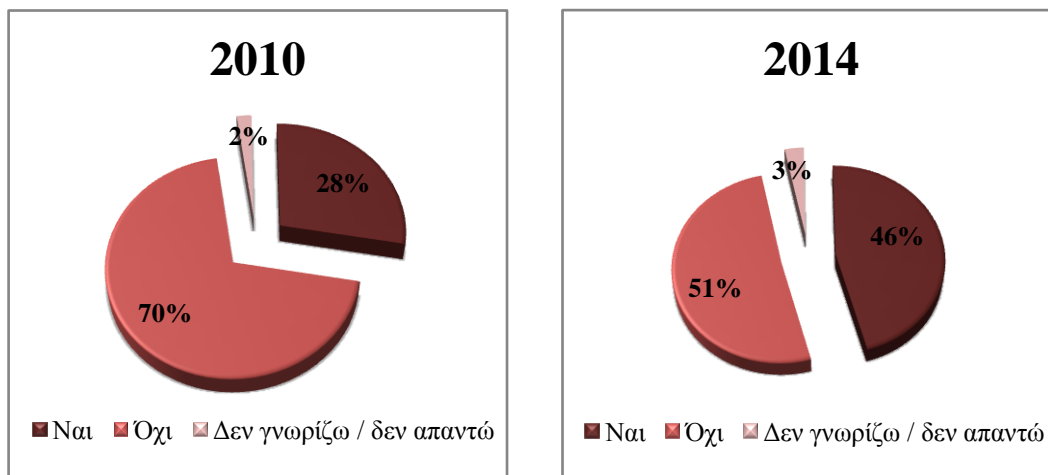
Η ουσιαστική πρόληψη και η αντιμετώπιση των λαθών και των δυσμενών συμβάντων προϋποθέτει την καταγραφή αυτών και την μελέτη των προσδιοριστικών τους παραγόντων όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης. Η πρώτη απόπειρα καταγραφής και μελέτης του ανθρώπινου λάθους ήταν σε χώρους υψηλής αξιοπιστίας. Όσον αφορά στους εργαζόμενους, οι επαγγελματίες υγείας όπως και οι πιλότοι εργάζονται σε σύνθετα περιβάλλοντα όπου οι ομάδες των επαγγελματιών αλληλεπιδρούν με την τεχνολογία. Έχουν αυξημένη ποσοτικά και ποιοτικά εκπαίδευση, λειτουργούν σε περιβάλλοντα τα οποία είναι επικίνδυνα για την ανθρώπινη ζωή και διαχειρίζονται ζητήματα για τα οποία τα δεδομένα είναι μεταβαλλόμενα και μερικές φορές άγνωστα

Σύμφωνα με την τελευταία έκθεση του Ευρωβαρόμετρου (2014), οι μισοί σχεδόν (46%) ερωτηθέντες που είχαν βιώσει ένα δυσμενές συμβάν οι ίδιοι ή κάποιο μέλος της οικογένειάς τους κατά την παροχή υγειονομικής φροντίδας, ισχυρίζονται ότι το ανέφεραν ενώ το 51% ότι δεν το ανέφεραν κάπου.

7.2. Η αναφορά των δυσμενών συμβάντων κατά την παροχή υγειονομικής περίθαλψης

Σύμφωνα με την Έκθεση του Ευρωβαρόμετρου (2014), (European Commission, 2014), οι μισοί σχεδόν (46%) ερωτηθέντες που είχαν βιώσει ένα δυσμενές συμβάν οι ίδιοι ή κάποιο μέλος της οικογένειάς τους κατά την παροχή υγειονομικής φροντίδας ισχυρίζονται ότι το ανέφεραν ενώ το 51% ότι δεν το ανέφεραν κάπου. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε αντίστοιχη έκθεση του Ευρωβαρόμετρου το 2010 (European Commission, 2010) μόλις το 28% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι ανέφερε κάπου το δυσμενές συμβάν που βίωσε ο ίδιος ή κάποιο μέλος της οικογένειάς του ενώ το 70% ότι δεν το ανέφερε κάπου (Διάγραμμα 7.1).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7.1 Ποσοστό Ευρωπαίων που βίωσαν ένα δυσμενές συμβάν και το ανέφεραν


















Πηγή: (Special Eurobarometer 411, 2014, ίδια διαμόρφωση)













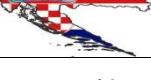
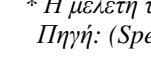
Σε εθνικό επίπεδο σύμφωνα με την Έκθεση του 2014, η χώρα στην οποία τα δυσμενή συμβάντα αναφέρονται πιο συχνά είναι η Γαλλία με ποσοστό 65% και ακολουθεί το Λουξεμβούργο με ποσοστό 61% και το Ηνωμένο Βασίλειο με ποσοστό 58%, μολονότι οι μισοί τουλάχιστον ερωτώμενοι ή κάποιο μέλος της οικογένειάς τους στην Ισπανία (56%), στο Βέλγιο (51%) και την Αυστρία (50%) ανέφεραν το δυσμενές συμβάν που βίωσαν. Σε αντίθεση με την Βουλγαρία όπου μόλις το 6% των ερωτώμενων και την Σλοβακία και την Κροατία όπου το 11% αναφέρουν το δυσμενές συμβάν όπου βίωσαν οι ίδιοι ή κάποιο μέλος της οικογένειάς τους (European Commission, 2014).

Στον Πίνακα 7.1. στην Εικόνα 7.1 & 7.2 που ακολουθούν διαφαίνεται ότι στην δυτική Ευρώπη η αναφορά των λαθών είναι συχνότερη. Αξιοσημείωτη είναι η αυξητική τάση της αναφοράς των δυσμενών συμβάντων σε όλες σχεδόν τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.1 Ποσοστό αναφοράς δυσμενών συμβάντων στην Ευρώπη

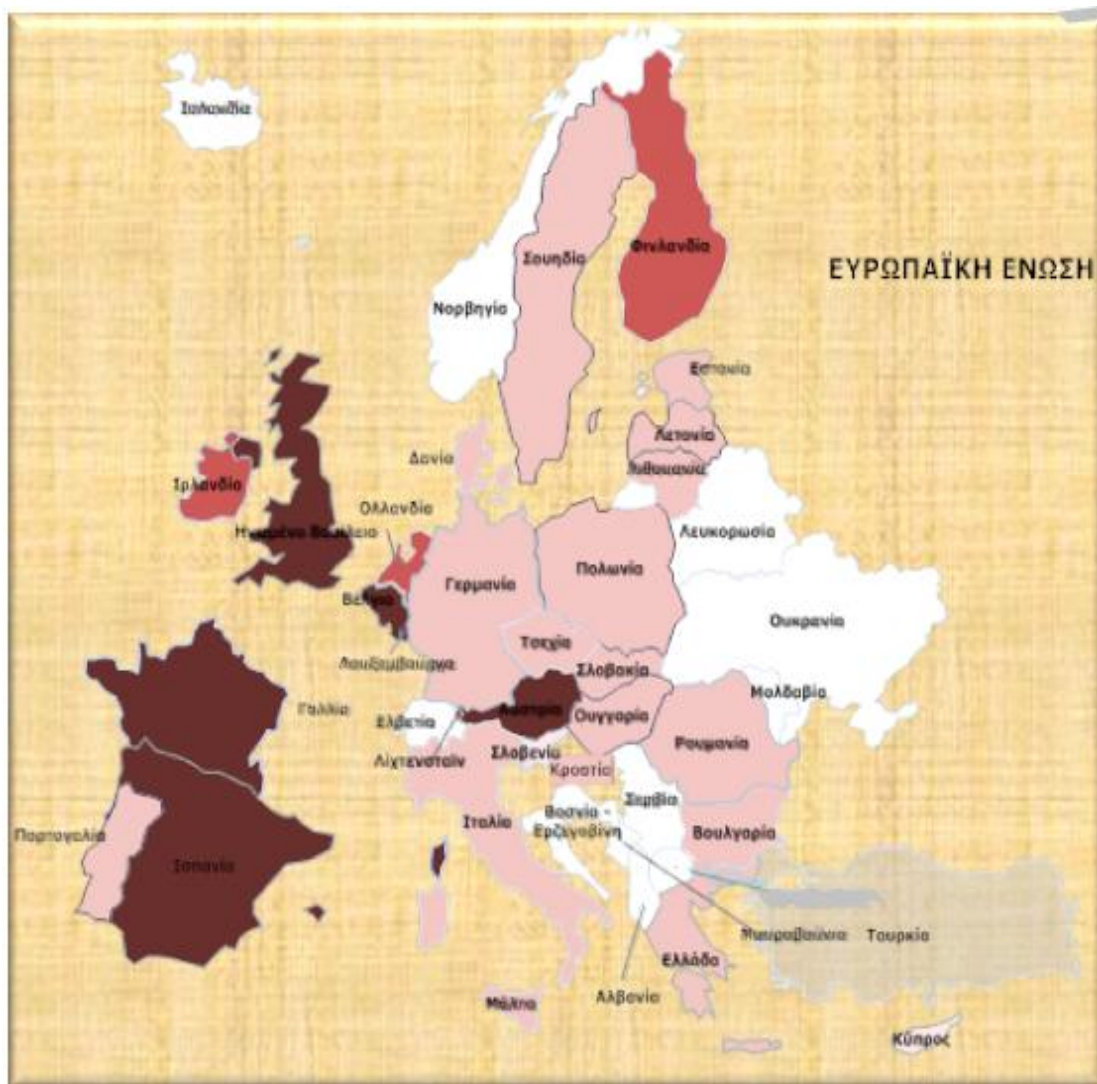
Αναφέρατε το δυσμενές συμβάν που βιώσατε ο ίδιος ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας;				
Απάντηση: Ναι				
		EB 80.2 Νοέμ. - Δεκ. 2013	EB 72.2 Σεπτ. - Οκτ. 2009	2013 - 2009
	ΕΕ28	46%	26%	+18
	Ην. Βασίλειο	58%	47%	+11
	Δανία	38%	32%	+6
	Λουξ/γο	61%	29%	+32%
	Ιρλανδία	45%	41%	+4
	Ελλάδα	40%	42%	-2
	Ολλανδία	48%	52%	-4
	Φινλανδία	47%	50%	-3
	Σουηδία	24%	30%	-6
	Γερμανία	40%	33%	+7
	Ισπανία	56%	16%	+40
	Σλοβενία	11%	9%	+2
	Πορτογαλία	20%	26%	-6
	Ρουμανία	24%	15%	+9
	Κύπρος	39%	50%	-11

Διερεύνηση και αναφορά του λάθους στο χώρο της υγείας

	Εσθονία	30%	23%	+7
	Αυστρία	50%	57%	-7
	Βέλγιο	51%	33%	+18
	Ιταλία	38%	23%	+15
	Πολωνία	26%	26%	=
	Γαλλία	65%	3%	+61
	Βουλγαρία	6%	11%	-5
	Τσεχία	42%	35%	+7
	Λετονία	21%	15%	+6
	Μάλτα	29%	26%	+3
	Σλοβακία	21%	26%	-5
	Ουγγαρία	27%	17%	+10
	Λιθουανία	24%	16%	+8
	Κροατία	11%	-*	-

* Η μελέτη του Ευρωβαρόμετρου που δημοσιεύτηκε το 2010 αφορά 27 χώρες της Ευρώπης
 Πηγή: (Special Eurobarometer 411, 2014, ίδια διαμόρφωση)

ΕΙΚΟΝΑ 7.1 Ποσοστό αναφοράς δυσμενών συμβάντων στην Ευρώπη



* Ευρώπη των 28 χωρών

0% - 42%

43% - 49%

50% - 100%

Πηγή: (Special Eurobarometer 411, 2014, ίδια διαμόρφωση)

ΕΙΚΟΝΑ 7.2 Συγκριτική παρουσίαση (2010, 2014) της αναφοράς δυσμενών συμβάντων στην Ευρώπη



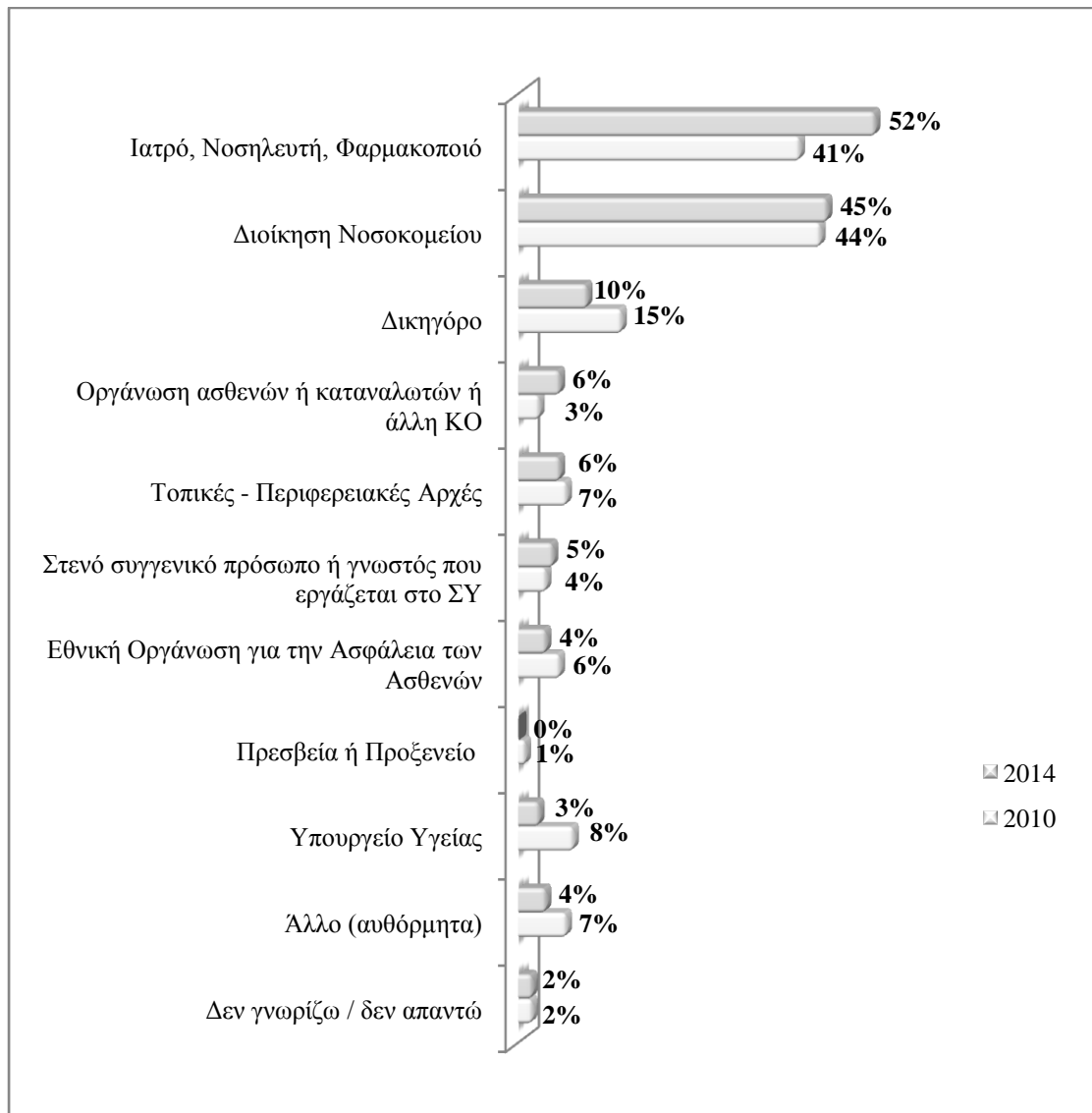
* Ευρώπη των 28 χωρών

■ αυξήθηκε ■ μειώθηκε ■ παρέμεινε σταθ.

Πηγή: (Special Eurobarometer 411, 2014, ίδια διαμόρφωση)

Παραπάνω σχεδόν από τους μισούς ερωτώμενους (52%) ισχυρίζονται ότι ανέφεραν το δυσμενές συμβάν που βίωσαν οι ίδιοι ή κάποιο μέλος της οικογένειάς τους σε κάποιο ιατρό, νοσηλευτή ή στο φαρμακοποιό, το 45% το ανέφερε στην διοίκηση του νοσοκομείου. Μόλις το 10% σε κάποιο δικηγόρο και το 6% στις τοπικές ή περιφερειακές αρχές ή σε κάποια οργάνωση για τους ασθενείς ή τους καταναλωτές ή άλλη κυβερνητική οργάνωση. Ένας (1) στους είκοσι (20) ερωτώμενους (5%) ανέφερε το δυσμενές συμβάν που βίωσε, σε στενό συγγενικό πρόσωπο ή σε άτομο που εργάζεται στο σύστημα υγείας ενώ μόλις το 4% το ανέφερε στην εθνική οργάνωση για την ασφάλεια του ασθενούς και το 3% στο Υπουργείο Υγείας (European Commission, 2014) (Διάγραμμα 7.2).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7.2 Σημείο αναφοράς δυσμενούς συμβάντος



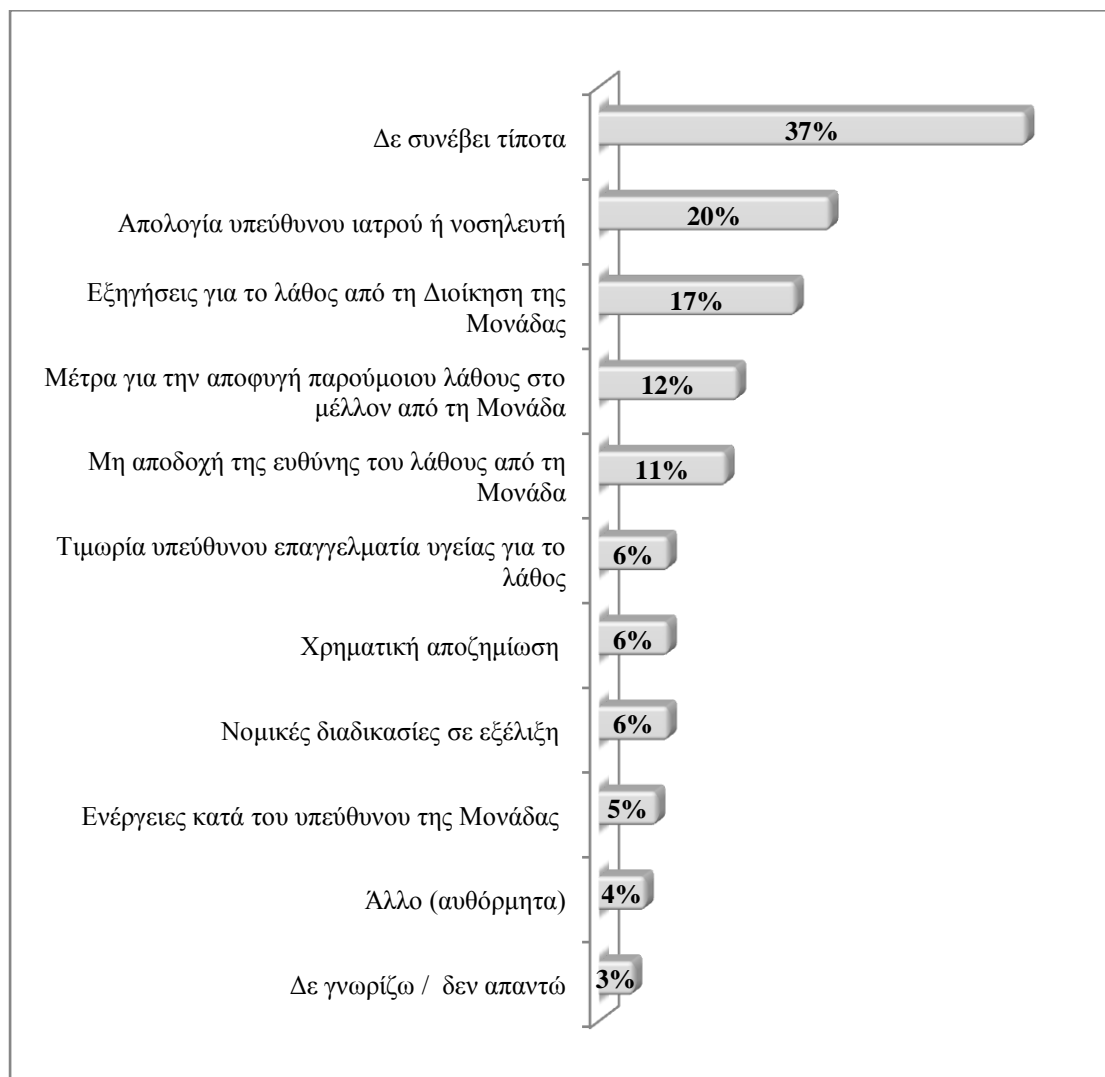
Πηγή: (Special Eurobarometer 411, 2014, ίδια διαμόρφωση)

Σύμφωνα με την Έκθεση του 2010, η αναφορά των δυσμενών συμβάντων γίνονταν κατά κύριο λόγο στην διοίκηση του νοσοκομείου (European Commission, 2010) ενώ σύμφωνα με την αντίστοιχη Έκθεση το 2014 οι ασθενείς ή συγγενείς αυτών που υπέστησαν κάποιο δυσμενές συμβάν το ανέφεραν σε κάποιο ιατρό, νοσηλευτή ή φαρμακοποιό (European Commission, 2014).

Μετά την αναφορά των δυσμενών συμβάντων το 37% των ερωτώμενων ισχυρίζεται ότι δεν ελήφθη κάποιο μέτρο ώστε να μην επαναληφθούν αντίστοιχα συμβάντα. Μόνο ένας (1) στους πέντε (5) (20%) ασθενείς που βίωσαν κάποιο δυσμενές συμβάν οι ίδιοι ή κάποιο πρόσωπο από το συγγενικό περιβάλλον δέχτηκε συγγνώμη από τον ιατρό ή τον νοσηλευτή ενώ το 17% δέχτηκε μια εξήγηση για το λάθος από το προσωπικό του νοσοκομείου. Ένας (1) στους δέκα (10) ισχυρίζεται ότι ελήφθησαν μέτρα από το νοσοκομείο για την αποφυγή παρόμοιων δυσμενών συμβάντων στο

μέλλον (12%), αλλά το 11% των ερωτώμενων ισχυρίζεται ότι το νοσοκομείο δεν αποδέχεται την ευθύνη για το δυσμενές συμβάν. Περίπου ένας (1) στους είκοσι (20) έλαβε χρηματική αποζημίωση και ο υπεύθυνος επαγγελματίας υγείας είχε τιμωρηθεί από το πειθαρχικό συμβούλιο του νοσοκομείου ή οι νομικές διαδικασίες βρίσκονταν σε εξέλιξη (6% των 3 υποθέσεων), ενώ 5% κινήθηκε νομικά εναντίον της μονάδας υγείας που ενεπλάκην στο δυσμενές συμβάν (European Commission, 2014) (Διάγραμμα 7.3).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7.3 Πιθανή έκβαση αναφοράς δυσμενούς συμβάντος



Πηγή: (Special Eurobarometer 411, 2014, ίδια διαμόρφωση)

7.3. Συμπεράσματα

Η ανίχνευση και η ανάλυση των ιατρικών λαθών και των δυσμενών συμβάντων είναι σημαντική για την κατανόηση των παραλείψεων του συστήματος υγείας και την κατάστρωση στρατηγικών για πρόληψη και περιορισμό των εν λόγω περιστατικών. Γι' αυτόν το λόγο, πρέπει να ακολουθούνται οι ενδεικνυόμενες μέθοδοι αναγνώρισης

και καταγραφής τους. Οι παραδοσιακές προσπάθειες να ποσοτικοποιηθούν τα δυσμενή συμβάντα περιλαμβάνουν συνήθως εθελοντικές αναφορές των συμβαμάτων, αναδρομικούς ελέγχους των ιατρικών φακέλων και μερικές φορές επιτήρηση «παρα την κλίνη» των διαδικασιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Διαχείριση του λάθους στο χώρο της υγείας

«Δεν πρέπει να εγκαταλείψουμε την ελπίδα ότι τα προβλήματα που προκλήθηκαν από τον άνθρωπο μπορούν επίσης να επιλυθούν από τον άνθρωπο»

(Willy Brandt 1913-1992)

8.1. Εισαγωγή

Μια από τις πιο καθοριστικές συνιστώσες σχετικά με την διαχείριση των λαθών στο χώρο της υγείας είναι η αναγγελία του λάθους στον ίδιο τον ασθενή και τους οικείους του. Η στάση των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας γύρω από το θέμα της ενημέρωσης για το λάθος ποικίλουν σύμφωνα με τις έρευνες που έχουν γίνει οι οποίες είναι ελάχιστες στον αριθμό και καταγράφουν τις απόψεις των εμπλεκομένων μερών είτε για λάθη που πραγματοποιήθηκαν, είτε για πιθανά σενάρια λάθους.

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί διάφορα εργαλεία για την πρόληψη και την διαχείριση των λαθών στην υγεία καθώς και για την εκτίμηση της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς στις μονάδες παροχής υγειονομικής φροντίδας.

8.2. Η αντιμετώπιση του λάθους κατά την παροχή φροντίδας υγείας σε ατομικό και συστημικό επίπεδο

Η αντιμετώπιση του λάθους κατά την παροχή φροντίδας υγείας προσεγγίζεται βιβλιογραφικά σε δύο (2) επίπεδα, στο ατομικό επίπεδο (individual approach) και στο συστημικό επίπεδο (system approach). Το ατομικό επίπεδο αναφέρεται στους επαγγελματίες υγείας και οι αναλύσεις γύρω από αυτό επικεντρώνονται αφενός στο λάθος αυτό καθ' αυτό σε πρώτο στάδιο αφετέρου σε δεύτερο στάδιο στα συναισθήματα που αυτό προκάλεσε στον επαγγελματία υγείας που εμπλέκεται είτε άμεσα είτε έμμεσα με αυτό. Το συστημικό επίπεδο αντιμετώπισης του λάθους αναφέρεται στην μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας εν γένει εξετάζοντας τις συνθήκες κάτω από τις οποίες πραγματοποιήθηκε το λάθος και διασφαλίζοντας ένα περιβάλλον ώστε να μην επαναληφθούν τα ίδια λάθη ή να μετριαστούν τα δυσμενή αποτελέσματά τους.

Αρχικά λοιπόν όταν λάβει χώρα ένα λάθος, η προσοχή εστιάζεται στην λανθασμένη ενέργεια καθ' αυτή και στον τρόπο επηρεασμού του επιπέδου της υγείας του ασθενούς από την προηγούμενη λανθασμένη ενέργεια. Αν η λανθασμένη ενέργεια επηρέασε αρνητικά την υγεία του ασθενούς, προκαλώντας δυσμενές συμβάν ακολουθούνται συνήθως τα εξής βήματα:

- Διερευνάται ποιος διέπραξε την λανθασμένη ενέργεια
- Στοιχειοθετείται και απονέμεται κατηγορίες προς το εν λόγω πρόσωπο
- Σχεδιάζονται πολιτικές πρόληψης και λαμβάνονται μέτρα αποφυγής παρόμοιων συμβάντων στο μέλλον.

Τα μέτρα αυτά αναφέρονται αποκλειστικά και μόνο στο άτομο που διέπραξε το λάθος χωρίς να λαμβάνονται υπόψιν οι συνθήκες κάτω από τις οποίες πραγματοποιήθηκε το

λάθος, πρακτική που έρχεται σε αντίθεση με την άποψη ότι τα λάθη που κάνουν οι άνθρωποι οφείλονται συνήθως σε εξωτερικούς παράγοντες που οδηγούν συνήθως τους επαγγελματίες υγείας να κάνουν λάθη και όχι μόνο σε εσωτερικούς παράγοντες που πηγάζουν από το ίδιο το άτομο όπως η απώλεια της μνήμης, το άγχος, η κούραση κλπ. (Van Cott, 1994).

Αφού αποδοθούν οι κατηγορίες και η τιμωρία στον εμπλεκόμενο επαγγελματία υγείας μελετώνται και τα συναισθήματα που δημιουργούνται σε αυτόν από την εμπλοκή του στο λάθος. Τα συναισθήματα που προκύπτουν από την διετέλεση μιας λάθος ενέργειας κατά την παροχή της υγειονομικής φροντίδας είναι φόβος για την έκβαση της υγείας του ασθενούς, για τις πιθανές νομικές συνέπειες και για την αντίδραση των συναδέλφων τους, άγχος αν το λάθος έγινε αντιληπτό από άλλους, αγωνία για το τι πρέπει να κάνει, ενοχή, λύπη, απομόνωση και μοναξιά, ταπείνωση, αμηχανία, θυμός το οποίο εκδηλώνουν σε οικεία τους πρόσωπα και στους συνεργάτες τους (Christensen et al., 1992, Gallagher et al., 2003). Τα συναισθήματα αυτά εκδηλώνονται αμέσως μόλις γίνει αντιληπτό το λάθος από τον ίδιο τον επαγγελματία υγείας ή κάποιον άλλο (συνάδελφο, ασθενή κλπ) και μπορεί να διαρκέσουν μήνες μετά ανάλογα την σοβαρότητα του λάθους και τις συνέπειες που αυτό είχε στην έκβαση της υγείας του ασθενούς. Στην πράξη τα συναισθήματα αυτά εκδηλώνονται με έλλειψη συγκέντρωσης, απώλεια αυτοπεποίθησης και αυτοκυριαρχίας, άρνηση διεκπεραίωσης ακόμα και των πιο απλών διαδικασιών, διαταραχές στον ύπνο και την όρεξη κλπ. Αν πρόκειται για άτομο βαθιά συναισθηματικό όλη αυτή η διαδικασία το εξαντλεί επαγγελματικά αναζητώντας καταφύγιο σε ουσίες και το αλκοόλ (Gallagher et al., 2003).

Ο Faddis ήδη από το 1939 σε μελέτη που δημοσίευσε επιβεβαιώνει τα συναισθήματα που βιώνει ο επαγγελματίας υγείας όταν υποπέσει σε λάθος επισημαίνοντας ότι «κάθε συνειδητοποιημένος νοσηλευτής που κάνει λάθος υποφέρει μόλις αντιληφθεί ότι έκανε λάθος» (Faddis, 1939). Στο ίδιο κλίμα είναι και τα αποτελέσματα των μελετών των Wolf και συν. (1995), σύμφωνα με τους οποίους οι νοσηλευτές αποδέχονται την υπευθυνότητα φαρμακευτικών λαθών και είναι σε εγρήγορση για την αντιμετώπιση των συνεπειών των λαθών (Wolf et al., 1995). Στην μελέτη του Gladstone (1995), οι νοσηλευτές που είχαν διαπράξει κάποιο λάθος υποστήριξαν ότι αισθάνονταν ένοχοι ήταν θυμωμένοι και αισθάνονταν θύματα των περιστάσεων. Ταυτόχρονα ανησυχούσαν για την έκβαση της υγείας του ασθενούς και υπέφεραν από έλλειψη κλινικής αυτοπεποίθησης. Εκφράσεις όπως «τα λάθη είναι ανθρώπινα ή δεν είμαι ο μόνος που έκανα λάθος κλπ» λειτουργούν αντισταθμιστικά και ενοχοποιητικά για τους επαγγελματίες υγείας (Gladstone, 1995).

Ο Leape (2000), ισχυρίζεται ότι όταν οι επαγγελματίες υγείας υποπέσουν σε κάποιο λάθος προκαλείται σε αυτούς αίσθημα ντροπής και ενοχής το οποίο πηγάζει από τις προσδοκίες που έχουν τόσο οι ίδιοι από τον εαυτό τους όσο και οι άλλοι από αυτούς (Leape, 2000b). Οι ασθενείς και οι οικείοι αυτών αποδίδουν στους επαγγελματίες υγείας ικανότητες υπεράνθρωπες και δύσκολα τους δικαιολογούν τυχόν λάθη ή παραλείψεις κατά την παροχή φροντίδας υγείας (Arndt, 1994). Κατά την Arndt, για

να υπάρξει αποτελεσματική διαχείριση των λαθών και των δυσμενών συμβάντων επιβάλλεται ο επαγγελματίας υγείας να απενεχοποιηθεί, να τα αναγνωρίσει και να τα συζητήσει ελεύθερα με τους συναδέλφους του και τους Προισταμένους – Διευθυντές του (Arndt, 1994). Η συζήτηση των λαθών που έχουν λάβει χώρα μεταξύ των συναδέλφων είναι σημαντική και διδακτική για το σύνολο των επαγγελματιών υγείας με σκοπό την αποφυγή λαθών στο μέλλον. Σύμφωνα με την έρευνα των Cook και συν. (2004), το 83% των συμμετεχόντων (ιατρών και νοσηλευτών) επιζητούν να μαθαίνουν τα λάθη που διέπραξαν οι συνάδελφοι τους, να τα συζητούν μαζί τους με σκοπό την αποφυγή στο μέλλον παρόμοιων συμβάντων. Η πλειονότητα των ερωτηθέντων (91%) απάντησε ότι δεν χάνει την εκτίμηση της στο πρόσωπο του συναδέλφου τους που διέπραξε το λάθος (Cook et al., 2004).

Κατόπιν της διένεργειας ενός λάθους, ο εμπλεκόμενος επαγγελματίας υγείας σκέφτεται αν θα το αποκαλύψει ή όχι στους συναδέλφους του ιδιαίτερα αν πρόκειται για παρ' ολίγον λάθος που δεν επιρέασε την έκβαση της υγείας του ασθενούς (Mason, 2004a). Η ανοικτή συζήτηση των λαθών συμβάλλει στην επίτευξη θετικών αλλαγών στην παροχή φροντίδας υγείας με σημαντική παράμετρο την αξιολόγηση των αλλαγών αυτών στο μέλλον.

Ο Wu (2000), ισχυρίζεται ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι άνθρωποι και τα λάθη είναι συνηφασμένα με την ανθρώπινη φύση. Ο Wu προτίνει για την αποτελεσματικότερη διαχείριση των λαθών, οι επαγγελματίες υγείας να (Wu, 2000):

- ➔ Ανακαλέσουν στην μνήμη τους το τελευταίο λάθος που κάνανε και προκάλεσε βλάβη στον ασθενή.
- ➔ Το μοιραστούν με έναν συνάδελφο τους.
- ➔ Παρατηρήσουν τις αντιδράσεις και τα συναισθήματα που θα προκληθούν τόσο στους ίδιους όσο και στον συνάδελφό τους που θα το ακούσει.

Πέρα από τους επαγγελματίες υγείας, το μεγαλύτερο θύμα του λάθους είναι ο ασθενής και η υγεία αυτού. Οι Vincent και Coulter (2002), προτρέπει τις διοικήσεις των μονάδων παροχής υγειονομικής περίθαλψης να ακολουθήσουν τις παρακάτω διαδικασίες (Vincent and Coulter, 2002):

- i. Να ακούν τους ασθενείς που υποστηρίζουν ότι η θεραπεία που ακολούθησαν τους προκάλεσε επιπλέον προβλήματα στην υγεία τους
- ii. Να συζητούν μαζί τους ελεύθερα για τα προβλήματα που δημιουργήθηκαν από την παρεχόμενη θεραπεία
- iii. Να εξασφαλίσουν τη συνέχεια της θεραπευτικής αγωγής κατόπιν διενέργειας του λάθους
- iv. Να εστιάζουν στην βελτίωση της ψυχολογίας του ασθενούς κατόπιν της διενέργειας του λάθους καθώς η ψυχολογία αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα για κάποιες ασθένειες

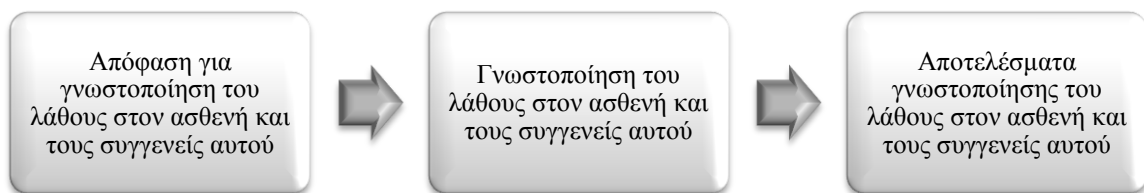
- v. Να καθιστούν σαφές τις αλλαγές που θα προέλθουν μετά την διενέργεια του λάθους για την αποφυγή παρόμοιων συμβάντων στο μέλλον
- vi. Να εξασφαλίσει η μονάδα ή το νοσοκομείο τον απαραίτητο βοηθητικό εξοπλισμό όπως αμαξίδια αναπηρικά κλπ στα άτομα που είναι θύματα λάθους και χρειάζονται αντίστοιχο εξοπλισμό

Συνοψίζοντας, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των λαθών και των δυσμενών συμβάντων πρέπει τόσο οι επαγγελματίες υγείας όσο και οι ασθενείς και οι οικείοι αυτών να αντιμετωπίζουν τα λάθη ως θησαυρούς και να μαθαίνουν από αυτά. Όπως χαρακτηριστικά παραθέτει ο Wu (2000), με την διενέργεια ενός λάθους τα θύματα είναι δύο: (α) ο ασθενής που υπέστη την λανθασμένη ενέργεια ή παράλειψη και (β) ο επαγγελματίας υγείας που ενεπλάκη στην διενέργεια του λάθους και χρειάζεται στήριξη επίσης (Wu, 2000).

8.3. Η γνωστοποίηση του λάθους στον ασθενή και τους οικείους του

Σημαντικό στάδιο στην διαχείριση των δυσμενών συμβάντων και των λαθών στην υγεία αποτελεί η γνωστοποίηση τους λάθους στον ίδιο τον ασθενή και τους οικείους του. Σύμφωνα με βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε για την γνωστοποίηση των λαθών, το ενδιαφέρον εστιάζεται στην διαδικασία της λήψης της απόφασης για δημοσιοποίηση του λάθους και όχι τόσο στην δημοσιοποίηση αυτή καθ αυτή ή στις συνέπειες αυτής (Mazor et al., 2004). Οι Mazor και συν. (2004), στην ίδια βιβλιογραφική ανασκόπηση προτείνουν τρία (3) στάδια για την γνωστοποίηση του λάθους στον ασθενή (Διάγραμμα 8.1):

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.1 Στάδια γνωστοποίησης του λάθους στον ασθενή



Πηγή: (Mazor et al, 2004)

Η απόφαση για την γνωστοποίηση του λάθους στον ασθενή και τους οικείους τους είναι δυσχερής αλλά επιτακτική από τους επαγγελματίες υγείας και αποτελεί ένδειξη εκτίμησης και σεβασμού στον ασθενή παρόλο που πολλές φορές αποφεύγεται ειδικά αν το λάθος δεν είχε δυσμενείς συνέπειες στην υγεία του ασθενούς. Οι λόγοι που οι επαγγελματίες υγείας αποφεύγουν να ενημερώνουν τους ασθενείς για τυχόν λάθη είναι πολλοί κυρίως συναισθηματικοί αλλά η δικαστική δίωξη συνιστά τον κυρίαρχο λόγο (Gallagher et al., 2003). Ο φόβος, της αμφισβήτησης και της απόρριψης καθώς στην συνείδηση του ασθενούς οι ιατροί και οι νοσηλευτές έχουν το αλάθητο, του

θυμού, της κακής φήμης και ο φόβος τυχόν απώλειας προνομίων που απολαμβάνουν είναι μερικοί από τους λόγους που καθιστούν τους επαγγελματίες υγείας διστακτικούς στην γνωστοποίηση λαθών που συμβαίνουν κατά την παροχή φροντίδας υγείας (Christensen et al., 1992, Gallagher et al., 2003, Mazor et al., 2004). Επίσης σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς δεν επιθυμούν να γνωρίζουν λεπτομέρειες για την κατάσταση της υγείας τους και η ανακοίνωση ενός λάθους μπορεί να τους προκαλέσει σύγχυση (Wu et al., 1991).

Σύμφωνα με άλλες μελέτες, η γνωστοποίηση του λάθους από τους επαγγελματίες υγείας βοηθά συναισθηματικά και τις δύο (2) πλευρές. Αφενός ενδυναμώνει την σχέση ιατρού - ασθενούς (Hilfiker, 1984), καθώς ο ασθενής εκτιμά την ειλικρίνεια του ιατρού, αναπτύσσει σχέση εμπιστοσύνης και δεν προχωρά σε δικαστική διαμάχη μαζί του, αφετέρου οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να δρομολογήσουν εποικοδομητικές αλλαγές ώστε να μην επαναληφθούν παρόμοια λάθη στο μέλλον (Wu et al., 1991). Στην μελέτη των Gallagher και συν. (2003), προτάθηκε ότι οι ασθενείς και οι οικείοι τους θα πρέπει να ενημερώνονται τόσο για τα λάθη όσο και για τα παρ' ολίγον λάθη που οδήγησαν στην διεξαγωγή περαιτέρω εξετάσεων. Οι επαγγελματίες υγείας διαφώνησαν σε αυτό καθώς θεωρούν ότι η κοινοποίηση των παρ' ολίγον λαθών μόνο αρνητικές συνέπειες θα επέφερε καθώς θα συνέβαλλε στην αμφισβήτηση της επιστημονικότητάς τους. Οι απόψεις των ασθενών για την γνωστοποίηση των παρ' ολίγον λαθών ήταν διχασμένες σύμφωνα με τα ευρήματα της συγκεκριμένη μελέτης καθώς κάποιοι θα ήθελαν να είναι ενήμεροι για τα παρ' ολίγον λάθη ώστε να είναι σε εγρήγορση ενώ κάποιοι άλλοι θεωρούν ότι αυτό θα τους προκαλούσε αισθήματα ανασφάλειας (Gallagher et al., 2003). Στις ΗΠΑ, ο ασθενής έχει την δυνατότητα να πάρει απευθείας οικονομική αποζημίωση από τον φορέα ο οποίος παρείχε τις υπηρεσίες υγείας χωρίς να γίνουν δικαστικές παρεμβάσεις (Wu et al., 1997).

Οι σημαντικότερες ίσως παράμετροι της γνωστοποίησης ή όχι του λάθους είναι ποιος θα αποφασίσει αν θα κοινοποιηθεί ή όχι στον ασθενή καθώς και η χρονική στιγμή που αυτό θα γίνει. Είναι αναγκαίο να υπάρχει μια συνολικότερη προσέγγιση σε επίπεδο μονάδας και νοσοκομείου για την διαδικασία που πρέπει να τηρείται σε περίπτωση λάθους στα ευρύτερα πλαίσια διαχείρισης των λαθών. Οι Wu και συν. (1997), υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα σύστασης Επιτροπής Βιοηθικής σε κάθε νοσηλευτική μονάδα. Όσον αφορά τον χρόνο σύμφωνα με την ίδια μελέτη ο ασθενής κρίνεται σκόπιμο να είναι σε σταθερή κατάσταση σωματικά και ψυχολογικά (Wu et al., 1997).

Σχετικά με την διαδικασία αναγγελίας του λάθους η βιβλιογραφία είναι περιορισμένη όπως αναφέρθηκε και παραπάνω. Στην μελέτη των Gallagher και συν. (2003), οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι πρέπει να εκπαιδευτούν στον τρόπο που θα ανακοινώνουν στον ασθενή την διενέργεια κάποιου λάθους. Ορισμένοι από τους επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην προαναφερθείσα μελέτη υποστήριξαν ότι θα ανακοίνωναν το λάθος αναφερόμενοι αποκλειστικά και μόνο στα γεγονότα που συνέβησαν χωρίς συναισθηματική εμπλοκή και των ιδίων, άλλοι ότι θα

αναφερόντουσαν επεξηγηματικά στο δυσμενές συμβάν και στις χειρότερες συνέπειες που αυτό θα μπορούσε να είχε επιφέρει, και μια τρίτη ομάδα επαγγελματιών υγείας θα επικεντρώνονταν στον φόβο που τους προξένησε το λάθος (Gallagher et al., 2003).

8.4. Μέθοδοι για την καλύτερη διαχείριση του λάθους στην υγεία

Στην πρόσφατη βιβλιογραφία απαντάται ένας σημαντικός αριθμός μεθόδων – εργαλείων που έχουν αναπτυχθεί για την αποτελεσματικότερη διαχείριση του λάθους κατά την παροχή φροντίδας υγείας. Σε αυτή την ενότητα θα παρουσιαστούν σύντομα, δύο (2) μέθοδοι για την καλύτερη διαχείριση του λάθους, η Μέθοδος Ανάλυσης Καταστάσεων και Επιπτώσεων Αστοχίας (**Failure Mode Effect Analysis, FMEA**) και η Ανάλυση Πρωταρχικής Αιτίας (**Root Cause Analysis, RCA**) καθώς και η φιλοσοφική θεωρία των «μηδέν λαθών» (zero defects philosophy).

8.6.1. Ανάλυση Καταστάσεων και Επιπτώσεων Αστοχίας (Failure Mode Effect Analysis, FMEA)

Η Μέθοδος Ανάλυσης Καταστάσεων και Επιπτώσεων Αστοχίας (Failure Mode Effect Analysis, FMEA) χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά τη δεκαετία του 1960 στο αεροναυπηγικό πεδίο, για την ανάλυση της ασφάλειας αεροσκαφών. Από τότε, η χρήση της επεκτάθηκε: υπαγορεύει τις ρυθμιστικές αρχές για μελέτες ασφάλειας των αεροπλάνων (όπως και ασφάλεια της σελινακάτου), χρησιμοποιείται σε πολυπληθή έγγραφα και κανονισμούς, στον χημικό, κατασκευαστικό και άλλους βιομηχανικούς τομείς, στην ασφάλεια πυρηνικών εγκαταστάσεων, ενώ εκδόθηκε και διεθνής κανονισμός στηριγμένος σε αυτή τη μέθοδο.

Είναι μία τεχνική που αξιολογεί την πιθανότητα εμφάνισης μίας αστοχίας (εσφαλμένης ενέργειας) καθώς και τη σοβαρότητα των επιπτώσεων αυτής της αστοχίας, κατά την διαδικασία παροχής υπηρεσιών. Εφαρμόζεται προκειμένου να κατηγοριοποιηθεί κάθε πιθανή αστοχία, που μπορεί να εμφανισθεί κατά την εκτέλεση μιας διαδικασίας, με βάση την πιθανότητα εμφάνισης της, την ευκολία εντοπισμού της καθώς και τη σοβαρότητα των αποτελεσμάτων της.

Με άλλα λόγια, πρόκειται για μία προοπτική τεχνική αξιολόγησης μιας διαδικασίας, για να αναγνωριστεί πότε και πώς μπορεί να εμφανισθεί κάποια αστοχία και να εκτιμήσει το σχετικό κίνδυνο από κάθε αστοχία, με βάση τις επιπτώσεις της. Σύμφωνα με αυτό το σχετικό κίνδυνο αναγνωρίζονται τα βήματα της διαδικασίας τα οποία χρήζουν βελτιωτικής αλλαγής. Συνεπώς απώτερος στόχος της εν λόγω τεχνικής είναι ο καθορισμός και περιορισμός ενδεχόμενων αστοχιών ή σφαλμάτων από τη διαδικασία παροχής κάθε υπηρεσίας, πριν αυτές φθάσουν στον ασθενή (Yarmohammadian et al., 2014). Οι Cohen και συν. (1994), ασχολήθηκαν κυρίως με την τεχνική αυτή και αναφέρουν χαρακτηριστικά «...ότι είναι μια μέθοδος η οποία επικεντρώνεται στο σύστημα και όχι στο άτομο που έκανε το λάθος» (Cohen et al., 1994c).

Η εφαρμογή της, προϋποθέτει την απεικόνιση των επιλεγμένων διαδικασιών (πχ με διάγραμμα ροής) καθώς και την ύπαρξη παρελθοντικών στατιστικών δεδομένων

σχετικών με τις αστοχίες τους. Επιπλέον ουσιαστικής σημασίας αποτελεί η συνδρομή έμπειρου προσωπικού, σχετικό με την επιλεγμένη διεργασία, προκειμένου να εντοπισθούν οι πιθανές αστοχίες ή τα λάθη της. Κατά την εφαρμογή της ανωτέρω τεχνικής ακολουθούνται τα παρακάτω στάδια:

- i. Έλεγχος κάθε βήματος της διαδικασίας μιας παρεχόμενης υπηρεσίας και προσδιορισμός των πιθανών αστοχιών.
- ii. Καταγραφή σε πίνακα των ενδεχόμενων αποτελεσμάτων (επιπτώσεων) κάθε αστοχίας.
- iii. Προσδιορισμός της πιθανότητας εμφάνισης της αστοχίας με βάση την βιβλιογραφία, την εμπειρία και τις μετρήσεις (Λ), της ευκολίας εντοπισμού της (A_v) καθώς και της σοβαρότητας των αποτελεσμάτων της (A).
- iv. Υπολογισμός του Βαθμού Προτεραιότητας Κινδύνου (Risk Priority Number - RPN) για κάθε αστοχία, με βάση τον πίνακα εκτιμήσεως του (Πίνακας 8.1) $A * \Lambda * A_v$.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.1 Πίνακας εκτίμησης βαθμού προτεραιότητας κινδύνου στη FMEA

ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ	ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ				
		ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗ	ΜΕΓΑΛΗ	ΜΕΤΡΙΑ	ΕΛΑΧΙΣΤΗ
	ΣΥΧΝΗ	16	12	8	4
	ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΗ	12	9	6	3
	ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗ	8	6	4	2
	ΣΠΑΝΙΑ	4	3	2	1

Πηγή: (Cohen et al. 1994c)

- v. Κατάταξη των αστοχιών ανά βαθμό προτεραιότητας κινδύνων με σκοπό να καθορισθούν αυτές που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης.
- vi. Προσδιορισμός των πιθανών αιτιών για κάθε αστοχία, των απαραίτητων διορθωτικών ενεργειών καθώς και του αρμόδιου προσωπικού για την υλοποίησή τους.

Η μείωση της πιθανότητας για αστοχίες κατά την εκτέλεση διαδικασιών παροχής νοσοκομειακών υπηρεσιών συνεπάγεται τη συνεχή βελτίωση τους και κατ' επέκταση τον περιορισμό των παραπόνων των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον η τεχνική αυτή συμβάλλει στη συγκράτηση του κόστους λειτουργίας και συντήρησης του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού (πχ μέσω μείωσης της συχνότητας επαναλαμβανόμενων παρακλινικών εξετάσεων). Ο πλήρης πίνακας FMEA, έχοντας συμπληρώσει τις υπόλοιπες εντοπισμένες αστοχίες, τις σχετικές τους επιπτώσεις καθώς και τα αριθμητικά αποτελέσματα για κάθε αστοχία ξεχωριστά, θα δώσει τη δυνατότητα στην ομάδα να τις προτεραιοποιήσει με βάση τον βαθμό κινδύνου τους και επ' αυτού να προτείνει λύσεις για τη μείωση τους. Η διαδικασία ολοκληρώνεται όταν κατόπιν εφαρμογής των λύσεων αυτών επανεκτιμάται ο βαθμός κινδύνου, ενώ

επιτυχείς θεωρούνται οι λύσεις αυτές που τον μειώνουν (Yarmohammadian et al., 2014).

Η Fletcher (1997), με τη βοήθεια διεπιστημονικής ομάδας του Oakwood Hospital εφάρμοσε τη FMEA για την ανάλυση και τη μείωση των φαρμακευτικών λαθών για την περίπτωση της ενδοφλέβιας χρήσης του καλίου (KCL). Αρχικά περιγράφηκε η διαδικασία χορήγησης φαρμάκων από το στάδιο της συνταγογράφησης μέχρι τη χορήγηση του καλίου (KCL) στον ασθενή μέσα από ένα διάγραμμα ροής. Στην συνέχεια αναλύθηκαν όλα τα σημεία στα οποία μπορεί να συμβεί το λάθος. Έπειτα καταγράφηκαν τα είδη των λαθών. Στη συνέχεια αξιολογήθηκε (α) η πιθανότητα να συμβούν αυτά τα λάθη χωρίς να υπάρξει ανεπιθύμητο συμβάν για τον ασθενή (β) η σοβαρότητα των λαθών και (γ) η πιθανότητα να ανιχνευτούν τα λάθη πριν φτάσουν στον ασθενή. Τελικά, λήφθηκαν αποφάσεις για συγκεκριμένες παρεμβάσεις, υλοποιήθηκαν οι συγκεκριμένες ενέργειες και επαναξιολογήθηκαν. Παράλληλα, προκειμένου να υπάρξει αποδοχή και υλοποίηση των αποφάσεων, οι οποίες αφορούσαν νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, υπήρξε στενή συνεργασία με τους αντίστοιχους επαγγελματίες υγείας (Fletcher, 1997).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό παράδειγμα εφαρμογής της FMEA αποτελεί η περίπτωση του αμερικανικού ιατρικού κέντρου «Φόρτχιλς» (Forthills). Η μέθοδος χρησιμοποιήθηκε μετά από περιστατικά θανάτων στη ΜΕΘ, τα οποία αποδόθηκαν σε εσφαλμένους χειρισμούς κατά την χορήγηση ενδοφλέβιων διαλυμάτων σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια (Liu et al., 2012). Αφού συγκροτήθηκε ομάδα ειδικών που εμπλέκονται στη διαδικασία, προσδιορίστηκαν τα ακόλουθα στάδια: ιατρική εντολή, παραλαβή του διαλύτη και της δραστικής ουσίας από την αποθήκη της ΜΕΘ, παρασκευή του διαλύματος και χορήγηση του στον ασθενή, παρακολούθηση του ασθενούς. Στη συνέχεια, αφού αναλύθηκαν τα επιμέρους βήματα του κάθε σταδίου και προσδιορίστηκαν οι πιθανές αστοχίες, με ανάλυση κινδύνου εκτιμήθηκε ο βαθμός προτεραιότητας τους. Οι αστοχίες που έλαβαν τη μεγαλύτερη βαθμολογία κινδύνου ήταν η παραλαβή από τη νοσηλεύτρια λάθος διαλύτη (χλωριούχο κάλιο αντί για χλωριούχο νάτριο), η εσφαλμένη παρασκευή του διαλύματος (λάθος αναλογία δραστικής ουσίας - διαλύτη). Ακολούθως καθορίστηκαν τα πιθανά αίτια των αστοχιών, οι διορθωτικές ενέργειες (καλύτερη εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού και σαφείς τεκμηριωμένες οδηγίες), δείκτες μετρήσιμων αποτελεσμάτων και τέλος ο υπεύθυνος για την υλοποίηση και παρακολούθηση τους (Liu et al., 2012). Η ανωτέρω διαδικασία αποτυπώθηκε στο φύλλο εργασίας της FMEA (Πίνακας 8.2).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.2 Φύλλο εργασίας της FMEA

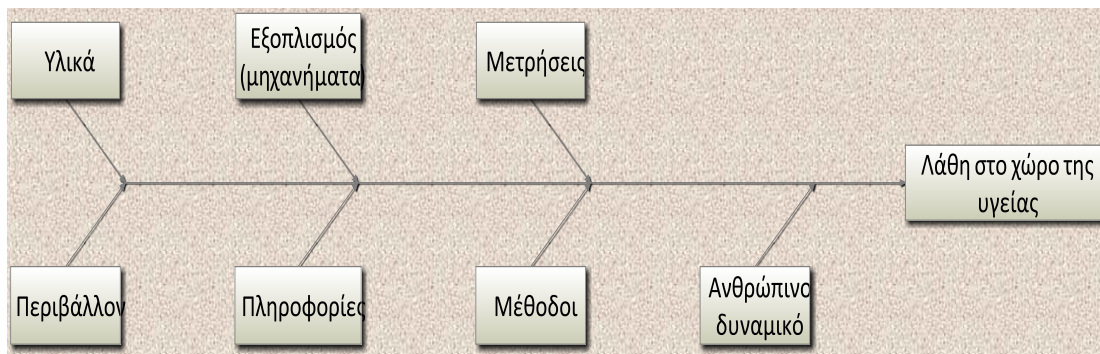
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ FMEA												
ΑΣΤΟΧΙΑ	ΠΙΘΑΝΑ ΑΙΤΙΑ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ			ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΗΣ			ΕΙΔΟΣ ΔΙΟΡΘΩΤΙΚΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ (ΕΛΕΓΧΟΣ, ΝΕΟ ΜΕΤΡΟ, ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ)	ΔΙΟΡΘΩΤΙΚΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ	ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΕΞΕΩΣ
		ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ	ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ	ΒΑΘΜΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	ΥΠΑΡΞΗ ΜΕΤΡΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ	ΑΝΙΧΝΕΥΣΙΜΟΤΗΤΑ	ΣΥΝΕΧΕΙΑ					
Παραλαβή λανθασμένου διαλύτη από νοσηλεύτρια	Πίεση χρόνου, ελλιπής εκπαίδευση, παρόμοια σήμανση	Μεγάλη	Συχνή	12	Όχι	Όχι	Ναι	Εισαγωγή νέου μέτρου	Εκπαίδευση νοσηλευτικού προσωπικού, βελτίωση σήμανσης σκευάσματος	Παρακολούθηση δύο (2) σεμιναρίων κατάρτισης, ευδιάκριτη σήμανση Χλωριούχου Καλίου	3 ^ο ΓΡ – Δ/της Φαρμακείου	Ναι

Πηγή: (Liu et al., 2012)

8.6.2. Ανάλυση Πρωταρχικής Αιτίας (Root Cause Analysis, RCA)

Η Ανάλυση Πρωταρχικής Αιτίας (Root Cause Analysis, RCA) είναι μια διαδικασία ιδιαίτερα λεπτομερής με αναδρομικό χαρακτήρα, σχεδιασμένη για να βοηθήσει στην αναγνώριση των πρωταρχικών παραγόντων που συμβάλλουν ή προκαλούν ένα ανεπιθύμητο συμβάν ή μια αποτυχία του συστήματος, χωρίς να επικεντρώνεται στην απόδοση ευθυνών. Η μέθοδος αυτή αποτελεί εργαλείο διοίκησης, τμήμα της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, με το οποίο προσδιορίζονται τα πραγματικά αίτια των προβλημάτων που συμβαίνουν ή είναι πιθανόν να συμβούν κατά την παραγωγική διαδικασία και προτείνονται δράσεις προς αντιμετώπισή τους και προς πρόληψη της εμφάνισης ή επανεμφάνισής τους. Η μέθοδος αυτή υλοποιείται σε τέσσερα (4) στάδια (α) συλλογή δεδομένων, (β) διαγραμματική απεικόνιση προβλημάτων, (γ) ταυτοποίηση πρωταρχικών αιτιών και πρόταση, (δ) εφαρμογή και έλεγχο δράσεων αντιμετώπισης των τελευταίων (Latino, 2000). Διαγραμματικά η RCA ενός σύνθετου προβλήματος παρουσιάζεται ως ένα ψαροκόκαλο όπου το κεφάλι του ψαριού είναι το υπό μελέτη πρόβλημα και η ραχοκοκαλιά του οι παράγοντες – αιτίες που το επηρεάζουν (Διάγραμμα 8.3).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.3 Η Ανάλυση Πρωταρχικής Αιτίας των λαθών στην υγεία



Πηγή: (Latino, 2000)

8.6.3. Η φιλοσοφική θεωρία των «μηδέν λαθών» (Zero Defects Philosophy)

Ο Philip Crosby το 1979 γράφει το βιβλίο του «Quality is free» και δημιουργεί ένα νέο τρόπο σκέψης σχετικά με την ποιότητα (Crosby, 1979). Ο βασικός στόχος του Crosby ήταν η «θεραπεία» της χαμηλής ποιότητας. Τονίζει πως οι επιχειρήσεις πρέπει να εισάγουν προγράμματα με στόχο την επίτευξη μηδέν λαθών (zero defects) καθώς υποστηρίζει ότι κάθε διαδικασία πρέπει να ελέγχεται πριν εφαρμοστεί και έτσι είναι απίθανο να συμβεί κάποιο λάθος. Σύμφωνα με τον Crosby για να βελτιωθεί η ποιότητα απαιτείται (Crosby, 1979):

- Να συμμετέχει η Διοίκηση του οργανισμού σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος βελτίωσης.
- Συγκρότηση, εκπαίδευση και λειτουργία ομάδων βελτίωσης ποιότητας από εθελοντικά συμμετέχοντες εργαζομένους.

- Συνεχής επιμόρφωση και εκπαίδευση της διοίκησης, των στελεχών και των εργαζομένων του οργανισμού.
- Μέτρηση του κόστους ποιότητας.
- Προσδιορισμός και καθιέρωση όλων των απαραίτητων διορθωτικών ενεργειών.
- Μέτρα παρακίνησης και ευαισθητοποίησης του προσωπικού.
- Καθορισμός ρεαλιστικών στόχων.
- Καθιέρωση τακτικών συμβουλίων.
- Συνεχής παρακολούθηση προόδου.

Η φιλοσοφία αυτή είναι δύσκολο να εφαρμοστεί πλήρως στην πράξη και να μηδενίσει τα λάθη καθώς υπεισέρχεται ο ανθρώπινος παράγοντας ο οποίος όπως αναφέραμε και σε προηγούμενη ενότητα δεν είναι αλάνθαστος από την φύση. Παρόλα αυτά μπορεί αν όχι να μηδενίσει, αλλά να περιορίσει σημαντικά τον αριθμό των φαρμακευτικών λαθών με την μελέτη και τον επανασχεδιασμό των διαδικασιών (Cooper, 1995).

8.5. Συμπεράσματα

Μέσα στο πολύπλοκο περιβάλλον του νοσοκομείου, τα λάθη είναι αναπόφευκτα και παρά τη μεγάλη πρόοδο της ιατρικής και της τεχνολογίας, συχνά θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή των ασθενών. Επειδή τα νοσοκομεία είναι υπεύθυνα για την επιβίωση, αλλά και την ποιότητα ζωής των ασθενών, αυτά τα λάθη πρέπει να ανιχνεύονται, να καταγράφονται και να διαχειρίζονται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 Νομικές διαστάσεις του λάθους στην υγεία

«Αισθάνεσαι άρρωστος; Τηλεφώνησε στο δικηγόρο σου»

(Hollmann, 1973)

9.1. Εισαγωγή

Στις μέρες μας, η αλματώδης πρόοδος της τεχνολογίας, οι νέες μέθοδοι ιατρικής, βιοϊατρικής και γενετικής που δίδουν την δυνατότητα επέμβασης με ιατρικές πράξεις στην ανθρώπινη φύση, φέρνουν πολλές φορές αντιμέτωπους τους ιατρούς με το νόμο, ενώ συγχρόνως θέτουν όλο και περισσότερα νομικά ζητήματα, τα οποία καλείται να αντιμετωπίσει η θεωρία και η δικαστηριακή πρακτική.

Τα ανωτέρα ζητήματα απασχολούν τόσο τα αστικά και τα ποινικά, όσο και τα διοικητικά δικαστήρια, ανάλογα με τη φύση της υπόθεσης και το ζητούμενο κάθε φορά. Ανεξάρτητα όμως αν το αντικείμενο της δίκης είναι η αξίωση για αποζημίωση ή η ικανοποίηση της ηθικής βλάβης, ο έλεγχος της ποινικής ευθύνης του ιατρού για την αξιόποινη πράξη της ανθρωποκτονίας από αμέλεια ή της σωματικής βλάβης από αμέλεια ή η ευθύνη του κράτους για παράνομη συμπεριφορά ιατρών του ΕΣΥ, σημαντικό είναι ότι δύο (2) ξεχωριστές επιστήμες με διαφορετικό γνωστικό αντικείμενο συναντιούνται και συνεργάζονται: η Ιατρική και το Δίκαιο. Παρόλο που και οι δύο επιστήμες ασχολούνται με τον άνθρωπο, καθεμία από αυτές τον αντιμετωπίζει διαφορετικά. Η Ιατρική αντιμετωπίζει τον άνθρωπο ως αδύναμο και άρρωστο ον που έχει ανάγκη από βοήθεια, ενώ το Δίκαιο προσβλέπει σε αυτόν ως φορέα δικαιωμάτων και υποχρεώσεων.

9.2. Η ευθύνη των επαγγελματιών υγείας

9.2.1. Ιστορική επισκόπηση της ιατρικής ευθύνης

Το πρόβλημα της ιατρικής ευθύνης μολονότι έχει αρχίσει να λαμβάνει τεράστιες διαστάσεις τα τελευταία χρόνια, είχε απασχολήσει τα νομικά συστήματα ήδη από την αρχαιότητα.

Στην αρχαία Αίγυπτο, όπως αποδεικνύεται από πάπυρους που ανακαλύφθηκαν τον 19^ο αιώνα, η ιατρική επιστήμη γνώριζε μεγάλη άνθηση και παρουσίαζε σε επίπεδο άσκησης, χαρακτηριστικά παρεμφερή με τον σύγχρονο τρόπο άσκησης της. Εκεί συνίσταται για πρώτη φορά και η σύλληψη του ΕΣΥ, καθώς οι επισκέψεις στους θεραπευτές δεν χρεώνονταν στους ασθενείς, αλλά οι σχετικές δαπάνες επιβάρυναν το κοινωνικό σύνολο (Mason and Smith, 1994). Η αρχή της ιατρικής ευθύνης καθιερώθηκε στην Αρχαία Αίγυπτο από την Ιερά Βίβλο, σύμφωνα με την οποία ο ιατρός αναλάμβανε τη θεραπεία του ασθενούς χωρίς να φέρει σε αρχική φάση καμία ευθύνη. Συγκεκριμένα η ευθύνη του ιατρού ξεκινούσε μετά την παρέλευση του τριημέρου από την έναρξη της θεραπείας. Πάντως σε καμία περίπτωση δεν ευθυνόταν ο ιατρός που ακολουθούσε πιστά τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης όπως αυτοί προσδιορίζονταν στην Ιερά Βίβλο. Σε αντίθετη περίπτωση όμως ο ιατρός

τιμωρούνταν με την ποινή του θανάτου, ανεξάρτητα από την επιτυχή ή μη έκβαση της ασθένειας (Κότσιανος, 1976).

Περί τα 2384 έτη π.Χ.¹ ο Hammurabi, φημισμένος βασιλιάς της Βαβυλωνίας, στην συλλογή του με το όνομα «Κώδικας του Hammurabi», θεσπίζει διατάξεις με τις οποίες καθιερώνεται η αντιμισθία του ιατρού, το ύψος της οποίας εξαρτάται από τα αποτελέσματα της ιατρικής πράξης, την οικονομική ευρωστία του ασθενούς και την κοινωνική του υπόσταση. Επίσης εισάγονται και ρυθμίσεις για την ιατρική ευθύνη (Κότσιανος, 1976). Για την περίπτωση μάλιστα αποτυχημένης ιατρικής επέμβασης προβλέπονταν ιδιαίτερα αυστηρές ποινές για τους ιατρούς, οι οποίες συχνά έφταναν μέχρι τον ακρωτηριασμό και ιδίως την κοπή των χεριών τους (Κότσιανος, 1976).

Στην αρχαία Ελλάδα, οι φιλόσοφοι διαμέσου της διαδικασίας της λογικής και της παρατήρησης διαμόρφωσαν και προώθησαν την άσκηση της Ιατρικής. Πρώτος ο Ιπποκράτης προέβη σε συστηματική ταξινόμηση της ιατρικής επιστήμης, επιχειρώντας παράλληλα να καθιερώσει τη μεθοδολογική αντιμετώπιση και θεραπεία των ασθενειών. Ειδικότερα διακήρυττε ότι ο θεράπων ιατρός οφείλει σε κάθε επέμβαση να επιδεικνύει την προσήκουσα προσοχή καθώς και ότι είναι ασυγχώρητη η επιδείνωση της νόσου λόγω εφαρμογής εσφαλμένης θεραπευτικής μεθόδου. Η θεραπευτική φαίνεται να προηγήθηκε της διαγνωστικής προσέγγισης και της παθογένειας της νόσου χωρίς να εντοπίζονται ωστόσο σε επίπεδο θεραπείας ειδικές διατάξεις περί ευθύνης των ιατρών. Έτσι ο Πλάτωνας δεν αποδέχεται την ύπαρξη ιατρικής ευθύνης, στις περιπτώσεις που ο ιατρός ενεργεί καλόπιστα, ενώ ο Ιπποκράτης τάσσεται μάλλον υπέρ της ευθύνης των ιατρών και αποδοκιμάζει την έλλειψη σχετικών κανόνων Δικαίου. Εξάλλου, ο Πλούταρχος στη βιογραφία του Μεγάλου Αλεξάνδρου, αναφέρει ότι ο βασιλιάς τιμώρησε με την ποινή του θανάτου τον ιατρό Γλαύκο, επειδή αυτός εγκατέλειψε κλινήρη τον Ηφαιστίωνα, προκειμένου να μεταβεί σε θεατρική παράσταση κατά τη διάρκεια της οποίας ο Ηφαιστίωνας απεβίωσε εξαιτίας διαιτητικής παρεκτροπής (Αλεξιάδης and Χαμαλίδου - Αλεξιάδου, 1996, Κότσιανος, 1976).

Οι αρχές της ιατρικής δεοντολογίας διακηρύσσονται στην Αρχαία Ελλάδα μέσα από τον όρκο του Ιπποκράτη, όπου θεσπίζονται θεμελιώδεις κανόνες άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος. Μεταξύ άλλων διακηρύσσονται:

- Η ανάγκη διαπαιδαγώγησης και κατάλληλης εκπαίδευσης των ιατρών προκειμένου οι ασθενείς να τυγχάνουν της καλύτερης δυνατής προστασίας και να μην κινδυνεύουν από επικίνδυνες ιατρικές πρακτικές που επιχειρούν ανειδίκευτοι «τσαρλατάνοι» (Mason and Smith, 1994).
- Η υποχρέωση του ιατρού να ενεργεί πάντοτε προς όφελος του ασθενούς και να μην επιχειρεί ποτέ εν γνώσει του πράξεις που ενδέχεται να αποβούν σε βάρος της υγείας του ασθενούς. Στον ίδιο όρκο σκιαγραφείται και η φύση της σχέσης που συνδέει τον ιατρό με τον ασθενή.

¹ Ιδιαίτερη ακμή άρχισε να γνωρίζει η ιατρική επιστήμη στα 2400 π.Χ. στην περιοχή της Μεσοποταμίας και ειδικότερα στη Βαβυλωνία.

Στην αρχαία Ρώμη, η άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος ήταν ελεύθερη και ασκούνταν αρχικά από δούλους που είχαν θέση υπηρετών στους οίκους των πατρικίων. Συστηματική ιατρική ασκήθηκε για πρώτη φορά στη Ρώμη από Έλληνες ιατρούς που προέρχονταν από την Ελλάδα και την Αλεξάνδρεια. Στην εποχή του Καίσαρα έγιναν κάποια σημαντικά βήματα ανάπτυξης της ιατρικής επιστήμης και του ιατρικού επαγγέλματος. Ως κυριότερα, αναφέρονται αυτό της παραχώρησης του δικαϊώματος του πολίτη στους ιατρούς και εκείνο της ίδρυσης της Ιατρικής Σχολής (Scuola Medicorum). Η ελεύθερη άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος όπως ήταν αναμενόμενο είχε ως αποτέλεσμα την εμφάνιση καταχρήσεων που με την σειρά τους κατέστησαν επιτακτική την ανάγκη θέσπισης κανόνων Δικαίου περί ιατρικής ευθύνης. Έτσι για πρώτη φορά στην αρχαία Ρώμη γίνεται λόγος για ευθύνη ιατρών έναντι των ασθενών τους και κυρίως για περιπτώσεις ευθύνης οφειλόμενης σε αμέλεια και απειρία. Περαιτέρω η ευθύνη αυτή διακρίνονταν σε ποινική και αστική και ρυθμίζεται από δύο (2) βασικά νομοθετήματα της εποχής: (α) την Lex Cornilia de Sicarria και την (β) Lex Aquilia Phlebiscitum (Κοκολάκης, 1994). Ωστόσο παρά την καθιέρωση της ιατρικής ευθύνης και των σχετικών ποινών προέκυπτε όπως και σήμερα δυσχέρεια στην απόδειξη του ιατρικού σφάλματος. Εξαιτίας αυτής της δυσχέρειας σύνθητες ήταν το φαινόμενο απαλλαγής των ιατρών από κάθε ευθύνη. Έτσι κατά συνέπεια επικρατούσε το ανεύθυνο των ιατρών (Κότσιανος, 1976).

Κατά τον 5^ο και 6^ο αιώνα μ.Χ, εντοπίζονται διατάξεις για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και ζητημάτων ιατρικής ευθύνης στο δίκαιο των Οστρογόθων και των Βησιγόθων. Εκεί αναφέρονταν πως ο ιατρός δικαιούνταν αμοιβή μόνο σε περίπτωση ευνοϊκού αποτελέσματος, ενώ σε περίπτωση αποτυχίας συχνά υποβάλλονταν και σε βασανιστήρια. Εξίσου αυστηρές ήταν και οι ποινές στο Δίκαιο των Σταυροφόρων, το οποίο βρισκόταν ενσωματωμένο στον Κώδικα Νόμων με τίτλο «Les Assises de Jerusalem». Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι οι ιατροί ήταν υπεύθυνοι ακόμη και για την αμέλεια που έδειχναν οι ασθενείς κατά την πραγματοποίηση της θεραπείας, σε περίπτωση που δεν είχαν φροντίσει να χαράξουν με σαφήνεια και λεπτομέρεια την τακτική της θεραπείας που έπρεπε να τηρηθεί. Η ποινή μάλιστα που προβλέπονταν ήταν εξαιρετικά βίαιη συνιστάμενη στην κοπή του δεξιού χεριού (Αλεξιάδης and Χαμαλίδου - Αλεξιάδου, 1996, Κότσιανος, 1976).

Κατά τον 15^ο, 16^ο και 17^ο αιώνα, η ιατρική τέχνη σταδιακά άρχισε να τελειοποιείται και το κύρος των ιατρών στην κοινωνία να αυξάνεται. Οι ασθενείς ωστόσο παρέμεναν εκτεθειμένοι, καθώς οι ιατροί απολάμβαναν απόλυτη ανευθυνότητα στις περιπτώσεις που ανέκυπταν ιατρικά σφάλματα. Κατά την περίοδο αυτή, η πιο συνηθισμένη ποινή σε περίπτωση ιατρικού σφάλματος ήταν αυτή της απλής μόνο επίπληξης του ιατρού, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις επιβάλλονταν τιμωρία ακόμα και στον καταγγέλλοντα ασθενή. Κατά την περίοδο της Γαλλικής Επανάστασης, οι ιατροί εξακολουθούσαν να βρίσκονται σε πλεονεκτική θέση συγκριτικά με τους υπόλοιπους επαγγελματίες (αρχιτέκτονες, δικηγόρους, επιχειρηματίες κλπ) καθώς δεν είχε θεσπιστεί γι' αυτούς κανένα νομικό κείμενο που να ρυθμίζει την λειτουργία του ιατρικού επαγγέλματος και το ζήτημα της ιατρικής ευθύνης (Αλεξιάδης and Χαμαλίδου - Αλεξιάδου, 1996, Κότσιανος, 1976).

Μια πρώτη προσπάθεια νομικής οριοθέτησης της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος έγινε το 1892 με την έκδοση στη Γαλλία σχετικού νόμου, στον οποίο όμως και πάλι δεν γίνονταν αναφορά σε ζητήματα ιατρικής ευθύνης. Στο μεταξύ το ενδιαφέρον γύρω από την ευθύνη των ιατρών άρχισε να αναζωπυρώνεται και μια νέα προσπάθεια για τη ρύθμιση της ξεκίνησε από τους ίδιους πλέον τους ιατρούς. Χαρακτηριστικά ο ψυχίατρος Legrand de Saule, ιδρυτής της Εταιρείας της Ιατροδικαστικής στο Παρίσι, το 1874 διακήρυττε ότι «κανείς δεν δικαιούται να τοποθετεί τον εαυτό του πάνω από τον νόμο» και ότι «ο ιατρός είναι αρκετά βέβαιος για τον εαυτό του, ώστε να μην επιδιώκει εξαίρεση σε αυτό». Η πλειοψηφία βέβαια του ιατρικού σώματος παρέμενε εχθρική απέναντι στην καθιέρωση της Αρχής της Ευθύνης των Ιατρών και εξακολουθούσε να υποστηρίζει σθεναρά τον «ανεύθυνο». Σταδιακά βέβαια όπως ήταν αναμενόμενο, οι αντιδράσεις γύρω από την απόλυτη ανευθυνότητα των ιατρών άρχισαν να παίρνουν τεράστιες διαστάσεις και να επηρεάζουν τόσο την γαλλική κοινή γνώμη όσο και τη νομολογία των γαλλικών δικαστηρίων (Αλεξιάδης and Χαμαλίδου - Αλεξιάδου, 1996, Κότσιανος, 1976).

9.2.2. Η έννοια της κοινωνικής, ηθικής και νομικής ευθύνης

Σήμερα η παροχή φροντίδας υγείας οριοθετείται από συγκεκριμένους κανόνες όσο ποτέ άλλοτε. Παρόλο όμως που ο νόμος διατρέχει όλο το φάσμα της Δημόσιας Υγείας και θεωρείται αναγκαία η κατοχή από όλους τους λειτουργούς Δημόσιας Υγείας βασικών νομικών γνώσεων τόσο για την ασφάλεια των ιδίων, των οργανισμών ή των υπηρεσιών από τις οποίες προέρχονται, όσο και για την δυνατότητα συμβολής τους σε μελλοντικές νομοθετικές ρυθμίσεις, η νομική παιδεία των αντίστοιχων κλάδων υστερεί.

Όλο και πιο συχνά χρησιμοποιείται ο όρος ευθύνη προκειμένου να συνδέσει ένα (1) ή περισσότερα πρόσωπα, όργανα ή αρχές με τις δυσμενείς συνέπειες μιας συμπεριφοράς ή πιο αναλυτικά να αναδειχθεί η υποχρέωση των πιο πάνω προσώπων (νομικών και φυσικών) να αποκαταστήσουν τα ζημιογόνα αποτελέσματα της συμπεριφοράς τους (Φουντεδάκη, 2003, Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014).

Η έννοια της ευθύνης έχει κοινωνική, ηθική και νομική διάσταση. Οποιαδήποτε διάσταση και να εξετάσουμε ο παρονομαστής είναι κοινός: η υποχρέωση λογοδοσίας και αν είναι εφικτό και η αποκατάσταση των συνεπειών που επέφερε η συγκεκριμένη συμπεριφορά. Η σχέση νόμου και ηθικής αποτελεί ένα κεντρικό σημείο προβληματισμού σε κάθε απόπειρα προσέγγισης οποιουδήποτε θέματος στο χώρο της Βιοηθικής. Βασικό αξίωμα είναι ότι η υγεία του πληθυσμού αποτελεί κοινωνικό αγαθό, η διαδικασία παροχής του οποίου οδηγεί σε ανάληψη ευθυνών από τους επαγγελματίες υγείας. Αν και ο φόβος της ποινικής δίωξης ο οποίος ξεκίνησε από τις ΗΠΑ αλλά εξαπλώνεται σταδιακά και στον ευρωπαϊκό χώρο, επικεντρώνεται κυρίως στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, πολύ συχνά και οι λειτουργοί Δημόσιας Υγείας έρχονται αντιμέτωποι με την έννοια της *νομικής ευθύνης* (Φουντεδάκη, 2003).

Αρχικά η έννοια αυτή αναφέρεται στο εάν είναι κανείς υπόλογος για κάποια πράξη, εάν δηλαδή έχει υποχρέωση προς λογοδοσία (accountability). Η έννοια του

καταλογισμού ευθυνών (accountability) περιλαμβάνει τις διαδικασίες μέσω των οποίων το ένα μέρος παρέχει αιτιολόγηση και θεωρείται υπόλογο για τις ενέργειές του και το άλλο μέρος, το οποίο έχει νόμιμο ενδιαφέρον και συμφέρον για αυτές τις ενέργειες. Δεδομένων των ανωτέρω πρέπει να διευκρινισθεί ποιος μπορεί να θεωρηθεί υπόλογος, για τι και πώς (Weed, 1994).

Έπειτα η έννοια της ευθύνης σχετίζεται με την δέσμευση (commitment) ως προς την επιδίωξη και την επίτευξη ενός συγκεκριμένου στόχου πχ η Δημόσια Υγεία είναι ένα αγαθό για την επιδίωξη του οποίου εργάζονται οι επαγγελματίες υγείας αναλαμβάνοντας αντίστοιχες υποχρεώσεις. Σε ένα τρίτο (3^ο) επίπεδο η ευθύνη συνδέεται με την φερεγγυότητα (reliability): οι φερέγγυοι επαγγελματίες εκτελούν υπεύθυνα τα καθήκοντα που προσδιορίζουν οι ίδιοι για τον εαυτό τους καθώς και τα καθήκοντα που περιμένει η κοινωνία από αυτούς (Weed and McKeown, 2001).

Στο χώρο της υγείας, η έννοια της ευθύνης και κυρίως της ηθικής ευθύνης συνδέεται με την λεγόμενη «Αρχή της Προφύλαξης» η οποία συνδυάζει τα επιστημονικά δεδομένα με το ηθικό στοιχείο, καθώς πυρήνας της Αρχής αποτελεί η παραδοχή ότι τα άτομα, οι εταιρείες ή και τα κράτη είναι ηθικά υπεύθυνα για τις επιλογές τους. Η Αρχή της Προφύλαξης συνδέεται με την στρατηγική αντιμετώπισης απρόβλεπτου, αβέβαιου, μη μετρίσιμου αλλά πιθανώς καταστροφικού κινδύνου.

Η ευθύνη έχει επιπλέον και άλλη μια μορφή η οποία αφορά τη σχέση των ιατρών και των ασθενών και την ευθύνη των πράξεων τους κατά την άσκηση του επαγγέλματος. Αυτή η έννοια της ευθύνης συνιστά τον πυρήνα του ιατρικού δικαίου.

9.2.3. Η Αρχή της Προφύλαξης (The Precautionary Principle)

Η έννοια της πρόληψης στην υγεία είναι αρκετά παλιά, ως χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της προσέγγισης αναφέρεται η περίπτωση του DR John Snow ο οποίος το 1854 σύστησε την παύση λειτουργίας μιας αντλίας ύδρευσης στο Λονδίνο προκειμένου να περιορίσει την επιδημία της χολέρας. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ενδείξεις της σχέσης ανάμεσα στην χολέρα και την αντλία ήταν ελάχιστες όμως η εφαρμογή αυτού του μη δαπανηρού μέτρου στάθηκε ιδιαίτερα αποτελεσματική αναφορικά με την αντιμετώπιση και τον έλεγχο του προβλήματος.

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία υφίσταται σχέση συγγένειας ανάμεσα στις έννοιες της πρόληψης και της προφύλαξης στο πλαίσιο μιας δημόσιας πολιτικής προστασίας αγαθών, όπως η υγεία ή το περιβάλλον, σε τέτοιο βαθμό που να προκαλείται σύγχυση μεταξύ των δύο (2) εννοιών. Η Αρχή της Προφύλαξης εξ' ορισμού έχει προληπτικό χαρακτήρα, ως προς την ουσία και τις συνέπειές της. Αντίθετα, κάθε μέτρο πρόληψης δεν αποτελεί μέτρο προφύλαξης. Το πεδίο εφαρμογής της πρόληψης είναι πολύ πιο ευρύ από εκείνο της προφύλαξης. Στην πραγματικότητα η πρόληψη περιλαμβάνει την προφύλαξη (Wolff, 2014).

Ποιο είναι όμως το κριτήριο που πραγματικά διαφοροποιεί τις δύο (2) έννοιες; Καταρχάς, η Αρχή της Πρόληψης επιτρέπει στις δημόσιες αρχές να λαμβάνουν τα μέτρα που είναι απαραίτητα ώστε να αποτραπεί η επέλευση ενός προβλέψιμου κινδύνου και η πρόκληση ζημίας. Η προβλεψιμότητα προκύπτει, πρωταρχικά, από

την επιστημονική έρευνα και εμπειρία, η οποία καταδεικνύει την ισχυρή πιθανότητα ύπαρξης μιας σχέσης αιτιότητας μεταξύ ενός επιστημονικού δεδομένου και των ενδεχόμενων επιζήμιων συνεπειών του. Με άλλα λόγια, η Αρχή της Πρόληψης επιτρέπει την υιοθέτηση δημόσιων μέτρων, που αποβλέπουν να μειώσουν έναν εντοπισμένο κίνδυνο (Wolff, 2014).

Τα τελευταία χρόνια έχουν πολλαπλασιαστεί οι περιπτώσεις κατά τις οποίες η επιστημονική γνώση δεν επιτρέπει, με το επίπεδο στο οποίο βρίσκεται, να υιοθετηθεί η κανονιστική ρύθμιση που πραγματώνει την πρόληψη, αλλά απλώς να υποθέσει κανείς την ύπαρξη ενός κινδύνου. Μπροστά σε τέτοιες καταστάσεις, είναι εύλογο να επιβάλλεται καταρχήν μια επιφυλακτική στάση. Όμως, η Αρχή της Προφύλαξης είναι εκείνη που επιτρέπει στην κρατική ρύθμιση να υπερβεί την απλή πρόληψη με βάση την επιστημονική πιθανότητα για την επέλευση μιας ζημίας και να συγκροτηθεί με μέτρα, πρόληψης, έναντι ενός δυνητικού κινδύνου, η φύση ή και η προέλευση του οποίου παραμένουν αβέβαιες, ακόμη και άγνωστες. Σε αντίθεση με την παραδοσιακή Αρχή της Πρόληψης, η επιστημονική αβεβαιότητα είναι εκείνη που αποτελεί, ταυτόχρονα, την αιτία ύπαρξης και τον όρο εφαρμογής της αρχής της προφύλαξης (Wolff, 2014, Todt and Lujan, 2014).

Υπό την έννοια αυτή, είναι επιτρεπτό να χαρακτηρίσουμε την Αρχή της Προφύλαξης, καταρχάς, ως εκείνο το εννοιολογικό εργαλείο που έχουν στη διάθεσή τους οι Δημόσιες Αρχές, προκειμένου να λάβουν μέτρα πρόληψης σ' έναν τομέα και σε σχέση με συγκεκριμένες ανθρώπινες δραστηριότητες, όταν δεν υπάρχει επιστημονική βεβαιότητα σχετικά με την ύπαρξη κινδύνων και την επέλευση ζημίας που γεννώνται εξαιτίας αυτών των ανθρώπινων δραστηριοτήτων. Δύο ειδικότερες διευκρινίσεις είναι αμέσως αναγκαίο να γίνουν, σχετικά με τον «πυρήνα» της Αρχής της Προφύλαξης, που δεν είναι άλλος από την επιστημονική αβεβαιότητα, η οποία, εξάλλου, καθορίζει τις προϋποθέσεις εφαρμογής της αρχής (Wolff, 2014, Todt and Lujan, 2014).

Η πρώτη από τις διευκρινίσεις αυτές τοποθετείται στη μεριά μιας «τεχνοκρατικής» προσέγγισης της έκτασης εφαρμογής της Αρχής της Προφύλαξης. Επειδή, πράγματι, ο κίνδυνος από μια ανθρώπινη δραστηριότητα συμπυκνώνεται σε ένα πιθανώς δυνάμενο να υπολογισθεί με την εφαρμογή ποσοτικών μεθόδων «πρόβλημα κόστους», έχει ιδιαίτερη σημασία να γνωρίζουμε σε τι θα αναφέρεται η επιστημονική αβεβαιότητα: θα αναφέρεται μόνον στην ύπαρξη κινδύνου και την επέλευση της ζημίας, ή θα αφορά και τη σοβαρότητα αυτού του κινδύνου και της ζημίας, δηλαδή κι έναν παράγοντα ο οποίος συνήθως είναι αυτός που οι Δημόσιες Αρχές σοβαρά συνεκτιμούν όταν πρόκειται να λάβουν μέτρα πρόληψης εξ' αφορμής συγκεκριμένης ανθρώπινης δραστηριότητας; Μια απάντηση στο ερώτημα εμφανίζει την εξής εικόνα (Wolff, 2014, Todt and Lujan, 2014):

- ➔ Όταν υπάρχει ισχυρή πιθανότητα όσον αφορά την επέλευση κινδύνου / ζημίας, αρκεί να εφαρμοστεί η Αρχή της Πρόληψης, με τις όποιες προϋποθέσεις αυτή εμπεριέχει.
- ➔ Όταν η ισχυρή πιθανότητα επέλευσης συνδυάζεται με ιδιαίτερη σοβαρότητα της ζημίας, η Αρχή της Προφύλαξης ούτε πάλι μπορεί να εφαρμοστεί, καθώς

οι δύο συνιστάμενες της αβεβαιότητας, επέλευση και σοβαρότητα, αποτελούν αντικείμενα μιας έστω επαρκούς επιστημονικής γνώσης, έστω σχετικής.

- Η εφαρμογή της Αρχής της Προφύλαξης εξαρτάται, πριν απ' οτιδήποτε άλλο, από τον αβέβαιο χαρακτήρα της επέλευσης του κινδύνου / ζημίας: στην περίπτωση αυτή, είναι αυτονόητο ότι όσο αβέβαιη είναι η επέλευση του κινδύνου / ζημίας, άλλη τόση αβεβαιότητα θα επικρατεί όσον αφορά τη σοβαρότητά τους.
- Τέλος, εφόσον η επιστημονική αβεβαιότητα δεν αναφέρεται παρά μόνον στη σοβαρότητα του κινδύνου / ζημίας, η προβλεψιμότητα της επέλευσης επιτρέπει να εφαρμοστούν μόνον μέτρα υπό τον τίτλο της πρόληψης.

Η δεύτερη διευκρίνιση σχετίζεται μεν πάλι με την αβεβαιότητα, αλλά ανατρέχει στην «πηγή» των μέτρων προφύλαξης που λαμβάνουν οι Δημόσιες Αρχές, την ανθρώπινη δραστηριότητα και τις αποφάσεις που ήδη έχουν ληφθεί κι αυτές υπό συνθήκες επιστημονικής αβεβαιότητας, που ενέχουν δηλαδή ένα ρίσκο, μια διακινδύνευση. Πράγματι, το στοιχείο της αβεβαιότητας ως προς την επέλευση κινδύνων είναι εγγενές στις αποφάσεις και δραστηριότητες που ο ανθρώπινος παράγοντας λαμβάνει ή ασκεί με ρίσκο, η ουσία του οποίου συμπυκνώνεται στο γεγονός ότι, εξαιτίας της αβεβαιότητας που επικρατεί κατά τη στιγμή της απόφασης ή της δραστηριότητας, δεν αποκλείεται στο μέλλον να προκύψουν «αρνητικά γεγονότα» (κίνδυνος, ζημία), και μάλιστα σαν εκείνα τα οποία κανείς είχε υπολογίσει και «είχε ευχηθεί» να κατορθώσει να αποφύγει. Πηγαίνοντας από αυτό το «ατομοκεντρικό» επίπεδο στο επίπεδο του κοινωνικού σώματος, και συνακόλουθα των Δημόσιων Αρχών, διαπιστώνεται, εντέλει, ότι η αβεβαιότητα, ως εγγενές στοιχείο των μέτρων προφύλαξης, είναι η αντεστραμμένη όψη της αβεβαιότητας που ενυπάρχει στις ανθρώπινες αποφάσεις οι οποίες ελήφθησαν με ρίσκο: μπροστά στο ενδεχόμενο αρνητικής έκβασης αποφάσεων ή δραστηριοτήτων με ρίσκο, άρα των ενδεχόμενων επιζήμιων συνεπειών τους για τις οποίες υπάρχει αβεβαιότητα, το κοινωνικό σώμα αντιτάσσει ενέργειες ή αποφάσεις αποτροπής αυτών των συνεπειών (μέτρα προφύλαξης), στηριζόμενο στην ίδια αβεβαιότητα η οποία συνόδευε τις ανθρώπινες αποφάσεις με ρίσκο.

Στις δεκαετίες 1970 και 1980 αναπτύχθηκαν δύο (2) σημαντικά εργαλεία για την λήψη αποφάσεων: (α) η έννοια της εκτίμησης του κινδύνου (risk assessment) και η (β) ανάλυση κόστους – οφέλους (cost benefit analysis). Η ανάπτυξη αυτών των εργαλείων βασίστηκε τόσο στο ρόλο της επιστήμης όσο και στις ικανότητες του ανθρώπου να εκτιμά τις συνέπειες των δραστηριοτήτων, ενεργειών και παρεμβάσεων του, να τις ποσοτικοποιεί και να τις αναλύει. Βασίστηκε δηλαδή, σε αντικειμενικά μεγέθη και αριθμούς, αγνοώντας το ηθικό υπόβαθρο των αποφάσεων που αφορούν την δημόσια υγεία. Η προσέγγιση αυτή είναι γνωστή και ως «sound science», δίνει μεγάλο βάρος στα στοιχεία που μπορούν να ποσοτικοποιηθούν αλλά δεν λαμβάνει υπ' όψιν της αυτά που ο άνθρωπος δεν γνωρίζει ή δεν μπορεί να μετρήσει (Todt and Lujan, 2014).

Η Αρχή της Προφύλαξης συνιστά ένα σημαντικότατο εργαλείο διαχείρισης των κινδύνων στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας, επιδιώκει δε την εξισορρόπηση ανάμεσα αφενός στον φόβο απέναντι σε ένα νέο προϊόν, μια νέα τεχνική ή δραστηριότητα και αφετέρου σε μια ανεύθυνη και παθητική συμπεριφορά απέναντι σε κάτι το οποίο ενδέχεται πράγματι να αποδειχθεί ζημιογόνο (Molimard et al., 2014).

Σύμφωνα με ειδική Έκθεση της UNESCO για την Αρχή της Προφύλαξης, η ανθρώπινη ζωή είναι και θα είναι πάντα γεμάτη από κινδύνους, τους οποίους ο άνθρωπος καλείται να αντιμετωπίσει και μάλιστα με την βοήθεια της επιστήμης και της τεχνολογίας. Όμως η επιστήμη και η τεχνολογία έχουν επίσης συμβάλλει και οι ίδιες στη δημιουργία κινδύνων και απειλών για την ανθρώπινη ύπαρξη και την ποιότητα ζωής, με συνέπεια την αναγκαιότητα εφαρμογής πολιτικών ελέγχου. Κατά συνέπεια, όταν μια δραστηριότητα εγκυμονεί κινδύνους για την ανθρώπινη υγεία ή το περιβάλλον πρέπει να λαμβάνονται μέτρα προφύλαξης ακόμη και αν η σχέση αιτίου – αποτελέσματος δεν έχει αποδειχθεί πλήρως επιστημονικά (Comest, 2005).

9.2.4. Η νομική ευθύνη των ιατρών

Η νομική ευθύνη των ιατρών από την άσκηση επαγγελματικής δραστηριότητας αποτελούσε πάντοτε ένα περίπλοκο νομικό ζήτημα λόγω τόσο της εξειδικευμένης φύσης και της πολυπλοκότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών όσο και της ιδιαιτερότητας της ίδιας της σχέσης ιατρού-ασθενούς. Πέρα από τις αποδεικτικές δυσκολίες που συνδέονται με την παροχή ιατρικών υπηρεσιών και την αξιολόγηση της ζημίας που αυτές μπορεί να επιφέρουν, η ίδια η μυσταγωγική σχεδόν σχέση ιατρού - ασθενούς, που προκύπτει ακριβώς από το γεγονός πως η ιατρική γνώση παραμένει φύσει terra incognita για τους μη έχοντες ιατρικές γνώσεις, είχε καταστεί εμπόδιο, αρχικά ακόμα και στην ίδια την αναγνώριση οποιασδήποτε ευθύνης των ιατρών.

Στις αρχές του 19^{ου} αιώνα (1829), σε υπόμνημα της Ιατρικής Ακαδημίας της Γαλλίας προς την Κυβέρνηση, κατά την επεξεργασία νόμου που ρύθμιζε την άσκηση της Ιατρικής στη Γαλλία, διατυπώθηκε η πρώτη θεωρία σχετικά με το ζήτημα της ευθύνης των ιατρών. Σύμφωνα λοιπόν με την θεωρία αυτή, οι ιατροί δεν έχουν καμία ευθύνη κατά την εκτέλεση του έργου τους (απόλυτη ανευθυνότητα του ιατρού) παρά μόνο σε περίπτωση που κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους προκαλέσουν από δόλο ζημία σε ασθενή. Σε κάθε άλλη περίπτωση σφαλμάτων στα οποία ενδέχεται να υποπέσουν οι ιατροί «καλή τη πίστη», δεν πρέπει να φέρουν καμιά νομική ευθύνη, παρά μόνο «ηθική ευθύνη». Η Γαλλική Ακαδημία τόνιζε στη σχετική διακήρυξή της πως η αντίθετη άποψη θα αποτελούσε τροχοπέδη στην ιατρική επιστήμη που βασίζεται για την πρόοδό της στο πείραμα, και από την άλλη στην αναστολή των ιατρών να εκτελούν και τις απλούστερες των ιατρικών πράξεων υπό τον φόβο διώξής τους. Άλλοι προσπάθησαν να θεμελιώσουν το ανεύθυνο στην απουσία ειδικών νομικών διατάξεων που να ρυθμίζουν την ιατρική ευθύνη. Τέλος, τρίτη ομάδα έφτασε, στο ακραίο σημείο να υποστηρίζει πως η ευθύνη θα πρέπει να βαραινεί τον ίδιο τον ασθενή, ο οποίος εμπιστεύτηκε την υγεία του σε ανίκανο ιατρό. Όπως ήταν αναμενόμενο, η άποψη περί πλήρους ανευθυνότητας του ιατρού, στερούμενης

ορθολογικής επιχειρηματολογικής θεμελίωσης, εγκαταλείφτηκε οριστικά (Κότσιανος, 1976).

Δεύτερη θεωρία που υποστηρίχθηκε επεδίωξε να μετριάσει τον απόλυτο χαρακτήρα της παραπάνω διακήρυξης, διατυπώνοντας τη θέση πως οι ιατροί ευθύνονται κατά την παροχή των υπηρεσιών τους έναντι του ασθενούς μόνο για δόλο και βαριά αμέλεια απαλλασσόμενοι σε περίπτωση ελαφράς αμέλειας. Πρόκειται για τη θεωρία της *ιδιομορφίας του επαγγελματικού παισίματος*, που στηρίζεται στην ιδιάζουσα σχέση ιατρού - ασθενούς και παράλληλα στην προσπάθεια να μετριαστεί η ευθύνη του ιατρού όταν παρεμβαίνει επειγόντως, πχ επί ατυχημάτων, όπου αγνοεί στοιχεία κρίσιμα, όπως το ιστορικό του ασθενούς. Ακόμα όμως και αυτή η θέση κρίθηκε ως υπερβολικά προστατευτική για τους ιατρούς, καθώς τους έδινε την δυνατότητα να απαλλαγούν σε περίπτωση ανεπάρκειάς τους, απόκλισης τους δηλαδή από το πρότυπο του μέσου συνετού ιατρού της ειδικότητάς τους, που αποτελεί το μέτρο κατά την κρίση περί της αμέλειας κατά τις γενικές διατάξεις του ενοχικού δικαίου. Για το λόγο αυτό ούτε αυτή η θεωρία δεν μπόρεσε να δικαιολογήσει την ύπαρξή της και τελικώς να επικρατήσει (Κότσιανος, 1976).

Έτσι, σήμερα είναι πια κοινώς αποδεκτή η ορθότερη θέση της ευθύνης των ιατρών κατά τους κανόνες του κοινού δικαίου, όπως ακριβώς και οι επαγγελματίες άλλων κλάδων και δεν ασκούν το επάγγελμά τους υπό καθεστώς προνομιακής μεταχείρισης. Κατά την εκτέλεση του έργου του, ο ιατρός έχει ευθύνη όταν επιδεικνύει βαριά ή και ελαφρά αμέλεια. Χαρακτηριστική είναι η αγόρευση του γενικού Εισαγγελέα Dupin, την 18^η Ιουνίου του 1835 ενώπιον του Ακυρωτικού της Γαλλίας, σε υπόθεση ιατρικής ευθύνης. Σύμφωνα με αυτόν: «Έκαστος είναι υπεύθυνος δια την βλάβη την επελθούσα, δια την αμέλειά του, την άγνοιά του. Η αρχή της ευθύνης εφαρμόζεται κατά τινάς περιπτώσεις εις τους συμβολαιογράφους, εις τους κλητήρας δικαστηρίων, επ' αυτών των δικαστών και δικηγόρων. Ματαιίως ήθελον πληθυνθεί αι ευνοϊκά δια τους ιατρούς πραγματεΐαι, ας συνέταξαν. Ματαιίως ήθελον είπει ότι ο ασθενής πρέπει να στραφεί καθ' εαυτού, διότι αυτός εξέλεξε τον ιατρόν. Αι δικαιολογίαι αυταί δεν δύνανται να εχώσι δια τον ιατρόν μεγαλυτέραν ισχύν ή δια τον δικηγόρον, συμβολαιογράφον κλπ.» (Κότσιανος, 1976).

Παρά το γεγονός της αναγνώρισης της νομικής ευθύνης των ιατρών, η ιδιάζουσα φύση του επαγγέλματός τους και των παρεχόμενων υπηρεσιών και οι ερμηνευτικές και αποδεικτικές δυσκολίες που αυτή συνεπαγόταν στάθηκε εμπόδιο για τη θεσμοθέτηση ενός ενοποιημένου «ιατρικού δικαίου» ή έστω την κωδικοποίηση και συστηματοποίηση των διάσπαρτων διατάξεων που ρυθμίζουν διάφορες πτυχές του ιατρικού λειτουργήματος, πρόβλημα που δεν εμφανίζεται μόνο στο ελληνικό δίκαιο. Πέραν της ποινικής αντιμετώπισης του ζητήματος, η απουσία ειδικών ρυθμίσεων περί της αστικής ευθύνης έχει οδηγήσει, παγκόσμια, στην νομολογιακή προσέγγιση του προβλήματος και στη διάπλαση ενός νομολογιακού δικαίου, ακόμα και σε χώρες του civil law, όπως η Γαλλία. Εκτός των χωρών του common law, όπου η νομολογία αποτελεί πηγή Δικαίου ώστε τα σχετικά ζητήματα να αντιμετωπίζονται εύκολα μέσω της μεθόδου του «case study», της προσφυγής δηλαδή σε πληθώρα αποφάσεων που

αφορούν την ευθύνη των ιατρών σε αποζημίωση για κάθε συγκεκριμένη περίπτωση, οι περισσότερες των οποίων έχουν εκδοθεί μετά τη δεκαετία του 1970, στα κράτη του civil law η διάπλαση των νομολογιακών ρυθμίσεων επιτυγχάνεται μέσω της εξειδίκευσης από τα δικαστήρια των γενικών αρχών του δικαίου και των γενικών ρητρών του κοινού αστικού Δικαίου (Φουντεδάκη, 2003).

Αποτέλεσμα της παραπάνω προσέγγισης είναι καταρχήν η ανασφάλεια Δικαίου που αυτή συνεπάγεται. Στις χώρες όπου η νομολογία δεν αποτελεί πηγή Δικαίου, όπως η Ελλάδα, οι δικαστικές κρίσεις δεν είναι δεσμευτικές για καθέναν, πλην των διαδίκων της εκάστοτε δίκης. Οι ερμηνευτικές προσεγγίσεις στις οποίες καταφεύγουν τα δικαστήρια για την εξειδίκευση των γενικών αρχών του Δικαίου, παρότι εμφανίζονται ενοποιημένες σε διάφορα ζητήματα, ακόμα και μεταξύ διαφόρων ευρωπαϊκών χωρών, λόγω των κοινών καταβολών του αστικού τους δικαίου, δεν προσφέρουν στους κοινωνούς του Δικαίου την απαιτούμενη στις συναλλαγές ασφάλεια, όντας δεκτικές μεταβολής ανά πάσα στιγμή. Το πρόβλημα παρουσιάζεται εντονότερο στο πεδίο του ποινικού δικαίου, όπου τα δικαστήρια, προκειμένου να εξειδικεύσουν τις υποχρεώσεις των ιατρών και επομένως να προσδιορίσουν την ενδεχόμενη ποινική ευθύνη καταφεύγουν συχνά σε ερμηνείες που κινούνται στα όρια ανοχής της Αρχής nullum crimen, nulla poena sine lege certa (: δεν είναι έγκλημα και όχι τιμωρία χωρίς νόμο ορισμένα). Στο επίπεδο του αστικού δικαίου, οι νομολογιακές προσεγγίσεις δεν παύουν να είναι περιπτωσιολογικές, καθορίζοντας το νόημα εννοιών όπως η *αποτυχημένη ιατρική πράξη* ή το *ιατρικό σφάλμα* σε κάθε απολύτως συγκεκριμένη περίπτωση, χωρίς να εκκινούν από συγκεκριμένη και σαφή, έστω γενική, ρύθμιση επί του ειδικότερου ζητήματος της ιατρικής πρακτικής (Φουντεδάκη, 2003).

Από την άλλη, ακολουθώντας την εποχή, η νομολογία προσεγγίζει συχνά το ζήτημα της ιατρικής ευθύνης με μια τάση αυστηρότητας και επίτασης της ευθύνης του ιατρού αφενός και διευκόλυνσης του ασθενούς κατά την άσκηση των αξιώσεών του αφετέρου. Χαρακτηριστική στο σημείο αυτό είναι η διάπλαση δικονομικών κανόνων όσον αφορά το βάρος απόδειξης στις δίκες ιατρικής ευθύνης από την γερμανική και γαλλική νομολογία. Επιγραμματικά, στο πρόβλημα που ανέκυψε σχετικά με την κατανομή του βάρους απόδειξης της αιτιώδους συνάφειας μεταξύ πταίσματος του ιατρού και ζημίας του ασθενούς, η γερμανική νομολογία επιχείρησε να διασφαλίσει αποδεικτικές διευκολύνσεις στον ασθενή, ο οποίος με βάση τις γενικές διατάξεις, ως ενάγων, οφείλει να επικαλεστεί και να αποδείξει το περιεχόμενο της αγωγής του. Λόγω όμως της ιδιομορφίας των ιατρικών υπηρεσιών και της επαγγελματικής αλληλεγγύης μεταξύ των ιατρών, που επιδεικνύεται συχνά από τους πραγματογνώμονες που καλούνται να φωτίσουν τα επιστημονικά ζητήματα, συχνά είναι δυσχερής η απόδειξη του αιτιώδους συνδέσμου. Ο ασθενής είναι σε σαφώς δύσκολη θέση καλούμενος να αποδείξει ότι η αμελής ιατρική ενέργεια ήταν η αιτία για την επέλευση της βλάβης ή αν αυτή θα επερχόταν σε κάθε περίπτωση, λόγω της βεβαρημένης υγείας του. Το Γερμανικό Ακυρωτικό, παρά τις αντιρρήσεις της θεωρίας, κατέφυγε αρχικά στην λύση της αντιστροφής του βάρους απόδειξης της αιτιώδους συνάφειας σε βάρος του ιατρού, για να καταλήξει τελικά ότι αυτή θα πρέπει να γίνεται δεκτή ως αποδεικτική διευκόλυνση όταν συντρέχει σοβαρή ιατρική

παράβαση. Ως τέτοια νοείται κάθε ενέργεια που αντίκειται προφανώς στους κανόνες και στα σύγχρονα δεδομένα της ιατρικής επιστήμης και εμφανίζεται ως εντελώς αδικαιολόγητη και βαριά αμελής από την πλευρά του ιατρού. Κατά την προσέγγιση του Γερμανικού Ακυρωτικού, εφόσον ο ασθενής αποδείξει τη σοβαρή ιατρική παράβαση, ο αιτιώδης σύνδεσμός της με τη ζημία που υπέστη τεκμηριώνεται επαρκώς και εναπόκειται στον ιατρό να αποδείξει την έλλειψή του, ανεξάρτητα με το αν η ευθύνη του χαρακτηρίζεται συμβατική ή αδικοπρακτική. Το ίδιο πρόβλημα η γαλλική νομολογία αντιμετώπισε με την νομική κατασκευή της *απόλειας ευκαιρίας επιβίωσης ή θεραπείας*. Έτσι, όταν συντρέχει αμέλεια του ιατρού που πιθανολογείται ισχυρά ότι μπορούσε να προκαλέσει τη βλάβη, αλλά είναι αδύνατη η πλήρης απόδειξη του αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ αμελούς συμπεριφοράς και ζημίας, το Γαλλικό Ακυρωτικό δέχθηκε ότι ο ιατρός μπορεί να καταδικαστεί στην αποκατάσταση μέρους της ζημίας επειδή με τη συμπεριφορά του στέρησε από τον ασθενή τη σημαντική πιθανότητα να επιβιώσει ή να θεραπευτεί (Φουντεδάκη, 2003).

Στην Ελλάδα, η αντίστοιχη τάση των ελληνικών δικαστηρίων να επιδεικνύουν αυστηρότητα στην εξειδίκευση των γενικών ρητρών ή των διαφόρων διατάξεων του ελληνικού δικαίου που αναφέρονται στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, άρχισε να εμφανίζεται τα τελευταία κυρίως χρόνια, όπου, πέραν της φθοράς του ΕΣΥ, επιχειρείται μια γενικότερη απαξίωση του ιατρικού επαγγέλματος που εκδηλώνεται και με μια έντονη τάση προσφυγής στη Δικαιοσύνη των θυμάτων ιατρικών λαθών, αληθών ή μη. Παρά το γεγονός ότι η σχετική στροφή, αν και όχι ιδιαίτερα έντονη, εμφανίζεται κυρίως στις ποινικές δίκες, που αποτελούν και τη συντριπτική πλειονότητα, εντούτοις και σε επίπεδο αστικής ευθύνης, όπου οι περισσότερες των αποφάσεων αφορούν σφάλματα στο πλαίσιο του ΕΣΥ, που αντιμετωπίζονται από τη διοικητική δικαιοσύνη, τα δικαστήρια φαίνονται πρόθυμα να καταλογίζουν σεβαστές αποζημιώσεις. Από την άλλη, όσον αφορά τους ιατρούς ως ελεύθερους επαγγελματίες, παρότι οι σχετικές δημοσιευμένες αποφάσεις δεν είναι ακόμα ευάριθμες, η νομολογία εμφανίζεται να αγνοεί τους ορισμούς και τις κατευθυντήριες γραμμές του αρ. 8 Ν.2251/1994 και να εμμένει στην εξειδίκευση της «υποχρέωσης επιμέλειας» του ιατρού αποκλειστικά σχεδόν με βάση τους ορισμούς του αρ. 24 ΒΔ 1565/1939 σε συνδυασμό με τις γενικές ρήτρες των αρ. 281 και 288 ΑΚ, προκειμένου να προσδιορίσει το απαιτούμενο μέτρο επιμέλειας με βάση το αρ. 330 ΑΚ.

9.2.5. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας και ιατρική ευθύνη

Στην Ελλάδα, όπως και στις περισσότερες χώρες, δεν υπάρχει ειδικό νομοθετικό πλαίσιο που να ρυθμίζει διεξοδικά τα ζητήματα της ιατρικής ευθύνης. Ωστόσο το 2005 στην Ελλάδα έγινε ένα σημαντικό νομοθετικό βήμα προς την κατεύθυνση του καθορισμού των κανόνων που θα διέπουν την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος.

Πρόκειται για την θέσπιση του νόμου Ν.3418/2005 «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας». Αξίζει να σημειωθεί ότι από το 1955 στην Ελλάδα υπήρχε Κ.Ι.Δ. Όμως, ο Κώδικας αυτός ανταποκρινόταν σε ένα παρωχημένο, από τεχνολογική και κοινωνική άποψη, πρότυπο άσκησης της Ιατρικής. Τα νέα δεδομένα που δημιουργήθηκαν λόγω της ανόδου του βιοτικού και μορφωτικού επιπέδου της

ελληνικής κοινωνίας, της σημαντικής τεχνολογικής προόδου και του σύγχρονου τρόπου άσκησης της ιατρικής, επέβαλαν την υιοθέτηση ενός επίκαιρου κειμένου που θα μπορούσε να ρυθμίζει πληρέστερα και αποτελεσματικότερα τα ζητήματα που απορρέουν από την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Ο νέος Κ.Ι.Δ. διέπεται από πνεύμα προστασίας των ατομικών δικαιωμάτων και ελευθεριών ιατρών και ασθενών, λαμβάνει υπόψιν του το σύνολο της υπάρχουσας μέχρι την έκδοσή του νομοθεσίας και αγγίζει σύγχρονα ζητήματα, όπως οι μεταμοσχεύσεις, η υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή και η βιοϊατρική έρευνα.

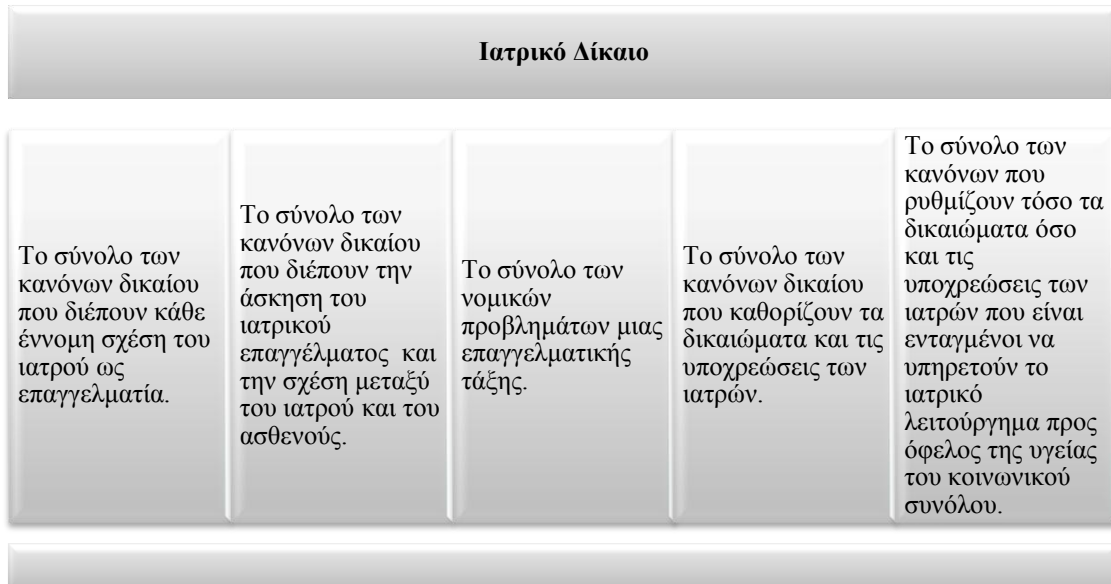
Ο Κ.Ι.Δ. περιλαμβάνει διατάξεις τόσο κανονιστικού όσο και δεοντολογικού χαρακτήρα. Οι πρώτες καθορίζουν τις υποχρεώσεις που βαρύνουν τον ιατρό κατά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών και τις κυρώσεις, ποινικές ή διοικητικές, που συνεπάγεται η παράβασή τους (άρθρο 36 §1 και 2). Οι δεύτερες εκφράζουν το ιδεολογικό υπόβαθρο άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος και η παράβασή τους μπορεί να συνεπάγεται για τον ιατρό μόνο πειθαρχικές κυρώσεις. Ενδεικτικά θα μπορούσε να αναφερθεί ότι ο Κ.Ι.Δ. περιλαμβάνει γενικούς κανόνες για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, διατάξεις που ρυθμίζουν την σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς, διατάξεις που αφορούν τον κοινωνικό χαρακτήρα του ιατρικού επαγγέλματος καθώς και διατάξεις που διέπουν την σχέση του ιατρού με τους συναδέλφους του και το νοσηλευτικό προσωπικό και το λοιπό προσωπικό. Από την έναρξη ισχύος του Κ.Ι.Δ., καταργήθηκε στο σύνολο του το Β.Δ. 25.5/6.7.1955 «Περί κανονισμού Ιατρικής Δεοντολογίας» (άρθρο 37 του Κ.Ι.Δ.), ενώ τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν και διατάξεις του Α.Ν. 1565/1939 «Περί Κώδικος Ασκήσεως του Ιατρικού Επαγγέλματος». Θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι παρά τον εκσυγχρονισμό που επιφέρει ο Κ.Ι.Δ. στα ιατρικά δρώμενα, δεν περιλαμβάνει διατάξεις που να ρυθμίζουν το ζήτημα της ασφαλιστικής κάλυψης των ιατρών. Αντίθετα, στον Κ.Ι.Δ. που ισχύει στην Γερμανία προβλέπεται ότι η ασφάλιση της ευθύνης των ιατρών είναι υποχρεωτική. Το ίδιο ισχύει και για την Γαλλία, όπου η ασφάλιση έχει καθιερωθεί ως υποχρεωτική με το Ν. 2002-303 της 4-03-2002.

9.3. Είδη ιατρικής ευθύνης

Η έννοια της ευθύνης συνδέεται όχι μόνο με την στενή έννοια του ιατρικού σφάλματος που έχει αρνητικές συνέπειες στην υγεία του ασθενούς ή την προσβολή δικαιώματος του ασθενούς όπως η αυθαίρετη διενέργεια ιατρικών πράξεων χωρίς προηγούμενη συγκατάθεση αλλά και με την ασφάλεια του ασθενούς και την ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Τα όρια της θεμελίωσης της ιατρικής ευθύνης δεν είναι πάντα εύκολα ευδιάκριτα καθώς είναι δύσκολο να προσδιοριστεί τόσο η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τον ιατρό όσο και η διαπίστωση κάποιου συγκεκριμένου σφάλματος. Πρόκειται για ένα ζήτημα το οποίο συνεχώς διογκώνεται και αγγίζει ένα ευρύτατο φάσμα κοινωνικών θεσμών και ομάδων όπως είναι οι εκάστοτε Κυβερνήσεις, τα μέλη του ιατρικού επαγγέλματος, οι δικαστές, οι δικηγόροι, τα Νοσοκομεία – οι κλινικές, η ΠΦΥ, οι ασφαλιστικές εταιρείες, τα ασφαλιστικά ταμεία, οι χρήστες υπηρεσιών υγείας – ασθενείς, καταναλωτές και τα ΜΜΕ.

Η ιατρική ευθύνη υπάγεται σε έναν ειδικό κλάδο δικαίου που αποκαλείται ιατρικό δίκαιο το οποίο προσεγγίζεται εννοιολογικά ποικιλοτρόπως. Στο Διάγραμμα 9.1 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι ορισμοί του *ιατρικού δικαίου* όπως απαντώνται στην βιβλιογραφία (Φουντεδάκη, 2003).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9.1 Εννοιολογική αποσαφήνιση του ιατρικού δικαίου



Πηγή: (Φουντεδάκη, 2003)

Η ιατρική ευθύνη διακρίνεται σε ποινική, αστική, πειθαρχική καθώς και σε ιατρική ευθύνη με τη μορφή της επαγγελματικής ευθύνης. Στις περισσότερες έννομες τάξεις η ποινική ιατρική ευθύνη ανέκυψε και αναπτύχθηκε χρονικά πρώτη και για μεγάλο χρονικό διάστημα «μονοπωλούσε» τα θέματα ευθύνης, τουλάχιστον σε βάρος της αστικής ευθύνης ενώ σήμερα η σχέση αυτή έχει απολύτως αντιστραφεί. Ειδικότερα στην βιβλιογραφία αναφέρονται (Φουντεδάκη, 2003):

1^ο) Η *ποινική ευθύνη* στη βάση της οποία η πολιτεία τιμωρεί τον ιατρό για την προσβολή των εννόμων αγαθών του ασθενούς, όπως πχ για την πρόκληση σωματικής βλάβης ή θανάτου με ποινές, οι οποίες πέρα από τον κατασταλτικό τους χαρακτήρα συνεπάγονται και ένα ιδιαίτερο στιγματισμό του ιατρού στον κοινωνικό χώρο. Βέβαια, ο ασθενής ο οποίος θεωρεί ότι έχει υποστεί κάποια βλάβη λόγω ιατρικού σφάλματος συνήθως προσφεύγει τόσο στην αστική όσο και στη ποινική δικαιοσύνη, προκειμένου να ζητήσει αντίστοιχα εύλογη αποζημίωση και την ποινική καταδίκη του ιατρού.

2^ο) Η *αστική ευθύνη* απέναντι στον ασθενή, όταν ο ιατρός προκαλεί σε αυτόν ζημία κατά την άσκηση της δραστηριότητάς του, οπότε και γεννάται υποχρέωση αποζημίωσης.

3^ο) Η *πειθαρχική ευθύνη* του ιατρού απέναντι στα πειθαρχικά όργανα είτε του επαγγελματικού συλλόγου στον οποίο ανήκει είτε του Δημοσίου ή ΝΠΔΔ προς τα οποία παρέχει τις υπηρεσίες του.

Επίσης αξίζει να επισημανθεί ότι η ίδια πλημμελής συμπεριφορά του ιατρού (συνιστάμενη σε πράξεις ή παραλείψεις του) μπορεί να αξιολογείται σε καθένα από τα τρία (3) πεδία ευθύνης και να επιβάλλονται οι αντίστοιχες κυρώσεις. Επιπλέον σε βάρος του ιατρού ενδέχεται να συρρέουν αστική και ποινική ευθύνη, ενώ δεν αποκλείεται η ίδια παράνομη πράξη να συνιστά συγχρόνως αστικό, ποινικό και πειθαρχικό αδίκημα με χαρακτηριστικό παράδειγμα την περίπτωση παράβασης του ιατρικού απορρήτου. Ειδοποιός διαφορά μεταξύ αστικής και ποινικής ευθύνης αποτελεί το γεγονός ότι για να στοιχειοθετηθεί αστική ευθύνη και αντίστοιχα υποχρέωση του ιατρού για αποζημίωση, αρκεί να αποδειχθεί ακόμη και ελαφριά αμέλεια του ιατρού. Αντίθετα για να θεμελιωθεί ποινική ευθύνη του ιατρού, απαιτείται κατά κανόνα ο ιατρός να έχει ενεργήσει με δόλο ή βαριά αμέλεια κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του (Φουντεδάκη, 2003).

Στην συνέχεια επιχειρείται συνοπτική αναφορά στις παραπάνω μορφές ιατρικής ευθύνης.

9.3.1. Ποινική ιατρική ευθύνη

Η ποινική ευθύνη του ιατρού στοιχειοθετείται όταν με τις πράξεις ή τις παραλήψεις του, παραβιάζονται μια ή περισσότερες διατάξεις του Ποινικού Κώδικα και για τις οποίες έχει προβλεφθεί ποινή από τον νομοθέτη. Ως *ποινικό αδίκημα* ορίζεται κάθε προσβολή, διατάραξη ή διακινδύνευση ενός έννομου αγαθού για το οποίο ο νομοθέτης προβλέπει ορισμένη ποινή. Ο νόμος προβλέπει δύο (2) κατηγορίες ποινικών αδικημάτων (Πλεύρης, 2007, Σακελλαροπούλου, 2011):

- *Τα εγκλήματα εκ προθέσεως* (ύπαρξη δηλαδή δόλου): Στην διενέργεια ιατρικών πράξεων ο δόλος δεν συναντάται συχνά, υπάρχουν όμως πράξεις που έχουν εγκληματικό χαρακτήρα και ο ιατρός τις διαπράττει με πρόσχημα παροχής υπηρεσιών υγείας. Τέτοιες πράξεις είναι ενδεικτικά η ανθρωποκτονία εν συναινεσει, η σωματική βλάβη από πρόθεση, η τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης, οι μεταμοσχεύσεις και η παράλειψη λήψης μέτρων βραχείας παράτασης της ζωής του ασθενούς.
- *Τα εγκλήματα εξ' αμελείας*: Η αμέλεια απαντάται πιο συχνά κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας, και επιφέρει αρνητικές συνέπειες στα έννομα αγαθά του ασθενούς ή του χρήστη των υπηρεσιών υγείας (λχ ανθρωποκτονία από αμέλεια (άρθρο 302 Π.Κ., σωματική βλάβη από αμέλεια άρθρο 314 Π.Κ.).

Ζήτημα ποινικής ευθύνης είναι δυνατό να τεθεί και στις περιπτώσεις μη τήρησης των κανόνων περί συναίνεσης του ενημερωμένου ασθενούς (άρθρα 11 και 12 του Κ.Ι.Δ.).

Για τη θεμελίωση της ποινικής ευθύνης πρέπει να συντρέχουν οι ακόλουθες προϋποθέσεις (Πλεύρης, 2007, Σακελλαροπούλου, 2011):

- *Υποχρέωση περίθαλψης*: Η ανάληψη της υποχρέωσης περίθαλψης μπορεί να γίνει με διαφορετικούς τρόπους όπως πχ με σύμβαση μεταξύ ιατρού και ασθενούς.

- *Πλημμελής ιατρική συμπεριφορά:* Η πλημμελής ιατρική συμπεριφορά συνίσταται στην έλλειψη σύνεσης και προσοχής που όφειλε και μπορούσε να δείξει ο ιατρός και στην έκφραση ενός σφάλματος ή παράλειψης. Η οφειλόμενη προσοχή είναι εκείνη που καταβάλλει συνήθως ο μέσος ιατρός όταν βρίσκεται αντιμέτωπος με συνθήκες ίδιες ή παρόμοιες με αυτές που αντιμετωπίζει ο κρινόμενος ιατρός. Η προσοχή που μπορεί να καταβάλλει είναι η επιμέλεια και η ικανότητα που ο συγκεκριμένος ιατρός μπορεί αν δείξει σύμφωνα με τις αντικειμενικές του ικανότητες και τις συνθήκες του περιβάλλοντος. Ιατρικό σφάλμα είναι επίσης δυνατόν να συνιστούν η μη παραπομπή του ασθενούς σε ειδικό ιατρό, η μη ορθή τήρηση των ιατρικών αρχείων ή η χρήση επιστημονικής μεθόδου που δεν είναι επιστημονικά τεκμηριωμένη. Σύμφωνα με το άρθρο 28 του Ποινικού Κώδικα η *αμέλεια* ορίζεται ως εξής: «Από αμέλεια πράττει όποιος από έλλειψη της προσοχής την οποία όφειλε κατά τις περιστάσεις και μπορούσε να καταβάλει, είτε δεν προέβλεψε το αξιόποιο αποτέλεσμα που προκάλεσε η πράξη του, είτε το προέβλεψε ως δυνατόν, αλλά πίστεψε ότι δεν θα επερχόταν».
- *Επέλευση ζημίας:* Αν δεν επέλθει ζημία δεν στοιχειοθετείται ποινική ευθύνη για τον ιατρό.
- *Αιτιώδης συνάφεια:* Αιτιώδης συνάφεια υπάρχει όταν το αποτέλεσμα που αποδοκιμάζεται οφείλεται στην ευθεία δράση μιας συμπεριφοράς του ιατρού που είναι πλημμελής.

Άλλες ειδικές περιπτώσεις ποινικής ευθύνης είναι (Πλεύρης, 2007, Σακελλαροπούλου, 2011):

- *Εγκλήματα σχετικά με τα υπομνήματα:* Πλαστογραφία (216 ΠΚ), υφαρπαγή ψευδούς βεβαίωσης (220 ΠΚ), ψευδείς ιατρικές πιστοποιήσεις (221 ΠΚ).
- *Εγκλήματα σχετικά με την απονομή δικαιοσύνης:* Ψευδορκία (224-227 άρθρα), παρασιώπηση εγκλημάτων (232 ΠΚ).
- *Εγκλήματα σχετικά με την υπηρεσία:* Δωροδοκία για νόμιμες πράξεις (235 ΠΚ)
- *Εγκλήματα κατά της ζωής:* Ανθρωποκτονία με συναίνεση (300 ΠΚ), συμμετοχή σε αυτοκτονία (301 ΠΚ), ανθρωποκτονία από αμέλεια (302 ΠΚ), τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης (304 ΠΚ), διαφήμιση μέσω τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης (305 ΠΚ), παράλειψη λύτρωσης από κίνδυνο ζωής (307 ΠΚ).
- *Σωματικές βλάβες:* (308 επ. 314, 315 ΠΚ).
- *Εγκλήματα κατά της προσωπικής ελευθερίας:* παράνομη κατακράτηση (325 ΠΚ).
- *Παραβίαση απορρήτου* (371 ΠΚ)

9.3.2. Αστική ιατρική ευθύνη

Η αστική ιατρική ευθύνη αναφέρεται στην ευθύνη του ιατρού όταν με τις πράξεις ή τις παραλείψεις του παραβιάζονται διατάξεις του Αστικού Κώδικα (ΑΚ) και ταυτίζεται με την υποχρέωση αποζημίωσης που υπέχει ο ιατρός ως προς τον ασθενή ή κάποιο τρίτο πρόσωπο, επειδή του προξένησε ζημία κατά την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας. Δύο (2) είναι οι γενεσιουργοί λόγοι αστικής ιατρικής ευθύνης, πρώτον το ιατρικό σφάλμα και δεύτερον η παράβαση της υποχρέωσης του ιατρού να ενημερώνει τον ασθενή ως προς τη φύση, το σκοπό και τους κινδύνους των επιχειρούμενων ιατρικών πράξεων και η εξαιτίας της εν λόγω παράβασης επιχείρηση ιατρικών πράξεων χωρίς την συναίνεση του ασθενούς. Ζητήματα αστικής ιατρικής ευθύνης είναι δυνατόν να ανακύψουν ανεξάρτητα από το αν η εν λόγω σχέση εντάσσεται στο δημόσιο ή στο ιδιωτικό δίκαιο και στην τελευταία περίπτωση ανεξάρτητα αν έχει συναφθεί ή όχι σχετική σύμβαση μεταξύ ιατρού και ασθενούς (Φουντεδάκη, 2003).

9.3.2.1. Έννομες σχέσεις δημοσίου δικαίου

Το απλούστερο σχήμα σχέσης ιατρού - ασθενούς ιδρύεται με συμβάσεις ιδιωτικού δικαίου και αναλύονται παρακάτω. Παρόλα αυτά είναι δυνατόν να παρασχεθούν ιατρικές υπηρεσίες σε ασθενή και από το Δημόσιο ή από άλλο φορέα που έχει τη νομική μορφή ΝΠΔΔ. Στις περιπτώσεις αυτές δημιουργείται έννομη σχέση δημοσίου δικαίου μεταξύ του ασθενούς και του φορέα παροχής ιατρικών υπηρεσιών (πχ νοσοκομείου, κλινικής ή ασφαλιστικού οργανισμού) και όχι μεταξύ του ασθενούς και του ιατρού που παρέχει τις υπηρεσίες του στο Δημόσιο ή στο ΝΠΔΔ στο οποίο έχει απευθυνθεί ο ασθενής. Κατ' επέκταση η ευθύνη για αποζημίωση βαρύνει το Δημόσιο ή το ΝΠΔΔ και υπάγεται στα διοικητικά δικαστήρια. Το Δημόσιο ή το ΝΠΔΔ στη συνέχεια έχει δικαίωμα να στραφεί αναγωγικά (άρθρο 38 § 1 σε συνδυασμό με άρθρο 2 Ν.3528/2007) κατά του ιατρού – υπαλλήλου του και να αξιώσει από αυτόν το ποσό της αποζημίωσης που κατέβαλε στο πρόσωπο που αποζημιώθηκε (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014).

Σε βάρος του Δημοσίου ή του ΝΠΔΔ γεννάται γνήσια αντικειμενική ευθύνη² προς αποζημίωση όταν λαμβάνουν χώρα παράνομες ενέργειες ή παραλείψεις οφειλόμενων ενεργειών, οργάνων του οι οποίες είναι συνυφασμένες με την οργάνωση και τη λειτουργία των δημοσίων υπηρεσιών ή των υπηρεσιών που προσφέρονται από ΝΠΔΔ. Πιο αναλυτικά ζήτημα αστικής ευθύνης του Κράτους γεννάται όταν ο νοσηλευόμενος σε δημόσιο νοσοκομείο έχει υποστεί ζημία είτε εξαιτίας πράξεων ή παραλείψεων του ιατρικού ή νοσηλευτικού προσωπικού οπότε γίνεται λόγος για ιατρικό σφάλμα, είτε λόγω δυσλειτουργιών και πλημμελούς οργάνωσης των υπηρεσιών του νοσοκομείου (πχ πλημμελής αποστείρωση χειρουργικών εργαλείων, η μη συντήρηση ηλεκτρολογικού εξοπλισμού, η μη εκπαίδευση του προσωπικού στην

² Σε αντιδιαστολή με τις έννομες σχέσεις ιδιωτικού δικαίου όπου για την στοιχειοθέτηση ευθύνης απαιτείται υπαιτιότητα (ύπαρξη δόλου ή αμέλειας) του ιατρού, στις έννομες σχέσεις του δημοσίου δικαίου αρκεί μόνο η επέλευση της ζημίας για τη γέννηση του δικαιώματος του ενδιαφερομένου και της αντίστοιχης υποχρέωσης του Δημοσίου για αποζημίωση.

ορθή χρήση ιατρικών μηχανημάτων) το οποίο εντάσσεται στην ευρεία έννοια του κρατικού μηχανισμού. Εφόσον αποδειχθεί λοιπόν ότι υπάρχει αιτιώδης συνάφεια μεταξύ της παράνομης πράξης ή παράλειψης του ιατρού ή της πλημμελούς οργάνωσης των υπηρεσιών του νοσοκομείου από τη μια μεριά και της ζημίας από την άλλη, το νοσοκομείο οφείλει να αποκαταστήσει την περιουσιακή ζημία καθώς και την ενδεχόμενη ηθική βλάβη που έχει υποστεί ο ασθενής ή οι συγγενείς του (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014).

Τέλος, είναι χρήσιμο να αναφερθεί ότι οι αξιώσεις των ζημιωθέντων κατά του δημοσίου νοσοκομείου παραγράφονται εντός 5ετίας από το τέλος οικονομικού έτους εντός του οποίου γεννήθηκε η σχετική αξίωση (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014).

9.3.2.2. Έννομες σχέσεις ιδιωτικού δικαίου

Παροχή ιατρικών υπηρεσιών από ιδιωτικό φορέα

Ιατρικές υπηρεσίες προσφέρονται όχι μόνο από ιατρούς που συνδέονται οργανικά με τον δημόσιο τομέα αλλά και από ιατρούς που απασχολούνται σε ιδιωτικό φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας, πχ ιδιωτική κλινική. Στην συγκεκριμένη περίπτωση η ευθύνη για την αποκατάσταση της ζημίας που προκαλείται από πράξεις ή παραλείψεις του ιατρού βαραίνει αρχικά τον ιδιωτικό φορέα με βάση τα άρθρα 334 ή 922 του ΑΚ. Πρόκειται για γνήσια αντικειμενική ευθύνη που θεμελιώνεται στο άρθρο 334 ΑΚ όταν υπάρχει ενοχική σχέση μεταξύ του ιδιωτικού φορέα και του ζημιωθέντος, ενώ στο άρθρο 922 ΑΚ ανεξάρτητα από την ύπαρξη οποιασδήποτε σχέσης μεταξύ ιδιωτικού φορέα (προστίσαντος) και τρίτου – ζημιωθέντος (Καλαμπούκα - Γιαννοπούλου, 2011).

Τα άρθρα 334 και 922 του ΑΚ μπορεί να εφαρμόζονται όχι μόνο στις περιπτώσεις όπου υπάρχει εξαρτημένη σχέση μεταξύ ιατρού και ιδιωτικού φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας αλλά και στις περιπτώσεις εκείνες όπου η παραπάνω σχέση έχει τη μορφή της ελεύθερης συνεργασίας. Στην περίπτωση αυτή ο ιατρός επιμελείται τη νοσηλεία (συνήθως διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ή τοκετού) στην ιδιωτική κλινική όπου διαθέτει επιστημονική και άλλη υποδομή (εγκαταστάσεις, μηχανήματα εξοπλισμό κλπ) καθώς και άλλο ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό. Οι προαναφερθείσες υποδομές και το λοιπό ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό τίθεται στην διάθεση του ιατρού έναντι αμοιβής η οποία προέρχεται απευθείας από τον πελάτη – ασθενή και είναι ανεξάρτητη από την αμοιβή που καταβάλει ο ασθενής απευθείας στον ιατρό για την παροχή των υπηρεσιών του. Η εν λόγω μορφή ανεξάρτητων υπηρεσιών είναι πολύ συνηθισμένη στην πράξη και αποσκοπεί όχι μόνο στην εξυπηρέτηση του ιατρού ο οποίος χρησιμοποιεί κερδοφόρα τις υπηρεσίες του ιδιωτικού φορέα αλλά και του ίδιου του ιδιωτικού φορέα που με την συνδρομή των συνεργαζόμενων ιατρών εξασφαλίζει πελατεία και αποκομίζει κέρδη (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014).

Ενώ στις περιπτώσεις όπου οι ιατρικές υπηρεσίες παρέχονται από το Δημόσιο ή από ΝΠΔΔ ευθύνη αποζημίωσης έναντι του ζημιωθέντος ασθενούς έχει μόνο το Δημόσιο ή το ΝΠΔΔ όπως αναφέρθηκε και στην προηγούμενη ενότητα, η κατάσταση αλλάζει

όταν οι άνω υπηρεσίες παρέχονται από ιδιωτικό φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας και υπό την προϋπόθεση ότι η ζημιογόνος πράξη περιέχει στοιχεία αδικοπραξίας, υποχρέωση αποζημίωσης έχει τόσο ο ιδιωτικός φορέας όσο και ο ιατρός. Εξάλλου όταν υπάρχει ενοχική σχέση μεταξύ ιδιωτικού φορέα παροχής υπηρεσιών και ασθενούς, η αντικειμενική ευθύνη του πρώτου για αποζημίωση του δεύτερου θεμελιώνεται στο άρθρο 334 του ΑΚ, στην συνέχεια μπορεί ο ιδιωτικός φορέας να στραφεί κατά του ιατρού και με βάση την μεταξύ τους υπάρχουσα σχέση να αξιώσει ότι κατέβαλε στον ζημιωθέντα ασθενή. Σε περίπτωση που δεν υφίστανται ενοχική σχέση μεταξύ ιδιωτικού φορέα και ασθενούς η αντικειμενική ευθύνη του πρώτου για αποζημίωση του δεύτερου θεμελιώνεται στο άρθρο 922 του ΑΚ και στην συνέχεια ο ιδιωτικός φορέας έχει δικαίωμα να αξιώσει ότι κατέβαλε στον ασθενή από τον ιατρό σύμφωνα με το άρθρο 927 του ΑΚ (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014).

Παροχή ιατρικών υπηρεσιών από ιδιώτη ιατρό

Στις περιπτώσεις όπου οι ιατρικές υπηρεσίες παρέχονται απευθείας από ιδιώτη ιατρό προς τον ασθενή χωρίς παρεμβολή ενδιάμεσου φορέα, τότε η αστική ιατρική ευθύνη μπορεί να είναι ενδοσυμβατική ή αδικοπρακτική. Στην πρώτη περίπτωση η ευθύνη του ιατρού γεννάται κατόπιν παράβασης από τον ίδιο των υποχρεώσεών του οι οποίες απορρέουν από την σύμβαση που τον συνδέει με τον ασθενή. Στην δεύτερη περίπτωση γενεσιουργό λόγο ευθύνης αποτελεί η τέλεση αδικοπραξίας (Baumgartel, 1993).

Ενδοσυμβατική ιατρική ευθύνη

Μεταξύ ιατρού και ασθενούς συνάπτεται μια σύμβαση ιδιωτικού δικαίου, η σύμβαση ιατρικής αγωγής. Ως *σύμβαση ιατρικής αγωγής* μπορεί να οριστεί η ενοχική σύμβαση με την οποία ο ιατρός υπόσχεται την διενέργεια ιατρικών πράξεων οποιασδήποτε μορφής σε ορισμένο πρόσωπο ή σε σχέση μ' αυτό και το τελευταίο υπόσχεται να καταβάλει στον ιατρό τη συμφωνημένη αμοιβή (Μπέης et al., 1999). Η παραπάνω σύμβαση διέπεται από την Αρχή της Ελευθερίας των Συμβάσεων (άρθρο 361 Α.Κ.). Κατά συνέπεια ο ασθενής είναι ελεύθερος να αποφασίσει αν θα συνάψει ή όχι τη σύμβαση και ποιος θα είναι ο αντισυμβαλλόμενος ιατρός τον οποίο θα εμπιστευτεί για την αντιμετώπιση του προβλήματός του. Το ίδιο ισχύει και για τον ιατρό, με τον κίνδυνο όμως να κριθεί καταχρηστική η άρνησή του να καταρτίσει ιατρική σύμβαση με κάποιον ασθενή ιδίως σε επείγοντα περιστατικά³. Επιπλέον για την κατάρτιση της

³ Βλ. άρθρο 25 Α.Ν. 1565/1939: «Πας ιατρός οφείλει να παρέχει κατά πάσαν ώραν της ημέρας ή της νυκτός την πρώτην ιατρικήν βοήθεια επί αφινιδίων κλπ επικίνδυνων ή σοβαρών ασθενειών και ατυχημάτων, χωρίς να εξαρτά την παροχήν της συνδρομής ταύτης εκ της άμεσου πληρωμής. Της υποχρεώσεως ταύτης απαλλάσσεται ο ιατρός όταν υπάρχωσι λόγοι δικαιολογούντες αυτόν ή όταν η βοήθεια δύναται να παρασχεθεί υπό άλλου προχειρότερου ιατρού». Βλ. επίσης άρθρο 13 Β.Δ. 25.5/6.7.1955 «περί Κανονισμού Ιατρικής Δεοντολογίας», σύμφωνα με το οποίο «κάθε ιατρός δύναται να αρνηθεί υπηρεσία προς ασθενή, πλην περιπτώσεων επείγουσας ανάγκης, ανειλημμένων υποχρεώσεων, παραγγελίας των αρχών και της περιπτώσεως κατά την οποία ο ιατρός θα διέτρεχε κίνδυνο να θεωρηθεί ότι παραβαίνει την εκτέλεση ανθρωπιστικού καθήκοντος». Τέλος βλ. άρθρο 9 Ν. 3418/2005 (νέος Κ.Ι.Δ.), § 1. Ο ιατρός δίνει προτεραιότητα στην προστασία της υγείας του ασθενούς, § 2. Ο ιατρός δεν μπορεί να αρνείται την προσφορά των υπηρεσιών του για λόγους άσχετους προς την επιστημονική του επάρκεια, εκτός εάν συντρέχει ειδικός λόγος, που να καθιστά αντικειμενικά αδύνατη την προσφορά των υπηρεσιών του, § 3. Ο ιατρός οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του για την

ανωτέρας σύμβασης ισχύει η Αρχή της Ιδιωτικής Αυτονομίας. Επομένως ο ασθενής μπορεί να επιλέξει ελεύθερα τον ιατρό ενώ ο ιατρός με εξαίρεση την παροχή βοήθειας σε επείγουσες περιπτώσεις, μπορεί να αρνηθεί να αναλάβει τη θεραπεία, όταν πιστεύει ότι δεν υφίσταται μεταξύ αυτού και του ασθενούς η απαραίτητη σχέση εμπιστοσύνης (Baumgartel, 1993).

Από τη σύμβαση παροχής ιατρικών υπηρεσιών απορρέουν υποχρεώσεις και δικαιώματα τόσο για τον ιατρό όσο και για τον ασθενή. Ειδικότερα στην υποχρέωση του ασθενούς για καταβολή αμοιβής αντιστοιχεί σειρά υποχρεώσεων του ιατρού. Κύρια συμβατική υποχρέωση του ιατρού αποτελεί η παροχή στον ασθενή, ιατρικής φροντίδας. Η έννοια της *ιατρικής φροντίδας*, περιλαμβάνει μια ή περισσότερες ιατρικές πράξεις οι οποίες αποσκοπούν στην προαγωγή της υγείας του ασθενούς. Τέτοιες πράξεις μπορεί να είναι πχ η εξέταση του ασθενούς, η διάγνωση της κατάστασής του, η διεξαγωγή θεραπευτικής αγωγής ή χειρουργικής επέμβασης καθώς και η παρακολούθηση του ασθενούς μετά την εφαρμογή της θεραπευτικής μεθόδου.

Όπως προκύπτει από το άρθρο 24 του Ν.1565/1939 (Κώδικας Ασκήσεως του Ιατρικού Επαγγέλματος), αλλά και από τα άρθρα 2 και 3 του Κ.Ι.Δ., στο πλαίσιο της προαναφερθείσας υποχρέωσης του ιατρού για παροχή ιατρικής φροντίδας στον ασθενή, ο ιατρός δεν αρκεί να ενεργεί μόνο όπως απαιτούν οι Αρχές της Καλής Πίστης και των Συναλλακτικών Ηθών (άρθρο 288 ΑΚ), ούτε να επιδεικνύει τη συνήθη επιμέλεια (άρθρο 330 ΑΚ), αλλά βαρύνεται με καθήκον αυξημένης επιμέλειας. Κριτήριο μάλιστα για την ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών αποτελεί το κατά πόσο ο ιατρός συμπεριφέρεται σύμφωνα με το επαγγελματικό «standard» του κλάδου στον οποίο ανήκει, το οποίο καθορίζεται από τα σύγχρονα δεδομένα της ιατρικής επιστήμης, από τους κανόνες που υπαγορεύονται από την επαγγελματική εμπειρία (*lege artis*), από τις αντικειμενικές περιστάσεις και από το συμφέρον του ασθενούς. Αξίζει να αναφερθεί σε αυτό το σημείο ότι, σχετικά με την υποχρέωση παροχής ιατρική φροντίδας ο ιατρός δεν βαρύνεται με υποχρέωση επίτευξης θετικού αποτελέσματος, αλλά με εξάντληση των μέσων που θεωρούνται κατάλληλα επιστημονικά για την θεραπεία του ασθενούς. Πράγματι ο ιατρός λόγω της ιδιάζουσας φύσης του επαγγέλματός του, δεν είναι σε θέση να εγγυηθεί την επιτυχία της θεραπευτικής μεθόδου ή της εγχείρησης που θα πραγματοποιήσει και γενικότερα δεν είναι σε θέση να εγγυηθεί τα αποτελέσματα οποιασδήποτε ιατρικής πράξης. Με βάση αυτό το σκεπτικό καταλήγουμε ότι το αντικείμενο της σύμβασης ιατρικής αγωγής είναι η υποχρέωση παροχής υπηρεσιών υγείας και όχι η υποχρέωση επίτευξης ορισμένου αποτελέσματος. Και αυτό είναι εύλογο, καθώς η οποιαδήποτε ιατρική πράξη πάνω στο ανθρώπινο σώμα δεν είναι δυνατόν να ελεγχθεί και μπορεί να επηρεαστεί από πολλούς αστάθμητους παράγοντες, τους οποίους ο ιατρός δεν

αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών ανεξάρτητα από την ειδικότητά του (...), § 5. Ο ιατρός οφείλει, σε κάθε περίπτωση επέλευσης έκτακτης ανάγκης ή μαζικής καταστροφής, ανεξαρτήτως της ένταξης του σε σχέδιο αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών, να προσφέρει τις ιατρικές υπηρεσίες του έστω και χωρίς αμοιβή ή αποζημίωση».

μπορούσε να προβλέψει και να αποτρέψει ακόμα και με την καταβολή ύψιστης επιμέλειας.

Σε ορισμένες μόνο περιπτώσεις ο ιατρός αναλαμβάνει την ευθύνη να επιτύχει συγκεκριμένο αποτέλεσμα. Τέτοιες περιπτώσεις είναι οι εργαστηριακές εξετάσεις τις οποίες ο ιατρός οφείλει όχι μόνο να διενεργήσει σωστά αλλά και να εγγυηθεί την ορθότητα των αποτελεσμάτων τους (εφόσον τα σύγχρονα ιατρικά μηχανήματα του εξασφαλίζουν αυτή τη δυνατότητα) καθώς και η περίπτωση στην οποία η ιατρική πράξη συνίσταται στη χρήση τεχνολογικού εξοπλισμού, οπότε ο ιατρός ευθύνεται εάν δεν επιτύχει το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα εξαιτίας της ακατάλληλης χρήσης του μηχανήματος ή της μη συντήρησής του. Στην βιβλιογραφία έχει υποστηριχθεί επίσης ότι και ο πλαστικός χειρουργός, κατά την σύναψη της σύμβασης, εγγυάται επίτευξη συγκεκριμένου αισθητικού αποτελέσματος.

Πέρα από την παροχή ιατρικής φροντίδας, ο ιατρός βαρύνεται και με άλλες σημαντικές συμβατικές υποχρεώσεις που δεν εντάσσονται στο πλαίσιο της ιατρικής φροντίδας. Η κυριότερη από τις πιο πάνω υποχρεώσεις είναι η πλήρης ενημέρωση του ασθενούς και η εξασφάλιση της ενημερωμένης συναίνεσης του ασθενούς. Επιπλέον η τήρηση του ιατρικού απορρήτου η οποία αν και προβλέπεται στο νόμο δεν αποκλείεται να συνιστά και υποχρέωση που θεμελιώνεται στην σύμβαση ιατρικής αγωγής. Η υποχρέωση τήρησης του ιατρικού απορρήτου βαρύνει τον ιατρό ακόμα και μετά τον θάνατο του ασθενούς ενώ η παράβασή της συνιστά ποινικό αδίκημα (άρθρο 371 Π.Κ.). Πάντως δεν πρέπει να παρακαμφθεί η ρύθμιση του άρθρου 13 § 3 Ν. 3418/2005 του Κ.Ι.Δ. όπου παρουσιάζονται περιπτώσεις στο πλαίσιο των οποίων δικαιολογείται η άρση του ιατρικού απορρήτου⁴. Τέλος μεταξύ των συμβατικών υποχρεώσεων του ιατρού μπορούν να αναφερθούν οι υποχρεώσεις τήρησης και διαφύλαξης του ιατρικού φακέλου του ασθενούς, η υποχρέωση εξασφάλισης της πρόσβασης του ασθενούς σε στοιχεία του ιατρικού φακέλου, η υποχρέωση χορήγησης ιατρικών βεβαιώσεων και πιστοποιητικών και η υποχρέωση του ιατρού για αυτοπρόσωπη εκτέλεση της σύμβασης ιατρικής αγωγής.

Ως προς τη νομική φύση της, στη θεωρία έχουν υποστηριχθεί διάφορες απόψεις με κύριες κατευθύνσεις το χαρακτηρισμό της ως σύμβασης παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών, σύμβασης έργου ή σύμβασης εργασίας (Νίκας, 2003). Ο επικρατέστερος όρος είναι η σύμβαση παροχής ανεξάρτητων ιατρικών υπηρεσιών και αυτό στο μέτρο όπου δεν αναλαμβάνεται από τον ιατρό υποχρέωση επίτευξης συγκεκριμένου αποτελέσματος όπως συμβαίνει στην σύμβαση έργου, αλλά ανάληψη υποχρέωσης

⁴ Σύμφωνα με το άρθρο 13 §3 Ν. 3418/2005 του Κ.Ι.Δ., «Η άρση του ιατρικού απορρήτου επιτρέπεται όταν: i) ο ιατρός αποβλέπει στην εκπλήρωση νομικού καθήκοντος. Νομικό καθήκον συντρέχει, όταν η αποκάλυψη επιβάλλεται από ειδικό νόμο, όπως στις περιπτώσεις γέννησης, θανάτου, μολυσματικών νόσων κ.α. ή από γενικό νόμο, όπως στην υποχρέωση έγκαιρης αναγγελίας στην αρχή, όταν ο ιατρός μαθαίνει με τρόπο αξιόπιστο ότι μελετάται κακούρηγμα ή ότι άρχισε ήδη η εκτέλεση του και μάλιστα σε χρόνο τέτοιο ώστε να μπορεί ακόμα να προληφθεί η τέλεση ή το αποτέλεσμά του. ii) Ο ιατρός αποβλέπει στη διαφύλαξη έννομου ή άλλου δικαιολογημένου, ουσιώδους δημόσιου συμφέροντος ή συμφέροντος του ίδιου του ιατρού ή κάποιου άλλου, το οποίο δεν μπορεί να διαφυλαχθεί διαφορετικά. iii) :Όταν συντρέχει κατάσταση ανάγκης ή άμυνας».

παροχής συγκεκριμένων υπηρεσιών τηρώντας τις αρχές και τους κανόνες που διέπουν την άσκηση του επαγγέλματός του.

Αμφισβητείται αν ο χαρακτηρισμός της σύμβασης ιατρικής αγωγής ως σύμβασης παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών και όχι ως σύμβαση έργου αρμόζει και στις περιπτώσεις που οι επιχειρούμενες ιατρικές πράξεις δεν έχουν κατά βάση θεραπευτικό σκοπό αλλά αποβλέπουν στην επίτευξη συγκεκριμένου αποτελέσματος όπως οι αισθητικές επεμβάσεις, οι επεμβάσεις που στοχεύουν σε τεχνητή διακοπή της κύησης, σε στείρωση, σε αλλαγή φύλου ή σε εξωσωματική γονιμοποίηση καθώς και για ορθοδοντικές επεμβάσεις (Baumgartel, 1993).

Αδικοπρακτική ιατρική ευθύνη

Οι διατάξεις της συμβατικής ευθύνης βρίσκουν εφαρμογή επειδή μεταξύ ιατρού και ασθενούς συνάπτεται ρητά, σιωπηρά ή de facto, σύμβαση αστικής φύσης, η σύμβαση ιατρικής αγωγής. Οι κανόνες της αδικοπρακτικής ευθύνης βρίσκουν εφαρμογή, διότι ανεξάρτητα από την ύπαρξη συμβατικού δεσμού η ιατρική πράξη θίγει έννομα αγαθά του ασθενούς, τα οποία γενικότερα προστατεύονται από την έννομη τάξη. Ενώ στην περίπτωση της συμβατικής αστικής ιατρικής ευθύνης η υποχρέωση του ιατρού για αποζημίωση είναι έμμεση, στην αδικοπρακτική ευθύνη πηγάζει απευθείας από τον νόμο (αρ. 914, ΑΚ «ο παρά τον νόμον ζημιώσας άλλον υπαιτίως, υποχρεούται εις αποζημίωσιν»). Η ευθύνη του ιατρού για αδικοπραξία προϋποθέτει ένα σφάλμα του κατά την αντιμετώπιση της κατάστασης στην οποία καλείται να επέμβει. Πρόκειται για το ιατρικό σφάλμα το οποίο προκαλεί αιτιώδη ζημία στον ασθενή, επειδή επιδρά αρνητικά στη ζωή, στην υγεία, στη σωματική ακεραιότητα και γενικότερα στην προσωπικότητα του ασθενούς (Baumgartel, 1993).

Ο διαχωρισμός και η εξακρίβωση του είδους της ευθύνης που υπέχει ο ιατρός έναντι του ασθενούς είναι ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας για την εξέλιξη μιας ιατρικής δίκης. Από τη μια πλευρά, η παραγραφή στην ενδοσυμβατική από την αδικοπρακτική ευθύνη διαφέρει. Έτσι, στην ευθύνη από τη σύμβαση ιατρικής αγωγής, η παραγραφή είναι 20ετής (ΑΚ 249), ενώ αντίστοιχα στην αδικοπραξία η παραγραφή είναι 5ετής, από τότε που ο ασθενής έλαβε γνώση της ζημίας (ΑΚ 937). Επιπλέον, σημαντικές είναι οι επιπτώσεις του παραπάνω διαχωρισμού και όσον αφορά το βάρος απόδειξης. Ειδικότερα στην ενδοσυμβατική ευθύνη ο ιατρός θα πρέπει να αποδείξει ότι δεν είχε υπαιτιότητα (δόλο ή αμέλεια) αν θέλει να απαλλαγεί, ενώ στην αδικοπρακτική ευθύνη το βάρος απόδειξης όλων των πραγματικών περιστατικών που στοιχειοθετούν την κατηγορία φέρει ο ασθενής. Τέλος, εάν ο ασθενής επικαλεσθεί συμβατική ευθύνη του ιατρού θα πρέπει να αρκестεί στην αποκατάσταση της περιουσιακής του μόνο ζημίας και δεν θα μπορέσει να αξιώσει και αποζημίωση για ηθική βλάβη, ενώ εφόσον τελικά επιλέξει τη λύση της αδικοπραξίας τότε θα μπορέσει να ικανοποιήσει και την αξίωση για ηθική βλάβη (Φουντεδάκη, 2003).

Η υποχρέωση αποζημίωσης του ατόμου που θίχτηκε παρανόμως βαρύνει τόσο τα φυσικά όσο και τα νομικά πρόσωπα, κατ' εξοχήν δε το νομικό πρόσωπο του Κράτους και τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (ΝΠΔΔ) όπως είναι τα νοσοκομεία. Ο όρος «αστική ευθύνη του Κράτους και των ΝΠΔΔ» νοείται η ευθύνη των

προαναφερόμενων φορέων δημόσιας εξουσίας να αποζημιώνουν τρίτα πρόσωπα, τα οποία εθίγησαν ηθικώς ή υλικώς από παράνομη συμπεριφορά των οργάνων τους κατά την άσκηση ή επ' ευκαιρία της άσκησης των καθηκόντων τους (Εισαγωγικός Νόμος ΑΚ άρθ. 105, 106, Σύνταγμα άρθ. 4 §1,5) (Φουντεδάκη, 2003).

Πράγματι, η αστική ευθύνη αποτελεί μηχανισμό διορθωτικής δικαιοσύνης, ο οποίος έχει ως σκοπό την αποκατάσταση και εν τέλει την διαφύλαξη της νομιμότητας και της ισότητας μεταξύ των υποκειμένων της έννομης τάξης και κατ' επέκταση της Αρχής του Κράτους Δικαίου. Ως τέτοια καταλαμβάνει εξίσου τους ιδιώτες και το Δημόσιο. Για τις έννομες σχέσεις που διέπονται από τις διατάξεις του ιδιωτικού δικαίου απαιτείται υπαιτιότητα (δόλος ή αμέλεια) για την στοιχειοθέτηση της ευθύνης για τις αντίστοιχες του δημοσίου δικαίου δεν απαιτείται κάτι τέτοιο. Η ευθύνη του Δημοσίου είναι αντικειμενική. Δηλαδή αρκεί να συμβεί η βλάβη για να στοιχειοθετηθεί το δικαίωμα του ενδιαφερομένου και η υποχρέωση του Δημοσίου για αποζημίωση (Φουντεδάκη, 2003).

Όπως είναι γνωστό τα νοσοκομεία του ΕΣΥ έχουν οργανωθεί από τον νομοθέτη ως ΝΠΔΔ. Αυτό σημαίνει ότι οι νομικές προϋποθέσεις για ευθύνη του δημόσιου νοσοκομείου ταυτίζονται με τις αντίστοιχες του Κράτους. Σε κάθε περίπτωση όμως πρόκειται για αδικοπρακτική ευθύνη δεδομένου ότι μεταξύ του ασθενούς και του εν λόγω δημόσιου φορέα δεν καταρτίζεται σύμβαση όπως συμβαίνει στο ιδιωτικό Δίκαιο με τον ιδιώτη ιατρό ή το ιδιωτικό νοσοκομείο (Φουντεδάκη, 2003).

Για να στοιχειοθετηθεί η αδικοπρακτική ευθύνη του δημόσιου νοσοκομείου πρέπει να συντρέχουν οι ακόλουθες προϋποθέσεις (Φουντεδάκη, 2003):

- Οποιαδήποτε πράξη, παράλειψη, υλική ενέργεια ή παράλειψη υλικής ενέργειας (πχ ο μη έλεγχος μεταγγιζόμενου αίματος για τον ιό του AIDS, η παράλειψη εξέτασης ασθενούς ή η πλημμελής εξέτασή του και εν γένει η διενέργεια πλημμελών ιατρικών πράξεων) οργάνου του νοσοκομείου (ιατρό, νοσηλεύτη, διοικητικό προσωπικό) μπορεί να στοιχειοθετήσει ευθύνη αρκεί να συντρέχουν και οι υπόλοιπες προϋποθέσεις που τάσσει ο νόμος. Η σχέση που συνδέει τον απασχολούμενο με το νοσοκομείο δεν ασκεί επιρροή στην στοιχειοθέτηση της ευθύνης δηλαδή το όργανο του νοσοκομείου μπορεί να συνδέεται με αυτό είτε με σχέση δημοσίου είτε με σχέση ιδιωτικού δικαίου (όργανο με ευρεία έννοια).
- Απαιτείται όμως το συγκεκριμένο όργανο να ενέργησε στο πλαίσιο των καθηκόντων του, έστω και κατά παράβαση των υπηρεσιακών οδηγιών που είχε λάβει.
- Η συγκεκριμένη ενέργεια πρέπει να είναι *παράνομη* θίγοντας συγκεκριμένα ιδιωτικά αγαθά όπως είναι η υγεία ή άλλα στοιχεία της προσωπικότητας (πχ η εμφάνιση). Σύμφωνα με την θεωρία το παράνομο της ιατρικής συμπεριφοράς μπορεί να συνίσταται:
 - ✓ Στην εσφαλμένη διάγνωση της ασθένειας, είτε με την μορφή της μη διενέργειας των αναγκαίων και ενδεδειγμένων εξετάσεων και ελέγχων είτε με την μορφή της λανθασμένης εκτίμησης τους.

- ✓ Στην εσφαλμένη επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου.
- ✓ Στην πλημμελή εκτέλεση της ιατρικής πράξης.
- ✓ Στη μη ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς.
- ✓ Στην πλημμελή τήρηση του ιατρικού αρχείου από το οποίο ο ασθενής ή ο θεράπων ιατρός του θα μπορούσε να εξασφαλίσει ακριβείς και πολύτιμες για την υγεία του πρώτου πληροφορίες.

Ο παράνομος χαρακτήρας μια ενέργειας μπορεί να στηριχθεί είτε α) στην περίπτωση του ιατρικού σφάλματος είτε β) στην πλημμελή οργάνωση του νοσοκομείου ως δημόσιας υπηρεσίας. Πιο αναλυτικά, «το παράνομο» όσον αφορά το ιατρικό σφάλμα αναφέρεται σε πράξεις ή παραλείψεις που συνιστούν πλημμελή τήρηση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης (state of art) εκ μέρους του ιατρού και θεμελιώνεται στον Εισαγωγικό Νόμο του Αστικού Κώδικα στα άρθρα 105 και 106 καθώς και σε ειδικότερες διατάξεις στις οποίες εξειδικεύεται ως εξής (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014, Φουντεδάκη, 2003):

- Αθέτηση θεσμοθετημένης (ρητώς ρυθμισμένης) υποχρέωσης όπως (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014):
 - ✓ της υποχρέωσης παρουσίας του ιατρού κατά την εφημερία σε συνδυασμό με την παράλειψη μετάβασης στο νοσοκομείο για την εξέταση περιστατικού που κατέληξε σε θάνατο (ΣτΕ 2539/2008).
 - ✓ Ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς όταν αυτή είναι δυνατή. Η εν λόγω υποχρέωση στοιχειοθετείται από τα άρθρα 5 - 10 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και τη Βιοϊατρική (Σύμβαση του Οβιέδο, κυρωμένη με τον Ν2619/1998, 47 παρ. 3 & 4 του Ν 2071/1992 και 11 παρ. 1 και 12 του Ν. 3418/2005). Οι διατάξεις αυτές διαμορφώνουν το δικαίωμα πλήρους, ενδεδειγμένου και ακριβούς ενημέρωσης του ασθενούς τόσο ως προς την κατάσταση του όσο και ως προς την προτεινόμενη ιατρική αγωγή.
 - ✓ Η συνεχής παρουσία του αναισθησιολόγου καθώς ο ασθενής υποβάλλεται σε αναισθησία κατά το άρθρο 6 παρ. 2 της απόφασης του Υπουργείου Υγείας 49/3592/1996.
 - ✓ Η απαγόρευση κατά το άρθρο 32 παρ. 2 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν 3418/2005) παροχής ιατρικών υπηρεσιών σε περίπτωση μεταμόσχευσης ιστών ή οργάνων με ανταλλαγή.
 - ✓ Η καθιέρωση ορισμένης συμπεριφοράς ή η τήρηση συγκεκριμένης πρακτικής με διοικητική εγκύκλιο πχ ο προληπτικός έλεγχος του μεταγγιζόμενου αίματος για αποφυγή μόλυνσης με τον ιό του AIDS (ΣτΕ 2463/1998, ΕΔΔΔ 2000, σ. 617 επ. ΣτΕ 1471/2008).
- Έλλειψη της απαιτούμενης προσοχής κατά την άσκηση των ιατρικών και νοσηλευτικών καθηκόντων (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014):
 - ✓ Δεν στοιχειοθετείται ευθύνη αν ο ιατρός επέδειξε την απαιτούμενη προσοχή και επιμέλεια κι ενήργησε de lege artis (ΔΕφΑΘ 3826/1999,

88/2007, Νομολογία Διοικητικού Εφετείου Αθηνών 2000-2007 εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2008, σ. 543-544, ΔΕφΠειρ 864/2004, ΔΠρΑθ 6431/2005). Επίσης δεν στοιχειοθετείται ευθύνη εάν ο ιατρός ενήργησε όπως θα ενεργούσε κάτω από τις ίδιες συνθήκες και ο μέσος συνετός ιατρός (ΔΠρΑθ 3751/2005, ΝοΒ 2006, 1165).

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι ο νομοθέτης πολύ εύστοχα συνδέει το δίκαιο, την άσκηση της ιατρικής επιστήμης και την επαγγελματική δεοντολογία.

- ➔ Εξίσου μπορεί να θεμελιώσει ευθύνη είτε του νοσοκομείου είτε του Δημοσίου η κακή οργάνωση των υπηρεσιών τους.

Η παράνομη συμπεριφορά θα πρέπει να προκαλέσει ζημία στον ασθενή. Πιο αναλυτικά η παράνομη πράξη θα πρέπει να βρίσκεται σε αιτιώδη συνάφεια με την βλάβη και ο αιτιώδης αυτός σύνδεσμος να είναι πρόσφορος. Αυτό σημαίνει ότι υπό συνθήκες προϋποθέσεις μια τέτοια πράξη, παράλειψη ή ενέργεια, μπορεί να φέρει την προκληθείσα βλάβη, η οποία δεν οφείλεται σε εξαιρετικές ιδιότητες ή σε συνθήκες τυχηρού (*casus fortuitous*) ή ανωτέρας βίας. Τα *τυχηρά* είναι γεγονότα που δεν οφείλονται σε υπαιτιότητα (δόλο ή αμέλεια) του ιατρού. Με άλλα λόγια, πρόκειται για γεγονότα που δεν προβλέφθηκαν ούτε θα μπορούσαν να προβλεφθούν από τον μέσο συνετό ιατρό. Τα τυχηρά διακρίνονται σε τυχηρά ευρείας και στενής έννοιας. Στα *τυχηρά ευρείας* έννοιας, συμπεριλαμβάνεται και η ανωτέρα βία η οποία αναφέρεται σε γεγονότα που είναι από την φύση τους αναπότρεπτα όπως πχ καιρικά φαινόμενα, σεισμός κλπ. Τα *τυχηρά υπό στενή έννοια*, τοποθετούνται στην κλίμακα ανάμεσα στην αμέλεια και την ανωτέρα βία. Παράνομες συμπεριφορές που οδήγησαν σε ζημία για τον ασθενή είναι πχ η χειρουργική επέμβαση η οποία έγινε εξαιτίας εσφαλμένης διάγνωσης και η οποία προκάλεσε βλάβη στην υγεία του ασθενούς που υποχρεώθηκε να νοσηλευτεί σε ιδιωτικό θεραπευτήριο (ΔΕφΑΘ 1154/2000).

Με την σχετική δικαστική απόφαση που εκδίδεται επί της αγωγής αποζημίωσης αποκαθίσταται οποιαδήποτε περιουσιακή ζημία προκλήθηκε στον ασθενή είτε είναι θετική δηλαδή επιπλέον έξοδα νοσηλείας, είτε αποθετική δηλαδή διαφυγόντα κέρδη από την αδυναμία εργασίας λόγω του προβλήματος που προκλήθηκε. Και οι δύο μορφές βλάβης πρέπει να αποδειχθούν η μεν πρώτη με πλήρη τρόπο ενώ η δεύτερη αρκεί να πιθανολογηθεί. Επίσης μπορεί να δοθεί χρηματικό ποσό ως ικανοποίηση για την ψυχική ταλαιπωρία που προκλήθηκε στον ίδιο τον παθόντα, στα μέλη της άμεσης οικογένειας και πιθανότατα και της ευρύτερης. Πρόκειται για αποζημίωση ή καλύτερα για ικανοποίηση της ηθικής βλάβης, έναντι της οποίας τα ελληνικά δικαστήρια είναι ιδιαίτερος επιφυλακτικά (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014).

Η αποζημίωση επιδικάζεται μόνο από το αρμόδιο διοικητικό δικαστήριο (Διοικητικό Πρωτοδικείο, Διοικητικό Εφετείο, και Συμβούλιο της Επικρατείας). Σύμφωνα με την αρχή της επιχειρηματικής ευθύνης, υπεύθυνος για αποζημίωση για τις πράξεις των προσώπων που βρίσκονται σε αυτήν είναι η ίδια η επιχειρηματική μονάδα (κλινική ή νοσοκομείο) (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω έναντι του ασθενούς που υπέστη την παράνομη συμπεριφορά ευθύνεται μόνο το Δημόσιο ή το ΝΠΔΔ και όχι ο υπάλληλος (ΥΚ άρθ.38). Τούτο ισχύει και για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό οι οποίοι ως δημόσιοι λειτουργοί δεν ευθύνονται ευθέως έναντι του ασθενούς που υπέστη τη βλάβη αλλά το νοσηλευτικό ίδρυμα στο οποίο υπηρετούν (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014).

Εν κατακλείδι, η προσφυγή στα δικαστήρια και οι οικονομικές αποζημιώσεις δεν φαίνεται να επιλύουν το πρόβλημα καθώς τα λάθη και οι δυσμενείς συνέπειες αυτών συνεχίζουν να ταλανίζουν τους ασθενείς και τους ιατρούς (Vincent et al., 1993). Η πιο σημαντική πρακτική είναι η επικέντρωση στον περιορισμό της αμελής συμπεριφοράς με μοναδικό σκοπό την ευημερία του ασθενούς. Ο σκοπός αυτός μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από ένα εργασιακό κλίμα που στηρίζει κάθε προσπάθεια για την ασφάλεια του ασθενούς και αντιμετωπίζει τα λάθη ως εργαλεία για την βελτίωση του συστήματος και όχι για την προσωπική απόδοση ευθυνών (Orentlicher, 2000).

9.3.3. Πειθαρχική ιατρική ευθύνη

Η Πειθαρχική ευθύνη του ιατρού απορρέει από την παράβαση διατάξεων της ελληνικής νομοθεσίας οι οποίες αφορούν αποκλειστικά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Ο ιατρός διώκεται πειθαρχικά όταν (Φουντεδάκη, 2003):

- i. Η διαγωγή του είναι αναξιοπρεπής και ασυμβίβαστη με το ιατρικό λειτούργημα.
- ii. Υπάρχει παράβαση των ιατρικών καθηκόντων όπως αυτά προσδιορίζονται από τις προαναφερθείσες αλλά και άλλες πηγές.

Συνέπειες της παράβασης αυτής, είναι η επιβολή κυρώσεων πειθαρχικής φύσης (επίπληξη, χρηματικό πρόστιμο, προσωρινή παύση εξασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος από ένα (1) μήνα έως τρία (3) χρόνια) από τα αρμόδια πειθαρχικά όργανα είτε του επαγγελματικού συλλόγου στον οποίο ανήκει είτε του Δημοσίου ή ΝΠΔΔ στο οποίο παρέχει τις υπηρεσίες του (όπως το Πειθαρχικό Συμβούλιο του τοπικού Ιατρικού Συλλόγου, το Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο του Υπουργείου Υγείας και το Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο των Ιατρών). Η πειθαρχική ευθύνη μπορεί να συντρέχει με την ποινική ή και την αστική ευθύνη του ιατρού.

9.3.4. Ιατρική ευθύνη ως επαγγελματική ευθύνη – ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες

Η ιατρική ευθύνη εντάσσεται στον γενικότερο προβληματισμό της επαγγελματικής ευθύνης, που σημαίνει την ευθύνη του προσώπου που παραβαίνει τις υποχρεώσεις που διέπουν την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας. Κριτήριο για το βαθμό στον οποίο ο ιατρός ανταποκρίνεται στις επαγγελματικές του υποχρεώσεις αποτελεί ο μέσος εκπρόσωπος του επαγγελματικού, κοινωνικού και μορφωτικού κύκλου στον οποίο ανήκει (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014, Φουντεδάκη, 2003).

Στο μέτρο που η επαγγελματική ευθύνη ταυτίζεται με την ευθύνη από την παροχή υπηρεσιών, η ιατρική ευθύνη μπορεί να θεμελιωθεί στο άρθρο 8 του Ν. 2251/1994, όπως ισχύει μετά το Ν. 3587/2007 για την προστασία των καταναλωτών. Η τοποθέτηση αυτή τεκμηριώνεται ακολούθως (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014, Φουντεδάκη, 2003):

- Η πρόταση Οδηγίας της Επιτροπής της ΕΕ για την ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες, η οποία ενσωματώθηκε στο ελληνικό δίκαιο με το άρθρο 8 του Ν2251/1994 δεν εξαιρεί τον κλάδο των ιατρικών υπηρεσιών.
- Ο ιατρός πληρεί την προϋπόθεση για την ανεξάρτητη παροχή υπηρεσιών, καθώς δεν υπόκεινται σε υποδείξεις, εντολές ή οδηγίες του αποδεκτή των υπηρεσιών, ως προς το είδος, την ποιότητα, τη μορφή ούτε ως προς τον τρόπο διεξαγωγής τους, ανεξάρτητα από υφιστάμενη ή όχι σύμβαση μεταξύ του φορέα και του δέκτη των υπηρεσιών αλλά δρα αυτόνομα και ανεξάρτητα επιλέγοντας ο ίδιος τα μέσα για την εκτέλεση της υπηρεσίας του. Ειδικότερα όσον αφορά το ιατρικό επάγγελμα, υποστηρίζεται ότι ακόμη και όταν ο ιατρός παρέχει εξαρτημένη εργασία, και παρόλο που το πνεύμα της οδηγίας ήταν να εξαιρούνται όσοι παρέχουν εξαρτημένη εργασία, η παροχή ιατρικών υπηρεσιών υπάγεται στο άρθρο 8 του Ν. 2251/1994. Αυτό τεκμηριώνεται από το γεγονός ότι ακόμα και όταν ο ιατρός υπόκειται σε οδηγίες και εντολές του εργοδότη του για το ωράριο πχ ή προς τον τόπο και τις συνθήκες άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος παραμένει ανεξάρτητος ως προς την επιλογή των μέσων για την εκτέλεση της υπηρεσίας. Η ανεξαρτησία του ιατρού πηγάζει από την ελευθερία που έχει ως επιστήμονας να επιλέγει τα μέσα και τις μεθόδους που θα εφαρμόσει κατά την εκτέλεση της υπηρεσίας του.
- Ο ασθενής θεωρείται ότι έχει την ιδιότητα του καταναλωτή καθώς είναι το φυσικό πρόσωπο για το οποίο προορίζονται οι υπηρεσίες που προσφέρει ο ιατρός.

Κατ' εφαρμογή της παραπάνω διάταξης περί προστασίας των καταναλωτών προκειμένου να θεμελιωθεί ευθύνη του ιατρού, ο ασθενής που υπέστη βλάβη (αποδέκτης των υπηρεσιών) οφείλει να αποδείξει (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014, Φουντεδάκη, 2003):

- i. Την παροχή υπηρεσιών
- ii. Την ζημία του
- iii. Την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ της παρεχόμενης από τον ιατρό υπηρεσίας και της ζημίας που υπέστη και όχι μεταξύ της υπαίτιας και παράνομης πράξης και της ζημίας, όπως ισχύει γενικά στην κατά τον ΑΚ ευθύνη. Η σημασία της θεμελίωσης της ιατρικής ευθύνης στο νόμο για την προστασία του καταναλωτή έγκειται κυρίως στο βάρος απόδειξης του ζημιωθέντος καθώς απομακρυνόμαστε από την υποκειμενική ευθύνη του αρθ. 914 ΑΚ και πλέον η ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες καθίσταται νόθος αντικειμενική.

Από την άλλη πλευρά, ο ιατρός (παρέχων την υπηρεσία) οφείλει να αποδείξει (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014, Φουντεδάκη, 2003):

- i. Ότι δεν υπήρξε παράνομη και υπαίτια πράξη του. Η υπαιτιότητα θα ανευρεθεί είτε διότι οι υπηρεσίες του φορέα δεν ανταποκρίνονται στην ευλόγως προσδοκώμενη ασφάλεια είτε διότι παραβιάζονται οι συναλλακτικές υποχρεώσεις πρόνοιας και ασφάλειας γενικότερα, ενώ το παράνομο θεμελιώνεται στην παραβίαση κανόνα Δικαίου που επιβάλλει ή απαγορεύει ορισμένη συμπεριφορά.
- ii. Η ζημία του ασθενούς δεν συνδέεται αιτιωδώς με την πράξη του.

Σαφώς, επομένως καθίσταται η διαφοροποίηση της ευθύνης του ιατρού, σύμφωνα με τις διατάξεις του ΑΚ και του ν. 2251/1994, καθώς στην πρώτη περίπτωση ο ασθενής οφείλει να αποδείξει όλες τις προϋποθέσεις της ευθύνης του ιατρού, ενώ στη δεύτερη δεν υποχρεούται να αποδείξει και την υπαιτιότητα του ιατρού.

9.4. Ασφάλιση αστικής ιατρικής ευθύνης

9.4.1. Ορισμός και εννοιολογικά στοιχεία ιδιωτικής ασφάλισης

Έγινε σαφές πλέον και στα κεφάλαια που προηγήθηκαν ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας, όντας άρρηκτα συνδεδεμένη με την ανθρώπινη ύπαρξη, συχνά ελλοχεύει κινδύνους για την υγεία ή για την ζωή του ασθενούς, με αποτέλεσμα να γεννώνται ζητήματα ιατρικής ευθύνης. Έτσι αναδύεται η ανάγκη εξασφάλισης του ιατρού από τις διάφορες μορφές κινδύνων στις οποίες εκτίθεται κατά την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας (Χατζηνικολάου - Αγγελίδου, 2014). Την ανάγκη αυτή ενισχύει αφενός, η οφειλόμενη στην ιδιαιτερότητα του επαγγέλματος αδυναμία του ιατρού να διασφαλίσει τη μη επέλευση του κινδύνου, αφετέρου η δυσχέρεια του να αντιμετωπίσει τις οικονομικές επιπτώσεις που θα συνεπάγεται σε βάρος της περιουσίας του η επέλευση του κινδύνου και η συνακόλουθη ευθύνη του. Αυτό οδηγεί στην ενδυνάμωση της ασφαλιστικής συνείδησης του ιατρού και κατ' επέκταση στην ανάπτυξη του θεσμού της ιδιωτικής ασφάλισης στον τομέα της ιατρικής ευθύνης (Χατζηνικολάου - Αγγελίδου, 2014).

Ως *ασφάλιση* ορίζεται η σύμβαση που συνάπτεται είτε με ελεύθερη βούληση ή υποχρεωτικά από το νόμο, κατά την οποία ο ένας συμβαλλόμενος (ασφαλιστής ή ασφαλιστικός φορέας) αναλαμβάνει έναντι ορισμένης αντιπαροχής του άλλου (ασφαλισμένου) την υποχρέωση να καταβάλλει σ' αυτόν ορισμένη παροχή ευθύς μόλις επέλθει ο ασφαλιστέος κίνδυνος, δηλ. το τυχαίο ή μη συμφωνημένο συμβάν. Όταν η ασφάλιση γίνεται με ελεύθερη βούληση, τότε αναφερόμαστε στην *ιδιωτική ασφάλιση*. Όταν η ασφάλιση γίνεται υποχρεωτικά εκ του νόμου, τότε αναφερόμαστε σε *κοινωνική ασφάλιση*, η οποία διέπεται από κανόνες δημόσιας τάξης. Σκοπός της κοινωνικής ασφάλισης είναι με νόμο η συγκρότηση ασφαλιστικής ομάδας και η έναντι καταβολής ασφαλιστρού μεταβίβαση σε αυτή των οικονομικών συνεπειών, που πλήττουν νομοτελειακά τα μέλη της ομάδας αυτής από τυχαία ή μη εκ των προτέρων προσδιορισμένα γεγονότα (Λεοντάρη, 2010).

Από τον παραπάνω ορισμό που καλύπτει όλες τις μορφές ασφάλισης προκύπτει ότι τα ουσιώδη στοιχεία της ασφάλισης είναι: ο κίνδυνος, η κοινωνία κινδύνου, η ομοιότητα των κινδύνων, η ασφαλιστική κάλυψη, ο ανταποδοτικός χαρακτήρας, η αξίωση και η αυτονομία.

Στο ασφαλιστικό δίκαιο, ως κίνδυνος νοείται η δυνατότητα επέλευσης μιας οικονομικής ανάγκης προς την οποία είναι συνδεδεμένη η υποχρέωση του ασφαλιστή προς παροχή. Ας σημειωθεί ότι στο πεδίο της ιατρικής ευθύνης η οικονομική ανάγκη συνδέεται με την περιουσιακή ζημία που υφίσταται ο ιατρός όταν προβάλλονται σε βάρος του αξιώσεις αποζημίωσης για ζημίες που προξένησε κατά την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας. Εξάλλου η αβεβαιότητα είναι άρρηκτα συνυφασμένη με την άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος. Και αυτό στο μέτρο που η επενέργεια της ιατρικής πράξης στο ανθρώπινο σώμα δεν είναι δυνατόν να ελεγχθεί, ενώ μπορεί να επηρεαστεί και από πολλούς αστάθμητους παράγοντες τους οποίους ο ιατρός δεν θα μπορούσε να προβλέψει και να αποτρέψει ακόμα και με επίδειξη ύψιστης επιμέλειας (Χατζηνικολάου - Αγγελίδου, 2014).

Δεύτερο θεμελιώδες εννοιολογικό στοιχείο της ασφάλισης είναι η κοινωνία κινδύνων. *Κοινωνία κινδύνων* υπάρχει όταν ένας κίνδυνος που απειλεί περισσότερα πρόσωπα, πλήττει τελικά ορισμένα μόνο από αυτά. Εξάλλου η ασφαλιστική τεχνική βασίζεται στο αξίωμα των μεγάλων αριθμών σύμφωνα με το οποίο όσο πιο μεγάλος είναι ο αριθμός των κοινωνιών του κινδύνου που συμμετέχουν σε μια κοινωνία κινδύνων τόσο πιο ασήμαντα θα είναι τα αποτελέσματα από την πραγματοποίησή του. Έτσι η προστασία του ασφαλισμένου, άρα και του ασφαλισμένου ιατρού, επιτυγχάνεται ουσιαστικά καθώς ο κίνδυνος μετατίθεται από τον ασφαλισμένο ως μεμονωμένο άτομο σε κοινωνία ατόμων, με τη μεσολάβηση ενός ασφαλιστικού φορέα, πράγμα που έχει ως αποτέλεσμα τον κατακερματισμό των συνεπειών του κινδύνου μεταξύ περισσότερων προσώπων (Χατζηνικολάου - Αγγελίδου, 2014).

Στο τρίτο στοιχείο της έννοιας της ασφάλισης δηλαδή στην ομοιότητα των κινδύνων, βασίζεται η διαίρεση της ασφάλισης σε κλάδους και η περαιτέρω υποδιαίρεση των ασφαλιστικών κλάδων σε είδη. Ειδικά στο πλαίσιο της ασφάλισης της ιατρικής ευθύνης, η ομοιότητα των κινδύνων συνίσταται στο ότι οι κίνδυνοι που απειλούν τους ασφαλισμένους ιατρούς συναρτώνται με βλάβες που ενδέχεται να πλήξουν τη ζωή, την υγεία ή τη σωματική ακεραιότητα των ασθενών εξαιτίας πράξεων ή παραλείψεων των ιατρών (Χατζηνικολάου - Αγγελίδου, 2014).

Τέταρτο εννοιολογικό στοιχείο της ασφάλισης αποτελεί η *ασφαλιστική κάλυψη*, δηλαδή η κάλυψη της οικονομικής ανάγκης που γεννιέται λόγω της επέλευσης του ασφαλισμένου κινδύνου. Η ασφαλιστική κάλυψη μπορεί να έχει συγκεκριμένη ή αφηρημένη μορφή. Στην πρώτη περίπτωση αποκαθίσταται η συγκεκριμένη ζημία που προκλήθηκε από την επέλευση του ασφαλισμένου κινδύνου ενώ στην δεύτερη περίπτωση καταβάλλεται χρηματικό ποσό χωρίς να εξετάζεται αν πράγματι προκλήθηκε οικονομική ανάγκη από την πραγματοποίηση του ασφαλισμένου κινδύνου ή αν το ποσό που καταβάλλεται καλύπτει τη σχετική ανάγκη (Χατζηνικολάου - Αγγελίδου, 2014).

Στοιχείο της έννοιας της ασφάλισης αποτελεί κατά πέμπτο λόγο ο ανταποδοτικός χαρακτήρας της, με την έννοια ότι ο ασφαλιστής αναλαμβάνει την υποχρέωση να καταβάλει στον λήπτη ή σε τρίτο το ασφάλισμα, όταν επέλθει η ασφαλιστική περίπτωση έναντι ασφαλιστρού που βαρύνει τον λήπτη της ασφάλισης. Καθίσταται λοιπόν σαφές ότι η ασφάλιση δεν έχει χαριστικό χαρακτήρα και ότι τα μέλη που συμμετέχουν στην κοινωνία κινδύνων βαρύνονται με την υποχρέωση καταβολής του αντιτίμου – ασφαλιστρού για την κάλυψη των κινδύνων (Χατζηνικολάου - Αγγελίδου, 2014).

Έκτο εννοιολογικό στοιχείο της ασφάλισης συνιστά η αξίωση για την εκ μέρους του ασφαλιστή καταβολή της ασφαλιστικής παροχής, η οποία είναι μάλιστα και δικαστικά επιδιώξιμη (Χατζηνικολάου - Αγγελίδου, 2014).

Τέλος το τελευταίο στοιχείο της ασφάλισης που απορρέει από την έννοιά της είναι η αυτονομία της με την έννοια ότι δεν εξαρτάται δηλαδή δεν έχει παρεπόμενο χαρακτήρα προς άλλη κύρια παροχή. Το αντίθετο ισχύει για την κοινωνική ασφάλιση όπου η ασφαλιστική σχέση είναι κυρίως παρεπόμενη της κύριας εργασιακής σχέσης ή της επαγγελματικής ιδιότητας ενός ατόμου (Χατζηνικολάου - Αγγελίδου, 2014).

9.4.2. Ασφάλιση αστικής ιατρικής ευθύνης – σύγκριση με κοινωνική ασφάλιση

Η ασφάλιση αστικής ευθύνης, αποτελεί μια από τις σημαντικότερες και πιο διαδεδομένες μορφές ασφάλισης ζημιών. Αναμφισβήτητα η άσκηση ορισμένων επαγγελματιών όπως λχ οι ιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί, ορκωτοί λογιστές κλπ περικλείει κατά την άσκησή της σημαντικούς κινδύνους. Τούτο καθιστά αν όχι υποχρεωτική οπωσδήποτε όμως αναγκαία την ασφαλιστική κάλυψη της ευθύνης τους.

Στα ευρωπαϊκά κράτη, παρατηρήθηκε σαφής αύξηση των δικών αστικής ιατρικής ευθύνης με παράλληλη εγκατάλειψη της ποινικής οδού, η οποία προκάλεσε προβληματισμό. Επίσης, παρατηρήθηκε αύξηση των δικαστικών αποφάσεων, αλλά ταυτόχρονα και απειρία νομικών μελετών και μονογραφιών, και οδήγησε σε σχεδόν καθολική εφαρμογή της ασφάλισης ευθύνης για τους ιατρούς. Ωστόσο, η αύξηση αυτή πουθενά δεν υπήρξε τόσο θεαματική όσο στις ΗΠΑ, ούτε δημιούργησε ανάλογες με εκεί καταστάσεις. Σήμερα πια έχουν, τουλάχιστον στο νομικό χώρο, επικρατήσει οι ήπιες φωνές, που επισημαίνουν ότι η πορεία της ιατρικής ευθύνης στο αμερικανικό δίκαιο συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με τις εκεί κοινωνικές συνθήκες και ιδίως τις ιδιαιτερότητες του δικαστικού συστήματος και, κατά συνέπεια, δεν αναμένεται ανάλογων διαστάσεων εξέλιξη και στην Ευρώπη (Κυράνου - Τσίπτιου, 2014).

Παρά τη διαπίστωση αυτή, δεν μπορεί να αμφισβητηθεί η ύπαρξη ενός κοινωνικού προβλήματος, αφού τόσο οι ιατροί, όσο και οι ασθενείς (και οι αντίστοιχες οργανώσεις τους), θεωρούν ότι αδικούνται από την κατάσταση που επικρατεί, με αποτέλεσμα να γίνεται συχνά λόγος για «αδιέξοδο». Ακριβέστερη είναι, η θεώρηση ότι δεν είναι τόσο η αύξηση του αριθμού των δικών που δημιουργεί το αδιέξοδο, όσο

η αδυναμία του ισχύοντος νομικού πλαισίου να αντιμετωπίσει ικανοποιητικά όλα τα ζητήματα. Επομένως, η θεμελιώδης συνιστώσα του προβλήματος είναι θεσμική και όχι στατιστική ή ποσοτική. Τα αίτια της αυξητικής τάσης των δικών αστικής ευθύνης είναι σχεδόν γνωστά, και ανάγονται στη βαθιά μεταβολή, σε επίπεδο κυρίως κοινωνιολογικό και ψυχολογικό, που έχει υποστεί η σχέση ιατρού και ασθενούς τις τελευταίες δεκαετίες. Οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες, όπως η επάρκεια ή μη του συστήματος της κοινωνικής ασφάλισης να αναλάβει το κόστος των ζημιών από τις ιατρικές πράξεις, η ύπαρξη ασφάλισης ευθύνης των ιατρών, ή το ύψος των δικαστικών εξόδων, συνδιαμορφώνουν τη στάση των «θυμάτων» των ιατρικών πράξεων (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014).

Η αύξηση των δικών με αντικείμενο την αστική ιατρική ευθύνη καθώς επίσης και η γενικότερη πεποίθηση ότι οι ιατροί καταδικάζονται σήμερα με μεγαλύτερη ευκολία σε υψηλές αποζημιώσεις οδήγησε τους ιατρούς στην σύναψη ασφάλισης αστικής ευθύνης η οποία βαθμιαία γενικεύτηκε στην πράξη ή κατέστη υποχρεωτική σε πολλές χώρες. Απόρροια της ασφάλισης της αστικής ευθύνης των ιατρών αποτελεί η κοινωνικοποίηση των ζημιών που προκαλούνται από τις ιατρικές πράξεις αφού ο ιατρός μετακυλύει το κόστος της ασφάλισής του στην πελατεία του μέσω της αύξησης της αμοιβής του. Η κοινωνικοποίηση αυτή των ζημιών μπορεί να λειτουργήσει αρνητικά σε συνθήκες αμυντικής ιατρικής: η διεύρυνση της αστικής ευθύνης οδηγεί μοιραία σε κατακόρυφη αύξηση των ασφαλιστρών και σε αντίστοιχη αύξηση των ιατρικών αμοιβών συνολικά. Ακόμη χειρότερα αποτελέσματα έχει η υπέρμετρη επιβάρυνση της θέσης των ιατρών κάποιων ειδικοτήτων από την άποψη της αστικής ευθύνης στις ΗΠΑ, έχει οδηγήσει αυτές τις ειδικότητες σε αδυναμία ασφάλισης και άρα είτε σε εγκατάλειψή τους είτε σε υπέρογκη αύξηση του κόστους τους. Η αδυναμία ανάληψης του ασφαλιστικού κινδύνου ορισμένων κλάδων ή ειδικοτήτων της ιατρικής, επισημαίνεται έτσι συχνότατα ως αποφασιστικής σημασίας επιχείρημα εναντίον της υπερβολικής διεύρυνσης της αστικής ιατρικής ευθύνης.

Από οικονομική σκοπιά η θέση του ιατρού είναι διαφορετική ανάλογα με το αν καλύπτεται ή όχι από ασφάλιση ευθύνης. Ο ιατρός που διαπράττει ένα ιατρικό σφάλμα δεν αποζημιώνει άμεσα ο ίδιος βέβαια τον ασθενή αλλά υφίσταται δυσμενή μεταβολή των όρων της ασφαλιστικής του σύμβασης πχ αύξηση των ασφαλιστρών. Υφίσταται επίσης, μείωση της φήμης ή της πελατείας του. Η αμοιβή του δεν πρόκειται αυτόματα να μειωθεί αφού οι αμοιβές των ιατρών είναι ενιαίες ενώ και τα ασφαλιστρα κατά κανόνα διαμορφώνονται ανάλογα με την ειδικότητα και όχι με βάση τη ζημία. Η ποινική και η πειθαρχική ευθύνη διέπονται από διαφορετικούς κανόνες και δεν υποκαθιστούν την αστική ευθύνη (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014).

Όσον αφορά στην άσκηση της Νοσηλευτικής, έχουν εκδοθεί σχετικοί οδηγοί οι οποίοι συμβάλλουν στην ενημέρωση των νοσηλευτών και την παροχή νομικών γνώσεων που χρειάζεται να γνωρίζουν (Aiken et al., 2003).

Στην Ελλάδα όπως και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η κοινωνική ασφάλιση της ασθένειας καλύπτει τη ζημία που προκλήθηκε στην υγεία του ασθενούς από την ιατρική πράξη. Οι συνθήκες, οι προϋποθέσεις και το ποσοστό κάλυψης της ζημίας

διαφέρουν από χώρα σε χώρα και από σύστημα σε σύστημα. Σε καμία χώρα όμως δεν καλύπτεται απόλυτα η ζημία από την ιατρική πράξη, από την κοινωνική ασφάλιση καθώς δεν συντρέχουν πολλές φορές οι προϋποθέσεις υπέρ του ασφαλισμένου. Εκτός κοινωνικής ασφάλισης παραμένει και η αποκατάσταση της ηθικής βλάβης κατά συνέπεια, ο ασθενής ή οι οικείοι του για την πλήρη αποκατάσταση της βλάβης τους συνεχίζουν να προσφεύγουν στην αστική ευθύνη του ιατρού. Πρέπει να τονιστεί σε αυτό το σημείο ότι η ύπαρξη και η επάρκεια ενός συστήματος κοινωνικής ασφάλισης καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την λειτουργία των κανόνων της ασφάλισης της αστικής ευθύνης. Η «κρίση της αστικής ευθύνης» που παρατηρείται τελευταία στις ΗΠΑ οφείλεται στην παντελή απουσία της κοινωνικής ασφάλισης η οποία ωθεί τα θύματα των ιατρικών πράξεων να αναζητούν την υλική και ηθική αποκατάσταση της βλάβης που υπέστησαν στους θεράποντες ιατρούς τους ή πιο συγκεκριμένα στους ασφαλιστές αυτών. Με άλλα λόγια, όσο μικρότερη είναι η ανταπόκριση της κοινωνικής ασφάλισης στις ανάγκες των ασθενών που υπέστησαν βλάβη, τόσο περισσότερο προσφεύγουν αυτοί στην αστική ευθύνη του ιατρού (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014).

Ο ρόλος του ασφαλιστικού φορέα είναι συγκεκριμένος στα πλαίσια της αστικής ευθύνης. Είναι αυτός που μπορεί να καταβάλλει στον ιατρό το χρηματικό ποσό που κατέβαλε στον ζημιωθέντα ασφαλισμένο του. Κατά συνέπεια θα μπορούσε να ειπωθεί ότι σε συστήματα με γενικευμένο τον ρόλο της κοινωνικής ασφάλισης ως διάδικος στην ιατρική δίκη μπορεί να είναι και ο ασφαλιστικός φορέας. Στο ελληνικό δίκαιο δεν προβλέπεται γενικευμένη αξίωση του ασφαλιστικού φορέα κατά του ιατρού που προκάλεσε βλάβη παρά μόνο στο ΙΚΑ το οποίο υποκαθίσταται αυτοδικαίως στα δικαιώματα του θύματος της βλάβης εναντίον του ιατρού έως το ύψος των παροχών που κατέβαλλε (αρθ. 10 § 4 Ν 4104/1960, όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 18, § 1 Ν 4476/1965 και συμπληρώθηκε από το αρθ. 8 Ν1654/1986). Στις υπόλοιπες περιπτώσεις αυτό που ισχύει είναι η αναζήτηση από την πλευρά του ασφαλιστικού φορέα των καταβεβλημένων του παροχών για τον ασθενή από τον ιατρό που προκάλεσε τη βλάβη. Είναι φανερό πάντως ότι αν δεν αναγνωριστεί το πλήρες δικαίωμα στον ασφαλιστικό φορέα να κινηθεί κατά του ιατρού για διεκδίκηση αποζημίωσης για την βλάβη που προκλήθηκε από την ιατρική πράξη στον ασθενή, ένα μεγάλο μέρος των ζημιών από ιατρικές πράξεις επιβαρύνει αποκλειστικά τον φορέα αυτό ή γενικότερα το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και κατ' επέκταση το κοινωνικό σύνολο (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014).

Η σχέση της αστικής ευθύνης των ιατρών και της κοινωνικής αλληλεγγύης είναι ένα ζήτημα που έχει προκαλέσει έντονες συζητήσεις στον διεθνή χώρο καθώς διατυπώνεται ευρέως η άποψη ότι μέσω της διεύρυνσης των ορίων της αστικής ευθύνης επιρρίπτεται στον επαγγελματία υγείας, κυρίως τον ιατρό, ένα έλλειμμα κοινωνικής αλληλεγγύης. Ειδικότερα υποστηρίζεται ότι η ευθύνη για την φροντίδα υγείας μειονεκτούντων ατόμων όπως είναι οι βαριά ασθενείς και οι ανάπηροι (τόσο αυτοί που το πρόβλημα υγείας τους είναι ανεξάρτητο από οποιαδήποτε ιατρική πράξη όσο και αυτοί που το πρόβλημα υγείας τους προέκυψε από κάποια ιατρική πράξη) ανήκει στο κράτος και στην κοινωνία επομένως η ανεπάρκεια του κράτους και η

έλλειψη οργάνωσης είναι ανέντιμο να επιβαρύνει μια ολόκληρη επαγγελματική τάξη μέσω της αστικής ευθύνης. Η αστική ευθύνη όπως τουλάχιστον λειτουργεί μέχρι σήμερα καταλογίζει στον ιατρό ορισμένες μόνο ζημίες (ζημίες από πράξεις ή παραλείψεις που παραβιάζουν διατάξεις του ΑΚ) από τον θεραπευτικό κίνδυνο. Οι ιατροί δεν είναι υποχρεωμένοι σε καμία περίπτωση να αποζημιώσουν τους ασθενείς για σφάλματα ή επιπλοκές της ασθένειας τους στα οποία δεν φέρουν οι ίδιοι καμία ευθύνη και ακόμα δεν υποχρεούνται να καλύψουν οικονομικά την ασθένεια ή την αναπηρία η οποία είναι βέβαια θέμα κοινωνικής αλληλεγγύης (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014).

Συνοψίζοντας, ιδιαίτερης σημασίας φαίνεται να έχει για τους δικαστές κατά την διεξαγωγή ιατρικής δίκης σε διοικητικό δικαστήριο η επακριβής τήρηση των υποχρεώσεων που καθιερώνουν ο νομοθέτης, η ιατρική επιστήμη και δεοντολογία (πχ παρουσία στις εφημερίες) και πιο ελαστική στάση φαίνεται να επιδεικνύουν ως προς το περιεχόμενο των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών και ιδίως ως προς την επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου αρκεί να παρέχονται με την απαιτούμενη επιμέλεια και προσοχή σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης.

9.4.3. Έννοια ασφάλισης αστικής ιατρικής ευθύνης

Για την εννοιολογική προσέγγιση της ασφάλισης αστικής ιατρικής ευθύνης, αντλούνται ουσιώδη στοιχεία από το άρθρο 25 Ασφ. Ν που ρυθμίζει την ασφάλιση αστικής ευθύνης με την γενική της μορφή. Σύμφωνα με το τελευταίο «η ασφάλιση αστικής ευθύνης περιλαμβάνει τις δαπάνες, που προέρχονται άμεσα από την απόκρουση και ικανοποίηση αξιώσεων τρίτων κατά του λήπτη της ασφάλισης, που γεννήθηκαν από πράξεις ή παραλείψεις του για τις οποίες είχε συμφωνηθεί ασφαλιστική κάλυψη. Δεν παρέχεται κάλυψη αν οι πράξεις ή οι παραλείψεις προκλήθηκαν από δόλο του λήπτη της ασφάλισης ή του ασφαλισμένου».

Με βάση την παραπάνω διάταξη, η ασφάλιση αστικής ιατρικής ευθύνης μπορεί να οριστεί ως εξής: «πρόκειται για την ασφαλιστική σύμβαση που καταρτίζεται μεταξύ του ασφαλιστή και του λήπτη της ασφάλισης, δυνάμει της οποίας ο ασφαλιστής αναλαμβάνει τις ακόλουθες υποχρεώσεις» (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014):

- i. Την υποχρέωση να καλύπτει τον λήπτη της ασφάλισης – ιδιώτη ιατρό ή φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας – από την δημιουργία χρεών σε βάρος της περιουσίας του, ως συνέπεια της έγερσης αξιώσεων αποζημίωσης λόγω συμβατικής ή αδικοπρακτικής του ευθύνης από ζημιωθέντες τρίτους κατά κανόνα ασθενείς ή συγγενείς τους. Οι σχετικές αξιώσεις θα συνδέονται με πράξεις ή παραλείψεις του ασφαλισμένου ιατρού συναφείς με την άσκηση των ιατρικών του καθηκόντων οι οποίες θα μνημονεύονται στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο κατόπιν συμφωνίας των συμβαλλομένων.
- ii. Ο ασφαλιστής αναλαμβάνει την υποχρέωση να καλύψει τον λήπτη της ασφάλισης για δαπάνες που ενδέχεται να προκύψουν από την απόκρουση βάσιμων ή αβάσιμων αξιώσεων των ζημιωθέντων τρίτων.

Με την ασφάλιση αστικής ιατρικής ευθύνης λοιπόν καλύπτονται οι κίνδυνοι που ενδέχεται να επέλθουν κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και να γεννήσουν υποχρέωση του ιατρού για αποζημίωση του ασθενούς ή τρίτου ζημιωθέντος προσώπου. Ορίζεται όμως ρητά στο τελευταίο εδάφιο του άρθρου 25 Ασφ. Ν. ότι δεν παρέχεται κάλυψη στις περιπτώσεις που η επέλευση του ασφαλισμένου κινδύνου οφείλεται σε δόλο του ασφαλισμένου ή του λήπτη της ασφάλισης.

9.4.4. Ασφάλιση θεραπευτικού κινδύνου

Αξίζει να σημειωθεί ότι η ανάγκη διασφάλισης των συμφερόντων των ασθενών από τα ιατρικά σφάλματα οδήγησε στο να διατυπωθεί στη Γερμανία η άποψη περί καθιέρωσης ενός νέου είδους ιατρικής ασφάλισης. Πρόκειται για την αποκαλούμενη *ασφάλιση του θεραπευτικού κινδύνου*⁵ (Heilbehandlungsrisikoversicherung) ή αλλιώς *ασφάλιση των ασθενών* (Patientenversicherung). Η συγκεκριμένη μορφή ασφάλισης αναφέρεται στην δημιουργία ενός συστήματος αποζημίωσης των ασθενών που έχουν υποστεί βλάβη από ιατρική πράξη, στο πλαίσιο του οποίου ο ασθενής που διεκδικεί αποζημίωση δεν θα υποχρεούται ούτε να υποδεικνύει ότι ο ιατρός υπέπεσε σε ιατρικό σφάλμα το οποίο συνδέεται αιτιωδώς με τη βλάβη ούτε να προσφεύγει στα δικαστήρια προκειμένου να ικανοποιήσει τις αξιώσεις του σε βάρος του ιατρού. Με την καθιέρωση της ασφάλισης του θεραπευτικού κινδύνου, η αποζημίωση του ασθενούς δεν θα εξαρτάται από την ικανοποίησή του από τον ιατρό που προκάλεσε το ιατρικό σφάλμα ή για τον ασφαλιστή που έχει αναλάβει την κάλυψη της επαγγελματικής του ευθύνης, αλλά ο ασθενής θα δικαιούται να στρέφεται απευθείας κατά του ασφαλιστή που έχει αναλάβει την κάλυψη των κινδύνων θεραπείας των ασθενών δηλαδή των κινδύνων που ενδέχεται να ανακύψουν κατά τη διενέργεια ιατρικών πράξεων. Η ασφάλιση του θεραπευτικού κινδύνου για την κάλυψη ζημιών από ιατρικές πράξεις ανεξάρτητα από την υπαιτιότητα του ιατρού έχει ήδη εφαρμοστεί στη Σουηδία, στην Φιλανδία, στη Νορβηγία, στη Δανία και στη Ν. Ζηλανδία (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014).

Διατυπώθηκε ειδικότερα η πρόταση να καθιερωθεί η ασφάλιση του θεραπευτικού κινδύνου ως μορφή υποχρεωτικής και όχι προαιρετικής ασφάλισης ευθύνης. Υποστηρίχθηκε μάλιστα ότι η εν λόγω ασφάλιση θα πρέπει να συνάπτεται από τους ιατρούς και τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, προς όφελος των ασθενών τους κι όχι από τους ίδιους τους ασθενείς. Και αυτό, με τη σκέψη ότι μόνο έτσι θα μπορεί να επιτευχθεί συμφωνία για την καταβολή ικανοποιητικού ασφαλιστρού που να διασφαλίζει τη δυνατότητα ευρείας κάλυψης εκ μέρους του ασφαλιστή των θεραπευτικών κινδύνων που ενδέχεται να πλήξουν τους ασθενείς (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014).

⁵ Ως *θεραπευτικός κίνδυνος* μπορεί να οριστεί η πιθανότητα δυσμενούς εξέλιξης της υγείας ενός ασθενούς, ως συνέπεια μιας ιατρικής πράξης. Ο συγκεκριμένος όρος καλύπτει τόσο τις περιπτώσεις που η πρόκληση ζημίας από την ιατρική πράξη μπορεί να αποδοθεί σε υπαιτιότητα του θεράποντος ιατρού ή σε ελλιπή οργάνωση της παροχής υπηρεσιών υγείας σε κάποιο νοσοκομείο ή κλινική, όσο και τις περιπτώσεις όπου η ζημία μπορεί να οφείλεται σε τυχαίο γεγονός.

Σημαντική ειδοποιός διαφορά της ασφάλισης του θεραπευτικού κινδύνου και της ασφάλισης ιατρικής ευθύνης αποτελεί το γεγονός ότι στο πρώτο είδος ασφάλισης δεν εξετάζεται η ύπαρξη ή μη ευθύνης του ιατρού αλλά παρέχεται αποζημίωση στον ασθενή από ένα ασφαλιστικό φορέα που εκτιμά με βάση αντικειμενικά κριτήρια τη βλάβη που υπέστη εξαιτίας μιας ιατρικής πράξης ή παράλειψης ή εξαιτίας απρόβλεπτων γεγονότων που έλαβαν χώρα κατά την εφαρμογή μιας θεραπευτικής μεθόδου. Μέσω της ασφάλισης θεραπευτικού κινδύνου, δηλαδή δεν ασφαρίζεται ο κίνδυνος ευθύνης του ιατρού αλλά ο κίνδυνος θεραπείας του ασθενούς. Αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής που υπέστη κάποια σωματική βλάβη θα μπορεί μετά από εκτίμηση της ζημίας του να αποζημιωθεί άμεσα και ανεξάρτητα από την ύπαρξη προσωπικής ευθύνης του ιατρού η οποία μπορεί να διερευνηθεί σε επόμενο στάδιο.

Η καθιέρωση ενός τέτοιου θεσμού υποστηρίζεται ότι θα εξασφάλιζε την αποτελεσματικότερη προστασία των ζημιωθέντων ασθενών καθώς οι ασθενείς δεν θα καλούνταν να εμπλακούν σε δικαστική διαμάχη με τον ζημιώσαντα ιατρό, επιβαρυνόμενοι με όλες τις αποδεικτικές δυσχέρειες που χαρακτηρίζουν τη σύνδεση της συμπεριφοράς του ιατρού με την προκληθείσα σωματική βλάβη. Με τον τρόπο αυτό αποφορτιζόταν η σχέση ιατρού – ασθενούς, αφού ακόμη και στην περίπτωση πρόκλησης ιατρικού λάθους, ο ασθενής δεν θα είχε ως υπεύθυνο απέναντί του τον ιατρό αλλά τον ασφαλιστικό φορέα που θα είχε αναλάβει την κάλυψη του θεραπευτικού κινδύνου. Κατά συνέπεια, θα διασφαλιζόταν μια στενότερη σχέση εμπιστοσύνης και συνεργασίας ιατρού και ασθενούς, καθώς ο ιατρός δεν θα αντιμετώπιζε τον ασθενή επιφυλακτικά, βλέποντας στο πρόσωπό του έναν πιθανό μελλοντικό αντίδικο. Επιπλέον θα περιοριζόταν και το φαινόμενο της αμυντικής ιατρικής στο οποίο προωθείται ο ιατρός από φόβο γέννησης ιατρικού σφάλματος, θα αποσυμφορίζονταν τα δικαστήρια από υποθέσεις αντιδικίας μεταξύ ιατρών και ασθενών που έχουν υποστεί βλάβη, ενώ και τα δύο (2) μέρη θα απέφευγαν τις μακροχρόνιες, πολυδάπανες και με αμφίβολη έκβαση δικαστικές διαμάχες (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014).

Η καθιέρωση του συγκεκριμένου είδους ασφάλισης παρουσιάζει όμως και μειονεκτήματα (Κυράνου - Τσίπτσιου, 2014):

- i. Αρχικά εντοπίζονται δυσκολίες ως προς την οριοθέτηση των καλυπτόμενων ασφαλιστικών κινδύνων. Καθώς η εν λόγω μορφή ασφάλισης δεν συνιστά μια γενικότερη ασφάλιση ασθενείας που θα περικλείει κάθε κίνδυνο με την ευρεία έννοια, για την υγεία και τη ζωή του ασθενούς είναι απαραίτητο να προσδιοριστούν τα είδη ζημιών για τα οποία ο ασθενής θα δικαιούται να αποζημιωθεί. Ωστόσο σε χώρες όπου εφαρμόζεται το συγκεκριμένο είδος ασφάλισης όπως η Σουηδία και η Ν. Ζηλανδία, αποδείχτηκε ότι παρά την προσπάθεια συγκεκριμενοποίησης των κινδύνων, εξακολουθούν να υφίστανται σημαντικές ασάφειες ως προς το εύρος της προστασίας των ασθενών. Χαρακτηριστικά μπορεί να αναφερθεί ότι στη Σουηδία έγινε δεκτό ότι οι ζημίες που μπορούν να καλυφθούν μέσω της ασφάλισης του θεραπευτικού συνίστανται στις σωματικές βλάβες, οι οποίες είναι

μεγαλύτερες ή διαφορετικού τύπου από τις αναμενόμενες βλάβες που θα ήταν λογικό να επέλθουν ως φυσικό επακόλουθο μιας ασθένειας ή στις ζημιές που συνιστούν αναπόφευκτη συνέπεια της ενδεδειγμένης και αναγκαίας για την αντιμετώπιση της ασθένειας θεραπείας.

- ii. Στο συγκεκριμένο σύστημα αποζημίωσης δεν καλύπτονται περιπτώσεις χρηματικής ικανοποίησης λόγω ηθικής βλάβης του ασθενούς ή ψυχικής οδύνης των οικείων του.
- iii. Η αποσύνδεση της αποζημίωσης του ασθενούς από το ζήτημα της ευθύνης του ιατρού είναι πιθανό να οδηγήσει σε αποδυνάμωση του συστήματος πρόληψης των ζημιών. Πιο αναλυτικά, στο μέτρο που υπεύθυνος για την αποζημίωση του ασθενούς θα είναι ο ασφαλιστικός φορέας, στον οποίο θα μετατίθενται οι συνέπειες της αμελούς συμπεριφοράς του ιατρού, ενώ ο ιατρός θα είναι απαλλαγμένος από κάθε ευθύνη, θα υπάρχει εξασθένιση του αισθήματος προσωπικής ευθύνης του τελευταίου. Και αυτό διότι είναι πιθανό ο ιατρός να μεριμνά λιγότερο για την αποτροπή του κινδύνου επέλευσης ιατρικού σφάλματος, εφησυχάζοντας με τη σκέψη ότι δεν θα βρεθεί ο ίδιος αντιμέτωπος με τις επιπτώσεις της ζημιογόνου συμπεριφοράς του.
- iv. Η προνομιακή μεταχείριση των ζημιούμενων από ιατρικά σφάλματα σε σχέση με τους ζημιωμένους από άλλες πηγές κινδύνων.
- v. Στο πλαίσιο του ισχύοντος συστήματος ασφάλισης ιατρικής ευθύνης, η προσωπική εμπλοκή του ιατρού στην όλη διαδικασία αποζημίωσης του ασθενούς συνοδεύεται και από σειρά πράξεων του που στοχεύουν στην αποφυγή του κινδύνου ή στον περιορισμό της ζημίας. Εκφράστηκε λοιπόν ο φόβος μήπως με την κάλυψη της αποζημίωσης του ασθενούς από ένα ανώνυμο σύστημα αποζημίωσης, δηλαδή μιας ασφάλισης θεραπευτικού κινδύνου είναι πιθανόν οι καταβαλλόμενες στους ζημιωθέντες ασθενείς αποζημιώσεις να ανέλθουν σε υψηλά επίπεδα. Και τούτο με τη συνδρομή και του ιατρού που εφαρμόσε τη θεραπευτική μέθοδο, ο οποίος γνωρίζοντας ότι δεν θα επιβαρυνθεί με την αποζημίωση του ασθενούς, μπορεί σε ένδειξη «αλληλεγγύης» να βοηθήσει με τις δηλώσεις και τις ομολογίες του για το ιατρικό συμβάν, στο να εισπράξει ο ασθενής αποζημίωση υψηλότερη από αυτή που θα λάμβανε υπό το ισχύον καθεστώς ασφάλισης ιατρικής ευθύνης. Η καταβολή ωστόσο υψηλών αποζημιώσεων στους ασθενείς θα είχε ως συνακόλουθη συνέπεια και την αύξηση των ασφαλιστρών που θα υποχρεούνταν να καταβάλουν στον ασφαλιστικό φορέα οι ιατροί και οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας που θα προέβαιναν στην ασφάλιση του θεραπευτικού κινδύνου προς όφελος των ασθενών. Εξάλλου η επιβάρυνση των παραπάνω με την καταβολή υψηλών ασφαλιστρών θα οδηγούσε αναπόδραστα στην μετακύλιση του κόστους ασφάλισης στο κόστος παροχής των ιατρικών υπηρεσιών, με αποτέλεσμα την αύξηση των αμοιβών των ιατρών, καθώς και των εξόδων νοσηλείας που θα βάρυναν τελικά τους ασθενείς.

- vi. Η συσχέτιση της λειτουργίας ενός συστήματος ασφάλισης του θεραπευτικού κινδύνου με τα ήδη υπάρχοντα συστήματα ασφαλιστικής κάλυψης των ατυχημάτων των ασθενών από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης ή από τους φορείς που δραστηριοποιούνται στον τομέα της ιδιωτικής ασφάλισης ιατρικής ευθύνης.

Από τη στιγμή λοιπόν, που δεν υπάρχουν ακόμη δεδομένα για την εφαρμογή ενός καινοτόμου συστήματος αποζημίωσης των ασθενών, η προστασία των συμφερόντων τόσο των ασθενών όσο και των ιατρών που ασκούν ένα επάγγελμα εκτεθειμένο, από τη φύση του, σε υψηλό κίνδυνο ευθύνης, επιτάσσει την άρτια λειτουργία του ήδη υπάρχοντος συστήματος ασφαλιστικής κάλυψης, δηλαδή της ασφάλισης ιατρικής ευθύνης.

9.5. Συμπεράσματα

Η σχέση ιατρού – ασθενούς πρέπει να είναι χτισμένη σε αμοιβαία εμπιστοσύνη. Πρόκειται για μια σχέση ιδιόμορφη. Η ιδιομορφία της αυτή οφείλεται στην χρονική στιγμή που αυτή αναπτύσσεται: είναι το χρονικό σημείο όπου ο άνθρωπος προσφεύγει στον ιατρό με πόνο, αγωνία ή φόβο και επιθυμεί και ζητά αποκατάσταση της υγείας του. Η σχέση αυτή αμοιβαίας εμπιστοσύνης είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη του επιθυμητού θεραπευτικού αποτελέσματος. Περαιτέρω, η διαχείριση από τον ιατρό του υπέρτατου αγαθού της υγείας και της ζωής απαιτεί υψηλό αίσθημα ευθύνης. Το συνεχές ενδιαφέρον του ιατρού για τον ασθενή, η διαρκής ενημέρωσή του σχετικά με την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και της ειδικότητάς του, η αναγνώριση της μοναδικότητας του κάθε ιατρικού περιστατικού, η αναγνώριση των ορίων των επαγγελματικών του ικανοτήτων, η προσφυγή στην γνώμη των πλέον έμπειρων συναδέλφων του αποτελούν στοιχεία απαραίτητα για την υπεύθυνη άσκηση του ιατρικού λειτουργήματός. Είναι κοινά αποδεκτό ότι στην εξέλιξη ενός ιατρικού περιστατικού συντελούν πολλοί παράγοντες οι οποίοι δεν έχουν απαραίτητα σχέση με την επιδειχθείσα εκ μέρους του ιατρού επιμέλεια. Μόνο όταν η ιατρική φροντίδα δεν χαρακτηρίζεται από τα στοιχεία εκείνα που συνθέτουν τον υπεύθυνο τρόπο δράσης ενός επιστήμονα που διαχειρίζεται το υπέρτατο αγαθό, την υγεία, των συνανθρώπων του και εξαιτίας τούτου επήλθε βλάβη στον ασθενή, τότε υπάρχει ευθύνη του ιατρού κατά την άσκηση του λειτουργήματός του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 Η ασφάλεια ως διάσταση της ποιότητας φροντίδας υγείας

«Τα νοσοκομεία είναι επικίνδυνα μέρη και το Risk Management είναι η λιγότερο ακριβή διασφάλιση».

(John Wocher)

10.1 Εισαγωγή

Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά των οργανισμών είναι η αντίληψή τους για τη σημασία της ασφάλειας καθώς και η επιτακτική τους δέσμευση για την ασφάλεια ως προτεραιότητα του οργανισμού. Ουσιαστικοί μετασχηματισμοί δεν μπορούν να λάβουν χώρα μέσα σε ένα οργανισμό, χωρίς τους επιδέξιους χειρισμούς, την απτή δέσμευση και το κατευθυντήριο παράδειγμα της ηγεσίας. Η αποτελεσματική ηγεσία θέτει την προσδοκία και το ύφος για έναν οργανισμό αρθρώνοντας το όραμα του οργανισμού μέσω μηνυμάτων ενδυνάμωσης και καθιστώντας ως εταιρική προτεραιότητα το «πράττουμε το σωστό».

10.2 Η ασφάλεια ως προτεραιότητα για έναν οργανισμό

Η *ασφάλεια* είναι ο βαθμός αξιοπιστίας του οργανισμού να ανταποκριθεί μέσω των γραφειοκρατικών διαδικασιών στις απαιτήσεις της ικανοποίησης των πολιτών, της δικαιοσύνης στην εργασία καθώς και στην εφαρμογή προτύπων και ελέγχων (Talbot, 2008, Cameron and Quinn, 2011).

Το κύριο χαρακτηριστικό των οργανισμών με ανεπτυγμένη κουλτούρα ασφαλείας είναι η κατανόησή τους για την αξία της ασφάλειας καθώς και η επιτακτική τους δέσμευση για την ασφάλεια ως προτεραιότητα του οργανισμού (Cooper, 2000).

Όσο πιο ένθερμοι υποστηρικτές της ασφάλειας και της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι οι ηγέτες τόσο υψηλότερο είναι το επίπεδο της δέσμευσης του εργατικού δυναμικού. Αυτό με την σειρά του έχει θετική επίδραση στην επίδοση των εργαζομένων και στην πρόληψη των λαθών και των δυσμενών συμβάντων. Η απτή δέσμευση περιλαμβάνει την παροχή επαρκών ανθρώπινων και οικονομικών πόρων σε μια διαρκή προσπάθεια προς την κατεύθυνση της ασφάλειας. Οι επιθυμητές συμπεριφορές συχνά αναπτύσσονται από την αφομοίωση των παρατηρούμενων συμπεριφορών των άλλων και από την συλλογή των υποδείξεων οι οποίες δίνουν ανεπαίσθητα μηνύματα για την αποδοχή συγκεκριμένων συμπεριφορών (Leape, 2000b, Cooper, 2000).

Επιπλέον αναγκαίος είναι ο επαναπροσδιορισμός της έννοιας του υπεύθυνου και του υπόλογου περιορίζοντας σημαντικά την τιμωρητική διάσταση στα λάθη. Το παράδοξο από την υιοθέτηση μιας τέτοιας προσέγγισης είναι ότι όλα τα μέλη ενός οργανισμού αναλαμβάνουν ακόμη μεγαλύτερη ευθύνη ως προς την ασφάλεια. Αποτελεί πλέον δεδομένο ότι πρέπει να εξαληφθεί κάθε σπατάλη χρόνου στην κατάδειξη των υπεύθυνων και το βάρος να επιμεριστεί στο σύνολο των εργαζομένων

οι οποίοι θα πρέπει να επαγρυπνούν για τον εντοπισμό και την γνωστοποίηση των ατελειών του συστήματος, οι οποίες δημιουργούν μη ασφαλείς συνθήκες και να συνεργάζονται για τη βελτίωση των διαδικασιών και την πρόληψη των λαθών και των ανεπιθύμητων συμβάντων (Leape, 2000b).

Ο επιμερισμός αυτός των αρμοδιοτήτων στα κέντρα εξουσίας του οργανισμού ενισχύει μια συμμαχία που είναι πρόθυμη να μοιράζεται την ευθύνη για την επίτευξη ενός ασφαλούς περιβάλλοντος (Schiff and Rucker, 2001).

Η ασφάλεια δεν μπορεί να αντιμετωπίζεται ως συμπλήρωμα της διαδικασίας των στρατηγικών αποφάσεων αλλά πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα και να βρίσκεται στο επίκεντρο σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού.

10.3 Η ασφάλεια στο χώρο της υγείας

Η έννοια της ασφάλειας του ασθενούς εμφανίζεται για πρώτη φορά στην βιβλιογραφία το 1960 (Lauterstein and Mustoe, 1960). Παρόλα αυτά η συστηματική μελέτη σχετικά με την έννοια αυτή ξεκίνησε τις δύο (2) τελευταίες δεκαετίες. Η ασφάλεια του ασθενούς θεωρείται παραδοσιακά μια από τις διαστάσεις της ποιοτικής φροντίδας υγείας όπως η αποδοτικότητα, η αποτελεσματικότητα, η προσβασιμότητα, η ισότητα, η ικανοποίηση του ασθενούς, η βελτίωση του επιπέδου υγείας, η συνέχεια της παρεχόμενης φροντίδας, η καταλληλότητα και η αποδοχή της φροντίδας σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο (Legido-Quigley et al., 2008). Παρόμοιος είναι και ο ορισμός της Rice (2003), σύμφωνα με την οποία η *ασφαλής φροντίδα* είναι η φροντίδα η οποία παρέχεται χωρίς λάθη και παραλήψεις, τα οποία έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ευημερία του ασθενούς και έχει αντικειμενικές παραμέτρους ενώ η ποιοτική φροντίδα υγείας εκφράζει τελειότητα και είναι από την φύση της υποκειμενική (Rice, 2003).

Το NPSF στις ΗΠΑ, ορίζει την *ασφάλεια του ασθενούς* ως την αποφυγή, πρόληψη, και βελτίωση ατυχών γεγονότων ή και σωματικών βλαβών κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας. Άλλοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι οι έννοια της ασφάλειας είναι σχετική και ισχυρίζονται ότι η αποδοχή ενός ατυχούς γεγονότος εξαρτάται από την σοβαρότητα της ασθένειας και τη διαθεσιμότητα των εναλλακτικών θεραπειών (Brewer and Colditz, 1999). Το IOM στην Έκθεση που δημοσιοποίησε το 2000 με τίτλο «*To err is human*» ορίζει την *ασφάλεια του ασθενούς* ως την απαλλαγή από τον κίνδυνο τυχαίου τραυματισμού κατά την παροχή φροντίδα υγείας (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2000). Η διασφάλιση της ασφάλειας του ασθενούς εμπεριέχει τη δημιουργία λειτουργικών συστημάτων και διαδικασιών που ελαχιστοποιούν την πιθανότητα λάθους και αυξάνουν την πιθανότητα παρεμπόδισής του όταν αυτό συμβαίνει. Την παραπάνω εννοιολογική προσέγγιση αποδέχονται η AHRQ, ο WHO καθώς και η Ε.Ε.Δ.Α.Π.Υ.

Συναφής είναι και ο ορισμός του αποδίδει στην ασφάλεια του ασθενούς και ο ΑΗΑ σύμφωνα με τον οποίο *ασφάλεια του ασθενούς* είναι η ελευθερία από τυχαίους τραυματισμούς, κατά τη διάρκεια της παροχής φροντίδας υγείας και οι δράσεις για

την αποφυγή, πρόληψη ή διόρθωση ανεπιθύμητων εκβάσεων που μπορεί να είναι αποτελέσματα της παροχής φροντίδας υγείας.

Η έννοια της *ασφάλειας του ασθενούς* εμπεριέχεται και στο λεξικό της Ευρωπαϊκής Κοινότητας για την Ποιότητα στην Φροντίδα Υγείας (European Society for Quality in Healthcare, ESQH) ως η συνεχής αναγνώριση, ανάλυση και διαχείριση των κινδύνων και των συμβάντων που σχετίζονται με τους ασθενείς, με σκοπό να γίνει η φροντίδα υγείας πιο ασφαλής και να μειωθεί η βλάβη στους ασθενείς. Η ασφάλεια είναι απόρροια της αλληλεπίδρασης των επιμέρους μερών και των διαδικασιών του συστήματος (Kristensen et al., 2014, Kristensen et al., 2007)

Σε κάθε περίπτωση η έννοια της *ασφάλειας του ασθενούς* είναι πολύ ευρύτερη από την απλή απουσία των λαθών και των δυσμενών συμβάντων. Ως έννοια είναι πολυδιάστατη και λαμβάνοντας ως δεδομένο ότι ο τομέας της υγείας χαρακτηρίζεται από αυξημένη πολυπλοκότητα και επικινδυνότητα και ότι οι λύσεις βρίσκονται στο ευρύτερο περιβάλλον του συστήματος, συνιστά ένα σύνολο διαδικασιών που διαπιστώνουν, αξιολογούν, ελαχιστοποιούν τους κινδύνους και βελτιώνονται συνεχώς και το αποτέλεσμα εκδηλώνεται με λιγότερα ιατρικά λάθη και περιορισμένους κινδύνους (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2000).

10.4 Η ασφάλεια του ασθενούς ως διεθνής προτεραιότητα

Ο επιστημονικός προβληματισμός γύρω από την έννοια της ασφάλειας του ασθενούς εμφανίστηκε για πρώτη φορά την δεκαετία του 1960. Όμως από το 1995 μια σειρά από δημοσιεύσεις στον τύπο που αφορούσαν δυσμενή συμβάματα στο χώρο της υγείας ως απόρροια της άσκησης της φροντίδας υγείας με δραματικές συνέπειες στο επίπεδο υγείας των ασθενών στις ΗΠΑ έστρεψε το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας και της πολιτικής ηγεσίας στο θέμα της ασφάλειας του ασθενούς. Τον Οκτώβριο του 1996, η Αμερικάνικη Εταιρεία για την Εξέλιξη των Επιστημών (American Association for the Advancement in Science, AAAS), η Αμερικανική Ιατρική Εταιρεία (American Medical Association, AMA) και η JCAHO σε συνεργασία με τον Anneberg Center for Health Sciences διοργάνωσαν το πρώτο διεπιστημονικό συνέδριο για τα λάθη στο χώρο της υγείας. Το 1997 δημιουργήθηκε το NPSF, ένα ανεξάρτητο μη κερδοσκοπικό ίδρυμα που σαν κύριο έργο είχε να δραστηριοποιηθεί σε θέματα που αφορούσαν τα λάθη, τους κινδύνους, τις κατηγορίες και τη λογοδοσία των υπηρεσιών υγείας (Leape et al., 1998). Το 2000 με την δημοσιοποίηση της Έκθεσης του IOM στις ΗΠΑ η ασφάλεια του ασθενούς άρχισε δειλά να αποτελεί προτεραιότητα για τα Συστήματα Υγείας και τα κέντρα λήψης αποφάσεων.

10.5.1 Δραστηριότητες του WHO σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς

Το 2002 ο WHO παρότρυνε μέσω ψηφίσματος τα Κράτη - Μέλη να θέσουν σε προτεραιότητα τα ζητήματα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών (World Health Assembly 55.18). Την ίδια χρονική στιγμή, συστήθηκε μια ομάδα εργασίας με σκοπό να οργανώσει όλες τις σχετικές δραστηριότητες του WHO, προς την κατεύθυνση της

προάσπισης της ασφάλειας του ασθενούς. Στην προσπάθεια αυτή καταγράφηκαν οι ανάγκες (α) για τη μελέτη συστημικών παραγόντων, όπως η κοινή ταξινόμηση και ονοματολογία (β) για την ασφάλεια προϊόντων όπως τα φάρμακα, οι ιατρικές συσκευές και ο λοιπός τεχνολογικός εξοπλισμός (γ) για την ασφάλεια των υπηρεσιών όπως οι διάφορες κλινικές διαδικασίες, η εγκυμοσύνη, οι νοσηλευτικές υπηρεσίες, οι μεταγίσεις, οι μεταμοσχεύσεις, οι δηλητηριάσεις, οι εμβολιασμοί, καθώς και οι ανάγκες για κοινές δραστηριότητες σε περιφερειακό και διεθνές επίπεδο (WHO, 2003).

Δύο χρόνια αργότερα, ο Γενικός Διευθυντής του WHO, Dr Lee Jong Wook, παρουσίασε την «Παγκόσμια Συμμαχία για την Ασφάλεια του Ασθενούς» (World Alliance for Patient Safety), με στόχο την ενίσχυση της διεθνούς συνεργασίας για την ασφάλεια του ασθενούς (WHO, 2004).

Την επόμενη χρονιά ο WHO δημιούργησε ένα Κέντρο Σύμπραξης του Οργανισμού για την ασφάλεια του ασθενούς (WHO's Collaboration Center on patient safety), με τη συνεργασία της JCAHO και της Κοινής Διεθνούς Επιτροπής (Joint Commission International, JCI). Αποκλειστική ασχολία του Κέντρου αποτελεί η ασφάλεια του ασθενούς και ο συντονισμός των διεθνών εγχειρημάτων.

Το 2005, στα πλαίσια του άξονα έξι (6) της «Παγκόσμιας Συμμαχίας για την Ασφάλεια του Ασθενούς» με τίτλο «Αναφορά και μάθηση» (Reporting and learning), εκδόθηκε από τον WHO ένα εγχειρίδιο με κατευθυντήριες οδηγίες για την αναφορά των ανεπιθύμητων συμβάντων και τα συστήματα μάθησης προκειμένου τα Κράτη - Μέλη να μεταβούν από την «πληροφόρηση στην πράξη» έτσι ώστε να ξεκινήσουν τις καταγραφές και να αξιοποιήσουν τις πληροφορίες που προκύπτουν από αυτές (WHO, 2005a).

Την επόμενη χρονιά ξεκίνησε η συνεργασία επτά (7) κρατών (Αυστραλία, Καναδάς, Νέα Ζηλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ηνωμένες Πολιτείες, Γερμανία, Ολλανδία) σχετικά με το ζήτημα της ασφάλειας του ασθενούς και της μείωσης των δυσμενών συμβάντων και λαθών σε διάφορους τομείς όπως: (α) τη μεταφορά ασθενών από το ένα τμήμα ή υπηρεσία ή επαγγελματία στο άλλο/η (β) τις διαδικασίες - χειρουργεία που γίνονται σε λάθος άκρα ή λάθος ασθενείς (γ) τα φαρμακευτικά λάθη (δ) τα φαρμακευτικά λάθη που σχετίζονται με υψηλές συγκεντρώσεις φαρμάκων (ε) τις πρακτικές υγιεινής των χεριών (WHO, 2006b).

Το καλοκαίρι του 2007, κοινοποιήθηκε το εννοιολογικό πλαίσιο για τη Διεθνή Ταξινόμηση για την Ασφάλεια του Ασθενούς με μικρές τροποποιήσεις. Η κυριότερη ήταν η αντικατάσταση του όρου *taxonomy* από τον όρο *classification*. Η διαφοροποίηση των όρων έγκειται στο ότι ο όρος *classification* αφορά στην οργάνωση εννοιών, η οποία βασίζεται στα κοινά χαρακτηριστικά τους, ενώ ο όρος *taxonomy* αφορά σε ένα σύνολο κανόνων που ονοματίζουν οντότητες, με βάση την τοποθέτησή τους μέσα σε μια συγκεκριμένη δομή (WHO, 2007a).

Την Άνοιξη του 2008, εκδόθηκε ένας οδηγός έρευνας από την Ομάδα Εργασίας για τη θέσπιση προτεραιοτήτων στην έρευνα, με σκοπό την συγκέντρωση των ήδη

υπαρχουσών ερευνών σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς και τον καθορισμό προτεραιοτήτων για τους θεματικούς άξονες που απαιτούν περαιτέρω έρευνα.

10.5.2 Δραστηριότητες του ΟΟΣΑ σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς

Στα πλαίσια της δημιουργίας των δεικτών ποιότητας για την φροντίδα υγείας ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) (Organisation for Economic Cooperation and Development, OECD), τόνισε την αναγκαιότητα της δημιουργίας λίστας με μετρήσιμους δείκτες για την ασφάλεια του ασθενούς. Το 2004 εκδόθηκε το τελικό εγχειρίδιο τεχνικού χαρακτήρα το οποίο περιείχε είκοσι ένα (21) μετρήσιμους δείκτες για την ασφάλεια του ασθενούς (OECD, 2004). Είναι επομένως εμφανές, ότι η ασφάλεια του ασθενούς αποτελεί προτεραιότητα στους Διεθνείς Οργανισμούς.

10.5.3 Δραστηριότητες στην Ευρώπη σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, στις 4 και 5 Απριλίου 2005 στο Λουξεμβούργο, διοργανώθηκε η πρώτη διάσκεψη με θέμα την ασφάλεια του ασθενούς η οποία τιτλοφορήθηκε «Ασφάλεια ασθενούς. Ας βοηθήσουμε να γίνει πραγματικότητα!». Κύριο αίτημα της διάσκεψης ήταν να δοθεί προτεραιότητα σε ζητήματα ασφάλειας του ασθενούς σε τοπικό, εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο (Luxembourg Declaration on patient safety, 2005).

Ταυτόχρονα φορείς όπως η ESQH, η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Νοσοκομείου και Φροντίδας Υγείας (European Hospital and Healthcare Federation με το ακρωνύμιο HOPE – Hospital for Europe), η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία των Ενώσεων των Νοσηλευτών (European Federation of Nurses Associations, EFN), ο Ευρωπαϊκός Σύνδεσμος της Διοίκησης της Υγείας (European Health Management Association, EHMA), το Φόρουμ των Ευρωπαίων ασθενών (European Patients' Forum, EPF) εξέδωσαν ένα έγγραφο θέσεων για την ασφάλεια του ασθενούς, το οποίο περιγράφει συγκεκριμένες δράσεις σε εθνικό, ευρωπαϊκό επίπεδο και σε επίπεδο επαγγελματιών υγείας, οι οποίες μπορούν να δρομολογηθούν στο πλαίσιο της Διακήρυξης του Λουξεμβούργου (Stakeholders's position paper on patient safety, 2005).

Λίγους μήνες αργότερα, τον Νοέμβριο του 2005 πραγματοποιήθηκε στο Λονδίνο η Διάσκεψη Κορυφής για την ασφάλεια του ασθενούς, στην οποία συμμετείχαν αντιπρόσωποι διαφόρων χωρών εντός και εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στο πλαίσιο της Διάσκεψης, στην οποία εκτός από ειδικούς από την Ευρώπη και τις ΗΠΑ συμμετείχαν και ασθενείς που είχαν υποστεί κάποιο ανεπιθύμητο συμβάν με σοβαρές συνέπειες στην υγείας τους, επισημάνθηκε η σοβαρότητα του θέματος και παρουσιάστηκαν οι δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς από φορείς όπως ο WHO, η ΕΕ και άλλοι επιστημονικοί φορείς (Report to the UK patient safety summit, 2005).

Την 1η Φεβρουαρίου του 2008, ξεκίνησε επίσημα τις δραστηριότητές του το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την Ασφάλεια του Ασθενούς (European Union Network for

Patient Safety, EUNetPaS), μία δράση διακρατικής συνεργασίας που υποστηρίζεται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, στο πλαίσιο του Προγράμματος «Δημόσια Υγεία 2007». Πρόκειται για μια πρωτοβουλία, που στοχεύει στη δημιουργία ενός ενεργού δικτύου, το οποίο θα συμπεριλαμβάνει τόσο εθνικούς φορείς από τα είκοσι επτά (27) Κράτη - Μέλη, όσο και Ευρωπαϊκές Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, με βασικό σκοπό να ενθαρρύνει και να ενισχύσει τη μεταξύ τους συνεργασία, στον τομέα της ασφάλειας του ασθενούς. Το EUNetPaS επικεντρώνεται σε τέσσερις (4) βασικούς άξονες:

- Την προαγωγή της κουλτούρας γύρω από την ασφάλεια του ασθενούς (culture of patient safety) μέσω της ανταλλαγής πολύτιμων εμπειριών.
- Την διατύπωση κατευθυντήριων οδηγιών για Εκπαίδευση - Εξειδίκευση και Κατάρτιση, τόσο σε επίπεδο ακαδημαϊκό όσο και στη Δια Βίου Εκπαίδευση και Επαγγελματική Κατάρτιση, για την ανάπτυξη γνώσης, δεξιοτήτων και συμπεριφορών.
- Ανάπτυξη και εφαρμογή Συστημάτων Αναφοράς και Μάθησης πληροφοριών σχετικά με τα δυσμενή συμβάντα.
- Πιλοτική Εφαρμογή της Ασφάλειας για τα Φάρμακα. Εντοπισμός «καλών πρακτικών» και μετατροπή αυτών σε εργαλεία και την δοκιμή αυτών σε επιλεγμένα νοσοκομεία.

10.5 Συμπεράσματα

Η ασφάλεια του ασθενούς δεν μπορεί να αντιμετωπίζεται ως συμπλήρωμα της διαδικασίας των στρατηγικών αποφάσεων αλλά πρέπει να προηγείται και να αποτελεί επίκεντρο σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού. Οι πρωτοβουλίες για την ασφάλεια θα πρέπει να γίνονται αντιληπτές από το σύνολο των εργαζομένων ότι αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της αποστολής και του οράματος του οργανισμού και όχι να θεωρούνται ως μέσα συμμόρφωσης με μια εξωτερική εντολή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 Η κουλτούρα ασφάλειας

«Εάν δούμε τον κόσμο υπό το πρίσμα της κουλτούρας, τότε όλα τα πράγματα που πριν φαινόταναν μυστήρια, αποκτούν νόημα» (Schein E., 2004)

11.1. Εισαγωγή

Τα δυσμενή συμβάντα στην υγεία αποτελούν μείζον ζήτημα παγκόσμιου ενδιαφέροντος αφού εντοπίζονται στα συστήματα υγείας όλων των χωρών ανεξαρτήτως του επιπέδου ανάπτυξής τους. Σχετικές έρευνες αναφέρουν ότι εκατομμύρια ασθενείς παγκόσμια υποφέρουν, τραυματίζονται ή πεθαίνουν κάθε χρόνο λόγω παροχής μη ασφαλούς φροντίδας. Οι λοιμώξεις που οφείλονται στη φροντίδα, η ανεπαρκής διάγνωση, η καθυστέρηση στη θεραπεία, τα ανεπιθύμητα περιστατικά λόγω φαρμακευτικών λαθών και οι παραλείψεις στη χειρουργική διαδικασία αποτελούν τις πλέον συνήθεις αιτίες εμφάνισης ιατρικών λαθών ή δυσμενών συμβάντων που μπορούν να αποφευχθούν.

Ο Donabedian πριν από περισσότερα από σαράντα (40) χρόνια πρότεινε την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας και τη συνέδεσε άμεσα με την ασφάλεια του ασθενούς. Πρότεινε η αξιολόγηση να εφαρμόζεται με κριτήρια δομής, κριτήρια διαδικασιών και αποτελεσμάτων. Είκοσι χρόνια αργότερα οι ηγέτες των υπηρεσιών υγείας δανείστηκαν από το έργο του Deming, που ασχολήθηκε με την αναδόμηση της βιομηχανίας στη μεταπολεμική Ιαπωνία, τη ΔΟΠ. Αυτή αποτελεί μια οργανωσιακή προσέγγιση, σκοπός της οποίας είναι να προάγει την ομαδικότητα, το συντονισμό, την αποσαφήνιση των διαδικασιών, την προσήλωση στους στόχους του οργανισμού και την αλλαγή, με τελικό στόχο την προαγωγή και τη διασφάλιση συνεχώς της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Αυτή η συνεχής διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας θεωρήθηκε αλληλένδετη με την ολοκληρωμένη εφαρμογή ενός προγράμματος διαχείρισης των κινδύνων και των λαθών

11.2. Εννοιολογική προσέγγιση του όρου «κουλτούρα»

Στον όρο *κουλτούρα* διεθνώς αποδίδεται πληθώρα ορισμών δεδομένου ότι αποτελεί μια σύνθετη έννοια με πολλές παραμέτρους. Ο Bridges (2008), εντόπισε το διαφορετικό εννοιολογικό πλαίσιο της κουλτούρας στην Ανθρωπολογία και στους οργανισμούς (Bridges, 2008). Η λέξη *κουλτούρα* έχει τις ρίζες της στο λατινικό ρήμα «colere: καλλιεργώ» και χρησιμοποιήθηκε από τον 15ο αιώνα στην γαλλική, αγγλική και γερμανική γλώσσα για να προσδιορίσει τη διαδικασία καλλιέργειας του εδάφους. Από τον 18ο αιώνα η σημασία του όρου αλλάζει κυρίως λόγω της μετεξέλιξης της γερμανικής λέξης *kultur* που χρησιμοποιείται για την καλλιέργεια του ανθρώπινου πνεύματος, την παιδεία και το σύνολο της πνευματικής παράδοσης (Williams, 1981). Στην ελληνική γλώσσα, ο όρος αναφέρεται στη «πνευματική και ψυχική καλλιέργεια, ως αποτέλεσμα μακράς διαδικασίας μάθησης και εκπαίδευσης ή ως σύνολο γνώσεων, τεχνικών εξελίξεων, παραδόσεων, εθίμων, μορφών συμπεριφοράς που χαρακτηρίζουν ή συγκροτούν ένα δεδομένο κοινωνικό σύνολο» (Λεξικό της Κοινής Νεοελληνικής, 2007).

Ο Tylor (1871), μέσα από το πρωτοπόρο έργο του «Primitive Culture», όρισε την *κουλτούρα* ως «το σύνθετο όλο που περιλαμβάνει τη γνώση, τις πεποιθήσεις, την τέχνη, την ηθική, τους νόμους, τα έθιμα και οποιαδήποτε άλλη συνήθεια ή ικανότητα που έχει κατακτήσει ο άνθρωπος ως μέλος μιας κοινωνίας» (Tylor, 1871, Barnouw, 1985). Ο Tylor, συγκέντρωσε μέσα σε ένα ορισμό, όλα τα στοιχεία εκείνα τα οποία συνθέταν την ίδια την ανθρώπινη ύπαρξη, ταυτίζοντας στην ουσία την κουλτούρα με την έννοια του ανθρώπου (Tylor, 1871).

Ο παραπάνω ορισμός αποτέλεσε εφαλτήριο για τη διατύπωση πληθώρας ορισμών. Μερικοί από αυτούς παρατίθενται παρακάτω:

Η *κουλτούρα* σύμφωνα με το Scott και συν. (2003), χαρακτηρίζεται «ως η έκφραση ασυνείδητων ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών διαδικασιών» (Scott et al., 2003).

Σύμφωνα την Hall (1976), «η κουλτούρα είναι το μέσο για τους ανθρώπους. Δεν υπάρχει ούτε μια όψη της ανθρώπινης ζωής που να μην επηρεάζεται από την κουλτούρα: η προσωπικότητα, ο τρόπος έκφρασης, ο τρόπος εκδήλωσης της συγκίνησης, πώς σκεφτόμαστε, πώς κινούμαστε, πώς λύνουμε προβλήματα, πώς οργανώνουμε και λειτουργούμε πόλεις, οικισμούς, οικονομίες, κυβερνήσεις...» (Hall, 1976).

Ο Pettigrew αφαιρεί ότι «Κουλτούρα είναι ένα σύστημα από αντιλήψεις που έχουν γίνει δημόσια και συλλογικά αποδεκτές, από μια δεδομένη ομάδα σε ένα δεδομένο χρόνο. Αυτό το σύστημα αποτελούμενο από νοήματα, έννοιες, κατηγορίες, φόρμες και εικόνες ερμηνεύει τη συνολική κατάσταση στα μέλη της ομάδας αποσαφηνίζοντας σε κάθε άτομο της ομάδας τη θέση του μέσα σε αυτή» (Pettigrew, 1979).

Οι Deal & Kennedy (1983), αναφέρουν ότι η *κουλτούρα* αποτελεί την σύνδεση κοινωνικού χαρακτήρα που ενοποιεί τους οργανισμούς. Τα μέλη του οργανισμού μέσω κοινών αξιών, κοινών τελετουργικών, κοινών συμβόλων και κοινής εξειδικευμένης γλώσσας νιώθουν μέλη μιας κοινωνικής ομάδας. Συνεπώς η κουλτούρα αποτελεί σημαντικό στοιχείο σύνδεσης των εργαζομένων δίδοντας τους ταυτόχρονα μια αίσθηση ταυτότητας (Deal et al., 1983).

Για το λόγο αυτό ο Cameron K. (2004), θεωρεί ότι η έννοια της *κουλτούρας* είναι μια κοινωνικά κατασκευασμένη ιδιότητα των οργανώσεων που χρησιμεύει ως σύνδεση «κοινωνικής κόλλας» των μελών της οργάνωσης (Cameron, 2004).

Οι Ouchi & Wilkins (1985), χαρακτηρίζουν την *κουλτούρα* ως τη φιλοσοφία που καθοδηγεί μια οργάνωση προς την πολιτική της απέναντι στους εργαζομένους ή τους πελάτες της (Ouchi and Wilkins, 1985).

Οι Mannion R. και συν. (2005), ορίζουν την *κουλτούρα* ως μια ιδιότητα που όλοι στον οργανισμό δημιουργούν και εκφράζουν (Mannion et al., 2005).

Ο Kotter J. (2003), προσδιορίζει δύο (2) διαστάσεις στον όρο *κουλτούρα*. Η πρώτη διάσταση αναφέρεται στους κανόνες συμπεριφοράς που διδάσκονται και επιβάλλονται στα μέλη, ανταμείβοντας εκείνους που τους εφαρμόζουν και

τιμωρώντας τους στην αντίθετη περίπτωση ενώ η δεύτερη διάσταση είναι οι κοινές αξίες που μοιράζονται τα περισσότερα μέλη μιας ομάδας, αξίες που διαμορφώνουν τη συμπεριφορά της ομάδας (Kotter, 2003).

Συνθέτοντας όλους τους παραπάνω ορισμούς, η *κουλτούρα* θα μπορούσε να ορισθεί ως «ένα σύστημα κοινών αξιών, πιστεύω, βασικών παραδοχών, σημασιών, άτυπων κανόνων, το οποίο ως κοινό νοητικό πλαίσιο αναφοράς συνδέει τους ανθρώπους προσδιορίζοντας το πώς να σκέφτονται και να συμπεριφέρονται, τι κάνουν, πώς το κάνουν, γιατί το κάνουν» (Μπουραντάς, 2002).

11.3. Εννοιολογική προσέγγιση των όρων «οργανωσιακή κουλτούρα και οργανωσιακό κλίμα»

«Υπάρχουν τόσοι πολλοί ορισμοί της οργανωσιακής κουλτούρας όσοι και οι άνθρωποι που την χρησιμοποιούν»

(Sackman S.A., 1991)

Η *οργανωσιακή κουλτούρα*, είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για να περιγραφούν οι κοινές πεποιθήσεις, οι αντιλήψεις και οι προσδοκίες των ατόμων μέσα στους οργανισμούς (Ouchi and Wilkins, 1985). Επομένως η *κουλτούρα κάθε οργανισμού* είναι το κοινό σύνολο γνώσεων μια κοινωνικής ομάδας που είναι επίκτητο μέσω της κοινωνικής μάθησης και είναι μοναδική καθώς εξαρτάται από τις συνθήκες δημιουργίας της και την ιστορία της (Argyris and Schön, 1978, Jones, 2010).

Η αδυναμία των ερευνητών για ανάπτυξη ενός ακριβούς ορισμού της οργανωσιακής κουλτούρας αποτυπώνεται στο πλήθος αυτών που έχουν προταθεί κατά καιρούς. Ενδεικτικά όταν οι Kroeber and Kluckhohn προσπάθησαν το 1952 να παρουσιάσουν το σύνολο των ορισμών που είχαν διατυπωθεί, κατέληξαν να παρουσιάσουν πάνω από εκατό εξήντα τέσσερις (164) όρους που περιείχαν την έννοια κουλτούρα (Hewison, 1996). Παρακάτω παρατίθενται ορισμένοι από αυτούς τους ορισμούς:

Ο Jones J. (2010), θεωρεί την *οργανωσιακή κουλτούρα* ως ένα σύνολο από κοινές αξίες και κανόνες που ελέγχουν τις δράσεις και αντιδράσεις των μελών του οργανισμού μεταξύ τους, με τους προμηθευτές, τους πελάτες και άλλους ανθρώπους έξω από τον οργανισμό. Επηρεάζει τον τρόπο αντίδρασης των μελών του οργανισμού σε μια κατάσταση. Αναπτύσσεται από την αλληλεπίδραση των χαρακτηριστικών των μελών του οργανισμού, την οργανωσιακή ηθική, την πολιτική ανταμοιβής και από την οργανωσιακή δομή (Jones, 2010).

«Η κουλτούρα που διέπει τη λειτουργία του κάθε εργοστασίου, είναι η εθιμική και παραδοσιακή μεθοδολογία με την οποία σχεδιάζονται και εκτελούνται οι όποιες λειτουργίες του. Η μεθοδολογία αυτή γίνεται αποδεκτή από το σύνολο των εργαζομένων σε ένα μικρό ή μεγάλο βαθμό, την υιοθετούν και την μοιράζονται. Οι νέοι εργαζόμενοι οφείλουν να την μάθουν και να την αποδεχθούν -έστω και μερικώς- προκειμένου να γίνουν αποδεκτοί» (Jacques, 1952).

«Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι ένα σύστημα από κοινές και συλλογικές αντιλήψεις που γίνονται αποδεκτές για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα από ένα

σύνολο ατόμων. Αυτό το σύστημα των ορισμών, των πεποιθήσεων, των κανόνων και των ιδεών αποσαφηνίζει σε κάθε άτομο του οργανισμού τη θέση του μέσα σε αυτόν» (Pettigrew, 1979).

«Ένα σύνολο συμβόλων, τελετουργιών και μύθων που επικοινωνούν τις υφιστάμενες αξίες και πιστεύω ενός οργανισμού στους εργαζόμενους του» (Moorhead and Griffin, 1995).

Ο Shein E. (2006), έδωσε τον πληρέστερο ορισμό της *οργανωσιακής κουλτούρας* ορίζοντάς την ως «. ένα δομημένο σύνολο από βασικές παραδοχές, που έχουν εφευρεθεί, ανακαλυφθεί ή αναπτυχθεί από μια ομάδα του οργανισμού, στην προσπάθεια της να αντιμετωπίσει προβλήματα εξωτερικής προσαρμογής ή εσωτερικής ολοκλήρωσης. Οι παραδοχές αυτές έχουν αποδώσει ικανοποιητικά στο παρελθόν ώστε να θεωρούνται έγκυρες και αξιόπιστες και επομένως μπορούν να διδαχθούν στα νέα μέλη ως ο σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης και αίσθησης, σχετικά με τα συγκεκριμένα προβλήματα» (Schein, 2006)

Ο Kostova (1999), ορίζει την *οργανωσιακή κουλτούρα* «στους συγκεκριμένους τρόπους διαχείρισης των οργανωτικών λειτουργιών που έχουν αναπτυχθεί με το πέρασμα των χρόνων σε έναν οργανισμό. Οι τρόποι αυτοί αντικατοπτρίζουν τις κοινές γνώσεις και ικανότητες του οργανισμού. Φανερώνει γιατί η κατάσταση έχει διαμορφωθεί με αυτόν τον τρόπο και όχι με κάποιον άλλο (Kostova, 1999).

Κατά τη διάρκεια μελέτης της οργανωσιακής κουλτούρας μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία, παρατηρεί κανείς έντονη σύγχυση γύρω από την έννοια της *οργανωσιακής κουλτούρας* και του *οργανωσιακού κλίματος*. Πολλές έρευνες στο παρελθόν έχουν χρησιμοποιήσει αυτούς τους δύο (2) όρους ως συνώνυμους (Barker and Young, 1994), και είναι λογικό αφού και οι δύο (2) έννοιες σε γενικές γραμμές χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν τον τρόπο που η συμπεριφορά των μελών ενός οργανισμού επηρεάζει και διαμορφώνει τα διάφορα χαρακτηριστικά του.

Ο Denison (1996), σημειώνει ότι στην ουσία υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο αυτών εννοιών (Denison, 1996). Οι Mannion και συν. (2005), πιστεύουν ότι αν και έχουν πολλά κοινά και αποτελούν αλληλοσυμπληρώμενες έννοιες το οργανωσιακό κλίμα αποτελεί τρόπο μέτρησης της κουλτούρας (Mannion et al., 2005).

Το *οργανωσιακό κλίμα*, συνιστά ένα σύνολο συνθηκών που υπάρχουν και έχουν αντίκτυπο στη συμπεριφορά των ατόμων. Αναφέρεται στα χαρακτηριστικά του οργανισμού όπως αυτά γίνονται αντιληπτά από τα μέλη του όπως η οργανωτική δομή, τα κανάλια επικοινωνίας, οι πολιτικές και οι διαδικασίες (Verbeke et al., 1998). Είναι προσωρινό, υποκειμενικό και συχνά επηρεάζεται και χειραγωγείται από την εκάστοτε ηγεσία. Αυτό σημαίνει ότι οι ενέργειες, οι δεξιότητες και οι αξίες του ηγέτη μπορούν να διαμορφώσουν το κλίμα της οργάνωσης ανάλογα με τις προτεραιότητες που αυτός έχει θέσει και να επηρεάσουν την απόδοση και την αποτελεσματικότητα της επιχείρησης. Από την άλλη, η *κουλτούρα της οργάνωσης* αφορά μία κατάσταση η οποία εξελίσσεται μέσα από τα επίσημα και ανεπίσημα συστήματα που έχουν αναπτυχθεί στον οργανισμό. Συνδέεται με την ιστορία, τα γεγονότα, τις τελετουργίες,

τους κανόνες και τις παραδόσεις του. Είναι ο τρόπος που εξηγεί τις διαδικασίες που συμβαίνουν μέσα σε αυτό (Bock et al., 2005). Τα όρια μεταξύ της κουλτούρας και του κλίματος μπορούν να είναι αυθαίρετα, τεχνητά ή ακόμη και κατά ένα μεγάλο μέρος περιττά (Rousseau, 1990).

Οι Mannion και συν. (2005), χαρακτηρίζουν ως *κλίμα* τις επιφανειακές αποτυπώσεις του οργανισμού (τρόπος συμπεριφοράς, γλώσσα, τεχνολογική και υλική υποδομή, λογότυπα, στυλ ντυσίματος) ενώ υποστηρίζουν ότι η *κουλτούρα* αφορά τις βαθύτερες αξίες, τη βαθύτερη δομή και συμπεριφορές του οργανισμού (Mannion et al., 2005).

Ο Denison (1996), για να εξηγήσει το διαχωρισμό της κουλτούρας και του κλίματος, συγκρίνει τους δύο (2) όρους σε επτά (7) διαφορετικά επίπεδα, την επιστημολογία των δύο όρων, την άποψη, τη μεθοδολογία, το επίπεδο ανάλυσης, τον χρονικό προσανατολισμό, τα θεωρητικά θεμέλια και την πειθαρχική βάση (Denison, 1996). Στον Πίνακα 11.1 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11.1 Σύγκριση οργανωσιακής κουλτούρας και οργανωσιακού κλίματος

Πεδίο Σύγκρισης	Οργανωσιακή Κουλτούρα	Οργανωσιακό Κλίμα
Επιστημολογία	Βάσει του γενικού πλαισίου και της Ιδεογραφίας	Συγκριτικό και Νομοθετικό
Άποψη	Γηγενής άποψη	Άποψη του συγγραφέα
Μεθοδολογία	Ποιοτική μελέτη πεδίου	Ποσοτική επισκόπηση στοιχείων
Επίπεδο Ανάλυσης	Υποβόσκουσες αξίες και υποθέσεις	Επιφανειακές εκδηλώσεις
Χρονικός Προσανατολισμός	Ιστορική εξέλιξη	Ανιστόρητα κομμάτια
Θεωρητικά Θεμέλια	Κοινωνική δομή, κριτική θεωρία	Θεωρία πεδίου του Lewin ⁶
Πειθαρχικές Βάσεις	Κοινωνική ανθρωπολογία	Ψυχολογία

Πηγή: (Denison, 1996)

Ο Schein E. (2006), αναφέρει ότι οι μελέτες του οργανωσιακού κλίματος επικεντρώνονται στον τρόπο λειτουργίας ενός οργανισμού ενώ οι μελέτες οργανωσιακής κουλτούρας εστιάζονται στον προσδιορισμό των κοινών αξιών και των κοινών υποθέσεων των μελών του οργανισμού (Schein, 2006). Οι Beng και Wilderom (2004), θεωρούν ότι μια έρευνα του οργανωσιακού κλίματος μπορεί να συνεισφέρει στην αξιολόγηση της παρούσας κατάστασης του οργανισμού ενώ η έρευνα στην οργανωσιακή κουλτούρα εστιάζει σε βαθύτερο επίπεδο και εξετάζει κατά πόσο υπάρχει αποδοχή ή όχι των εργασιακών συμπεριφορών που επικρατούν

⁶ Σύμφωνα με τη θεωρία Πεδίου του Kurt Lewin για να κατανοηθεί ή να προσδιοριστεί μια συμπεριφορά θα πρέπει το άτομο και το περιβάλλον του να μελετηθούν ως «ένα σύνολο από αλληλοεξαρτώμενους παράγοντες». Γι' αυτό ο όρος *πεδίο* περιγράφει όλες τις πλευρές της σχέσης των ατόμων με το περιβάλλον τους και τις συνθήκες που επικρατούν σε αυτό, που επηρεάζουν την ανάπτυξη και τις συμπεριφορές σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή (Lewin, 1939).

στον οργανισμό. Με άλλα λόγια η κουλτούρα διαμορφώνει το κλίμα και το κλίμα εκδηλώνει την κουλτούρα (Berg and Wilderom, 2004). Το κλίμα θα μπορούσε να αναφερθεί ως «οι συναισθηματικές αντιδράσεις» που εκφράζουν τα μέλη του οργανισμού όπως για παράδειγμα την ικανοποίηση από την εργασία ή το κλίμα ασφάλειας που νιώθουν (Guion, 1973).

11.4. Η έννοια της κουλτούρας ασφάλειας και του κλίματος ασφάλειας

Ο όρος *κουλτούρα ασφάλειας* χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από το 1987 στην αναφορά του Nuclear Agency, για το ατύχημα που συνέβη στο Chernobyl το 1986 (International Nuclear Safety Advisory Group, 2001). Στην Έκθεση του INSAG η *κουλτούρα ασφάλειας* περιγράφεται ως εξής: «Κουλτούρα ασφάλειας είναι εκείνο το σύνολο των χαρακτηριστικών και νοοτροπιών που καθορίζει σε άτομα και οργανισμούς, ότι τα θέματα ασφάλειας και πυρηνικών σταθμών είναι υπεράνω όλων και ότι η ασφάλεια πρέπει να τυχαίνει της δέουσας προσοχής, η οποία απορρέει από την σπουδαιότητά της». Αυτή η έννοια εισήχθη με σκοπό να εξηγήσει τον τρόπο με τον οποίο η έλλειψη γνώσης και κατανόησης του κινδύνου και της ασφάλειας τόσο από τους εργαζόμενους όσο και από τον οργανισμό ως σύνολο, συνέβαλε στην έκβαση της καταστροφής (International Nuclear Safety Advisory Group, 2001). Επίσης σύμφωνα με την Συμβουλευτική Επιτροπή για την ασφάλεια των πυρηνικών εγκαταστάσεων, η *κουλτούρα ασφάλειας* ορίζεται ως «η συνισταμένη των ατομικών και ομαδικών αξιών, συμπεριφορών, αντιλήψεων, ικανοτήτων και προτύπων συμπεριφοράς που καθορίζει το επίπεδο δέσμευσης και το ύψος και την αποτελεσματικότητα του Οργανισμού και της διαχείρισης ασφαλείας» (ACSNI, 1993).

Στον χώρο της υγείας, ευρέως διαδεδομένος ορισμός που αναφέρεται στην *κουλτούρα ασφάλειας* είναι αυτός που αναπτύχθηκε από την Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας του Ηνωμένου Βασιλείου και την περιγράφει ως «το προϊόν των ομαδικών και ατομικών αξιών, νοοτροπιών, ικανοτήτων και συμπεριφορών που καθορίζουν την αφοσίωση, το στυλ και την εμπειρία της Διοίκησης της Υγιεινής και Ασφάλειας ενός Οργανισμού» (Human Engineering for the Health and Safety Executive, 2005).

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

Συνεπώς, ο όρος *κουλτούρα ασφάλειας* κατακτώντας διεθνή χρήση πια κατά την προηγούμενη δεκαετία, χρησιμοποιείται γενικά, για να περιγράψει την εταιρική ατμόσφαιρα, μέσα στην οποία η ασφάλεια είναι αντιληπτή και αποδεκτή ως η κύρια προτεραιότητα. Άρα, αυτό που είναι σημαντικό να κατανοήσουμε είναι ότι η κουλτούρα ασφάλειας είναι ένα υποσύνολο της συνολικής κουλτούρας του οργανισμού. Αυτό σημαίνει ότι η απόδοση ασφάλειας ενός οργανισμού επηρεάζεται σημαντικά από παραμέτρους της διοίκησης, οι οποίες παραδοσιακά δεν

αντιμετωπίζονται ως «κομμάτι της ασφάλειας» (Institution of Engineering and Technology, 2009).

Από τη δεκαετία του 1980 και μετά, υπάρχει μια πληθώρα ερευνών γύρω από τα θέματα της κουλτούρας ασφάλειας, αλλά όπως ειπώθηκε και παραπάνω, η «έννοια» σε μεγάλο βαθμό παραμένει «ασαφώς ορισμένη» (Guldenmund, 2000). Ωστόσο, υπάρχουν μερικά κοινά χαρακτηριστικά τα οποία αναγνωρίζονται στους περισσότερους ορισμούς. Αυτά τα κοινά χαρακτηριστικά, που συνδέονται με την κουλτούρα ασφάλειας, ενσωματώνουν τις έννοιες των πεποιθήσεων, των αξιών και των νοοτροπιών που μοιράζεται μια ομάδα ανθρώπων. Οι Glendon και συν. (2006), τονίζουν ότι ένας αριθμός ορισμών για την κουλτούρα ασφάλειας εξαρτάται από τις αντιλήψεις, που μοιράζονται τα άτομα μιας ομάδας μέσα σε έναν οργανισμό ή σε ένα κοινωνικό περιβάλλον. Άρα, είναι εμφανές ότι υπάρχει η τάση αυτή να εκφράζεται με όρους νοοτροπιών και συμπεριφορών (Glendon et al., 2006). Οι Glendon και συν. (2006), επισημαίνουν όμως ότι στην προσπάθεια ορισμού της κουλτούρας ασφάλειας, η πρόθεση μερικών μελετητών είναι να εστιάσουν στις νοοτροπίες ενώ άλλοι δίνουν έμφαση στην κουλτούρα ασφάλειας μέσα από συμπεριφορές και εργασιακές δραστηριότητες. Κατά την άποψή τους δηλαδή, η κουλτούρα ασφάλειας ενός οργανισμού λειτουργεί ως οδηγός για τον τρόπο με τον οποίο θα συμπεριφέρονται οι εργαζόμενοι στο χώρο εργασίας. Οι συμπεριφορές, βέβαια, των εργαζομένων επηρεάζονται ή/και καθορίζονται από το ποιες συμπεριφορές είναι αποδεκτές και συνάμα επιβραβεύονται (Glendon et al., 2006). Επομένως, είναι σημαντικό να προσδιορίσουμε την αντίληψη ενός οργανισμού για την κουλτούρα ασφάλειας, καθώς αυτή αποτελεί τον αποφασιστικότερο παράγοντα της ανθρώπινης απόδοσης και της οργανωσιακής ασφάλειας.

Από την άλλη πλευρά, η έννοια του *κλίματος ασφάλειας* έχει ευρύτατα διερευνηθεί τις τελευταίες δεκαετίες σε βιομηχανίες με σκοπό να προβλεφθούν μη ασφαλείς συμπεριφορές και να διαπιστωθεί η συχνότητα των τραυματισμών και των ατυχημάτων (Sexton et al., 2011). Ο όρος *κλίμα ασφάλειας* χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Zohar (1980) στην προσπάθειά του να περιγράψει τις αντιλήψεις των εργαζομένων για την αξία και τον ρόλο της ασφάλειας στους οργανισμούς τους (Zohar, 1980). Συγκεκριμένα το *κλίμα ασφάλειας* δηλώνει τις αντιλήψεις των εργαζομένων για τις πολιτικές, τις διαδικασίες και τις πρακτικές που ισχύουν στον οργανισμό όπως αυτές συνδέονται με την αξία, τη σπουδαιότητα και την πραγματική προτεραιότητα της ασφάλειας εντός του οργανισμού (Zohar, 1980, Huang et al., 2010b). Επιπλέον το *κλίμα ασφάλειας* αναφέρεται στα χαρακτηριστικά της κουλτούρας ασφάλειας τα οποία διακρίνονται για τις στάσεις και τις αντιλήψεις των εργαζομένων σε μια δεδομένη χρονική στιγμή. Θεωρείται ότι πρόκειται για ένα δείκτη για την επικρατούσα κουλτούρα ασφάλειας μιας εργασιακής ομάδας ή γενικότερα ενός οργανισμού (Flin et al., 2000). Περιλαμβάνει δηλαδή τους παράγοντες που σχετίζονται με τη σθεναρή και προληπτική δέσμευση απέναντι στην ασφάλεια του ασθενούς (Sexton et al., 2006b). Ο όρος *σθεναρή* περιλαμβάνει τον τρόπο με τον οποίο τα ζητήματα ασφάλειας του ασθενούς και τα ανεπιθύμητα συμβάντα αναφέρονται, διαχειρίζονται και αντιμετωπίζονται ενώ ο όρος *δέσμευση*

σχετίζεται με τις στάσεις των στελεχών μέσα στον οργανισμό απέναντι στην ασφάλεια του ασθενούς (Pronovost et al., 2003). Με άλλα λόγια, ο όρος *κλίμα ασφάλειας* αναφέρεται στις αντιλήψεις του προσωπικού σχετικά με την προστασία των ασθενών από ιατρικά λάθη και τραυματισμούς που προκύπτουν κατά την παροχή υγειονομικής φροντίδας και το εργασιακό περιβάλλον (Blegen et al., 2005).

Μια ισχυρή δέσμευση των στελεχών μέσα στον οργανισμό αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ασφάλειας της υπηρεσίας. Σε θετικά κλίματα ασφάλειας, οι υπηρεσίες καθοδηγούνται πρωταρχικά από την δέσμευση για ασφάλεια του ασθενούς και βελτίωση της ποιότητας παρά από άλλα θέματα του οργανισμού όπως είναι οι προϋπολογισμοί (Edmondson, 2004).

Ο Niskanen όπως αναφέρει ο Guldenmund (2000), ορίζει το *κλίμα ασφάλειας* ως «το σύνολο των στάσεων που μπορεί να γίνουν αντιληπτές για ένα συγκεκριμένο έργο μέσα σε έναν οργανισμό οι οποίες είναι δυνατές να προκύψουν από πολιτικές και πρακτικές που οι ίδιοι οργανισμοί επιβάλλουν στους εργαζομένους και τους ανώτερους τους». Ενώ ο ορισμός που δίδεται από τους Cabrera και συν.(1995), αναφέρεται στις κοινές αντιλήψεις των μελών του οργανισμού σε σχέση με το περιβάλλον εργασίας και πιο συγκεκριμένα τις συνδέουν με τις πολιτικές ασφάλειας του οργανισμού (Guldenmund, 2000).

Επισημαίνεται από τον Yule (2003), ότι οι ορισμοί του κλίματος ασφάλειας σχετίζονται άμεσα με την κουλτούρα ασφάλειας (Yule, 2003). Αναφέρει για παράδειγμα πως ο Guldenmund (2000), αναγνωρίζει κοινά σημεία στο σύνολο και των δύο εννοιών (Guldenmund, 2000). Ωστόσο διακρίνονται κάποιες σημαντικές διαφορές καθώς η κουλτούρα ασφάλειας αναφέρεται περισσότερο σε υποκειμενικά κοινές πεποιθήσεις, αξίες και στάσεις απέναντι στην εργασία και στον οργανισμό γενικότερα ενώ το κλίμα ασφάλειας είναι πιο κοντά στις λειτουργίες του οργανισμού και ειδικότερα χαρακτηρίζεται από τις καθημερινές αντιλήψεις σε σχέση με το εργασιακό περιβάλλον, τις εργασιακές πρακτικές, τις πολιτικές του οργανισμού και τις διοικητικές δραστηριότητες.

11.5. Ο ρόλος της κουλτούρας ασφάλειας στη διερεύνηση των ατυχημάτων

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

- Η *θεωρία των συστημάτων (Systems Theory)*, ενισχύει την αντίληψη ότι η πλειονότητα των λαθών δεν προκαλούνται από αμέλεια ή ανικανότητα αλλά από τα τρωτά σημεία των συστημάτων καθιστώντας το εργασιακό περιβάλλον επιρρεπές στα λάθη. Οι λανθάνουσες συνθήκες (latent conditions) απορρέουν από ελλείψεις ή ελαττώματα στις οργανωτικές λειτουργίες, όπως στην ανάπτυξη πολιτικών και πρωτοκόλλων, προϋπολογισμών, στελέχωσης,

συντήρησης εξοπλισμού και διαχείρισης διαδικασιών. Τέτοιου είδους ανεπάρκειες είναι δυνατό να δημιουργούν συνθήκες εργασίας που προκαλούν την ανθρώπινη τάση για λάθη και επιπλέον πιέζουν τα όρια της ανθρώπινης απόδοσης (Reason, 1990).

- ➔ *Η θεωρία των ανθρώπινων παραγόντων (Human Factors Theory) βασίζεται κατά τον Reason στο εξής αξίωμα: «δεν μπορούμε να αλλάξουμε την ανθρώπινη κατάσταση, μπορούμε όμως να αλλάξουμε τις συνθήκες μέσα στις οποίες οι άνθρωποι εργάζονται» (Reason, 1990). Η σχέση της θεωρίας των Ανθρώπινων Παραγόντων με τη δημιουργία κουλτούρας ασφάλειας βασίζεται σε τρεις (3) αρχές που καθοδηγούν το σχεδιασμό των συστημάτων και οι οποίες είναι οι εξής: (1) Η πρόληψη των λαθών με το σχεδιασμό τέτοιων συστημάτων, που εξουδετερώνουν τις προβλέψιμες ανθρώπινες αδυναμίες, κάνοντας έτσι πιο δύσκολη την εκτέλεση λάθους. (2) Η μη απόκρυψη των λαθών με στόχο την διαχείρισή τους. (3) Η ανάπτυξη μεθόδων που μετριάζουν τις επιπτώσεις των λαθών κατά την εμφάνισή τους (Porto, 2001).*

11.6. Χαρακτηριστικά της θετικής κουλτούρας ασφάλειας

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

Τελικά, θα μπορούσε κανείς να πει ότι η οργανωσιακή κουλτούρα ασφάλειας αντανακλά τον τρόπο με τον οποίο διοικείται η ασφάλεια στον εργασιακό χώρο. Ωστόσο είναι σημαντικό να σημειώσουμε ότι ένα σύστημα διοίκησης ασφάλειας δεν αποτελείται απλώς από ένα σύνολο πολιτικών και διαδικασιών σε ένα ράφι βιβλιοθήκης, αλλά είναι η διαχείριση της ασφάλειας και ο τρόπος με τον οποίο οι πολιτικές και οι διαδικασίες εφαρμόζονται στην καθημερινή πρακτική μέσα στο χώρο εργασίας (Kennedy and Kirwan, 1995). Επιπλέον, η φύση της διαχείρισης ασφάλειας στον εργασιακό χώρο (πχ πόροι, πολιτικές, πρακτικές και διαδικασίες, έλεγχος κ.λπ.) επηρεάζει την κουλτούρα και το κλίμα ασφάλειας του οργανισμού (Kennedy and Kirwan, 1995). Η Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας (2000), πιστεύει ότι τελικά η διοίκηση ασφάλειας πρέπει να ενσωματώνεται στο οργανωσιακό σύστημα και στην πρακτική της διοίκησης (HSG65, HSE 2000) και βέβαια σε βιομηχανίες υψηλού κινδύνου η ασφάλεια οφείλει να αποτελεί τη νούμερο ένα προτεραιότητα. Οι Shanon και συν. (1997), διεξήγαγαν μια ανασκόπηση δέκα (10) μελετών, οι οποίες εξέταζαν

τη σχέση μεταξύ οργανωσιακών παραγόντων και το ρυθμό εμφάνισης ατυχημάτων. Στην ανασκόπηση συμπεριέλαβαν μόνο τις μελέτες που έκαναν συγκρίσεις μεταξύ τουλάχιστον είκοσι (20) εργασιακών χώρων. Για να θεωρηθεί μια μεταβλητή, σταθερά σχετιζόμενη με το ρυθμό ατυχημάτων ή σχέση έπρεπε: (1) να είναι στατιστικώς σημαντική προς μια κατεύθυνση τουλάχιστον στα δύο τρίτα των υπό εξέταση μελετών και (2) να μην είναι σημαντική στην αντίθετη κατεύθυνση σε κάποια άλλη μελέτη. Οι μεταβλητές που κατηγοριοποιήθηκαν από διάφορους οργανισμούς ήταν δεκαεπτά (17). Αυτό που βρέθηκε ήταν ότι όλες οι μεταβλητές πληρούσαν τα κριτήρια του να είναι σταθερά σχετιζόμενες με χαμηλό ρυθμό εμφάνισης ατυχημάτων. Μερικές από αυτές τις μεταβλητές περιλαμβάνουν (Shannon et al., 1997):

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

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

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

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

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

11.7. Η έννοια του κινδύνου και η αναγκαιότητα της διαχείρισής του

Η έννοια του κινδύνου εμφολωρεί σε όλες τις ανθρώπινες δραστηριότητες και έχει τις ρίζες της στην άγνοια των αποτελεσμάτων που θα επέλθουν. Οι κίνδυνοι εξαρτώνται από τον τόπο, τον χρόνο και της ιδιόζουσες συνθήκες κάθε φορά και γι' αυτό δεν είναι πάντοτε οι ίδιοι. Κατά συνέπεια ο κίνδυνος μπορεί να ορισθεί ως η έκθεση στην αβεβαιότητα ενώ ως προς μια συγκεκριμένη δραστηριότητα κίνδυνος είναι η πιθανότητα εμφάνισης ενός μη επιθυμητού ή αντίστοιχα η απουσία ενός επιθυμητού αποτελέσματος (Lhabitant, 2001).

Κατά τον Μπαμπινιώτη κίνδυνος είναι «το αρνητικό ενδεχόμενο, η πιθανότητα να συμβεί κάτι κακό». Στο Πρότυπο AS/NZS 4360:2004 της Αυστραλίας και της Νέας Ζηλανδίας ως κίνδυνος ορίζεται η δυνατότητα να συμβεί κάτι το οποίο θα έχει επιπτώσεις στους αντικειμενικούς σκοπούς του οργανισμού. Ο ΔΟΤ στο έγγραφο «ISO/IEC οδηγός 73 Διαχείριση Κινδύνου – Λεξιλόγιο – Οδηγίες για χρήση στα πρότυπα (Guide 73 Risk Management – Vocabulary – Guidelines for use in standards)» ορίζει ως κίνδυνο τον συνδυασμό της πιθανότητας να συμβεί ένα γεγονός και των επιπτώσεων του, ενώ ο Cox (2007), ορίζει τον κίνδυνο ως την πιθανότητα να συμβεί ένα δυσμενές συμβάν πολλαπλασιασμένη επί τη σοβαρότητα των επιπτώσεων αυτού του δυσμενούς συμβάντος (Cox, 2007).

Ο κίνδυνος περικλείει την μη βεβαιότητα του αποτελέσματος και τη βλάβη (Kaplan and Garrick, 1981):

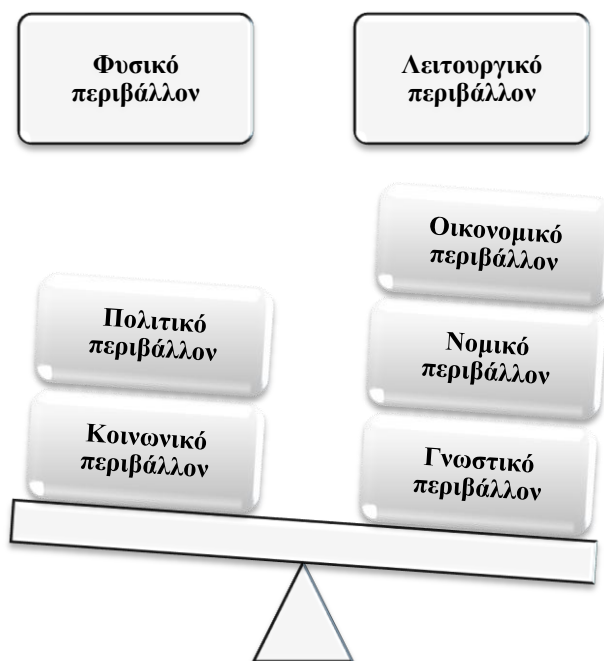
Κίνδυνος = μη βεβαιότητα + βλάβη

Ο Kaplan and Garrick (1981), συνδέουν τον κίνδυνο με την ασφάλεια υποστηρίζοντας ότι γενεσιουργό αιτία του κινδύνου αποτελούν οι παράγοντες κινδύνου (hazards) αλλά δύναται να περιοριστεί αξιοσημείωτα αυξάνοντας την ασφάλεια, ποτέ όμως δεν θα εξαληφθεί πλήρως. Η σχέση αυτή εκφράζεται από την παρακάτω ισότητα (Kaplan and Garrick, 1981):

Κίνδυνος = παράγοντας κινδύνου/ασφάλεια

Οι κίνδυνοι που απειλούν τους οργανισμούς σήμερα παρά την ετερογένεια που τους χαρακτηρίζει έχουν και πολλά κοινά χαρακτηριστικά γεγονός που επιτρέπει την κατάταξη τους σε είδη κινδύνων για την διευκόλυνση της συστηματικής αντιμετώπισής τους. Στην βιβλιογραφία εντοπίζονται διάφορα παραδείγματα κατηγοριοποίησης των κινδύνων ανάλογα με τις ανάγκες κάθε οργανισμού. Παρακάτω παρουσιάζεται η κατηγοριοποίηση που πρότειναν οι Williams και συν. (1995), κατά την πηγή προέλευσής των κινδύνων (Διάγραμμα 11.1) (Williams et al., 1995).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.1 Κατηγοριοποίηση κινδύνων ανάλογα με την πηγή προέλευσής τους



Πηγή: (Williams et al., 1995)

Η Ομοσπονδιακή Διοίκηση Αεροπορίας (Federal Aviation Administration, FAA) στις ΗΠΑ στο εγχειρίδιο κανονισμών ασφάλειας του συστήματος που εξέδωσε το 2000 διαχωρίζει τους κινδύνους σε έξι (6) κατηγορίες (FAA, 2000):

- *Προσδιορισμένος κίνδυνος (Identified risk)*: Ο κίνδυνος ο οποίος έχει προσδιοριστεί ότι υπάρχει με τη χρήση κατάλληλων εργαλείων.
- *Απροσδιόριστος κίνδυνος (unidentified risk)*: Ο κίνδυνος ο οποίος δεν έχει προσδιοριστεί ότι υπάρχει.
- *Συνολικός κίνδυνος (Total risk)*: Προσδιορισμένος και μη.
- *Αποδεκτός κίνδυνος (Acceptable risk)*: Ο προσδιορισμένος κίνδυνος που παραμένει ακόμα και μετά την εφαρμογή ελέγχων.
- *Μη αποδεκτός κίνδυνος (unacceptable risk)*: Ο προσδιορισμένος κίνδυνος ο οποίος πρέπει να ελεγχθεί περαιτέρω και να μειωθεί.

- **Υπολειπόμενος κίνδυνος (residual risk):** Ο κίνδυνος που παραμένει μετά τις προσπάθειες διαχείρισής του. Περιλαμβάνει τον αποδεκτό και τον απροσδιόριστο και τον αποδεκτό κίνδυνο.

Η *διαχείριση του κινδύνου (risk management)* ορίζεται ως «μια συστηματική, συντονισμένη και συνεχής προσέγγιση στη διάγνωση, την ανάλυση, την εκπαίδευση, την αποφυγή, την πρόληψη της απώλειας και τον έλεγχο του κινδύνου». Κατά το Πρότυπο AS/NZS 4360:2004 η διαχείριση κινδύνου έχει δύο (2) έννοιες. Κατά την ευρύτερη έννοια περιλαμβάνει την κουλτούρα, τις διεργασίες και τις δομές που έχουν ως στόχο την υλοποίηση ενδεχόμενων ευκαιριών ενώ παράλληλα γίνεται διαχείριση αντίξωων αποτελεσμάτων. Κατά την έννοια της διεργασίας αναφέρεται στη συστηματική εφαρμογή πολιτικών, διεργασιών και πρακτικών στα στάδια επικοινωνίας, καθιέρωσης γενικού πλαισίου, ταυτοποίησης, ανάλυσης, αξιολόγησης, αντιμετώπισης, παρακολούθησης και επανεξέτασης κινδύνων (Al-Dorzi Hasan et al., 2014).

Ο Culp (2001), προτείνει την διαχείριση του κινδύνου μέσω πέντε (5) αυτόνομων δραστηριοτήτων Διάγραμμα 11.2 (Culp, 2001).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.2 Δραστηριότητες διεργασίας διαχείρισης κινδύνου



Πηγή: (Culp, 2001)

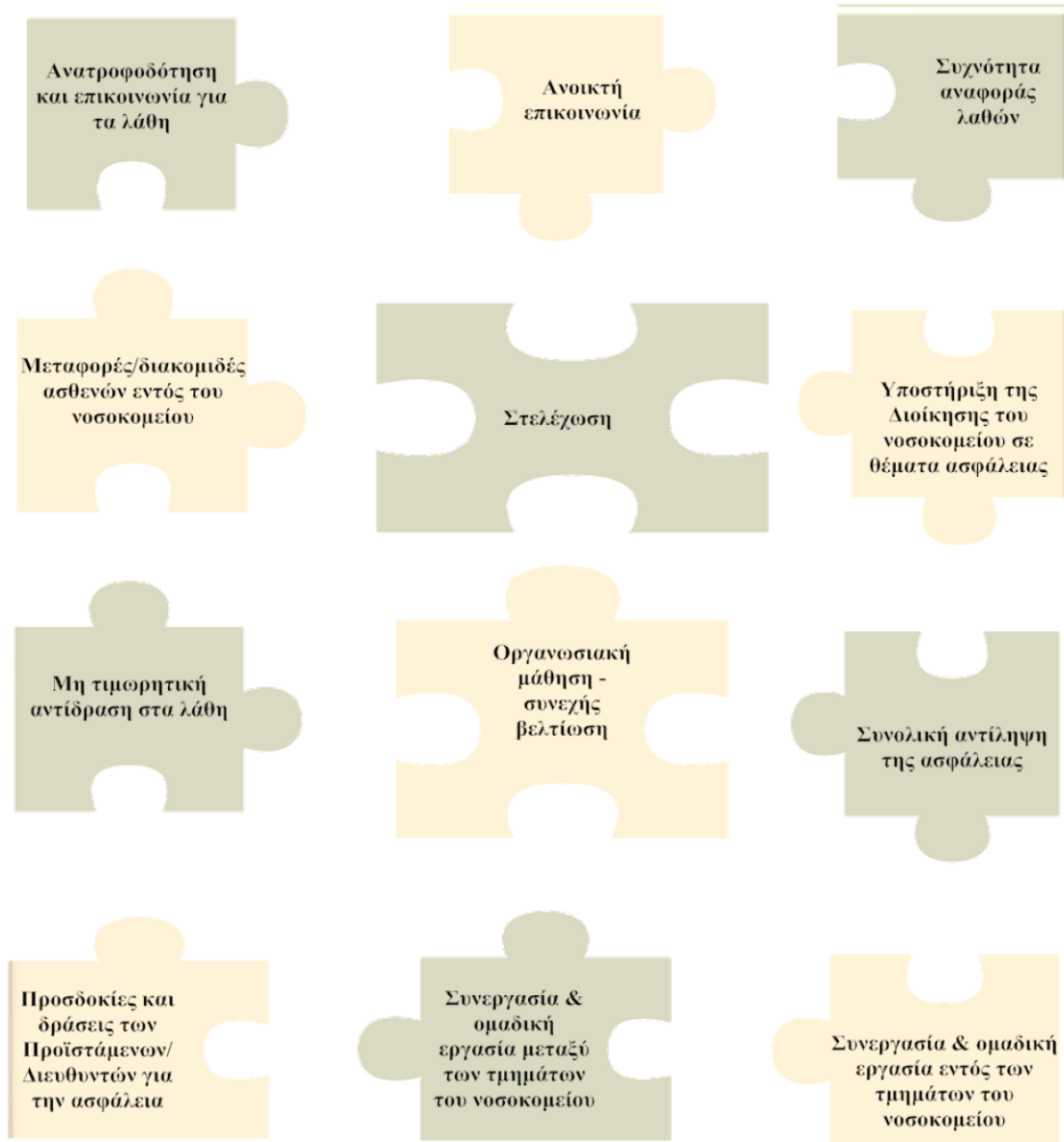
Συνοψίζοντας θα λέγαμε ότι ο κίνδυνος ελλοχεύει σε πάσης φύσεως ανθρώπινη δραστηριότητα, είναι απρόβλεπτος και οι επιπτώσεις του μπορεί να είναι εξαιρετικά σημαντικές για έναν οργανισμό και γι' αυτούς που έχουν έννομο συμφέρον από αυτόν. Ο κίνδυνος εξαρτάται από τους ανθρώπους, τα συστήματα, τις διεργασίες, τις διαδικασίες και το περιβάλλον ενός οργανισμού και κατά συνέπεια ο βαθμός από τον οποίο κινδυνεύει ο οργανισμός είναι συνάρτηση του τρόπου οργάνωσής του, των

δεξιοτήτων και της εκπαίδευσης του προσωπικού, των διεργασιών και των ελέγχων που εφαρμόζει, των συστημάτων που χρησιμοποιεί, της ποιότητας του μάνατζμεντ σε όλες τις βαθμίδες, των πολιτικών και των στρατηγικών της διοίκησης έναντι των κινδύνων, των κανόνων δεοντολογίας και της κουλτούρας που έχει αναπτύξει.

11.8. Παράμετροι που συνδέονται με την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς

Η κουλτούρα ασφάλειας στον τομέα της υγείας επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, οι οποίοι αναφέρονται ως τομείς ή παράμετροι με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά (Sexton et al., 2006b). Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με την ηγεσία, το εργασιακό περιβάλλον, το προσωπικό, τις πρακτικές ασφάλειας (Reason, 1998) και αποτελούν επιμέρους συνιστώσες της κουλτούρας ασφάλειας. Οι συνιστώσες αυτές, σύμφωνα με την έρευνα των Sammer και συν. (2010), είναι η ηγεσία, η ομαδική εργασία, η ενσωμάτωση της γνώσης βάσει αποδείξεων, η επικοινωνία, ο οργανισμός που μαθαίνει από τα λάθη του, η κατανομή ευθυνών για τα λάθη στο σύστημα και όχι στα άτομα μεμονωμένα καθώς και η φροντίδα υγείας που επικεντρώνεται στον ασθενή (Sammer et al., 2010). Παρόμοια αποτελέσματα ανέδειξε και η έρευνα των El-Jardali και συν. (2011), σύμφωνα με την οποία οι παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στη δημιουργία θετικής κουλτούρας ασφάλειας είναι η αναφορά των ανεπιθύμητων συμβάντων και η μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη, η κατάλληλη επικοινωνία, η δέσμευση της ηγεσίας και της διοίκησης για τη δημιουργία κουλτούρας ασφάλειας, η επαρκής στελέχωση και η διαπίστευση του νοσοκομείου (El-Jardali et al., 2011). Επίσης σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο που ανέπτυξαν στις ΗΠΑ οι Sorra και Nieva (2004), το οποίο χρησιμοποιείται στην παρούσα μελέτη για την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς σε γενικά και ειδικά νοσοκομεία, η κουλτούρα ασφάλειας περιλαμβάνει δώδεκα (12) παραμέτρους, τις ακόλουθες (Διάγραμμα 11.3) (Sorra and Nieva, 2004):

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.3 Παράμετροι κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς



Πηγή: (Sorra and Nieva, 2004)

11.9. Συμπεράσματα

Οι όροι *ασφάλεια του ασθενούς* και *ιατρικά λάθη* συνδέθηκαν άμεσα με το *κλίμα ασφάλειας* ενός οργανισμού. Το κλίμα ασφάλειας στο χώρο εργασίας είναι μια σύνθετη μεταβλητή που επηρεάζεται τόσο από εγγενή χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας (ένταση – ρυθμός, εργασίας - stress, απόκτηση εμπειρίας, είδος περιστατικών) όσο και από παραμέτρους που αφορούν στις συγκεκριμένες συνθήκες εργασίας (ρόλος διοίκησης, ομαδικό κλίμα), αλλά και στον κάθε μεμονωμένο επαγγελματία υγείας (ικανοποίηση από την εργασία, αγάπη για το επάγγελμα). Στο πλαίσιο μιας ολιστικής παρέμβασης για την ανάπτυξη κουλτούρας ασφάλειας στα νοσοκομεία, οι τρεις (3) μείζονες προσδιοριστικές της συνιστώσες (αντικείμενο εργασίας, περιβάλλον εργασίας και ιδιαίτερα ατομικά γνωρίσματα) θα πρέπει να αντιμετωπιστούν παράλληλα και σφαιρικά. Ζητούμενο είναι το τελικό αποτέλεσμα να

αφορά στοχευμένα στις καταλληλότερες για κάθε κατηγορία εργαζομένων και περίσταση, ενέργειες. Η δημιουργία θετικής κουλτούρας ασφάλειας θεωρήθηκε απαραίτητη προϋπόθεση για την αποφυγή των λαθών και την ασφάλεια του ασθενούς. Γι' αυτούς τους λόγους καθιερώθηκε σε αρκετές αναπτυγμένες χώρες η χρήση ψυχομετρικών εργαλείων, ειδικά κατασκευασμένων για την αξιολόγησή της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12 Αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς

«Το μοναδικό πραγματικό σφάλμα είναι αυτό από το οποίο δεν μαθαίνουμε τίποτα»

(John Powell)

12.1 Εισαγωγή

Στα πλαίσια της πρόληψης των λαθών, οι Ευρωπαϊκοί Οργανισμοί συνεχίζουν να συζητούν μεθόδους και εργαλεία, που θα συμβάλουν αποτελεσματικότερα στη διασφάλιση ασφαλούς και υψηλής ποιότητας φροντίδας, καθώς και στην εξασφάλιση πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες.

Επιπλέον, η AHRQ έχει χρηματοδοτήσει τη δημιουργία ποιοτικών εργαλείων και πόρων, έτσι ώστε να παρέχουν προσβάσιμες ερευνητικές αποδείξεις, οι οποίες να προσαρμόζονται εύκολα στις διάφορες κλινικές περιπτώσεις. Τα εργαλεία ποιότητας περιλαμβάνουν ιστοσελίδες, αναφορές, βάσεις δεδομένων, ενημερωτικά δελτία, οδηγούς και άλλους μηχανισμούς, με στόχο να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας, τους νομοθέτες στον τομέα υγείας, τα σχέδια δράσης για την υγεία, τους εργοδότες, τους ασθενείς καθώς και τους καταναλωτές στη δημιουργία, προώθηση και ανάπτυξη της ποιότητας, στον οργανισμό ή στην καθημερινότητα ενός ατόμου. Όπως προκύπτει, η αξία των εργαλείων στην εφαρμογή των πρακτικών αυτών, στη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας του ασθενούς είναι προφανής. Συνεπώς, η διερεύνηση των παραγόντων, που σχετίζονται με την εμφάνιση των λαθών μέσω της χρήσης εργαλείων είναι αναγκαία και απαραίτητη (Nix et al., 2006).

12.2 Σημασία της αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας στις μονάδες υγείας

Η αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας αποτελεί το πρώτο στάδιο για την ανάπτυξη κουλτούρας ασφάλειας, αφού αποτελεί ένδειξη του επιπέδου ασφάλειας του οργανισμού και συντείνει στην πρόληψη των λαθών (Hellings et al., 2010). Για την αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας, απαιτείται η μέτρηση του, η οποία πραγματοποιείται κυρίως με τη χρήση δομημένων ερωτηματολογίων ή με συνεντεύξεις. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γίνεται ανώνυμα από τους επαγγελματίες υγείας και οι βαθμολογίες τους αθροίζονται για να αξιολογηθεί συνολικά το κλίμα ασφάλειας του οργανισμού και να εντοπιστούν οι κύριες παράμετροι που το επηρεάζουν (Zohar et al., 2007). Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης περιλαμβάνουν τις απόψεις των εργαζομένων για τις συνιστώσες της κουλτούρας ασφάλειας, την επιθυμία τους να αναφέρουν ανεπιθύμητα συμβάντα και τη συνολική βαθμολογία που δίνουν στα τμήματα που εργάζονται (Sorra and Nieva, 2004). Δηλαδή μέσα από αυτή τη διαδικασία αποδεικνύεται κατά πόσο η ασφάλεια του ασθενούς αποτελεί προτεραιότητα μέσα στον οργανισμό και αποκαλύπτονται πληροφορίες για τη στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα λάθη.

Τα οφέλη από την αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας, είναι πολλά τόσο σε ατομικό όσο και σε οργανωτικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, σε ατομικό επίπεδο, ενισχύεται η

ενημέρωση του προσωπικού για τις παραμέτρους και τις συμπεριφορές, που επηρεάζουν την ασφάλεια του ασθενούς και παράλληλα γίνεται ανατροφοδότηση για τα λάθη και τις παραλείψεις που συμβαίνουν. Σε επίπεδο οργανισμού, η αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας απαιτείται από τους διεθνείς οργανισμούς διαπίστευσης, χρησιμεύει ως διαγνωστικό εργαλείο για τον εντοπισμό παραμέτρων της κουλτούρας ασφάλειας που χρήζουν βελτίωσης, χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση των προγραμμάτων βελτίωσης της ασφάλειας, καθώς και για τη συγκριτική αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας του νοσοκομείου με αντίστοιχα άλλων νοσοκομείων (Nieva and Sorra, 2003, Smits et al., 2009). Επίσης αποτελεί μέσο για τη βελτίωση της αξιοπιστίας των νοσοκομείων αφού συντείνει στον επανασχεδιασμό των υφιστάμενων διαδικασιών, αλλά και στη διόρθωση οργανωτικών παραγόντων, που κάνουν τους επαγγελματίες υγείας πιο επιρρεπείς στα λάθη (Neal and Griffin, 2004).

12.3 Πηγές εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας και της ασφάλειας του ασθενούς

Το Δεκέμβριο του 2003, η AHRQ δημιούργησε την ιστοσελίδα, η οποία φιλοξενεί τα εργαλεία ποιότητας στην υγεία. Εν ολίγοις, ο ιστοχώρος αυτός εδραιώθηκε ως μια βάση δεδομένων, αλλά και ως μια διαδικτυακή πύλη πρακτικών και έτοιμων προς χρήση εργαλείων για την αξιολόγηση, μέτρηση, προώθηση και βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης στην Αμερική. Η αποστολή της Υπηρεσίας αυτής είναι να προσφέρει στους παρόχους υγειονομικής φροντίδας, στην πολιτική ηγεσία του εκάστοτε Υπουργείου Υγείας, στους ασθενείς – καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας και τους ερευνητές έναν προσβάσιμο μηχανισμό, ο οποίος να παρέχει προτάσεις, πρωτοβουλίες και αρχές για την βελτίωση της ποιότητας, να βελτιώνει την παροχή και λήψη περίθαλψης, να υποβοηθά τις αποφάσεις, που αφορούν στην περίθαλψη, και να εκπαιδεύει τον κάθε πελάτη ξεχωριστά σχετικά με τις ανάγκες της υγειονομικής του περίθαλψης (Nix et al., 2006).

Τα περιεχόμενα του QualityTools περιλαμβάνουν περιλήψεις των εργαλείων οι οποίες αποτελούν έναν εύχρηστο μηχανισμό για την λήψη τυποποιημένων πληροφοριών για τα εργαλεία, ενώ επιπλέον περιλαμβάνουν εξωτερικούς συνδέσμους για άλλους ιστοχώρους αφιερωμένους στο κάθε εργαλείο ξεχωριστά (Nix et al., 2006).

National Guideline Clearinghouse (Εθνικό Γραφείο Οδηγιών)

Το National Guideline Clearinghouse (NGC, www.guideline.gov) της AHRQ, μια διαδικτυακή αποθήκη με πρακτικές οδηγίες, βασισμένες σε αποδείξεις, που δημιουργήθηκε το 1998, αποτελεί μία επιπρόσθετη πηγή εργαλείων. Ενώ το QualityTools και το NGC αποτελούν παρεμφερείς ιστοσελίδες, εντούτοις, ένα από τα κριτήρια του QualityTools είναι το εργαλείο να είναι προσβάσιμο από το διαδίκτυο, κάτι το οποίο δεν ισχύει και για το NGC. Επομένως, οι νοσηλευτές μπορούν να βρουν εργαλεία στο NGC που δεν υπάρχουν στο QualityTools. Τα εργαλεία, τα οποία είναι διαθέσιμα στο NGC έχουν αναπτυχθεί σε συνδυασμό με οδηγίες για να βοηθήσουν τους παρόχους φροντίδας (νοσηλευτές, ιατρούς, νοσοκομεία) να τα εφαρμόσουν. Το

NGC περιλαμβάνει πάνω από 1.500 εργαλεία συνοδευόμενα από οδηγίες. Οι κλινικοί αλγόριθμοι, οδηγοί τσέπης και σύντομοι βοηθητικοί οδηγοί συγκροτούν περισσότερο από τα 2/3 του συνόλου των εργαλείων. Οι περισσότεροι υπεύθυνοι για τη δημιουργία και ανάπτυξη οδηγιών και σχετικών εργαλείων, αναπτύσσουν συνήθως περισσότερα από ένα (1) εργαλεία. Όπως και το QualityTools, το NGC ανανεώνεται κάθε βδομάδα με νέα και βελτιωμένα εργαλεία και οδηγίες (Nix et al., 2006).

Patient Safety Network (Δίκτυο ασφάλειας ασθενούς)

Τα εργαλεία, που αναπτύχθηκαν για χρήση σε προγράμματα σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς μπορούν να ληφθούν μέσω της νέας ιστοσελίδας της AHRQ, το «Patient Safety Network» AHRQ PSNet (<http://psnet.ahrq.gov/>). Αυτή η σελίδα αποτελεί μια πολύτιμη πύλη για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς και την πρόληψη ιατρικών λαθών, ενώ αποτελεί ταυτόχρονα την πρώτη συνολική προσπάθεια ώστε να μάθουν οι παροχείς υπηρεσιών υγείας, οι διοικούντες, και οι καταναλωτές για όλες τις πτυχές της ασφάλειας του ασθενούς. Η ιστοσελίδα περιλαμβάνει περιλήψεις των εργαλείων και συμπεράσματα ερευνών σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς, πληροφορίες σχετικά με επερχόμενες συναντήσεις και διασκέψεις καθώς και συνδέσμους με άρθρα, βιβλία και αναφορές. Οι ακόλουθοι τύποι εργαλείων μαζί με τον διαθέσιμο αριθμό τους είναι κάποιες από τις κατηγορίες που υπάρχουν σε αυτή τη σελίδα: οπτικοακουστικά είκοσι τρία (23), βιβλία/αναφορές εκατό οκτώ (108), κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες οκτώ (8) και ιστοχώροι εκατό πενήντα τέσσερις (154), οι οποίοι περιλαμβάνουν συνδέσμους με προγράμματα σπουδών / μαθημάτων, βάσεις δεδομένων, χώρους συζητήσεων και κυβερνητικές ιστοσελίδες (Nix et al., 2006).

Προσαρμογή των εργαλείων για τοπική χρήση

Επιπλέον, ομοσπονδιακά χρηματοδοτούμενες οδηγίες και εργαλεία διατίθενται στο δημόσιο τομέα, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν χωρίς να ληφθεί σχετική άδεια, η οποία να εμπίπτει στα πλαίσια του νόμου περί πνευματικής ιδιοκτησίας. Μερικά από αυτά, ωστόσο, είναι πιθανόν να περιλαμβάνουν συγκεκριμένους πίνακες ή υλικό, το οποίο καλύπτεται από περιορισμούς πνευματικών δικαιωμάτων. Σε περίπτωση, που οι δημιουργοί διατηρούν τα πνευματικά δικαιώματα του προϊόντος τους, πρέπει να ληφθεί άδεια από τους ίδιους για τη χρησιμοποίηση του υλικού τους, ενώ μπορεί να υπάρξει και χρηματικό αντίτιμο. Η κάθε ιστοσελίδα αναφέρει τις απαιτήσεις της για τη λήψη και χρησιμοποίηση των εργαλείων της, και κατά πόσο απαιτείται άδεια πνευματικών δικαιωμάτων (Nix et al., 2006).

12.4 Τα ερευνητικά εργαλεία της αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς

Οι προσπάθειες για την αξιολόγηση και τη βελτίωση της κουλτούρας ασφάλειας, και σαφέστερο προσδιορισμό του ρόλου της στην ασφάλεια του ασθενούς, διευκολύνονται από τις μετρήσεις της. Με τον προσδιορισμό των χαρακτηριστικών ενός οργανισμού, τα οποία είναι αρνητικά για τους πελάτες, και ενδεχομένως

σχετίζονται με την ασφάλεια, οι Προϊστάμενοι έχουν τη δυνατότητα να παρέμβουν, ώστε να βελτιώσουν την ποιότητα της περίθαλψης (Sexton et al., 2006c).

Τα υπάρχοντα εργαλεία αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς είναι πολυάριθμα, ενώ είναι λιγιστές οι πληροφορίες στη βιβλιογραφία, που παρέχουν καθοδήγηση στους χρήστες ή τους ερευνητές για την επιλογή των εργαλείων για έρευνα ή για πρωτοβουλίες σχετικά με τις μετρήσεις για την βελτίωση της ασφάλειας (Sexton et al., 2006c).

Οι Scott και συν. (2003), δημοσίευσαν μια ανασκόπηση των διαθέσιμων εργαλείων για τη μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας στο χώρο της υγείας. Οι συγγραφείς βρήκαν (9) εννέα εργαλεία που πληρούσαν τα κριτήρια εγκυρότητας και αξιοπιστίας. Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης έδειξαν ότι τα εργαλεία ποικίλουν αξιοσημείωτα ως προς τη θεωρία, την τυποποίηση, το μέγεθος, το σκοπό και τις επιστημονικές ιδιότητες. Για τον λόγο αυτό, η επιλογή ενός εργαλείου θα πρέπει να καθορίζεται από το σκοπό της έρευνας, από τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η οργανωσιακή κουλτούρα, από την πρόθεση χρήσης των αποτελεσμάτων και από τη διαθεσιμότητα των πόρων (Scott et al., 2003).

Την πληθώρα των εργαλείων έρχεται να επιβεβαιώσει με τα αποτελέσματα της και η εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπησης που πραγματοποιήθηκε από το EUNetPas σύμφωνα με την οποία εντοπίστηκαν είκοσι τέσσερα (24) εργαλεία αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς τα οποία χρησιμοποιήθηκαν ευρέως εντός και εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης και είναι τα ακόλουθα (EUNeTPaS, 2009):

- Checklist for Assessing Institutional Resilience
- Culture of Safety Survey
- Danish Patient Safety Culture Questionnaire
- Error Orientation Questionnaire
- Hospital Culture Questionnaire
- Hospital Survey on Patient Safety
- Hospital Survey on Patient Safety Culture
- Manchester Patient Safety Assessment Framework
- Nursing Unit Cultural Assessment Instrument
- Patient Safety Climate in Aesthesia
- Patient Safety Culture Questionnaire
- Patient Safety Culture in Healthcare Organizations Survey
- Safety Attitudes Questionnaire
- Safety Climate Assessment Tool
- Safety Climate Scale

- Safety Climate Survey
- Stanford Safety Culture Instrument
- Teamwork and Patient Safety Attitudes Questionnaire
- Trainee Supplemental Survey
- TUKU – Safety Culture in Health Care Survey
- Veteran Affairs Palo Alto / Stanford Patient Safety Center for Inquiry
- Veterans Health Administration Patient Safety Culture Questionnaire
- Vienna Safety Culture Questionnaire
- World Alliance for Patient Safety Hand Hygiene Campaigns Healthcare - Units Survey on Patient Safety Culture.

Η πλειονότητα των εργαλείων αυτών έχει σχεδιαστεί και εφαρμοστεί για την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς σε νοσοκομεία, ελάχιστα από αυτά έχουν εφαρμοστεί σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, γηροκομεία και σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ).

Σε άλλη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση οι Singla και συν. (2006), προσπάθησαν να εντοπίσουν τα κατάλληλα εργαλεία μέτρησης της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς, να διακρίνουν σε αυτά τις εξεταζόμενες διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς και να εκτιμήσουν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους. Κατέληξαν σε δεκατρία (13) εργαλεία αξιολόγησης του κλίματος ασφάλειας στο χώρο της υγείας, εννιά (9) από αυτά χαρακτηρίζονται ως γενικά και τέσσερα (4) ως ειδικά. Τα γενικά απευθύνονται σε όλους του επαγγελματίες υγείας, ενώ τα ειδικά σχεδιάστηκαν για συγκεκριμένες κατηγορίες. Όλα τα ερωτηματολόγια περιλαμβάνουν κλειστού τύπου ερωτήσεις και η κάθε απάντηση αντιστοιχεί σε μια κλίμακα τύπου Likert, η οποία εκφράζει τον βαθμό συμφωνίας του ερωτώμενου ως προς μια συγκεκριμένη άποψη. Κάποια από τα ερωτηματολόγια περιλαμβάνουν μια (1) ή περισσότερες ανοικτού τύπου ερωτήσεις. Τα περιγραφικά τους χαρακτηριστικά παρατίθενται στον Πίνακα 12.1 που ακολουθεί (Singla et al., 2006).

ΠΙΝΑΚΑΣ 12.1 Ερευνητικά εργαλεία αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας

Ερευνητικό Εργαλείο	Αριθμός στοιχείων & κλίμακα μέτρησης	Πληθυσμός Στόχος	Αριθμός Παραμέτρων	Είδος εργαλείου (γενικό ή εξειδικευμένο)
Safety Attitudes Questionnaire ICU version	63 κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Το σύνολο του προσωπικού του νοσοκομείου	19	Γενικό
Veteran Affairs Palo Alto/Stanford Patient Safety Center for Inquiry	89 κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Το σύνολο του προσωπικού του νοσοκομείου	18	Γενικό
Veterans Health Administration Patient Safety Questionnaire	112 κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Το σύνολο του προσωπικού του νοσοκομείου	18	Γενικό
Hospital Safety Culture Questionnaire (modified from Operating Room Management Attitudes Questionnaire, ORMAQ)	99 κλειστές, ανοικτές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Προσωπικό του νοσοκομείου	14	Γενικό
Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ)	44 κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Προσωπικό του νοσοκομείου	14	Γενικό
Safety Climate Survey	21 κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Προσωπικό του νοσοκομείου	11	Γενικό
Allina Hospitals and Clinics	20 κλειστές, ανοικτές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Προσωπικό του νοσοκομείου	8	Γενικό
Culture of Safety Survey	27 κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Προσωπικό του νοσοκομείου	8	Γενικό
Teamwork and Patient Safety Attitudes Questionnaire	24 κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Προσωπικό του νοσοκομείου	4	Γενικό
Modified ORMAQ	60 κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Προσωπικό του χειρουργείου	14	Εξειδικευμένο
Patient Safety Climate in Anesthesia	54 κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Αναησθησιολόγοι και νοσηλεύτες	13	Εξειδικευμένο
Trainee Supplemental Survey (Children's Hospital Bonston)	41 κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Συμμετέχοντες σε πρόγραμμα εκπαίδευσης	6	Εξειδικευμένο
Safety Climate Scale	19 κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Ιατροί, νοσηλεύτες, φαρμακοποιοί	4	Εξειδικευμένο

Πηγή: (Singla et al, 2006)

Τα παραπάνω δεκατρία (13) ερευνητικά εργαλεία περιλαμβάνουν συνολικά εξακόσιες πενήντα επτά (657) ερωτήσεις που αντιστοιχούν ανάλογα σε μια (1) από τις είκοσι τρεις (23) παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς. Αυτές ταξινομούνται σε έξι (6) κύριες κατηγορίες σύμφωνα με τους Flin και συν. (2000), και Guldenmund (2000) και παρουσιάζονται στον Πίνακα 12.2 που ακολουθεί (Flin et al., 2000, Guldenmund, 2000).

ΠΙΝΑΚΑΣ 12.2 Παράγοντες της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς

Κατηγορία	Παράμετρος
Διοίκηση/Εποπτεία	✓ Η διοίκηση και η στάση του οργανισμού σε σχέση με την ασφάλεια ✓ Η επάρκεια εκπαίδευσης και η εποπτεία ✓ Η αντίδραση του οργανισμού απέναντι σε θέματα ασφάλειας ✓ Η μη τιμωρητική προσέγγιση του λάθους
Συστήματα ασφάλειας	✓ Η υποδομή σε θέματα ασφάλειας ✓ Η μεταβίβαση και ο συντονισμός της φροντίδας ✓ Ο σχεδιασμός της ασφαλούς φροντίδας του ασθενούς ✓ Η επάρκεια σε εξοπλισμό, προσωπικό και διαδικασίες ✓ Οι εκθέσεις πληροφοριών
Κίνδυνος	✓ Η ανάλυση του κινδύνου ✓ Η προθυμία αναζήτησης βοήθειας
Εργασιακή πίεση	✓ Ο βαθμός εργασιακής πίεσης σε ένα τμήμα ή μονάδα
Ικανότητα	✓ Η ικανότητα διαχείρισης των κρίσεων
Διαδικασίες/κανόνες	✓ Τι πρέπει να αναφέρεται και σε ποιον ✓ Η συμμόρφωση στους κανόνες και τις διαδικασίες
Επιμέρους παράμετροι	✓ Η ομαδική εργασία ✓ Η επικοινωνία ✓ Η οργανωσιακή μάθηση ✓ Η ανάδραση και η επικοινωνία ✓ Οι αντιλήψεις σε σχέση με τα αίτια των λαθών και των ανεπιθύμητων συμβάντων ✓ Η εργασιακή ικανοποίηση ✓ Η συνολική αντίληψη για την ασφάλεια

Πηγή: (Singla et al, 2006)

Επισημαίνεται ότι όλα τα εργαλεία διαφοροποιούνται σε σχέση με το περιεχόμενο τους προσεγγίζοντας με διαφορετικό τρόπο τα ζητήματα της κουλτούρας ασφάλειας καθώς κανένα από αυτά δεν πραγματεύεται και τις είκοσι τρεις (23) παραμέτρους ενώ κατά μέσο όρο καλύπτουν δώδεκα (12). Επιπλέον κάποια από αυτά μπορούν να δίνουν έμφαση στον ανθρώπινο παράγοντα ενώ κάποια άλλα δεν τον συμπεριλαμβάνουν. Τρεις (3) κοινοί παράμετροι διαπιστώνονται στα εννέα (9) εργαλεία γενικότερης χρήσης μεταξύ των οποίων είναι η διοίκηση και η στάση του οργανισμού σε θέματα ασφάλειας, η επικοινωνία καθώς και η ομαδική εργασία (Singla et al., 2006).

Σύμφωνα με Έκθεση που εκπονήθηκε και δημοσιεύτηκε από το EUNetPaS, τα εργαλεία για την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς που

χρησιμοποιούνται ευρέως στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι τα ακόλουθα (Πίνακας 12.3) (EUNeTPaS, 2009).

ΠΙΝΑΚΑΣ 12.3 Εργαλεία για την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς στην Ευρώπη

Εργαλείο	Χώρα
Clinical Risk Management	Austria
Drug risk perception with respect to NSAIDs	Slovakia
Error Orientation Questionnaire	Denmark
Healthcare workers' perception of adverse events and incident reporting	Italy
Hospital Survey on Patient Safety Culture	Belgium, United Kingdom (Scotland), Switzerland, Netherlands, Italy, Spain, Croatia, Sweden, Iceland, France, Norway, Finland
Information System for Surveillance and Control of Adverse Events	Spain
Manchester Patient Safety Assessment Framework	United Kingdom, Germany, Netherlands
Patient perception of safety in health services. CASSES Questionnaire	Spain
Patient safety care in healthcare organization - Quality Standards	Spain
Safety Attitudes Questionnaire (different versions)	Hungary, Norway, Germany, United Kingdom
Safety Climate Assessment Instrument	United Kingdom by European Federation of Nurses
The Danish Patient Safety Culture Questionnaire	Denmark
TUKU – Safety culture in health care survey	Finland
Vienna Safety Culture Questionnaire	Austria
World Alliance for Patient Safety Hand Hygiene Campaigns Healthcare - Units Survey on Patient Safety Culture	Portugal

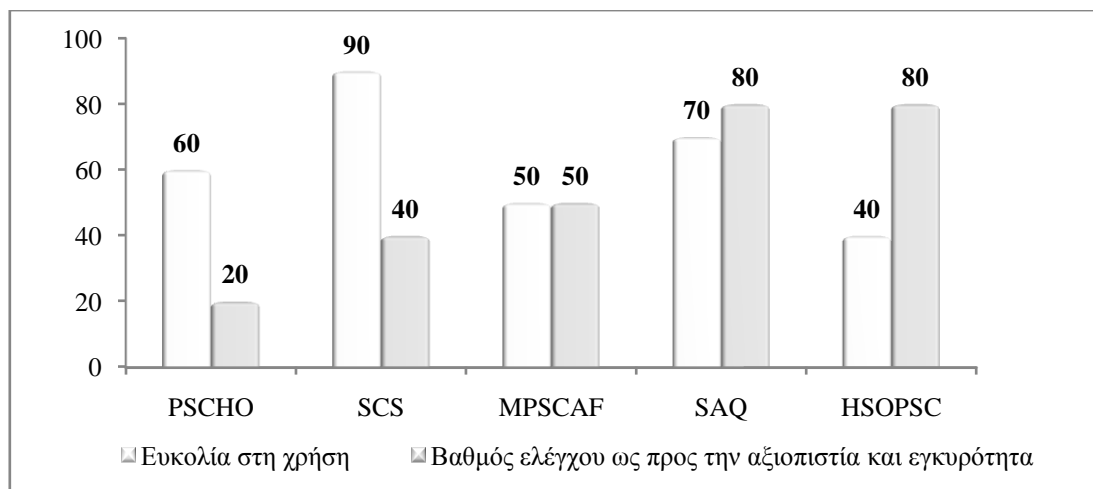
Πηγή: (EUNetPaS, 2010)

Παρόμοια ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε από τους Kristensen & Bartels (2007), οι οποίοι εντόπισαν πέντε (5) από το σύνολο, εργαλεία αξιολόγησης του κλίματος ασφάλειας του ασθενούς που χρησιμοποιούνται ευρέως σε έρευνες τόσο στις ΗΠΑ όσο και στο Ηνωμένο Βασίλειο (Kristensen and Bartels, 2007). Τα συγκεκριμένα εργαλεία είναι τα εξής:

- i. CAIR (The 30 checklist for assessing institutional resilience – University of Manchester, UK).
- ii. HSOPSC (The Hospital Survey on Patient Safety Culture – Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ, USA).
- iii. MPSCAF (Manchester Patient Safety Assessment Framework – University of Manchester, UK)
- iv. SAQ (The Safety Attitudes Questionnaire – University of Texas, USA)
- v. SCS (The Safety Climate Survey – Institute of Healthcare Improvement, USA)

Τα ευρήματα της ανασκόπησης των Kristensen & Bartels (Kristensen and Bartels, 2007) επιβεβαιώνει και το Ίδρυμα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (Health Foundation) προσθέτοντας στην παραπάνω λίστα και το εργαλείο Patient Safety Culture in Healthcare Organizations (Stanford, AHRQ, US) και αξιολόγησε τα εργαλεία αυτά ανάλογα με την ευκολία στην χρήση τους και τον βαθμό που αυτά έχουν ελεγχθεί ως προς την αξιοπιστία και την εγκυρότητά τους (The Health Foundation, 2011). Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 12.1 που ακολουθεί.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12.1 Αξιολόγηση των δημοφιλέστερων εργαλείων κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς



PSCHO: Patient Safety Culture in Healthcare Organizations, **HSOPSC:** Hospital Survey on Patient Safety Culture, **SAQ:** Safety Attitudes Questionnaire, **SCS:** Safety Climate Survey, **MPSCAF:** Manchester Patient Safety Assessment Framework

Πηγή: (Health Foundation, 2011, ίδια διαμόρφωση)

Οι Colla και συν. (2005), σε μια μετανάλυση εννέα (9) μελετών στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν αντίστοιχα εργαλεία αξιολόγησης του κλίματος ασφάλειας του ασθενούς με σκοπό να συμβάλει στην επιλογή του κατάλληλου εργαλείου, επιχειρεί να παραθέσει τα χαρακτηριστικά αυτών, τα οποία συνοψίζονται στον Πίνακα 12.4, και αφορούσαν στην καταλληλότητα τους για συγκεκριμένους χώρους, τις παραμέτρους που μελετούν, την ποσότητα και την ποιότητα των ψυχομετρικών

ελέγχων που εφαρμόστηκαν, τον τρόπο που χρησιμοποιήθηκαν καθώς και στο αν έγιναν συσχετίσεις των βαθμολογιών με θετικά αποτελέσματα στους ασθενείς (Colla et al., 2005).

ΠΙΝΑΚΑΣ 12.4 Σύνοψη χαρακτηριστικών εργαλείων αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς

Όνομα εργαλείου	SLOAPS	PSCHO	VHA PSCQ	HSOPSC	CSS	SAQ	SCS	MSSA	HTSSCS
Χώρος εφαρμογής	Σε ολόκληρο το νοσοκομείο	Σε ολόκληρο το νοσοκομείο	Σε ολόκληρο το νοσοκομείο	Σε ολόκληρο το νοσοκομείο	Σε ολόκληρο το νοσοκομείο	Εντός διαφορετικών μονάδων μέσα στο νοσοκομείο	Εντός διαφορετικών μονάδων μέσα στο νοσοκομείο	Φαρμακείο	Μεταγγίσεις
Γενικά χαρακτηριστικά									
Ατομική συμπλήρωση	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Ναι
Αριθμός ερωτήσεων (εκτός δημογραφικές)	58	82/32	71	42	34	60	19	194	27
5βαθμη κλίμακα Likert	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Μερικώς	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι
Μετρήσεις εφαρμογής - δράσεων	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Όχι
Παράμετροι που εξετάζονται									
Ηγεσία	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Μερικώς
Πολιτικές και διαδικασίες	Ναι	Μερικώς	Ναι	Μερικώς	Όχι	Μερικώς	Μερικώς	Ναι	Μερικώς
Στελέχωση	Ναι	Μερικώς	Ναι	Ναι	Μερικώς	Ναι	Μερικώς	Ναι	Όχι
Επικοινωνία	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι
Αναφορά	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι
Συνολικός αριθμός παραμέτρων	9	5(16)	13	12	4	6	6	20	8
Επεξεργασία									
Ανάλυση ερωτήσεων	Όχι	Μερικώς	Ναι	Ναι	Όχι	Ναι	Μερικώς	Όχι	Ναι
Διερευνητική ανάλυση παραγόντων	Όχι	Όχι	Ναι	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Όχι	Ναι
Επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Ναι	Μερικώς	Όχι	Ναι
Cronbach's alpha coefficient	Όχι	Όχι	0,45 - 0,90	0,63 - 0,83	«Φτωχός»	0,68 - 0,81	«Καλός»	0,44 - 0,84	0,61 - 0,85
Ανάλυση αξιοπιστίας	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Ναι	Μερικώς	Όχι	Όχι
Συσχέτιση των βαθμολογιών των συσχετίσεων	Όχι	Όχι	Ναι	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Μερικώς	Ναι
Ανάλυση αποκλίσεων μεταξύ των υπηρεσιών	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι	Ναι	Μερικώς	Ναι
Πως χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη									
Συγκρίσεις μέσα στον οργανισμό	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Ναι
Συγκρίσεις μεταξύ των οργανισμών	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι	Μερικώς	Ναι	Ναι
Συγκρίσεις μεταξύ βιομηχανιών	Όχι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Μερικώς	Όχι	Όχι
Συσχέτιση με αναφερόμενα ποσοστά	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι
Συσχέτιση με μέτρα διαδικασιών	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι
Συσχέτιση με αποτελέσματα ασθενών	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι
Μελέτες προ και μετά παρεμβάσεων	Μερικώς	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι

SLOAPS: Strategies for Leadership: An Organizational Approach to Patient Safety, **PSCHO:** Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations, **VHA PSCQ :** Veterans Administration Patient Safety Culture Questionnaire, **HSOPSC:** Hospital Survey on Patient Safety, **CSS:** Culture of Safety Survey, **SAQ:** Safety Attitudes Questionnaire, **SCS:** Safety Climate Survey (με 10 παραμέτρους αποκαλείται Safety Climate Scale), **MSSA:** Medication Safety Self Assessment, **HTSSCS:** Hospital Transfusion Service Safety Culture Survey

Πηγή: (Colla et al, 2005)

Το Σύστημα Πληροφοριών Εσωτερικής Αγοράς (Internal Market Information System (IMI), αναπτύχθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, και έχει στόχο να συνεισφέρει στην ασφάλεια του ασθενούς μέσω της έγκαιρης και εκσυγχρονισμένης ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ των νοσηλευτικών ρυθμιστικών οργάνων, σχετικά με την εύρυθμη λειτουργία του και τη δράση των εγγεγραμμένων μελών τους. Μέσω του συστήματος IMI, η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Νοσηλευτικών Ρυθμιστικών Οργάνων (European Federation of Nursing Regulators) θα βελτιώσει την ηλεκτρονική βάση δεδομένων της, η οποία αφορά στους νοσηλευτές, έτσι ώστε να επιτρέψει στα εθνικά νοσηλευτικά ρυθμιστικά όργανα να ανταλλάσσουν τις πληροφορίες, που απαιτούνται για την αναγνώριση των εκπαιδευτικών και επαγγελματικών προσόντων και ικανοτήτων των νοσηλευτών. Αυτή η διαδικασία διευκολύνει την κινητικότητα των επαγγελματιών, και εξασφαλίζει την υψηλή ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας με ένα ομαλό και συνεπή τρόπο σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση (Stievano et al., 2009).

Το 2004, ο επικεφαλής για την ασφάλεια του ασθενούς του Συστήματος Υγείας του Πανεπιστημίου της Πενσυλβάνιας συνεκάλεσε μια ειδική ομάδα εργασίας αποτελούμενη από τους υπεύθυνους για την ποιότητα και την ασφάλεια του ασθενούς στα νοσοκομεία μέλη. Η ομάδα αυτή ανέλαβε τη δημιουργία ενός προγράμματος εκμάθησης για όσους τάσσονται υπέρ του σκοπού για την ασφάλεια του ασθενούς, έτσι ώστε να αναλάβουν δράση και να αναπτύξουν ένα πρόγραμμα για να διασφαλιστεί η ασφάλεια στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Έτσι δημιουργήθηκαν οι Delta των οποίων το όραμα ήταν ότι με την πάροδο του χρόνου η ασφάλεια του ασθενούς να ενσωματωθεί στην κουλτούρα του οργανισμού και στην νοοτροπία του προσωπικού, εξαλείφοντας την ανάγκη για ένα ειδικό πρόγραμμα. Ο ρόλος του κάθε μέλους του Delta ήταν να συμμετέχει στις συναντήσεις για να εκπαιδευτεί στη θεωρία και την εφαρμογή των αρχών για την ασφάλεια, να γίνει υπερασπιστής της ασφάλειας του ασθενούς στον εργασιακό του χώρο και να συνεργαστεί με τους συναδέλφους του για την εξεύρεση τρόπων βελτίωσης της ασφάλειας του ασθενούς (Schwoebel and Creely, 2010).

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο για τις Ασφαλείς Ιατρικές Πρακτικές (Institute for Safe Medication Practices), η ινσουλίνη, η ορμόνη, η οποία ελέγχει τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα εμπλέκεται συχνά σε λάθη που θέτουν σε κίνδυνο τους ασθενείς. Οι ασθενείς που υπέστησαν βαριά μορφή υπογλυκαιμία είναι πιθανόν να έλαβαν λανθασμένη δόση, λάθος τύπο ινσουλίνης ή σωστή δόση σε λάθος στιγμή. Για να μπορέσει κανείς να αντιληφθεί πώς είναι δυνατόν να συμβούν αυτά τα λάθη, θα πρέπει να εξετάσει τα ποικίλα είδη ινσουλίνης, καθώς και τα διαθέσιμα φάρμακα, που ενισχύουν την ινσουλίνη και επιπλέον το γεγονός ότι στους περισσότερους ασθενείς συνταγογραφούνται περισσότερα από ένα είδη φαρμάκων. Επιπρόσθετα πολλά από αυτά τα προϊόντα έχουν παρόμοια ονόματα και συσκευασία. Είναι συνεπώς θαύμα το γεγονός ότι δεν συμβαίνουν ακόμη περισσότερα λάθη (Bass et al., 2007).

Οι Bass και συν. (2007a), προτείνουν για την ασφάλεια του ασθενούς την εξοικείωση των νοσηλευτών με τις νέες θεραπείες ινσουλίνης, τις νέες μεθόδους καθώς και τις

προφυλάξεις, που πρέπει να λαμβάνονται. Αρχικά, προτείνεται η δημιουργία ενός πίνακα (chart) απαριθμώντας τα προϊόντα ινσουλίνης, που χρησιμοποιούνται στο νοσοκομείο και το χρόνο χορήγησης του καθενός. Για να περιοριστεί η σύγχυση καταγράφεται η εξέλιξη της θεραπείας της ινσουλίνης από την παλαιότερη και πιο συνηθισμένη μορφή της μέχρι τα πιο πρόσφατα φάρμακα για ενίσχυση της ινσουλίνης. Επίσης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να βεβαιώνεται για την ύπαρξη ενός πρακτικού πίνακα, ώστε να ελέγχει την έναρξη, την κορύφωση και τη διάρκεια της δράσης του κάθε προϊόντος πριν την χορήγηση, ενώ συνίσταται να γίνεται πάντοτε έλεγχος της συνταγής και της δόσης από έναν συνάδελφο πριν την χορήγηση του φαρμάκου (Bass et al., 2007).

Ωστόσο, σε μια πρόσφατη γαλλική έρευνα, διαφάνηκε ότι σε κάποιες περιπτώσεις, και ιδιαίτερα στις περιπτώσεις ευπαθών ασθενών με σοβαρά προβλήματα, η συμμόρφωση με τα πρωτόκολλα υγειονομικής φροντίδα δεν είναι πάντοτε αρκετή για την αποφυγή ανεπιθύμητων γεγονότων. Εάν μάλιστα ληφθεί υπόψιν το γεγονός, ότι μπορεί να βρεθούν σε έκτακτη ανάγκη, η κατάσταση τους δεν καλύπτεται επαρκώς από την κλινική καθοδήγηση. Η συγκεκριμένη έρευνα, με ένα δείγμα οκτώ χιλιάδων επτακοσίων πενήντα τεσσάρων (8.754) ασθενών σε διακόσια ενενήντα δύο (292) θαλάμους σε εβδομήντα ένα (71) νοσοκομεία πάνω από τριάντα πέντε χιλιάδες διακόσιες τριάντα τέσσερις (35.234) ημέρες νοσηλείας στόχευε στον υπολογισμό των ανεπιθύμητων γεγονότων στην ιατρική και χειρουργική δραστηριότητα τόσο σε δημόσια όσο και σε ιδιωτικά νοσοκομεία, ενώ παράλληλα στόχευε στη αξιολόγηση της κλινικής κατάστασης των ασθενών και των ενεργών λαθών. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι η πρόληψη των ανεπιθύμητων γεγονότων επηρεάζεται από την τήρηση των συστάσεων για σωστές πρακτικές (Michel et al., 2007).

Η πολύπλοκη φύση της φροντίδας καθώς και η αυξανόμενη χρήση της τεχνολογίας συνιστούν παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν στην αύξηση του κινδύνου στους ασθενείς. Οι παιδιατρικοί ασθενείς αντιπροσωπεύουν ένα από τους πιο ευάλωτους πληθυσμούς ασθενών λόγω της ηλικίας, του αναστήματος, καθώς επίσης και της ανατομικής και φυσιολογικής ανάπτυξής τους και της οξύτητας του τραυματισμού ή της ασθένειας. Επιπλέον, τα παιδιά συχνά αδυνατούν να προστατεύσουν τον εαυτό τους από πιθανούς κινδύνους, και έτσι βασίζονται στους γονείς τους οι οποίοι μπορεί να μην αισθάνονται επαρκώς προετοιμασμένοι να ενεργήσουν για λογαριασμό τους. Αυτοί οι παράγοντες υπογραμμίζουν την ανάγκη μιας συντονισμένης προσπάθειας για την προστασία αυτού του πληθυσμού από τους κινδύνους (Verschoor et al., 2007).

Επιπλέον, το σχέδιο του νοσοκομείου C&W για την ασφάλεια στα νοσοκομεία εκφράζει την ανάγκη να δημιουργηθεί μια κουλτούρα, η οποία να μην χρησιμοποιεί ως μέσο την τιμωρία, να αφαιρεί το στίγμα του λάθους, και να ενθαρρύνει την αναφορά λαθών, επιτρέποντας στον οργανισμό να μάθει από τα λάθη και τα απρόβλεπτα περιστατικά. Αυτή η κουλτούρα ασφάλειας στηρίζεται στην εμπιστοσύνη, που δημιουργείται μέσω της κατάργησης της απόδοσης ατομικών

ευθυνών στα λάθη, της ευαισθητοποίησης και της επαγρύπνησης, της ανοιχτής επικοινωνίας, της μάθησης και της συνεχούς βελτίωσης.

Αξιοσημείωτη είναι η συνεισφορά του Ινστιτούτου για τη Βελτίωση της Υγειονομικής Φροντίδας (Institute of Healthcare Improvement, IHI) το οποίο έχει δημιουργήσει εργαλεία για να διευκολύνει την ανάπτυξη μιας κουλτούρας ασφάλειας εντός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος (Verschoor et al., 2007).

12.5 Συμπεράσματα

Ο τομέας της υγείας οφείλει να χρησιμοποιήσει τα εργαλεία διαχείρισης κινδύνων, τα οποία είναι ήδη διαθέσιμα και να εκπονήσει τα δικά του σχέδια δράσης για την διαχείριση των κλινικών κινδύνων.

Η αναγνώριση της σπουδαιότητας της κουλτούρας ασφάλειας αλλά και η σπουδαιότητα της γνώμης των επαγγελματιών υγείας για τα θέματα της ασφάλειας αποτελεί αδήριτη ανάγκη καθώς αυτοί αποτελούν τους άμεσους και κύριους φορείς παροχής φροντίδας. Η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας είναι μια διαδικασία, η οποία μπορεί να συμβάλει θετικά στην αλλαγή της κουλτούρας και να αποτελέσει την απαρχή συνεχούς βελτίωσης της ασφάλειας του ασθενούς. Ο συνδυασμός της αποτίμησης κουλτούρας ασφάλειας και της διοίκησης ασφάλειας είναι ένα πεδίο περαιτέρω ανάπτυξης. Εν κατακλείδι, η ασφάλεια του ασθενούς φαίνεται να είναι ένας τομέας, ο οποίος απαιτεί άμεση δράση από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς στην παροχή φροντίδας υγείας. Ιδιαίτερα σε χώρες όπως η Ελλάδα, οι οποίες υστερούν στο συγκεκριμένο πεδίο, τόσο σε επίπεδο εφαρμογής μηχανισμών ασφάλειας όσο και σε επίπεδο επιστημονικής έρευνας, είναι αναγκαία η λήψη άμεσων μέτρων. Οι επιστήμονες υγείας οφείλουν να πράττουν κατά την ιπποκρατική παραίνεση «ωφελείν ή μη βλάπτειν» προσπαθώντας κατά την άσκηση του έργου τους να τηρούν όλους εκείνους τους κανόνες και τις αρχές που αποσκοπούν όχι μόνο στην αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας του ασθενούς αλλά και στην πρόληψη επιπρόσθετης συναισθηματικής και σωματικής βλάβης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13 Στάσεις

13.1. Εισαγωγή

Η *στάση* αποτελεί βασική και αναγκαία έννοια στην Κοινωνική Ψυχολογία. Είναι από τους λίγους όρους που εμφανίζονται τόσο συχνά στην πειραματική και θεωρητική βιβλιογραφία (Allport, 1935). Ο όρος *στάση* έχει ευρεία αποδοχή και κοινή χρήση από το σύνολο των ερευνητών και χρησιμοποιείται ευρέως από το σύνολο του επιστημονικού χώρου. Οι κοινωνικοί ψυχολόγοι προσπαθώντας να αποδώσουν στην λέξη *στάση* σαφές περιεχόμενο παρατηρείται αξιοσημείωτη επικάλυψη στην χρήση του όρου με το ευρύ κοινό σε τέτοια έκταση όπου ευνοούνται διάυλοι επικοινωνίας μεταξύ τους. Η κοινή ορολογία επιτρέπει να χτιστούν γέφυρες ανάμεσα στην έρευνα και την πρακτική, τη θεωρία και την πολιτική πράξη. Η κοινή ορολογία μειώνει εξάλλου την τάση για επιστημονισμό - την αντικατάσταση κοινών όρων από ειδικά επιστημονικά λεξιλόγια (Baker, 1992).

13.2. Το εννοιολογικό πλαίσιο της στάσης

Η *στάση* συνιστά αξιολογική κρίση που συναθροίζει τις γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις. Αυτή οι αξιολογική κρίση διαφοροποιείται ως προς την ένταση, η οποία έχει αντίκτυπο κατ' επέκταση στην εμμονή, την αντίσταση και τη συνέπεια στάσης - συμπεριφοράς. Οι Visser και συν. (2005) του Πανεπιστημίου του Σικάγο, αναζητώντας τον τρόπο θέσπισης του εννοιολογικού πλαισίου του όρου *στάσης* κατέληξαν ότι το συγκεκριμένο λήμμα έχει παράξει σαράντα χιλιάδες (40.000) και άνω επιστημονικά άρθρα, εκθέσεις, βιβλία και διατριβές (Visser and Mirabile, 2004). Η εκτενέστατη αυτή βιβλιογραφική παρουσία του όρου *στάσης* επαληθεύει την άποψη του Gordon Allport, Καθηγητή Ψυχολογίας, του Πανεπιστημίου Harvard ο οποίος πιστεύει ότι οι στάσεις, τις περισσότερες φορές, απηχούν ηχηρά στην αντίληψη, τη γνώση και τη συμπεριφορά, διαμορφώνοντας συθέμελα την διαντίδραση των ατόμων με τον κοινωνικό κόσμο (Allport, 1935). Για τους Visser και Mirabile (2004), οι απόψεις για τη δομή της *στάσης* έχουν αλλάξει με το πέρασμα των χρόνων αλλά οι περισσότεροι σύγχρονοι ερευνητές καθορίζουν τη *στάση* σαν μια γενική σχετικά διαρκή αξιολόγηση ενός αντικειμένου (Visser and Mirabile, 2004).

Οι πλειοψηφία των ερευνητών υποστηρίζει ότι, οι *στάσεις* είναι δύσκολο να εντοπιστούν αν και εκλαμβάνονται ως αιτίες ή τουλάχιστον προϋποθέσεις μιας συμπεριφοράς η οποία γίνεται αντιληπτή (Salta and Tzougraki, 2004).

Ο Allport (1935), ήταν ο πρώτος που ασχολήθηκε συστηματικά με την εννοιολογική αποσαφήνιση της λέξης *στάσης* ορίζοντάς την ως τη «νοητική και νευρολογική κατάσταση ετοιμότητας για απόκριση, που οργανώνεται με βάση την εμπειρία και ασκεί μια κατευθυντήρια και / ή δυναμική επιρροή στη συμπεριφορά» (Allport, 1935).

Ο Thurstone (1929), ήταν ο πρώτος που διαχώρισε την έννοια της γνώμης ή αντίληψης (*opinion*) και της στάσης. Η στάση κατά τον εν λόγω ερευνητή, αναφέρεται στο «σύνολο των διαθέσεων και συναισθημάτων, προκαταλήψεων ή επιρροών, προλήψεων, ιδεών, φόβων, απειλών και πεποιθήσεων ενός ατόμου για κάποιο συγκεκριμένο θέμα» (Thurstone and Chave, 1929). Οι γνώμες ή οι αντιλήψεις, σύμφωνα με τον ίδιο, αποτελούν τη γλωσσική ή συμβολική έκφραση μιας στάσης. Κατά συνέπεια η ερμηνεία που προσδίδεται στην εκφρασμένη γνώμη ή αντίληψη ενός ατόμου υποδεικνύει και τη στάση του. Άρα μια γνώμη χρησιμοποιείται για να συμβολίζει μια στάση. Η διάκριση αυτή στάθηκε καθοριστική για την ανάπτυξη δύο (2) εντελώς διαφορετικών προσεγγίσεων που χρησιμοποιούνται στις έρευνες αντιλήψεων και στάσεων. Η πρώτη προσέγγιση που συναντάται κυρίως στις έρευνες γνώμης (*opinion polls*), προσπαθεί απλώς να εκτιμήσει το ποσοστό του πληθυσμού της έρευνας που δηλώνει ότι συμφωνεί με δεδομένη πρόταση γνώμης. Η δεύτερη που συμπεριλαμβάνει ορισμένες προτάσεις αντιλήψεων, υπολογίζει τις απαντήσεις των ερωτώμενων στο σύνολο των ερωτήσεων ως ολότητα. Στην ορολογία των εμπειρικών ερευνών αυτό αποτελεί και τη βασική διαφορά μεταξύ του να ρωτάς «ζητώντας γνώμες» και να «μετράς στάσεις». Στην πρώτη περίπτωση ο ερευνητής επιθυμεί μια απάντηση σε μια ερώτηση για να μπορέσει να μετρήσει τον αριθμό των ερωτώμενων που αντιδρούν με ορισμένο τρόπο σε συγκεκριμένο ερέθισμα. Στη δεύτερη περίπτωση, ο ερευνητής προσπαθεί να μετρήσει τη στάση του ερωτώμενου, δηλαδή να συνδυάσει τις απαντήσεις του σε ένα σύνολο από ερωτήσεις αντιλήψεων. Επομένως σε μια τέτοια έρευνα το ενδιαφέρον έγκειται στο να συνδυαστούν οι απαντήσεις που έδωσε κάθε ερωτώμενος σε μια ποσοτική μέτρηση της συνολικής του στάσης για το υπό έρευνα θέμα χρησιμοποιώντας την κατάλληλη κλίμακα μέτρησης.

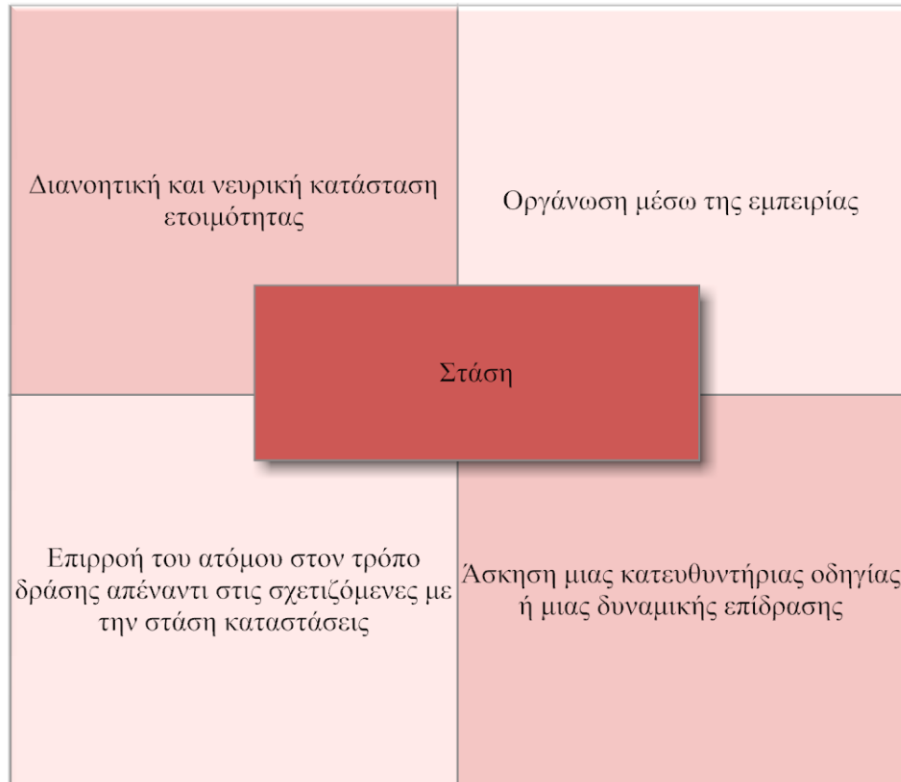
Οι στάσεις επίσης ορίζονται ως «προδιάθεση προς απόκριση σε κάποιο ερέθισμα» (Rosenberg and Hovland, 1960), ως «προδιαθέσεις, προϊόντα μάθησης για απόκριση με ένα συνεπή ευμενή ή δυσμενή τρόπο σε σχέση με ένα δεδομένο αντικείμενο» (Ajzen and Fishbein, 1980), ως «γενικά και διαρκή, θετικά ή αρνητικά συναισθήματα για κάποιο αντικείμενο ή θέμα» (Cacioppo et al., 1994) και ως «αξιολογήσεις που κάνει ένα άτομο για ένα αντικείμενο σκέψης» (Pratkanis, 1989).

Ο Oppenheim (1992), αναφέρει ότι μια «δήλωση στάσης» είναι μια απλή πρόταση που εκφράζει μια άποψη, ένα «πιστεύω», μια προτίμηση, μια κρίση, ένα συναίσθημα, μια θέση υπέρ ή εναντίον σε κάτι (Oppenheim, 1992).

Οι στάσεις είναι αξιολογικές δεδομένου ότι απεικονίζουν το βαθμό στον οποίο η ανταπόκρισή μας προς ένα αντικείμενο είναι θετική και μας κατευθύνει για να το προσεγγίσουμε απέναντι στην αρνητική που μας κατευθύνει για να το αποφύγουμε. Πράγματι, οι στάσεις γίνονται τυπικά αντιληπτές μεταπίπτοντας από μια εξαιρετικά αρνητική σε μια εξαιρετικά θετική διπολική διάσταση. Οι στάσεις είναι γενικές δεδομένου ότι απεικονίζουν τη γενική, συνολική αξιολόγησή ενός αντικειμένου (που μπορεί να βασιστεί σε διάφορες πιο συγκεκριμένες θετικές και αρνητικές ιδιότητες του αντικειμένου).

Λαμβάνοντας υπ' όψιν την ερμηνεία της στάσης του Allport (1935), οι ερευνητές του Πανεπιστημίου της Pretoria διέσπασαν την έννοια της στάσης σε τέσσερις (4) επιμέρους ενότητες για την ευκολότερη κατανόησής της (Allport, 1935) (Διάγραμμα 13.1).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13.1 Υποενότητες μελέτης στάσης



Πηγή: (Allport, 1935)

Πιο αναλυτικά:

- i. *Η στάση είναι διανοητική και νευρική κατάσταση ετοιμότητας.* Οι όροι *νευρική* και *διανοητική* υποδηλώνουν ότι η στάση εδράζεται στο μυαλό ενός ατόμου και υπό αυτή την έννοια αποτελεί μέρος του νευρικού του συστήματος. Κατά συνέπεια η στάση μπορεί να ισχυριστεί κάποιος ότι έχει ψυχολογική υπόσταση που δεν είναι εύκολα προσεγγίσιμη.
- ii. *Η στάση οργανώνεται μέσω της εμπειρίας.* Μια στάση αναπτύσσεται στο μυαλό ενός ατόμου μέσω της εμπειρίας. Οι επαφές που έχουμε με άλλους ανθρώπους και τις δραστηριότητες στις οποίους εμπλεκόμαστε στην καθημερινή ζωή μας οδηγούν στην ανάπτυξη των ιδιαίτερων στάσεων. Ένας ασθενής πχ μπορεί να έχει μια θετική στάση ως προς ένα νοσοκομείο εξαιτίας της εμπειρίας του κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του.
- iii. *Μια στάση ασκεί μια κατευθυντήρια οδηγία ή μια δυναμική επίδραση.* Η στάση μπορεί να συμβάλλει καθοριστικά στον τρόπο δράσης του ατόμου. Σ' έναν

ασθενή πχ στον οποίο έχει αναπτυχθεί μια αρνητική στάση απέναντι σε έναν ιατρό μπορεί να αποφασίσει να μην ξαναπάει στο νοσοκομείο που εργάζεται ο συγκεκριμένος ιατρός.

- iv. *Μία στάση έχει επιρροή στην απάντηση ενός ατόμου για όλα τα αντικείμενα και τις καταστάσεις με τις οποίες συσχετίζεται.* Η στάση μεταξύ άλλων επηρεάζει το άτομο στον τρόπο δράσης του κατευθύνοντάς το να συμπεριφέρεται με τον έναν ή τον άλλο τρόπο. Ο ασθενής στο προηγούμενο παράδειγμα μπορεί όχι μόνο να μείνει μακριά από το συγκεκριμένο ιατρό αλλά μπορεί ακόμη και να προσπαθήσει να υποκινήσει και άλλους ασθενείς να απομακρυνθούν από τον συγκεκριμένο ιατρό ή εν δυνάμει ασθενείς να μην τον προτιμήσουν στο μέλλον αν χρειαστούν ιατρό της συγκεκριμένης ειδικότητας.

Στο ερώτημα *τι είναι μία στάση;* οι Bohner και Wanke (2002), των Πανεπιστημίων Bielefeld και Heidelberg αντίστοιχα προσδιορίζουν, διαφορετικά τα παραδείγματα μίας στάσης επειδή αντιπροσωπεύουν μια αξιολογική απάντηση ως προς ένα αντικείμενο. Καθορίζουμε μια στάση ως συνοπτική αξιολόγηση ενός αντικειμένου της σκέψης. Ένα αντικείμενο στάσης μπορεί να είναι οτιδήποτε ένα πρόσωπο διακρίνει ή συγκρατεί στο μυαλό του. Τα αντικείμενα στάσης μπορούν να είναι συγκεκριμένα (πχ πίτσα) ή αφηρημένα (πχ η ελευθερία της ομιλίας), μπορεί να είναι άψυχα πράγματα (πχ αυτοκίνητα), πρόσωπα (πχ Slobodan Milosevic) ή ομάδες (πχ συντηρητικοί πολιτικοί, αλλοδαποί). Μία στάση λοιπόν μπορεί να επηρεάζει το άτομο ώστε να συμπεριφέρεται με ένα συγκεκριμένο τρόπο (Bohner and Wanke, 2002). Για τους Cacioppo, Petty και Crites (1994), του Πανεπιστημίου του Ohio ως στάση ορίζεται η γενική και διαρκής αξιολογική αντίληψη για κάποιο πρόσωπο, αντικείμενο ή ζήτημα (Cacioppo et al., 1994).

Για τις Eagly και Chaiken (1998), των Πανεπιστημίων Northwestern και New York η στάση είναι μια ψυχολογική τάση που εκφράζεται με την αξιολόγηση μιας ιδιαίτερης οντότητας με κάποιο βαθμό εύνοιας ή δυσμένειας. Το κοινό στοιχείο που υπάρχει σε μια πληθώρα ορισμών των στάσεων είναι ότι οι στάσεις «είναι γενικευμένες προδιαθέσεις που κάνουν τα άτομα ή τις ομάδες να βλέπουν ευνοϊκά ή όχι ορισμένες καταστάσεις» (Eagly and Chaiken, 1998). Για τους Hogg και Vaughan (2008), οι στάσεις είναι μία σχετικά διαρκής οργάνωση πεποιθήσεων, συναισθημάτων και τάσεων συμπεριφοράς απέναντι στα σημαντικά κοινωνικά αντικείμενα (Hogg and Vaughan, 2008).

Οι Smith και Hogg (2009), των πανεπιστημίων Queensland και Claremont υποστηρίζουν ότι αν και οι στάσεις έχουν μια ατομική διάσταση, διαμορφώνονται και θεσπίζονται κοινωνικά. Δηλαδή αποκτούμε τις στάσεις μας από άλλους, αλλοιώνονται στην κοινωνική αλληλεπίδραση και η έκφρασή τους στην ομιλία και τη δράση περιβάλλεται από το κοινωνικό πλαίσιο (Smith and Hogg, 2009). Όπως υποστηρίζεται από τη Sherif (1967), η «ανθρώπινη κοινωνικοποίηση αποκαλύπτεται κυρίως στις στάσεις του ατόμου που διαμορφώνονται σε σχέση με τις αξίες ή τους κανόνες της ομάδας ή των ομάδων αναφοράς του». Οι στάσεις στηρίζονται στην κοινωνική συναίνεση που καθορίζεται από την ιδιότητα ενός μέλους της ομάδας.

Πολλές, εάν όχι οι περισσότερες από τις στάσεις μας απεικονίζουν και καθορίζουν ακόμη και τις ομάδες που ανήκουμε. Η προσέγγισή μας στις στάσεις τις τοποθετεί μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο οι κοινωνικοϊστορικοί, κοινωνικοδομικοί, και ιδεολογικοί παράγοντες έχουν αντίκτυπο στο σχηματισμό, τη σταθερότητα και την έκφρασή τους (Sherif and Sherif, 1967).

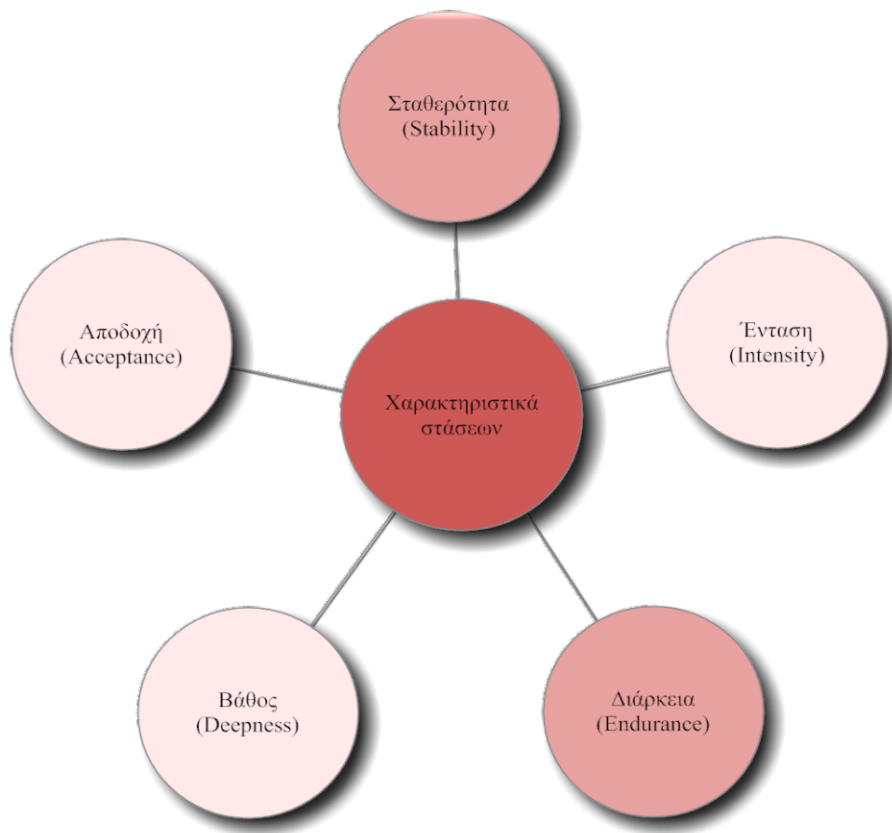
Οι ιδιότητες των στάσεων που τις διαφοροποιούν από άλλες έννοιες είναι οι εξής :

- i. Οι στάσεις διαμορφώνονται μέσω της διαδικασίας της μάθησης.
- ii. Έχουν διάρκεια στον χρόνο με αφετηρία το σημείο όπου διαμορφώθηκαν.
- iii. Οι στάσεις είναι απόρροια μιας σχέσης ανάμεσα στο άτομο και σε κάποιο αντικείμενο. Η σχέση αυτή έχει έντονη συναισθηματική χροιά.

13.3. Χαρακτηριστικά των στάσεων

Πέρα από το περιεχόμενό τους, οι στάσεις έχουν κάποια χαρακτηριστικά, τα οποία ποικίλουν σε κάθε άνθρωπο όσον αφορά τον αριθμό τους, αλλά και όσον αφορά το βάθος με το οποίο αυτά συγκρατούνται ή εμφανίζονται. Κυριότερα χαρακτηριστικά είναι τα εξής (Διάγραμμα 13.2) (Petty and Krosnick, 1995):

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13.2 Τα χαρακτηριστικά των στάσεων

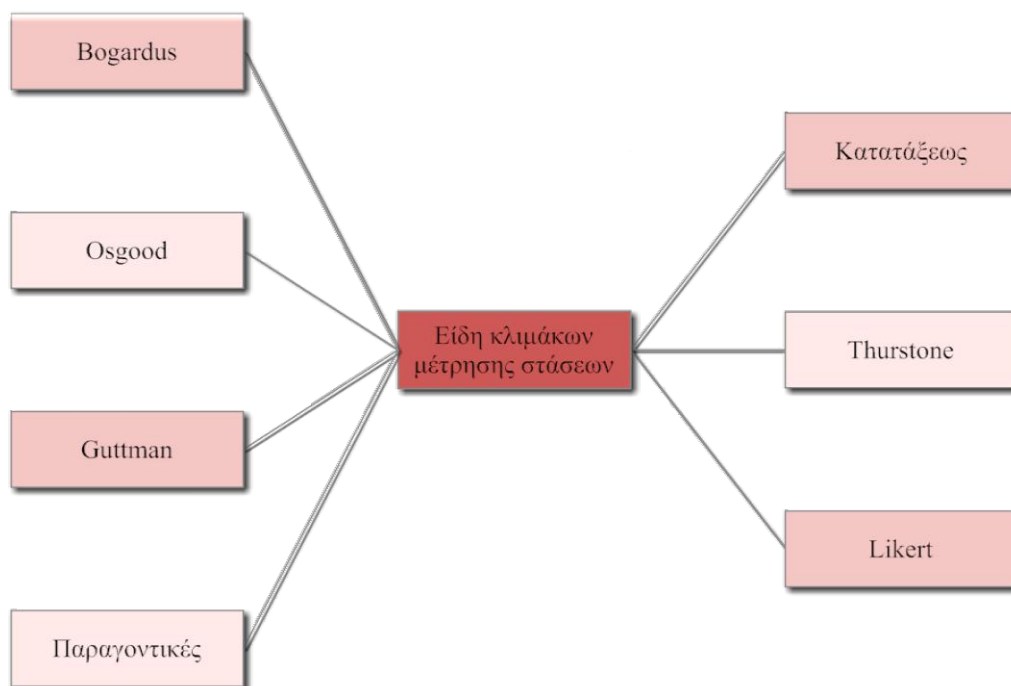


Πηγή: (Petty and Krosnick, 1995)

13.4. Είδη κλιμάκων μέτρησης στάσεων

Οι σημαντικότερες κλίμακες μέτρησης στάσεων που βρίσκουν απήχηση διεθνώς παρατίθενται στο παρακάτω διάγραμμα (Διάγραμμα 13.3) (Fishbein and Ajzen, 1975).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13.3 Είδη κλιμάκων μέτρησης στάσεων



Πηγή: (Fishbein & Ajzen, 1975)

Στην παρούσα διατριβή η κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της στάσης των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς κατά την παροχή φροντίδας υγείας είναι η Likert οποία συνιστά μία μονοδιάστατη μέθοδος μέτρησης στάσεων (Wuensch, 2005). Ο πιο διαδεδομένος τύπος κλίμακας για τη μέτρηση των στάσεων, πεποιθήσεων και απόψεων μεγάλων ομάδων σήμερα. Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στην παραδοχή ότι η συνολική βαθμολογία ενός ατόμου στην κλίμακα δείχνει την στάση του απέναντι στο συγκεκριμένο ζήτημα. Αποτελείται από προτάσεις (ευνοϊκές ή δυσμενείς σε σχέση με το υπό μελέτη ζήτημα) που ακολουθούνται από μια σειρά δυναμικών απαντήσεων. Συνήθως οι απαντήσεις αυτές μπορούν να δοθούν με τη μορφή μίας κλίμακας πέντε ή επτά σημείων/επιλογών, που υποδηλώνουν διαφορετικό βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας με την πρόταση (πχ επιλογές μεταξύ του ‘διαφωνώ απόλυτα’ και του ‘συμφωνώ απόλυτα’). Τα σημεία αυτά αντιστοιχούν σε μία αριθμητική τιμή την οποία ορίζει ο ερευνητής (πχ 1 έως 7 ή -3 έως +3 κλπ). Η βαθμολόγηση του κάθε συμμετέχοντα υπολογίζεται από τον μέσο όρο των απαντήσεων που θα δώσει (αφού επανακωδικοποιήσουμε τις ερωτήσεις με αντίστροφο νόημα) (Likert, 1932).

Τα πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης κλίμακας μέτρησης είναι τα ακόλουθα (Dawes, 2008):

1. Η διαδικασία κατασκευής είναι απλούστερη σε σύγκριση με τη διαφορική κλίμακα.
2. Υπάρχει η δυνατότητα μέτρησης εννοιών που έχουν πολυδιάστατο χαρακτήρα. Μία τέτοια κλίμακα μπορεί να περιλαμβάνει δύο (2) ή περισσότερες διαστάσεις του γενικότερου ζητήματος.
3. Μία κλίμακα αθροιστικής βαθμολόγησης θεωρείται περισσότερο αξιόπιστη από μία διαφορική κλίμακα του ίδιου μεγέθους. Αυτό συμβαίνει γιατί οι απαντήσεις στη διαφορική κλίμακα είναι συμφωνώ/διαφωνώ (έχουν μόνο δύο επιλογές). Οι διαβαθμίσεις που υπάρχουν στην κλίμακα αθροιστικής βαθμολόγησης δίνουν τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες να δώσουν περισσότερο ακριβή απάντηση. Θεωρείται επίσης ότι οι ερωτώμενοι αισθάνονται περισσότερο άνετα να απαντήσουν χρησιμοποιώντας μία κλίμακα που δίνει περισσότερες επιλογές απάντησης από το συμφωνώ/διαφωνώ και είναι πιθανότερο να εκφράσουν τις πραγματικές τους απόψεις σχετικά με το ζήτημα.
4. Τα δεδομένα που λαμβάνονται με κλίμακες αυτού του τύπου μπορούν να εξεταστούν με περισσότερο εξεζητημένες στατιστικές αναλύσεις.

Αντίστοιχα τα μειονεκτήματα την εν λόγω κλίμακας είναι τα ακόλουθα (Dawes, 2008, Likert, 1932, Wuensch, 2005):

1. Είναι δυνατόν οι συμμετέχοντες να προτιμούν συστηματικά τις απαντήσεις στη μέση της κλίμακας, οι οποίες δηλώνουν ουδετερότητα ('ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ'). Το φαινόμενο αυτό είναι συχνότερο σε περιπτώσεις που οι ερωτώμενοι δεν έχουν μεγάλο κίνητρο για να συμμετάσχουν στην έρευνα, ή που αποφεύγουν για κάποιο λόγο να δώσουν μία πιο ακραία απάντηση. Σε αυτή την περίπτωση οι αναλύσεις δεν μπορούν να ανιχνεύσουν επιδράσεις που ενδεχομένως υπάρχουν. Μία λύση σε αυτό το πρόβλημα είναι να μην υπάρχει η δυνατότητα ουδέτερης απάντησης.
2. Υποκειμενικότητα των απαντήσεων. Μπορεί δύο άτομα να δίνουν την ίδια απάντηση (πχ 'διαφωνώ'), αλλά αυτή να έχει διαφορετικό νόημα σε σχέση με την ένταση και το βαθμό διαφωνίας που αποδίδει ο κάθε ένας στην απάντησή του. Η απόσταση μεταξύ των διαβαθμίσεων μπορεί να διαφέρει (ωστόσο πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι σε γενικές γραμμές οι διαβαθμίσεις των απαντήσεων φαίνεται να έχουν παρόμοιο νόημα για την πληοψηφία των ατόμων).

13.5. Συμπεράσματα

Οι *στάσεις* συνιστούν αξιολογικές πεποιθήσεις που περικλείουν γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις. Οι πεποιθήσεις αυτές διαφοροποιούνται ως προς την έντασή τους και η διαφοροποίησή τους αυτή έχει αντίκτυπο στην εμμονή, την

αντίσταση και τη συνέπεια στάσης – συμπεριφοράς. Οι στάσεις είναι αξιολογικές δεδομένου ότι απεικονίζουν το βαθμό στον οποίο η ανταπόκριση μας προς ένα αντικείμενο είναι θετική και μας κατευθύνει για να το προσεγγίσουμε, απέναντι στην αρνητική που μας κατευθύνει για να το αποφύγουμε. Πράγματι οι στάσεις γίνονται τυπικά αντιληπτές μεταπίπτοντας από μια εξαιρετικά αρνητική σε μια εξαιρετικά θετική διπολική διάσταση. Οι στάσεις έχουν γενικό χαρακτήρα δεδομένου ότι απεικονίζουν τη γενική, συνολική αξιολόγησή μας σε ένα αντικείμενο.

Συνοψίζοντας, οι στάσεις ενός ατόμου:

- i. Καθορίζονται από τα «πιστεύω» του.
- ii. Σχετίζονται με τα συναισθήματά του.
- iii. Τα συναισθήματα αυτά χαρακτηρίζονται από σταθερότητα και μεγάλη χρονική διάρκεια και δημιουργούν μια προδιάθεση στο άτομο, ώστε να δρα με έναν ορισμένο τρόπο σε ιδέες, γεγονότα, καταστάσεις και στοιχεία του περιβάλλοντός του.
- iv. Η στάση δεν είναι άμεσα παρατηρήσιμη ή μετρήσιμη, είναι δυνατόν όμως να εξαχθεί συμπερασματικά από την προφανή συμπεριφορά.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14 Μεθοδολογία ποσοτικής μεθόδου έρευνας

14.1. Καθορισμός και επιστημονική αξία ερευνητικού προβληματισμού

Στο γενικό μέρος της παρούσας διατριβής έγινε μια προσπάθεια αποτύπωσης του θεωρητικού πλαισίου της έννοιας της ποιότητας, του λάθους και η διαφοροποίησή του από το σφάλμα και το δυσμενές συμβάν, της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και τέλος της σπουδαιότητας ανάπτυξης κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς από το σύνολο των επαγγελματιών υγείας. Η ανάλυση που προηγήθηκε, ανέδειξε ότι λόγω της ύφεσης στην οποία έχει περιέλθει η χώρα την τελευταία πενταετία καθώς και η ανάγκη μείωσης της δημόσιας δαπάνης υγείας με άμεση συνέπεια την αξιοσημείωτη μείωση των υλικών και ανθρώπινων πόρων, δεν δύναται να εξασφαλιστεί η αναγκαία ποσότητα και ποιότητα υπηρεσιών υγείας. Κατά συνέπεια, αποτελεί επιτακτική ανάγκη η πραγμάτωση μιας σειράς μέτρων όπως:

- Ο συγκράτηση της προσφοράς σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, η περιορισμένη χρήση της υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας και ο περιορισμός της δαπανηρής νοσοκομειακής περίθαλψης καθώς επίσης και ο έλεγχος του όγκου και του είδους των επενδύσεων σε ιατροτεχνολογικές υποδομές οι οποίες προκαλούν υπερβάλλουσα ή και προκλητή ζήτηση.
- Η ενίσχυση του ρόλου της ΠΦΥ.
- Εισαγωγή των αρχών και των εργαλείων της κλινικής διακυβέρνησης και του κλινικού ελέγχου κατά την παροχή φροντίδας υγείας με σκοπό τη βελτίωση της ιατρικής αποτελεσματικότητας.

Συνεπώς ανακύπτει η ανάγκη διερεύνησης της στάσης των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα όσον αφορά την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς και τη συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων, έτσι ώστε να αξιολογηθεί το κλίμα ασφάλειας του ασθενούς και να διερευνηθούν οι δημογραφικοί και επαγγελματικοί παράγοντες που το επηρεάζουν.

Επιμέρους αντικειμενικοί στόχοι της έρευνας είναι:

- Η αξιολόγηση της επίδοσης του τμήματος του νοσοκομείου που εργάζονται οι επαγγελματίες υγείας σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς.
- Ο αριθμός των ανεπιθύμητων συμβάντων που έχουν αναφερθεί από τους επαγγελματίες υγείας τους τελευταίους 12 μήνες.
- Η σύγκριση του κλίματος ασφαλείας ανάμεσα στους ιατρούς, τους νοσηλευτές και τους λοιπούς επαγγελματίες υγείας.
- Η συσχέτιση των αποτελεσμάτων της έρευνας με τη διεθνή βιβλιογραφία.

14.2. Ερευνητικός σχεδιασμός

Πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη (cross - sectional study). Για την αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας εφαρμόστηκε ποσοτική μέθοδος, με τη χρήση ερωτηματολογίου, το οποίο παρέχει πληροφορίες για το σύστημα διαχείρισης της ασφάλειας του ασθενούς που δεν μπορούν να καταγραφούν μέσω άλλων μεθόδων όπως είναι το επίπεδο επικοινωνίας και συνεργασίας και η δέσμευση της διοίκησης. Ο σχεδιασμός της έρευνας περιελάμβανε τρία (3) στάδια: την μετάφραση του ερωτηματολογίου και την εξασφάλιση της ακρίβειάς της, τη διενέργεια πιλοτικής έρευνας για τον έλεγχο της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας του εργαλείου στην ελληνική γλώσσα και τέλος την διεξαγωγή της τελικής έρευνας.

14.3. Εργαλείο ποσοτικής εκτίμησης της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς

Το εργαλείο που χρησιμοποιείται στην παρούσα διατριβή είναι το HSOPSC, το οποίο δημιουργήθηκε όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενη ενότητα από τις Sorra και Nieva, και χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά σε πολυκεντρική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε δώδεκα (12) νοσοκομεία των ΗΠΑ το 2004 (Sorra and Nieva, 2004). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο και η πλήρης ανατροφοδότησή του είναι διαθέσιμο ηλεκτρονικά στην διεύθυνση www.ahrq.gov/qual/hospculture/.

Συγκριτικά με άλλα ερευνητικά εργαλεία το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο παρουσιάζει τα παρακάτω θετικά χαρακτηριστικά:

- Μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τη διοίκηση των οργανισμών για την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με θέματα ασφάλειας του ασθενούς, την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας τους ασθενούς, τον προσδιορισμό των παραμέτρων της ασφάλειας που χρίζουν βελτίωσης, την εξέταση της τάσης στην αλλαγή της νοοτροπίας σε θέματα ασφάλειας του ασθενούς κατά την πάροδο του χρόνου, την αξιολόγηση της πολιτιστικής επίδρασης των πρωτοβουλιών και των παρεμβάσεων σε θέματα ασφάλειας του ασθενούς.
- Αξιολογεί την κουλτούρα ασφάλειας σε ατομικό επίπεδο, σε επίπεδο νοσοκομείου και σε επίπεδο μονάδας.
- Έχει χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με άλλα εργαλεία σε μελέτες μεγάλης κλίμακας και επιτρέπει την διεξαγωγή εσωτερικών και εξωτερικών συγκρίσεων.
- Η ιστοσελίδα που έχει δημιουργηθεί από την AHRQ, η οποία ενθάρρυνε οικονομικά της ερευνήτριες Sorra και Nieva για την δημιουργία του εν λόγω εργαλείου, έχει σαν στόχο να βοηθήσει τα νοσοκομεία στην διεξαγωγή της έρευνας αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς με τη χρήση του συγκεκριμένου εργαλείου και να προβούν σε συγκρίσεις με τα αποτελέσματα άλλων μελετών που έχουν χρησιμοποιήσει το συγκεκριμένο εργαλείο. Η εν λόγω ιστοσελίδα αποτελεί σημείο αναφοράς των μεγαλύτερων βάσεων αντίστοιχων δεδομένων.

- Εξετάζει δώδεκα (12) από τις παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς.
- Είναι σύντομο κατά τη συμπλήρωσή του.

Ο αντικειμενικός σκοπός του εν λόγω ερωτηματολογίου είναι η αξιολόγηση του βαθμού που η κουλτούρα των νοσοκομείων επικεντρώνεται στην ασφάλεια του ασθενούς, προάγει την ανοικτή συζήτηση για τα δυσμενή συμβάντα που συμβαίνουν και ευνοεί τη δημιουργία κλίματος συνεχούς βελτίωσης και αναφοράς λαθών.

Η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου διατηρεί τη μορφή και τη δομή του πρωτότυπου ερωτηματολογίου δίδοντας στην αρχή τον ορισμό του *δυσμενούς συμβάντος* και της *ασφάλειας του ασθενούς* στα ελληνικά έτσι ώστε να μην υπάρξουν παρερμηνείες και στην συνέχεια παρατίθενται οι δώδεκα (12) παράμετροι της κουλτούρας ασφάλειας, οι οποίες αναφέρονται και εξηγούνται στον Πίνακα 14.1. Οι δώδεκα (12) παράμετροι δομούνται σε τρία (3) επίπεδα: (α) σε επίπεδο μονάδας / τμήματος (β) σε επίπεδο νοσοκομείου, υπάρχουν επιπλέον δύο (2) παράμετροι ανεξάρτητες και δύο (2) μονοθεματικές μεταβλητές. Οι παράμετροι της κουλτούρας ασφάλειας ελέγχονται από σαράντα δύο (42) ερωτήσεις κλειστού τύπου εκφρασμένες σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert, η οποία εκφράζει το βαθμό συμφωνίας των συμμετεχόντων, παρέχοντας τη δυνατότητα απαντήσεων από το «διαφωνώ απόλυτα» (βαθμολογία 1) μέχρι το «συμφωνώ απόλυτα» (βαθμολογία 5) στις ενότητες Α, Β, ΣΤ του ερωτηματολογίου και «ποτέ» (βαθμολογία 1) έως «πάντοτε» (βαθμολογία 5) στις ενότητες Γ, Δ. Η βαθμολογία της κάθε παραμέτρου προκύπτει από το άθροισμα των επιμέρους βαθμολογιών τριών (3) ή τεσσάρων (4) ερωτήσεων. Από τις σαράντα δύο (42) ερωτήσεις οι είκοσι τέσσερις (24) διατυπώνονται θετικά και οι δεκαοχτώ (18) αρνητικά. Αυτό προλαμβάνει απαντητικές προκαταλήψεις, στις οποίες ορισμένα άτομα έχουν την τάση να συμφωνούν με το περιεχόμενο όλων των καταγραφών και επιτρέπει να εξεταστεί η έκταση στην οποία αυτές οι προκαταλήψεις διαπερνούν τις διάφορες παραμέτρους (Σαχίνη - Καρδάση, 1991). Κατά την στατιστική επεξεργασία οι ερωτήσεις αυτές (Α5, Α7, Α8, Α10, Α12, Α14, Α16, Α17, Β3, Β4, Γ6, ΣΤ2, ΣΤ3, ΣΤ5, ΣΤ6, ΣΤ7, ΣΤ9, ΣΤ11) αντιστράφηκαν ως προς τον τρόπο απάντησής τους. Δηλαδή το «διαφωνώ απόλυτα» πήρε την τιμή πέντε (5), το «διαφωνώ» την τιμή τέσσερα (4), το «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ» την τιμή τρία (3), το «συμφωνώ» την τιμή τέσσερα (4) και το «συμφωνώ απόλυτα» την τιμή πέντε (5). Οι ερωτήσεις είναι ομαδοποιημένες σε πέντε (5) ενότητες, οι οποίες αφορούν το τμήμα / μονάδα του νοσοκομείου, τον Προϊστάμενο / Διευθυντή, την επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων, τη συχνότητα αναφοράς των συμβάντων και το νοσοκομείο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14.1 Επεξήγηση των παραμέτρων της κουλτούρας ασφάλειας του HSOPSC

A/A	Παράμετροι της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς	Ερωτήσεις του ερωτηματολογίου	Επεξήγηση παραμέτρων: Ο βαθμός στον οποίο...
Μονάδας/Τμήματος του νοσοκομείου			
1	Ανοικτή επικοινωνία	G2: Ελεύθερη έκφραση των απόψεων του προσωπικού για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. G4: Δυνατότητα αμφισβήτησης των αποφάσεων της Διεύθυνσης από το προσωπικό. G6: Φόβος του προσωπικού να θέσει ερωτήσεις όταν κάτι δεν φαίνεται σωστό (αντιστροφή).	Το προσωπικό μιλάει ελεύθερα αν δει κάτι που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη φροντίδα του ασθενούς και δεν φοβάται να θέσει ερωτήσεις στους Προϊστάμενους/Διευθυντές.
2	Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη	G1: Συστηματική αξιολόγηση των αλλαγών με βάσει τις αναφορές δυσμενών συμβάντων. G3: Ενημέρωση του προσωπικού για τα δυσμενή συμβάντα που λαμβάνουν χώρα. G5: Συσκέψεις - συζητήσεις στο χώρο εργασίας σχετικά με την πρόληψη δυσμενών συμβάντων.	Το προσωπικό ενημερώνεται για τα λάθη που συμβαίνουν, ενημερώνεται για τις αλλαγές που πραγματοποιούνται με βάση τις αναφορές δυσμενών συμβάντων και συζητά τρόπους πρόληψης αυτών.
3	Οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση	A6: Δυναμικές ενέργειες για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς. A9: Θετική επανατροφοδότηση για τα λάθη. A13: Επαναξιολόγηση των αλλαγών για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς.	Τα λάθη έχουν οδηγήσει σε θετικές αλλαγές, οι οποίες αξιολογούνται για την αποτελεσματικότητά τους.
4	Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου	A1: Υποστήριξη των εργαζομένων μεταξύ τους. A3: Ομαδική εργασία. A4: Σεβασμός των εργαζομένων μεταξύ τους. A11: Αλληλοβοήθεια μεταξύ των εργαζομένων άλλων μονάδων.	Οι εργαζόμενοι υποστηρίζουν και φέρονται με σεβασμό ο ένας στον άλλο και συνεργάζονται αρμονικά.
5	Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη	A8: Φόβος του προσωπικού ότι τα λάθη του θα χρησιμοποιηθούν εναντίον του (αντιστροφή). A12: Καταγραφή των ατόμων και όχι των δυσμενών συμβάντων (αντιστροφή). A16: Καταγραφή των λαθών στον υπηρεσιακό φάκελο του προσωπικού (αντιστροφή).	Το προσωπικό έχει την αίσθηση ότι τα λάθη του δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν εις βάρος του και δεν καταγράφονται στον υπηρεσιακό του φάκελο.
6	Προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων/Διευθυντών	B1: Επιβράβευση από τον Προϊστάμενο / Διευθυντή όταν τηρούνται οι διαδικασίες ασφαλούς φροντίδας του ασθενούς. B2: Συμμετοχή προσωπικού στη λήψη αποφάσεων για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς. B3: Απαίτηση του Προϊστάμενου / Διευθυντή για συντόμευση των διαδικασιών όταν υπάρχει πίεση χρόνου (αντιστροφή). B4: Παράβλεψη επαναλαμβανόμενων προβλημάτων ασφάλειας του ασθενούς από την Διεύθυνση (αντιστροφή).	Οι Προϊστάμενοι/Διευθυντές λαμβάνουν σοβαρά υπ' όψιν τις προτάσεις του προσωπικού για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς, επιβραβεύουν το προσωπικό όταν η δουλειά γίνεται σύμφωνα με τις ισχύουσες διαδικασίες σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς και δεν

A/A	Παράμετροι της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς	Ερωτήσεις του ερωτηματολογίου	Επεξήγηση παραμέτρων: Ο βαθμός στον οποίο...
			παραβλέπουν επαναλαμβανόμενα προβλήματα ασφάλειας.
7	Στελέχωση	A2: Επάρκεια προσωπικού. A5: Υπερωριακή απασχόληση του προσωπικού (αντιστροφή). A7: Απασχόληση εποχικού προσωπικού (αντιστροφή). A14: Υπερβολικός φόρτος εργασίας και εντατικός ρυθμός εργασίας (αντιστροφή).	Υπάρχει επάρκεια προσωπικού για να αντιμετωπίσει το φόρτο εργασίας και το ωράριο εργασίας είναι το κατάλληλο για την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας στους ασθενείς.
Νοσοκομείο			
8	Υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας	ΣΤ1: Εξασφάλιση κλίματος ασφάλειας του ασθενούς εκ μέρους της Διοίκησης. ΣΤ8: Προτεραιότητα η ασφάλεια του ασθενούς εκ μέρους της Διοίκησης. ΣΤ9: Ενδιαφέρον για την ασφάλεια του ασθενούς εκ μέρους της Διοίκησης μόνο στην περίπτωση δυσμενούς συμβάντος (αντιστροφή).	Η Διοίκηση του νοσοκομείου καλλιεργεί κλίμα ασφάλειας που προάγει την ασφάλεια του ασθενούς και οι ενέργειες της δείχνουν ότι η ασφάλεια του ασθενούς αποτελεί προτεραιότητα.
9	Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου	ΣΤ2: Συντονισμός των Μονάδων του νοσοκομείου (αντιστροφή). ΣΤ4: Διατμηματική ομαδική εργασία όταν αυτό απαιτείται. ΣΤ6: Προβληματική διατμηματική συνεργασία (αντιστροφή). ΣΤ10: Αρμονική διατμηματική συνεργασία με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας υγείας.	Τα τμήματα του νοσοκομείου συντονίζονται και συνεργάζονται μεταξύ τους για την παροχή της καλύτερης δυνατής φροντίδας υγείας στους ασθενείς.
10	Μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου	ΣΤ3: Απώλεια σημαντικών πληροφοριών για τον ασθενή κατά την αλλαγή Μονάδας νοσηλείας εντός του νοσοκομείου (αντιστροφή). ΣΤ5: Απώλεια σημαντικών πληροφοριών για τον ασθενή κατά την αλλαγή βάρδιας (αντιστροφή). ΣΤ7: Προβληματική ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου (αντιστροφή). ΣΤ11: Η αλλαγή βάρδιας προκαλεί προβλήματα στην ασφάλεια του ασθενούς (αντιστροφή).	Σημαντικές πληροφορίες για την φροντίδα των ασθενών ανταλλάσσονται μεταξύ των Μονάδων του νοσοκομείου και κατά την αλλαγή της βάρδιας.
Ανεξάρτητοι παράμετροι εκτίμησης της κουλτούρας ασφάλειας			
11	Συχνότητα αναφοράς λαθών	A1: Συχνότητα αναφοράς λάθους που έγινε και διορθώθηκε πριν επηρεάσει τον ασθενή. A2: Συχνότητα αναφοράς λάθους που έγινε χωρίς να βλάψει τον ασθενή. A3: Συχνότητα αναφοράς λάθους που έγινε χωρίς να βλάψει τον ασθενή ενώ θα μπορούσε να του προκαλέσει ζημιά.	Τα παρακάτω είδη λαθών αναφέρονται: (1) λάθη που εντοπίζονται και διορθώνονται πριν επηρεάσουν τον ασθενή, (2) λάθη που δεν θα βλάψουν τον ασθενή, (3) λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν τον ασθενή αλλά δεν τον έβλαψαν τελικά.
12	Συνολική αντίληψη περί	A10: Η ασφάλεια του ασθενούς είναι θέμα τύχης (αντιστροφή).	Οι διαδικασίες και τα συστήματα που

A/A	Παράμετροι της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς	Ερωτήσεις του ερωτηματολογίου	Επεξήγηση παραμέτρων: Ο βαθμός στον οποίο...
	ασφάλειας	A15: Η ασφάλεια του ασθενούς ως προτεραιότητα ακόμα και όταν υπάρχει φόρτος εργασίας. A18: Αποτελεσματικότητα συστημάτων πρόληψης δυσμενών συμβάντων. A17: Προβλήματα ασφάλειας του ασθενούς στην συγκεκριμένη μονάδα (αντιστροφή).	εφαρμόζονται είναι αποτελεσματικά όσο αφορά την πρόληψη λαθών και δεν παρατηρούνται προβλήματα με την ασφάλεια του ασθενούς.
Μονοθεματικές μεταβλητές			
13	Αξιολόγηση της επίδοσης της Μονάδας σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς	E: Βαθμολογία της Μονάδας σχετικά με την επίδοσή της σε θέματα ασφάλειας του ασθενούς.	Ανταποκρίνεται η Μονάδα σε θέματα ασφάλειας ασθενών.
14	Αριθμός αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες	Z: Αριθμός αναφερόμενων δυσμενών συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες	Σημειώθηκαν και αναφέρθηκαν δυσμενή συμβάντα κατά τους 12 τελευταίους μήνες.

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 14.1 που προηγείται εκτός από τις δώδεκα (12) παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς, υπάρχουν επίσης δύο (2) μονοθεματικές μεταβλητές, που σχετίζονται με την αξιολόγηση της επίδοσης του τμήματος σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς και με τον αριθμό των δυσμενών συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους δώδεκα (12) μήνες. Η πρώτη μονοθεματική μεταβλητή αποτελεί την ενότητα Ε του ερωτηματολογίου και εκτιμάται σε πεντάβαθμη κλίμακα, με τις πιθανές απαντήσεις να κυμαίνονται από «άριστο» μέχρι «κακό», ενώ στη δεύτερη μονοθεματική μεταβλητή που αποτελεί την ενότητα Ζ του ερωτηματολογίου οι πιθανές απαντήσεις κυμαίνονται από «καμία αναφορά» μέχρι «21 αναφορές και άνω». Επίσης στην ενότητα Η του ερωτηματολογίου περιλαμβάνονται ερωτήσεις δημογραφικού χαρακτήρα όπως το φύλο, την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο αλλά και ερωτήσεις που σχετίζονται με το επαγγελματικό υπόβαθρο των επαγγελματιών υγείας όπως τον τομέα στον οποίο εργάζεται, τη θέση εργασίας μέσα στο νοσοκομείο, το χρόνο προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο επάγγελμα / μονάδα / νοσοκομείο, τις ώρες εργασίας εβδομαδιαίως και τέλος την άμεση ή έμμεση επαφή με τον ασθενή. Προστέθηκαν και τρεις (3) ερωτήσεις που αφορούν το μέγεθος (σε κλίνες), τη νομική υπόσταση (ΝΠΔΔ – ΝΠΙΔ) και το είδος του νοσοκομείου. Τέλος, στην ενότητα Θ του ερωτηματολογίου υπάρχει μια ανοικτού τύπου ερώτηση, στην οποία παρέχεται η δυνατότητα στους συμμετέχοντες να διατυπώσουν ελεύθερα τα σχόλιά τους σχετικά με τα ζητήματα ασφάλειας του ασθενούς και τα λάθη ή τις αναφορές δυσμενών συμβάντων στο νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται.

Η AHRQ έχει χρηματοδοτήσει και αναπτύξει και άλλες έρευνες και εργαλεία σχετικά με την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς όπως τη Medical Office Survey on Patient Safety Culture, τη Nursing Home Survey on Patient Safety Culture και τη Community Pharmacy Survey on Patient Safety Culture.

14.4. Εγκυρότητα και αξιοπιστία εργαλείου ποσοτικής εκτίμησης της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς

Όλα τα ερωτηματολόγια δεν μπορούν να εφαρμοστούν αυτούσια σε όλους τους πληθυσμούς λόγω γλωσσικών, πολιτισμικών και άλλων διαφοροποιήσεων. Σημαντικά κριτήρια για την αξιολόγηση της ποιότητας ενός εργαλείου είναι η εγκυρότητα του περιεχομένου (content validity) και η αξιοπιστία της εσωτερικής συνέπειας (internal consistency reliability) για την εξασφάλιση έγκυρων και αξιόπιστων αποτελεσμάτων (Σαχίνη - Καρδάση, 1991). Πιο αναλυτικά η εγκυρότητα του περιεχομένου (content validity) αφορά στον τρόπο με τον οποίο κατασκευάζεται ένα ερωτηματολόγιο και είναι ο βαθμός στον οποίο ένα ερωτηματολόγιο καλύπτει τις διαφορετικές διαστάσεις της έννοιας (μεταβλητής) που μετράται (Γαλάνης, 2013). Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (internal consistency reliability) εκτιμά τη συνέπεια των απαντήσεων των συμμετεχόντων στα στοιχεία του ερωτηματολογίου, δηλαδή εάν οι συμμετέχοντες απαντούν με παρόμοιο τρόπο στα στοιχεία του ερωτηματολογίου και εκτιμάται με τον συντελεστή Cronbach's alpha καθώς οι απαντήσεις στα στοιχεία

του ερωτηματολογίου αποτελούνται από > 2 κατηγορίες (κλίμακα Likert) (Γαλάνης, 2013). Ο συγκεκριμένος συντελεστής παίρνει τιμές από 0 – 1 αλλά για να θεωρείται αποδεκτή η τιμή του, θα πρέπει να είναι μεγαλύτερη ή ίση του 0,6. Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή που παίρνει ο συντελεστής Cronbach's alpha τόσο μεγαλύτερη είναι η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (Nunnallyn, 1978). Τέλος ο προαναφερόμενος συντελεστής εξαρτάται άμεσα από τον αριθμό των ερωτήσεων, τη μεταξύ τους συσχέτιση και τη συνολική μεταβλητότητα (Burns and Grove, 2005).

Το εργαλείο HSOPSC που χρησιμοποιείται στην παρούσα έρευνα έχει ελεγχθεί για την εγκυρότητα της εννοιολογικής κατασκευής (construct validity) η οποία αφορά το βαθμό στον οποίο το ερωτηματολόγιο αντανάκλα το πραγματικό θεωρητικό υπόβαθρο της έννοιας την οποία διατείνεται ότι μετρά, στην παρούσα περίπτωση την έννοια της «κουλτούρας ασφάλειας». Ο έλεγχος εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής επετεύχθη με την παραγοντική ανάλυση. Πιο αναλυτικά, διενεργώντας την παραγοντική ανάλυση (factor analysis) στα στοιχεία ενός ερωτηματολογίου προκύπτουν διάφοροι παράγοντες - παράμετροι (factors) που εκφράζουν επιμέρους διαστάσεις της έννοιας του μετρά το ερωτηματολόγιο της μελέτης, στην προκείμενη περίπτωση της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς. Οι παράμετροι - παράγοντες αυτοί προκύπτουν με βάση τις συσχετίσεις που παρουσιάζουν μεταξύ τους τα διάφορα στοιχεία του ερωτηματολογίου. Η ανάλυση παραγόντων - παραμέτρων των Sorra και Nieva κατέληξε σε δώδεκα (12) παραμέτρους - παράγοντες κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς και δύο (2) μονοθεματικές παραμέτρους - παράγοντες (αξιολόγηση της επίδοσης της μονάδας σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς, αριθμός αναφερόμενων δυσμενών συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες) και σαράντα τέσσερις (44) ερωτήσεις (Sorra and Nieva, 2004).

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (internal consistency reliability) εκτιμάται με το συντελεστή Cronbach's alpha ο οποίος κυμαίνεται από 0,63 (παράμετρος της στελέχωση) έως 0,84 (παράμετρος της συχνότητας αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων) (Πίνακας 14.2) (Sorra and Nieva, 2004).

ΠΙΝΑΚΑΣ 14.2 Συντελεστής Cronbach's alpha του πρωτότυπου ερωτηματολογίου HSOPSC

Παράμετρος ασφάλειας ασθενούς του ερωτηματολογίου	Τιμή του συντελεστή Cronbach's alpha
Παράμετροι ασφάλειας ασθενούς (σύνολο)	.74
1. Ανοικτή επικοινωνία (Γ2, Γ4, Γ6(αντ.))	.72
2. Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη (Γ1, Γ3, Γ5)	.78
3. Οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση (Α6, Α9, Α13)	.76
4. Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου (ΣΤ4, ΣΤ10, ΣΤ2(αντ.), ΣΤ6(αντ.))	.80
5. Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη (Α8(αντ.), Α12(αντ.), Α16(αντ.))	.79
6. Προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών (Β1, Β2, Β3(αντ.), Β4(αντ.))	.75

Παράμετρος ασφάλειας ασθενούς του ερωτηματολογίου	Τιμή του συντελεστή Cronbach's alpha
7. Στελέχωση (Α2, Α5(αντ.), Α7(αντ.), Α14(αντ.))	.63
8. Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας (ΣΤ1, ΣΤ8, ΣΤ9(αντ.))	.83
9. Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου (Α1, Α3, Α4, Α11)	.83
10. Μεταφορές /διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου (ΣΤ3(αντ.), ΣΤ5(αντ.), ΣΤ7(αντ.), ΣΤ11(αντ.))	.80
11. Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων (Δ1, Δ2, Δ3)	.84
12. Συνολική αντίληψη της ασφάλειας (Α15, Α18, Α10(αντ.), Α17(αντ.))	.74

Πηγή: (Sorra and Nieva, 2004)

Η ισχυρή θεωρητική βάση του εργαλείου, οι κύριες παράμετροι της κουλτούρας που μελετά, η υψηλού βαθμού αξιοπιστία και εγκυρότητα καθώς και η εκτενής χρήση του, διεθνώς στο νοσοκομειακό χώρο, συνέβαλαν στην επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου για την εκτίμηση της στάσης των επαγγελματιών υγείας σε θέματα ασφάλειας του ασθενούς στα ελληνικά νοσοκομεία.

Το ερωτηματολόγιο HSOPSC χρησιμοποιήθηκε μετά από σχετική άδεια των συγγραφέων και της AHRQ για να μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα και να χρησιμοποιηθεί στην παρούσα έρευνα. Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε από δύο (2) ανεξάρτητους μεταφραστές κάθε φορά, από την αγγλική στην ελληνική γλώσσα και αντίστροφα (Del Greco et al., 1987, Döryei and Taguchi, 2009). Εφ' όσον το μεταφρασμένο από τα ελληνικά στα αγγλικά ερωτηματολόγιο δεν απείχε σημαντικά από το αρχικό αγγλικό ερωτηματολόγιο τότε θεωρήθηκε ότι ήταν έτοιμο να διανεμηθεί πιλοτικά για να πραγματοποιηθεί ο έλεγχος της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του.

14.5. Οριοθέτηση πληθυσμού έρευνας και κριτήρια επιλογής δείγματος

Πραγματοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling), (συμπεριελήφθησαν τμήματα του πληθυσμού που ήταν διαθέσιμα τη δεδομένη χρονική στιγμή διεξαγωγής της έρευνας), ώστε να αντιπροσωπευτούν επαρκώς στην έρευνα δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια, γενικά και ειδικά νοσοκομεία της Ελλάδας.

Για την καλύτερη προσέγγιση του θέματος της έρευνας το δείγμα αποτέλεσαν ιατροί (ειδικοί, ειδικευόμενοι), νοσηλευτές (ΠΕ, ΤΕ), βοηθητικό προσωπικό (ΔΕ), και λοιπό επιστημονικό προσωπικό στο οποίο περιλαμβάνονταν οι κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές και φαρμακοποιοί οι οποίοι εργάζονταν σε δώδεκα (12) νοσοκομεία της Ελλάδας (εννέα (9) γενικά και τρία (3) ειδικά). Απαραίτητη προϋπόθεση για να συμπεριληφθούν οι επαγγελματίες υγείας στο δείγμα ήταν να είναι κλινικοί επαγγελματίες υγείας. Από το δείγμα αποκλείστηκαν τα διοικητικά στελέχη (διοικητικοί υπάλληλοι) και η τεχνική υπηρεσία των νοσοκομείων. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν κατά το διάστημα μεταξύ Μαΐου και Νοεμβρίου του έτους 2014.

Συνολικά διανεμήθηκαν 1.376 ερωτηματολόγια και τελικά επιστράφηκαν πίσω 820 (συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης 59,6%) εκ των οποίων 10 ερωτηματολόγια εξαιρέθηκαν καθώς ήταν συμπληρωμένα λιγότερο από το 10%. Το τελικό μέγεθος του δείγματος ήταν 810 ερωτηματολόγια. Το ποσοστό ανταπόκρισης κρίνεται ιδιαίτερα ικανοποιητικό αφενός γιατί οι δημιουργοί του ερωτηματολογίου καθώς και η AHRQ προτείνουν ως ελάχιστο αποδεκτό συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης το 50%, για να είναι τα αποτελέσματα έγκυρα και αξιόπιστα (Sorra and Nieva, 2004), αφετέρου πρέπει να ληφθεί υπόψιν ότι το ποσοστό ανταπόκρισης σε έρευνες πεδίου με τη χρήση ερωτηματολογίου στο χώρο της υγείας είναι ιδιαίτερα χαμηλό (Wiebe et al., 2012). Το χαμηλό ποσοστό ανταπόκρισης που οριοθετούν οι συγγραφείς του πρωτότυπου εργαλείου ερμηνεύεται από το γεγονός ότι η διερεύνηση και η αναφορά των δυσμενών συμβάντων τις περισσότερες φορές συσχετίζεται από τους υποψήφιους συμμετέχοντες με πιθανές κυρώσεις πειθαρχικού χαρακτήρα.

14.6. Πιλοτική έρευνα

Το ερωτηματολόγιο δοκιμάστηκε πιλοτικά σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού της έρευνας (35 επαγγελματίες υγείας δημόσιου νοσοκομείου) (Γαλάνης, 2012) ώστε να επιβεβαιωθεί η εγκυρότητά και η αξιοπιστία της εσωτερικής συνέπειας των ερωτήσεων ανά παράμετρο και στο σύνολο, με την εφαρμογή σχετικών στατιστικών δοκιμασιών. Η πιλοτική έρευνα κρίνεται αναγκαία και απαραίτητη καθώς δίδεται η δυνατότητα στους συμμετέχοντες να συμβάλλουν στην τελική διαμόρφωση του ερωτηματολογίου, κρίνοντας την σαφήνεια των ερωτήσεων, τη ροή και την έκταση του ερωτηματολογίου, το μέσο χρόνο που απαιτείται για την συμπλήρωσή του και στην συνέχεια γίνονται οι απαιτούμενες αλλαγές (Σαχίνη - Καρδάση, 1991). Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (internal consistency reliability) εκτιμήθηκε με το συντελεστή Cronbach's alpha (α) ο οποίος υπολογίστηκε για το σύνολο του ερωτηματολογίου $\alpha=0,87$ και χαρακτηρίζεται ως «καλός» (Πίνακας 14.3). Ο συγκεκριμένος συντελεστής όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενη ενότητα παίρνει τιμές από 0 – 1 αλλά για να θεωρείται αποδεκτή η τιμή του, θα πρέπει να είναι μεγαλύτερη ή ίση του 0,6. Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή που παίρνει ο συντελεστής Cronbach's alpha (α) τόσο μεγαλύτερη είναι η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (Nunnallyn, 1978). Τέλος ο προαναφερόμενος συντελεστής εξαρτάται άμεσα από τον αριθμό των ερωτήσεων ($N=44$), τη μεταξύ τους συσχέτιση και τη συνολική μεταβλητότητα (Burns and Grove, 2005).

ΠΙΝΑΚΑΣ 14.3 Συντελεστής Cronbach's alpha του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου HSOPSC (πιλοτική έρευνα)

Παράμετρος ασφάλειας ασθενούς του ερωτηματολογίου	Τιμή του συντελεστή Cronbach's alpha
Παράμετροι ασφάλειας ασθενούς (σύνολο)	.87
1. Ανοικτή επικοινωνία (Γ2, Γ4, Γ6(αντ.))	.65
2. Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη (Γ1, Γ3, Γ5)	.69
3. Οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση (Α6, Α9, Α13)	.76

Παράμετρος ασφάλειας ασθενούς του ερωτηματολογίου	Τιμή του συντελεστή Cronbach's alpha
4. Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου (ΣΤ4, ΣΤ10, ΣΤ2(αντ.), ΣΤ6(αντ.))	.77
5. Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη (Α8(αντ.), Α12(αντ.), Α16(αντ.))	.62
6. Προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών (Β1, Β2, Β3(αντ.), Β4(αντ.))	.73
7. Στελέχωση (Α2, Α5(αντ.), Α7(αντ.), Α14(αντ.))	.70
8. Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας (ΣΤ1, ΣΤ8, ΣΤ9(αντ.))	.72
9. Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου (Α1, Α3, Α4, Α11)	.71
10. Μεταφορές /διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου (ΣΤ3(αντ.), ΣΤ5(αντ.), ΣΤ7(αντ.), ΣΤ11(αντ.))	.69
11. Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων (Δ1, Δ2, Δ3)	.85
12. Συνολική αντίληψη της ασφάλειας (Α15, Α18, Α10(αντ.), Α17(αντ.))	.74

14.7. Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τις αρχές που διέπουν την έρευνα (Burns and Grove, 2005). Κατατέθηκε λοιπόν σε κάθε νοσοκομείο που συμμετείχε στη μελέτη, σχετική αίτηση χορήγησης άδειας διακίνησης του ερωτηματολογίου με σαφή αναφορά του τρόπου, του σκοπού και των στόχων της έρευνας συνοδευόμενη από φωτοτυπία του εργαλείου – ερωτηματολογίου της έρευνας. Η αίτηση διαβιβάστηκε αρχικά στο Επιστημονικό Συμβούλιο του εκάστοτε νοσοκομείου και στην συνέχεια κατόπιν έγκρισης, στο Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου όπου δόθηκε η τελική άδεια διακίνησης του εργαλείου - ερωτηματολογίου εντός των μονάδων.

Στην παρούσα ερευνητική προσπάθεια τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με τη μέθοδο της αυτοαναφοράς. Η παρουσία του ερευνητή στην πλειοψηφία του δείγματος ήταν βοηθητική και διακριτική. Άλλωστε «όταν η έρευνα σχετίζεται με θέματα που άπτονται της συνεργασίας με ενήλικες οι ερευνητές δυσκολεύονται να αποσπάσουν αξιοποιήσιμες πληροφορίες. Σε τέτοιου είδους έρευνες απαιτείται άμεση επικοινωνία και αλληλεπίδραση μεταξύ ερευνητή και υποκειμένων» (Παρασκευοπούλου - Κόλλια, 2008). Δίδονταν σε κάθε συμμετέχοντα ένας φάκελο ο οποίος περιείχε το ερωτηματολόγιο και την συνοδευτική επιστολή στην οποία παρέχονταν εξηγήσεις για το σκοπό και τη σημαντικότητα της έρευνας, την ανωνυμία, την εθελοντική συμμετοχή, την εμπιστευτικότητα των δεδομένων και τη δυνατότητα αποχώρησης από τη μελέτη. Οι συμμετέχοντες τοποθετούσαν το απαντημένο ερωτηματολόγιο στο φάκελο και τον παρέδιδαν κλειστό είτε στον κύριο ερευνητή είτε στον Προϊστάμενο του τμήματός του. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εκλαμβάνονταν ως συναίνεση για συμμετοχή στη μελέτη. Τα δεδομένα που καταγράφονταν ήταν απολύτως εμπιστευτικά. Δεν επιτράπη σε καμία περίπτωση στους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας και τη Διοίκηση του εκάστοτε νοσοκομείου να έχει πρόσβαση στα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια.

14.8. Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Μετά τη συλλογή του δείγματος, τα ερωτηματολόγια ελέγχθηκαν για την επάρκεια τους στις απαντήσεις και εξαιρέθηκαν δέκα (10) ερωτηματολόγια από την έρευνα καθώς δεν ήταν επαρκώς συμπληρωμένα. Στην συνέχεια, τα δεδομένα κωδικοποιήθηκαν και η ανάλυση τους πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεση τιμή, ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, εύρος και ενδοτεταρτημοριακό εύρος. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test), ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής με >2 κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο (2) ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο (2) κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (chi-square test), ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας κατηγορικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 για τάση (chi-square trend test).

Στην περίπτωση που η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν ποσοτική μεταβλητή που ακολουθούσε την κανονική κατανομή και >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression). Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Στην περίπτωση που η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν διχοτόμος και >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση εφαρμόστηκε πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση (multivariate logistic regression) με εξαρτημένη μεταβλητή τα αναφερόμενα δυσμενή συμβάντα τους τελευταίους 12 μήνες (κανένα συμβάν: κατηγορία αναφοράς). Αναλυτικότερα, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι λόγοι των odds (odds ratios), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p. Το αμφίπλευρο

επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Έτσι, σχέσεις με $p < 0,05$ θεωρήθηκαν ως στατιστικά σημαντικές.

Για τα στοιχεία του ερωτηματολογίου με θετική διατύπωση ως προς την ασφάλεια, κάθε απάντηση «συμφωνώ», «συμφωνώ απόλυτα», «συχνά» και «πάντα» θεωρείται ως θετική απάντηση, ενώ οι υπόλοιπες απαντήσεις θεωρούνται ως αρνητικές ή ουδέτερες. Για τα στοιχεία του ερωτηματολογίου με αρνητική διατύπωση ως προς την ασφάλεια, κάθε απάντηση «διαφωνώ», «διαφωνώ απόλυτα», «σπάνια» και «ποτέ» θεωρείται ως θετική απάντηση, ενώ οι υπόλοιπες απαντήσεις θεωρούνται ως αρνητικές ή ουδέτερες.

Το ποσοστό των θετικών απαντήσεων σε κάθε παράμετρο - παράγοντα του ερωτηματολογίου προκύπτει από την παρακάτω ισότητα:

$$\text{Ποσοστό θετικών απαντήσεων (\%)} = \frac{\text{αριθμός θετικών απαντήσεων στα στοιχεία της παραμέτρου}}{\text{συνολικός αριθμός απαντήσεων (θετικών, αρνητικών και ουδέτερων) στα στοιχεία της παραμέτρου}} \times 100\%$$

Το ποσοστό των θετικών απαντήσεων σε κάθε παράμετρο του ερωτηματολογίου λαμβάνει τιμές από 0% έως 100%, με τις μεγαλύτερες τιμές να δηλώνουν καλύτερη κουλτούρα ασφάλειας.

Επιπλέον, υπολογίστηκε η βαθμολογία για κάθε παράμετρο του ερωτηματολογίου. Στην περίπτωση αυτή, αθροίστηκαν οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στα στοιχεία κάθε παραμέτρου και το άθροισμα αυτό διαιρέθηκε με τον συνολικό αριθμό των στοιχείων της συγκεκριμένης παραμέτρου. Η βαθμολογία για κάθε παράμετρο του ερωτηματολογίου λαμβάνει τιμές από 1 έως 5, με τις μεγαλύτερες τιμές να δηλώνουν καλύτερη κουλτούρα ασφάλειας.

Το ποσοστό των θετικών απαντήσεων σε κάθε παράμετρο και η βαθμολογία για κάθε παραμέτρου του ερωτηματολογίου ήταν ποσοτικές μεταβλητές. Ο έλεγχος των Kolmogorov - Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών. Βρέθηκε πως το ποσοστό των θετικών απαντήσεων στις δώδεκα (12) παραμέτρους δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή, ενώ η βαθμολογία στις δώδεκα (12) παραμέτρους ακολουθούσε την κανονική κατανομή. Είναι σαφές, εξάλλου, πως τόσο το ποσοστό των θετικών απαντήσεων σε κάθε παράμετρο όσο και η βαθμολογία για κάθε παράμετρο του ερωτηματολογίου εκτιμούν την ίδια ακριβώς διάσταση, δηλαδή την κουλτούρα ασφάλειας. Για τους λόγους αυτούς, επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθεί η βαθμολογία στις δώδεκα (12) παραμέτρους του ερωτηματολογίου για τη διερεύνηση των συσχετίσεων. Έτσι, εφαρμόστηκαν οι κατάλληλες παραμετρικές μέθοδοι, οι οποίες βασίζονται στο γεγονός ότι οι ποσοτικές μεταβλητές ακολουθούν την κανονική κατανομή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15 Αποτελέσματα

15.1. Περιγραφή δείγματος

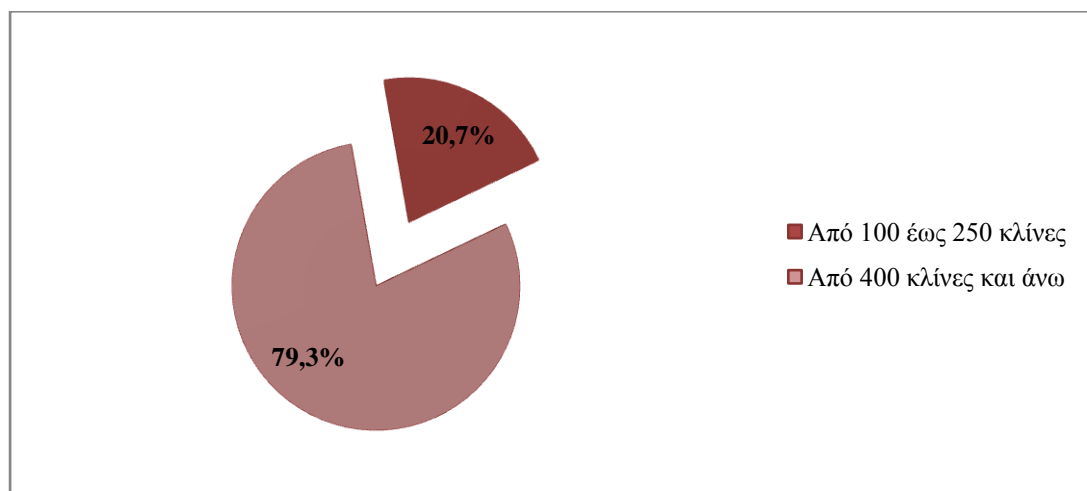
Συνολικά διανεμήθηκαν χίλια τριακόσια εβδομήντα έξι (1.376) ερωτηματολόγια και τελικά επεστράφησαν οκτακόσια είκοσι (820) (συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης 59,6%), εκ των οποίων τα οκτακόσια δέκα (810) ήταν πλήρως συμπληρωμένα. Το 51,2% του δείγματος προήλθε από οκτώ (8) γενικά νοσοκομεία, το 10,6% από ένα (1) πανεπιστημιακό νοσοκομείο και το 38,2% από τα ειδικά νοσοκομεία (8,3% από ένα (1) ειδικό (ΝΠΙΔ), 16,3% από ένα (1) ψυχιατρικό και 13,6% από ένα (1) ογκολογικό νοσοκομείο). Το αντίστοιχο ποσοστό ανταπόκρισης ανά νοσοκομείο φαίνεται στον Πίνακα 15.1.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.1 Ποσοστό ανταπόκρισης ανά νοσοκομείο

	Αριθμός ερωτηματολογίων που διανεμήθηκε	Αριθμός ερωτηματολογίων που απαντήθηκε πλήρως	Αριθμός ερωτηματολογίων που εξαιρέθηκε (λόγω ελλιπής συμπλήρωσης)	Ποσοστό ανταπόκρισης
Παν/κο Γενικό Νοσοκομείο	201	86	0	42,8%
Γενικό Νοσοκομείο 1	30	16	0	53,3%
Γενικό Νοσοκομείο 2	97	86	0	88,7%
Γενικό Νοσοκομείο 3	110	103	0	93,6%
Γενικό Νοσοκομείο 4	60	55	0	91,7%
Γενικό Νοσοκομείο 5	150	52	0	34,7%
Γενικό Νοσοκομείο 6	80	54	0	67,5%
Γενικό Νοσοκομείο 7	50	19	0	38%
Γενικό Νοσοκομείο 8	100	30	0	30%
Σύνολο (γενικά νοσοκομεία)	878	501	0	57,1%
Ειδικό (ΝΠΙΔ) Νοσοκομείο 1	125	67	0	53,6%
Ειδικό (Ψυχ/κο) Νοσοκομείο 2	223	132	9	63,2%
Ειδικό (Ογκο/κο) Νοσοκομείο 3	150	110	1	74%
Σύνολο (ειδικά νοσοκομεία)	498	309	10	64,1%
Σύνολο (γενικά & ειδικά νοσοκομεία)	1376	810	10	59,6%

Το 79,3% (N=642) των επαγγελματιών υγείας του δείγματος εργάζονταν σε νοσοκομεία δυναμικής τετρακοσίων (400) κλινών και άνω, ενώ το 20,7% (N=168) σε νοσοκομεία δυναμική από εκατό (100) έως διακόσιες πενήντα (250) κλίνες (Διάγραμμα 15.1).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.1 Κυκλικό διάγραμμα ποσοστιαίας κατανομής των επαγγελματιών υγείας κατά τη δυναμική των κλινών



Η πλειοψηφία του δείγματος 25,2% (N=204) εργάζονταν στον χειρουργικό τομέα, το 20,5% (N=166) εργάζονταν στον παθολογικό τομέα ίδιο είναι και το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας του δείγματος 20,5% (N=166) που εργάζονταν σε διαφορετικές μονάδες μέσα στο νοσοκομείο. Αναλυτικά η κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας κατά τομέα μέσα στο νοσοκομείο παρουσιάζεται στον Πίνακα 15.2 που ακολουθεί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.2 Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας κατά τομέα

Τομέας	Απόλυτη συχνότητα, f_i	Σχετική συχνότητα, f_i (%)
Σε διαφορετικές μονάδες μέσα στο νοσοκομείο	166	20,5%
Παθολογικός	166	20,5%
Χειρουργικός	204	25,2%
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)	12	1,5%
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)	49	6%
Εργαστηριακός	38	4,7%
Ψυχιατρικός	117	14,4%
Κοινωνική υπηρεσία	19	2,3%

Αποτελέσματα

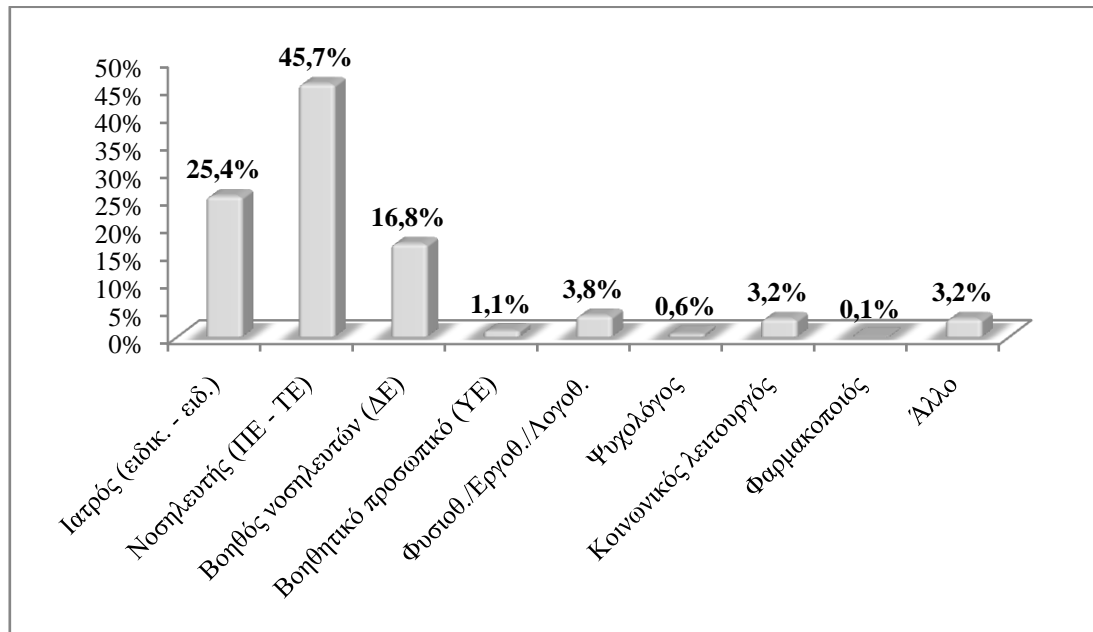
Τομέας	Απόλυτη συχνότητα, f_i	Σχετική συχνότητα, f_i (%)
Αποκατάστασης	11	1,4%
Άλλο	28	3,5%

Η πλειοψηφία του δείγματος 45,7% (N=369) προέρχεται από νοσηλευτές (ΠΕ και ΤΕ) ενώ μόνο 25,4% (N=205) προέρχεται από ιατρούς (ειδικευόμενους και ειδικούς). Η κατανομή των απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας κατά επάγγελμα παρουσιάζεται στον Πίνακα 15.3 και στο Διάγραμμα 15.2 που ακολουθεί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.3 Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας κατά επάγγελμα

Επάγγελμα	Απόλυτη συχνότητα, f_i	Σχετική συχνότητα, f_i (%)
Ειδικευόμενος ιατρός	110	13,6%
Ειδικός ιατρός	95	11,8%
ΠΕ Νοσηλεύτης	49	6,1%
ΤΕ Νοσηλεύτης	320	39,6%
ΔΕ Βοηθός νοσηλεύτη	136	16,8%
ΥΕ Βοηθητικό προσωπικό	9	1,1%
Φυσιοθεραπευτής / Εργοθεραπευτής / Λογοθεραπευτής	31	3,8%
Ψυχολόγος	5	0,6%
Κοινωνικός λειτουργός	26	3,2%
Φαρμακοποιός	1	0,1%
Άλλο	26	3,2%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.2 Ραβδόγραμμα κατανομής σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας κατά επάγγελμα



Από τους επαγγελματίες υγείας του δείγματος, ποσοστό 69,5% (N=563) ήταν γυναίκες ενώ 30,5% (N=247) ήταν άντρες γεγονός αναμενόμενο καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος προήλθε από νοσηλευτικό προσωπικό (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ, ΥΕ) την πλειοψηφία του οποίου συνιστούν γυναίκες.

Η ηλικία του δείγματος κυμάνθηκε από 18 έως 65 έτη. Η μέση τιμή της ηλικίας ήταν $41,35 \pm 7,9$ έτη, ενώ η διάμεσος ήταν 41 έτη (N=747).

Η πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας (47,7%, N=386) ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ, το 33,1% (N= 268) ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ και το 19,3% (N=156) ήταν τελειόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.

Οι μισοί περίπου από τους συμμετέχοντες σε ποσοστό 49,2% (N=376) είχαν ολοκληρώσει κάποια μορφή σπουδών μετά τη λήψη του βασικού πτυχίου. Από αυτούς, το 17% (N=130) είχε ολοκληρώσει και μεταπτυχιακές σπουδές, το 16,5% (N=126) είχε ολοκληρώσει μόνο κάποιο πρόγραμμα ιατρικής ή νοσηλευτικής ειδικότητας, ενώ μόλις το 1,6% (N=12) των επαγγελματιών υγείας ήταν κάτοχος διδακτορικού διπλώματος. Το 7,8% (N=60) είχε ολοκληρώσει κάποιο πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών και ειδικότητα ενώ μόλις το 4,2% (N=32) είχε ολοκληρώσει την ειδικότητα και κάποιο διδακτορικό δίπλωμα. Τέλος το 2,1% (N=16) είχε μεταπτυχιακές σπουδές και διδακτορικό δίπλωμα

Η προϋπηρεσία των επαγγελματιών υγείας στο συγκεκριμένο επάγγελμα κυμάνθηκε από μια (1) εβδομάδα έως τριάντα έξι (36) έτη με μέση τιμή $14,97 \pm 8,71$ έτη, με διάμεσο τα 15 έτη (N=747).

Η προϋπηρεσία των επαγγελματιών υγείας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο κυμάνθηκε από μια (1) εβδομάδα έως τριάντα πέντε (35) έτη με μέση τιμή $12,12 \pm 8,8$ έτη, με διάμεσο τα 10 έτη (N=789).

Η προϋπηρεσία των επαγγελματιών υγείας στη συγκεκριμένη μονάδα του νοσοκομείου κυμάνθηκε από μια (1) εβδομάδα έως τριάντα πέντε (35) έτη με μέση τιμή $7,74 \pm 6,84$ έτη, με διάμεσο τα 6 έτη (N=784).

Οι ώρες εργασίας εβδομαδιαίως των επαγγελματιών υγείας στο νοσοκομείο κατά τον χρόνο διεξαγωγής της μελέτης, κυμάνθηκαν από τέσσερις (4) έως εκατόν είκοσι (120) ώρες την εβδομάδα με μέση τιμή $44 \pm 12,88$ ώρες, με διάμεσο τις 40 ώρες την εβδομάδα (N=791).

Το 89,6% (N=724) των επαγγελματιών υγείας του δείγματος είχε άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή σε αντίθεση με το 10,4% (N=84) που δεν είχε άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή.

15.2. Ανάλυση δείγματος

15.3.1. Έλεγχος εγκυρότητας ερωτηματολογίου (ανάλυση παραγόντων)

Αρχικά υπολογίστηκε ο δείκτης Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ο οποίος αξιολογεί την επάρκεια της δείγματος. Η τιμή του δείκτη KMO για κάθε μεταβλητή μπορεί να κυμαίνεται μεταξύ 0 και 1. Το κριτήριο του Kaiser υποδεικνύει ότι όταν η τιμή του δείκτη KMO είναι μεγαλύτερη από 0,50 τότε η παραγοντική ανάλυση είναι η κατάλληλη τεχνική για την ανάλυση των δεδομένων. Όσο δε η τιμή KMO πλησιάζει τη μονάδα τόσο πιο αξιόπιστο θεωρείται το μοντέλο συσχέτισης (Field, 2000). Στην παρούσα ανάλυση η τιμή του δείκτη KMO ήταν 0,904 και θεωρείται εξαιρετικά «ικανοποιητική». Επιπλέον για τον έλεγχο της καταλληλότητας των δεδομένων για επεξεργασία με την τεχνική της ανάλυσης παραγόντων υπολογίστηκε και ο δείκτης Bartlett's Test of Sphericity ο οποίος αξιολογεί κατά πόσο οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών επιτρέπουν την εφαρμογή της ανάλυσης παραγόντων ($p < 0,05$). Ο δείκτης Bartlett's Test of Sphericity στην παρούσα ανάλυση ($p < 0,001$) επιβεβαιώνει ότι η συσχέτιση μεταξύ των στοιχείων του ερωτηματολογίου είναι «ικανοποιητική».

Στην συνέχεια πραγματοποιήθηκε η ανάλυση παραγόντων. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος «unweighted least square» σε συνδυασμό με τη μέθοδο περιστροφής Varimax. Η συγκεκριμένη μέθοδος είναι η πιο συχνή μορφή παραγοντικής ανάλυσης (Raftopoulos and Theodosopoulou, 2002). Η παραγοντική ανάλυση είναι μια στατιστική τεχνική που ελέγχει τις στατιστικές συσχετίσεις μεταξύ των στοιχείων (correlation coefficient). Έτσι τα στοιχεία που είναι στενά συνδεδεμένα μεταξύ τους και σχετίζονται από κοινού με μια υποκείμενη διάσταση (παράγοντα - παράμετρο) μπορούν να μειωθούν στο μικρότερο δυνατό αριθμό «εννοιολογικών κατασκευών», δημιουργώντας ομοιογενείς ομάδες ερωτήσεων (αθροιστικές κλίμακες). Για να συμπεριληφθεί ένα στοιχείο σε κάποια αθροιστική κλίμακα θα πρέπει (Aletras et al., 2006):

- Ο βαθμός συσχέτισής του να είναι μεγαλύτερος από 0,50.

- Η διαφορά των συντελεστών συσχέτισης του κάθε στοιχείου με τις άλλες αθροιστικές κλίμακες να είναι μεγαλύτερη από 0,20.

Στον Πίνακα 15.4 που παρατίθεται παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης παραγόντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.4 Αποτελέσματα ανάλυσης παραγόντων Rotated Component Matrix^a

	Component										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Υποστήριξη των εργαζομένων μεταξύ τους			,802								
Επάρκεια του προσωπικού											,663
Ομαδική εργασία			,711								
Σεβασμός των εργαζομένων μεταξύ τους			,778								
Υπερωριακή απασχόληση του προσωπικού (αντ.)											,732
Δυναμικές ενέργειες για την βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς			,618								
Απασχόληση εποχικού προσωπικού (αντ.)				,571							
Φόβος του προσωπικού για τα λάθη του (αντ.)							,753				
Θετική επανατροφοδότηση από τα λάθη								,772			
Η ασφάλεια του ασθενούς είναι θέμα τύχης (αντ.)				,505							
Αλληλοβοήθεια μεταξύ των εργαζομένων άλλων μονάδων	,290										
Καταγραφή των ατόμων και όχι των δυσμενών συμβάντων (αντ.)							,699				
Επαναξιολόγηση των αλλαγών για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς								,597			
Υπερβολικός φόρτος και εντατικός ρυθμός εργασίας (αντ.)											,578
Η ασφάλεια του ασθενούς ως προτεραιότητα ακόμα και όταν υπάρχει φόρτος εργασίας	,410										
Καταγραφή των λαθών στον υπηρεσιακό φάκελο του προσωπικού (αντ.)							,781				
Προβλήματα ασφάλειας του ασθενούς στην συγκεκριμένη μονάδα (αντ.)		,490									
Αποτελεσματικότητα συστημάτων πρόληψης δυσμενών συμβάντων	,460										
Επιβράβευση από τον Προϊστάμενο/Διευθυντή										,823	
Συμμετοχή προσωπικού στη λήψη αποφάσεων για την βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς										,805	

Αποτελέσματα

	Component							
Απαίτηση του Προϊσταμένου/Διευθυντή για συντόμευση των διαδικασιών όταν υπάρχει πίεση χρόνου (αντ.)				,596				
Παράβλεψη επαναλαμβανόμενων προβλημάτων ασφάλειας του ασθενούς από την Διεύθυνση (αντ.)				,656				
Συστηματική αξιολόγηση των αλλαγών με βάσει τις αναφορές δυσμενών συμβάντων	,440							
Ελεύθερη έκφραση των απόψεων του προσωπικού για την ποιότητα της φροντίδας υγείας του ασθενούς		,695						
Ενημέρωση του προσωπικού για τα δυσμενή συμβάντα που λαμβάνουν χώρα		,645						
Δυνατότητα αμφισβήτησης των αποφάσεων της διεύθυνσης από το προσωπικό		,687						
Συσκέψεις - συζητήσεις στο χώρο εργασίας σχετικά με την πρόληψη δυσμενών συμβάντων		,626						
Φόβος του προσωπικού να ρωτήσει όταν κάτι δεν φαίνεται σωστό (αντ.)		,604						
Συχνότητα αναφοράς λάθους που έγινε και διορθώθηκε πριν επηρεάσει τον ασθενή					,788			
Συχνότητα αναφοράς λάθους που έγινε χωρίς να βλάψει τον ασθενή					,881			
Συχνότητα αναφοράς λάθους που έγινε χωρίς να βλάψει τον ασθενή ενώ θα μπορούσε να του προκαλέσει ζημιά					,808			
Εξασφάλιση κλίματος ασφάλειας του ασθενούς εκ μέρους της Διοίκησης						,745		
Ελλιπής συντονισμός των μονάδων του νοσοκομείου μεταξύ τους (αντ.)	,638							
Προβληματική μεταφορά ασθενούς από τη μια μονάδα νοσηλείας στην άλλη εντός του νοσοκομείου (αντ.)	,736							
Διατμηματική ομαδική συνεργασία	,674							
Απώλεια σημαντικών πληροφοριών για τον ασθενή κατά την αλλαγή βάρδιας (αντ.)	,598							
Προβληματική διατμηματική συνεργασία (αντ.)	,795							
Προβληματική ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των μονάδων του νοσοκομείου (αντ.)	,804							
Προτεραιότητα η ασφάλεια του ασθενούς εκ μέρους της Διοίκησης						,753		

	Component									
Ενδιαφέρον για την ασφάλεια του ασθενούς εκ μέρους της Διοίκησης μόνο κατόπιν αναφοράς δυσμενούς συμβάντος (αντ.)							,752			
Αρμονική διατμηματική συνεργασία με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας	,718									
Η αλλαγή βάρδιας προκαλεί προβλήματα στην ασφάλεια του ασθενούς (αντ.)	,569									

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.a

a. Rotation converged in 7 iterations.

Οι παράμετροι - παράγοντες που δημιουργούνται είναι δέκα (10) και ερμηνεύουν το 62% της μεταβλητότητας του ερωτηματολογίου γεγονός που κρίνεται ικανοποιητικό. Μόνο πέντε (5) στοιχεία από τα σαράντα δύο (42) στοιχεία του πρωτότυπου ερωτηματολογίου δεν συμπεριλαμβάνονται στις δέκα (10) παραμέτρους – παράγοντες που προκύπτουν. Τα πέντε (5) αυτά στοιχεία είναι τα εξής: A11, A15, A17, A18 και Γ1.

A11: Αλληλοβοήθεια μεταξύ των εργαζομένων άλλων μονάδων
A15: Η ασφάλεια του ασθενούς ως προτεραιότητα ακόμα και όταν υπάρχει φόρτος εργασίας
A17: Προβλήματα ασφάλειας του ασθενούς στην συγκεκριμένη μονάδα (αντ.)
A18: Αποτελεσματικότητα συστημάτων πρόληψης δυσμενών συμβάντων
Γ1: Συστηματική αξιολόγηση των αλλαγών με βάσει τις αναφορές δυσμενών συμβάντων

Οι δέκα (10) παράμετροι – παράγοντες που προκύπτουν καθώς και τα στοιχεία που περιλαμβάνουν παρουσιάζονται στους Πίνακες 15.5 και 15.6.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.5 Αθροιστικές κλίμακες

	Παράμετρος – Παράγοντας									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Στοιχεία	ΣΤ2	Γ2	Α1	Α7	Δ1	ΣΤ1	Α8	Α9	Β1	Α2
	ΣΤ3	Γ3	Α3	Α10	Δ2	ΣΤ8	Α12	Α13	Β2	Α5
	ΣΤ4	Γ4	Α4	Β3	Δ3	ΣΤ9	Α16			Α14
	ΣΤ5	Γ5	Α6	Β4						
	ΣΤ6	Γ6								
	ΣΤ7									
	ΣΤ10									
	ΣΤ11									
Cronbach's alpha	0,88	0,77	0,80	0,62	0,82	0,79	0,71	0,60	0,84	0,60
Cronbach's alpha (σύνολο)	0,91									

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.6 Συντελεστής Cronbach's alpha των αθροιστικών κλιμάκων

A/A	Παράμετροι της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς	Ερωτήσεις του ερωτηματολογίου	Cronbach'a alpha
	Σύνολο		0,91
1		<p>ΣΤ2: Συντονισμός των μονάδων του νοσοκομείου (αντ.).</p> <p>ΣΤ3: Απώλεια σημαντικών πληροφοριών για τον ασθενή κατά την αλλαγή μονάδας νοσηλείας εντός του νοσοκομείου (αντ.).</p> <p>ΣΤ4: Διατμηματική ομαδική εργασία όταν αυτό απαιτείται.</p> <p>ΣΤ5: Απώλεια σημαντικών πληροφοριών για τον ασθενή κατά την αλλαγή βάρδιας (αντ.).</p> <p>ΣΤ6: Προβληματική διατμηματική συνεργασία (αντ.).</p> <p>ΣΤ7: Προβληματική ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου (αντ.).</p> <p>ΣΤ10: Αρμονική διατμηματική συνεργασία με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας υγείας.</p> <p>ΣΤ11: Η αλλαγή βάρδιας προκαλεί προβλήματα στην ασφάλεια του ασθενούς (αντ.).</p>	0,88
2		<p>Γ2: Ελεύθερη έκφραση των απόψεων του προσωπικού για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.</p> <p>Γ3: Ενημέρωση του προσωπικού για τα δυσμενή συμβάντα που λαμβάνουν χώρα.</p> <p>Γ4: Δυνατότητα αμφισβήτησης των αποφάσεων της Διεύθυνσης από το προσωπικό.</p> <p>Γ5: Συσκέψεις - συζητήσεις στο χώρο εργασίας σχετικά με την πρόληψη δυσμενών συμβάντων.</p> <p>Γ6: Φόβος του προσωπικού να θέσει ερωτήσεις όταν κάτι δεν φαίνεται σωστό (αντ.).</p>	0,77
3		<p>A1: Υποστήριξη των εργαζομένων μεταξύ τους.</p> <p>A3: Ομαδική εργασία.</p> <p>A4: Σεβασμός των εργαζομένων μεταξύ τους.</p> <p>A6: Δυναμικές ενέργειες για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς.</p>	0,80

Αποτελέσματα

4	<p>A7: Απασχόληση εποχικού προσωπικού (αντ.). A10: Η ασφάλεια του ασθενούς είναι θέμα τύχης (αντ.). B3: Απαίτηση του Προϊστάμενου / Διευθυντή για συντόμευση των διαδικασιών όταν υπάρχει πίεση χρόνου (αντ.). B4: Παράβλεψη επαναλαμβανόμενων προβλημάτων ασφάλειας του ασθενούς από την Διεύθυνση (αντ.).</p>	0,62
5	<p>A1: Συχνότητα αναφοράς λάθους που έγινε και διορθώθηκε πριν επηρεάσει τον ασθενή. A2: Συχνότητα αναφοράς λάθους που έγινε χωρίς να βλάψει τον ασθενή. A3: Συχνότητα αναφοράς λάθους που έγινε χωρίς να βλάψει τον ασθενή ενώ θα μπορούσε να του προκαλέσει ζημιά.</p>	0,82
6	<p>ΣΤ1: Εξασφάλιση κλίματος ασφάλειας του ασθενούς εκ μέρους της Διοίκησης. ΣΤ8: Προτεραιότητα η ασφάλεια του ασθενούς εκ μέρους της Διοίκησης. ΣΤ9: Ενδιαφέρον για την ασφάλεια του ασθενούς εκ μέρους της Διοίκησης μόνο στην περίπτωση δυσμενούς συμβάντος (αντ.).</p>	0,79
7	<p>A8: Φόβος του προσωπικού ότι τα λάθη του θα χρησιμοποιηθούν εναντίον του (αντ.). A12: Καταγραφή των ατόμων και όχι των δυσμενών συμβάντων (αντ.). A16: Καταγραφή των λαθών στον υπηρεσιακό φάκελο του προσωπικού (αντ.).</p>	0,71
8	<p>A9: Θετική επανατροφοδότηση για τα λάθη. A13: Επαναξιολόγηση των αλλαγών για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς.</p>	0,60
9	<p>B1: Επιβράβευση από τον Προϊστάμενο / Διευθυντή όταν τηρούνται οι διαδικασίες ασφαλούς φροντίδας του ασθενούς. B2: Συμμετοχή του προσωπικού στη λήψη αποφάσεων για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς.</p>	0,84
10	<p>A2: Επάρκεια προσωπικού. A5: Υπερωριακή απασχόληση του προσωπικού (αντ.). A14: Υπερβολικός φόρτος εργασίας και εντατικός ρυθμός εργασίας (αντ.).</p>	0,60

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης παραγόντων, η απόδοση του ερωτηματολογίου στα ελληνικά χαρακτηρίζεται «αρκετά καλή», καθώς προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

- Οι προϋποθέσεις εφαρμογής της ανάλυσης παραγόντων (ελάχιστο μέγεθος δείγματος = 300, δείκτης Kaiser-Meyer-Olkin και Bartlett's Test of Sphericity) ισχύουν.
- Οι παράμετροι - παράγοντες που δημιουργούνται είναι δέκα (10) και ερμηνεύουν το 62% της μεταβλητότητας του ερωτηματολογίου γεγονός που κρίνεται «ικανοποιητικό». Μόνο πέντε (5) στοιχεία από τα σαράντα δύο (42) στοιχεία του πρωτότυπου ερωτηματολογίου δεν συμπεριλαμβάνονται στις δέκα (10) παραμέτρους - παράγοντες που προκύπτουν.
- Τρεις (3) παράμετροι - παράγοντες του ελληνικού ερωτηματολογίου περιλαμβάνουν ακριβώς τα ίδια στοιχεία με τις αντίστοιχες παραμέτρους - παράγοντες του πρωτότυπου ερωτηματολογίου. Πιο συγκεκριμένα: (α) η παράμετρος - παράγοντας 5 στο ελληνικό ερωτηματολόγιο είναι ίδια με την παράμετρο - παράγοντα II.A στο πρωτότυπο ερωτηματολόγιο, (β) η παράμετρος - παράγοντας 6 στο ελληνικό ερωτηματολόγιο είναι ίδια με την παράμετρο - παράγοντα III.H στο πρωτότυπο ερωτηματολόγιο και (γ) η παράμετρος - παράγοντας 7 στο ελληνικό ερωτηματολόγιο είναι ίδια με την παράμετρο - παράγοντα III.F στο πρωτότυπο ερωτηματολόγιο.
- Η παράμετρος - παράγοντας 1 στο ελληνικό ερωτηματολόγιο είναι ίδια με τις παραμέτρους - παράγοντες IV.A και IV.B στο πρωτότυπο ερωτηματολόγιο.
- Η παράμετρος - παράγοντας 2 στο ελληνικό ερωτηματολόγιο είναι σχεδόν ίδια με τις παραμέτρους - παράγοντες III.D και III.E στο πρωτότυπο ερωτηματολόγιο. Η διαφορά έγκειται στο ότι στο ελληνικό ερωτηματολόγιο δεν περιλαμβάνεται το στοιχείο Γ1.
- Η παράμετρος - παράγοντας 3 στο ελληνικό ερωτηματολόγιο είναι σχεδόν ίδια με την παράμετρο - παράγοντα III.C στο πρωτότυπο ερωτηματολόγιο. Η διαφορά έγκειται στο ότι στο ελληνικό ερωτηματολόγιο δεν περιλαμβάνεται το στοιχείο A11, αλλά περιλαμβάνεται το στοιχείο A6.
- Η παράμετρος - παράγοντας 8 στο ελληνικό ερωτηματολόγιο είναι σχεδόν ίδια με την παράμετρο - παράγοντα III.B στο πρωτότυπο ερωτηματολόγιο. Η διαφορά έγκειται στο ότι στο ελληνικό ερωτηματολόγιο δεν περιλαμβάνεται το στοιχείο A6.
- Η παράμετρος - παράγοντας 10 στο ελληνικό ερωτηματολόγιο είναι σχεδόν ίδιος με τον παράγοντα III.G στο πρωτότυπο ερωτηματολόγιο. Η διαφορά έγκειται στο ότι στο ελληνικό ερωτηματολόγιο δεν περιλαμβάνεται το στοιχείο A7.
- Η παράμετρος - παράγοντας 9 στο ελληνικό ερωτηματολόγιο είναι κατά το ήμισυ ίδια με την παράμετρο - παράγοντα III.A στο πρωτότυπο

ερωτηματολόγιο. Η διαφορά έγκειται στο ότι στο ελληνικό ερωτηματολόγιο δεν περιλαμβάνονται τα στοιχεία B3 και B4.

- Η παράμετρος - παράγοντας 4 στο ελληνικό ερωτηματολόγιο είναι κατά το ήμισυ ίδια με την παράμετρο - παράγοντα III.A στο πρωτότυπο ερωτηματολόγιο. Η διαφορά έγκειται στο ότι στο ελληνικό ερωτηματολόγιο δεν περιλαμβάνονται τα στοιχεία B1 και B2.
- Οι επτά (7) από τις δέκα (10) παραμέτρους - παράγοντες στο ελληνικό ερωτηματολόγιο είχαν συντελεστή εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha >0,70 και οι τρεις (3) είχαν μεταξύ 0,60 και 0,70 γεγονός που δηλώνει «αρκετά καλή» εσωτερική συνέπεια του ελληνικού ερωτηματολογίου.

Σημειώνεται ότι για την ανάλυση των δεδομένων του ερωτηματολογίου θα χρησιμοποιηθούν οι δώδεκα (12) μεταβλητές - παράγοντες του πρωτότυπου ερωτηματολογίου, έτσι ώστε να είναι δυνατή η σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης με τη διεθνή βιβλιογραφία.

15.3.2. Έλεγχος αξιοπιστίας ερωτηματολογίου

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (internal consistency reliability) εκτιμάται με το συντελεστή Cronbach's alpha (α) ο οποίος υπολογίστηκε για το σύνολο του ερωτηματολογίου $\alpha=0,90$ και θεωρείται «άριστος». Ο συγκεκριμένος συντελεστής όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενη ενότητα παίρνει τιμές από 0 – 1 αλλά για να θεωρείται αποδεκτή η τιμή του, θα πρέπει να είναι μεγαλύτερη ή ίση του 0,6. Στην προκειμένη περίπτωση δύο (2) παράμετροι της ασφάλειας η *οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση* και η *στελέχωση* παρουσίασαν μη αποδεκτό Cronbach's alpha με τιμές 0,49 και 0,51 αντίστοιχα. Ο εν λόγω συντελεστής στις υπόλοιπες παραμέτρους του ερωτηματολογίου κυμάνθηκε από 0,62 έως 0,82 (Πίνακας 15.7).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.7 Συντελεστής Cronbach's alpha

Παράμετρος ασφάλειας ασθενούς του ερωτηματολογίου	Τιμή του συντελεστή Cronbach's alpha
Παράμετροι ασφάλειας ασθενούς (σύνολο)	0,90
1. Ανοικτή επικοινωνία (Γ2, Γ4, Γ6(αντ.))	0,62
2. Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη (Γ1, Γ3, Γ5)	0,74
3. Οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση (Α6, Α9, Α13)	0,49
4. Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου (ΣΤ4, ΣΤ10, ΣΤ2(αντ.), ΣΤ6(αντ.))	0,82
5. Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη (Α8(αντ.), Α12(αντ.), Α16(αντ.))	0,71
6. Προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών (Β1, Β2, Β3(αντ.), Β4(αντ.))	0,70
7. Στελέχωση (Α2, Α5(αντ.), Α7(αντ.), Α14(αντ.))	0,51
8. Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας (ΣΤ1, ΣΤ8, ΣΤ9(αντ.))	0,79
9. Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του	0,61

Παράμετρος ασφάλειας ασθενούς του ερωτηματολογίου	Τιμή του συντελεστή Cronbach's alpha
νοσοκομείου (A1, A3, A4, A11)	
10. Μεταφορές /διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου (ΣΤ3(αντ.), ΣΤ5(αντ.), ΣΤ7(αντ.), ΣΤ11(αντ.))	0,78
11. Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων (Δ1, Δ2, Δ3)	0,82
12. Συνολική αντίληψη της ασφάλειας (A15, A18, A10(αντ.), A17(αντ.))	0,68

Για την καλύτερη ανάλυση των αποτελεσμάτων θα ακολουθηθεί η δομή του πρωτότυπου ερωτηματολογίου στο οποίο οι παράμετροι της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς δομούνται σε τρία (3) επίπεδα:

- i. Σε επίπεδο μονάδας – τμήματος του νοσοκομείου
- ii. Σε επίπεδο νοσοκομείο
- iii. Σε ατομικό επίπεδο (συνολική αντίληψη για την ασφάλεια)

15.3. Ανάλυση αποτελεσμάτων

15.3.1. Παράμετροι της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς σε επίπεδο μονάδας – τμήματος του νοσοκομείου

1. Ανοικτή επικοινωνία (Γ2, Γ4, Γ6(αντ.))

Περιγραφικά αποτελέσματα

Στον Πίνακα 15.8 παρουσιάζεται η απόλυτη και ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων για την παράμετρο «ανοικτή επικοινωνία». Σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων (65,3%) δήλωσε ότι μιλάει ελεύθερα για κάτι που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη φροντίδα του ασθενούς, το 22,5% απάντησε ότι μπορεί ελεύθερα να αμφισβητήσει τις αποφάσεις των ανωτέρων του, ενώ το 13,1% φοβάται να ρωτήσει όταν κάτι δεν φαίνεται σωστό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.8 Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «ανοικτή επικοινωνία»

Ανοικτή επικοινωνία					
Ερώτηση	Απάντηση				
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
Ελεύθερη έκφραση των απόψεων του προσωπικού για την ποιότητα της φροντίδας υγείας του ασθενούς (Γ2)	6 (0,7%)	71 (8,8%)	203 (25,2%)	343 (42,5%)	184 (22,8%)
Δυνατότητα αμφισβήτησης των αποφάσεων της Διεύθυνσης από το προσωπικό (Γ4)	59 (7,3%)	280 (34,7%)	285 (35,4%)	151 (18,7%)	31 (3,8%)
Φόβος του προσωπικού να ρωτήσει όταν κάτι δεν φαίνεται σωστό (Γ6 αντ.)	170 (21%)	281 (34,7%)	252 (31,1%)	92 (11,4%)	14 (1,7%)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

Ανάλυση παραμέτρου «ανοικτή επικοινωνία»

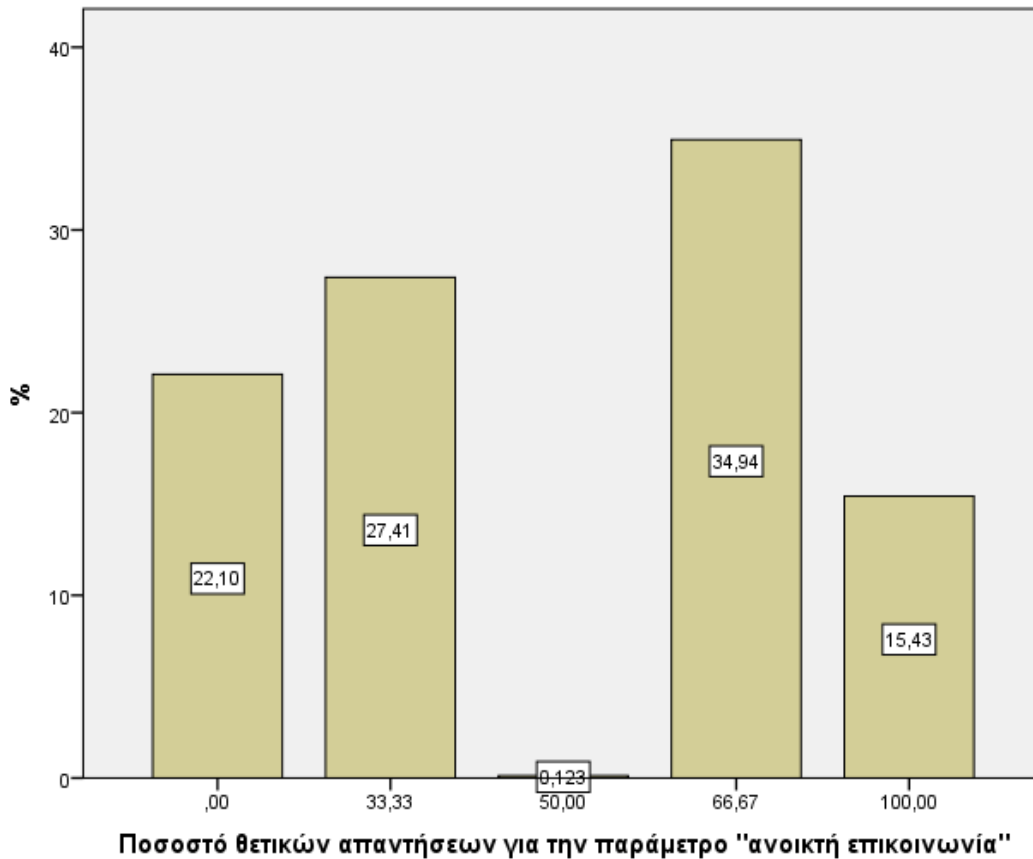
Μονομεταβλητή ανάλυση

Η παράμετρος «ανοικτή επικοινωνία» αποτελείται από τρεις (3) ερωτήσεις, οι οποίες φαίνονται στον Πίνακα 15.8 που προηγείται. Το συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων της κυμάνθηκε από μηδέν (0) μέχρι εκατό (100). Ο Πίνακας 15.9 περιλαμβάνει τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο, την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος του ποσοστού των θετικών απαντήσεων για την εν λόγω παράμετρο. Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται το ποσοστό στην παράμετρο «ανοικτή επικοινωνία» τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς της μονάδας - τμήματος του νοσοκομείου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.9, η μέση τιμή του ποσοστού των θετικών απαντήσεων για τη συγκεκριμένη παράμετρο είναι 47,9 (τυπική απόκλιση: 33,3).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.9 Μέτρα θέσης και διασποράς του ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο "ανοικτή επικοινωνία"

Ανοικτή επικοινωνία	
Ποσοστό θετικών απαντήσεων	
Μέση τιμή	47,9
Τυπική απόκλιση	33,3
Διάμεσος	66,7
Ελάχιστη τιμή	0
Μέγιστη τιμή	100
Εύρος	100
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	33,3

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.3 Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «ανοικτή επικοινωνία»

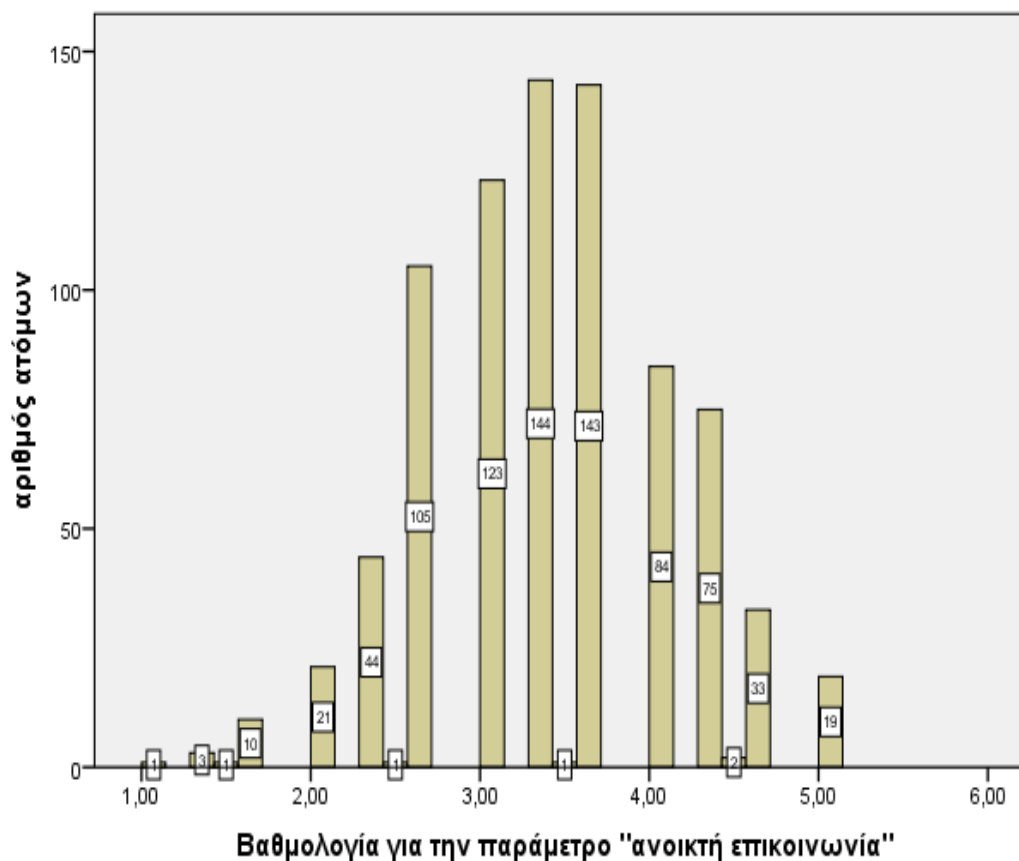


Η συνολική βαθμολογία της παραμέτρου «ανοικτή επικοινωνία» κυμάνθηκε από ένα (1) μέχρι πέντε (5). Ο Πίνακας 15.10 περιλαμβάνει τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο, την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος. Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την «ανοικτή επικοινωνία». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.10, η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας για τη συγκεκριμένη παράμετρο είναι 3,4 (τυπική απόκλιση: 0,7).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.10 Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «ανοικτή επικοινωνία»

Ανοικτή επικοινωνία	
Συνολική βαθμολογία	
Μέση τιμή	3,4
Τυπική απόκλιση	0,7
Διάμεσος	3,3
Ελάχιστη τιμή	1
Μέγιστη τιμή	5
Εύρος	4
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	1

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.4 Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «ανοικτή επικοινωνία»



Διμεταβλητή ανάλυση

Στον Πίνακα 15.11 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος και τη βαθμολογία στην παράμετρο «ανοιχτή επικοινωνία».

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.11 Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τη βαθμολογία στην παράμετρο "ανοικτή επικοινωνία"

Χαρακτηριστικό	Βαθμολογία στην παράμετρο «ανοικτή επικοινωνία»	Τιμή p
Φύλο		0,001^a
Αντρες	3,26 (0,73)	
Γυναίκες	3,45 (0,73)	
Ηλικία	0,05 ^b	0,22 ^b
Εκπαίδευση		0,17^γ
Απόφοιτοι Β/θμιας Εκπ/σης	3,43 (0,74)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ	3,42 (0,74)	
Απόφοιτοι ΑΕΙ	3,32 (0,70)	
Επάγγελμα		0,26 ^γ
Ιατροί	3,44 (0,71)	
Νοσηλευτές	3,43 (0,73)	
Βοηθοί νοσηλευτές	3,38 (0,74)	
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό δίπλωμα		0,53 ^a
Όχι	3,40 (0,74)	
Ναι	3,36 (0,71)	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο επάγγελμα	0,07 ^b	0,07^b
Ώρες εργασίας/εβδομάδα	-0,09 ^b	0,01^b
Είδος νοσοκομείου		0,14^γ
Ειδικό	3,52 (0,78)	
Ογκολογικό	3,36 (0,71)	
Γενικό/πανεπιστημιακό	3,41 (0,73)	
Ψυχιατρικό	3,28 (0,71)	
Αριθμός κλινών		0,5 ^a
100-250	3,35(0,78)	
>400	3,40 (0,72)	
Νοσοκομείο		0,34 ^a
Αθήνα	3,37 (0,72)	
Εκτός Αθήνας	3,43 (0,76)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^a έλεγχος t

^b συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στην παράμετρο «ανοικτή επικοινωνία» και

Αποτελέσματα

πέντε (5) ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον Πίνακα 15.12.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.12 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην παράμετρο "ανοικτή επικοινωνία"

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ωρες εργασίας/εβδομάδα	-0,006	-0,01 έως -0,002	0,005

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Αύξηση των ωρών εργασίας/εβδομάδα σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας στην παράμετρο «ανοικτή επικοινωνία».
- Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 1% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στην παράμετρο «ανοικτή επικοινωνία».

2. Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη (Γ1, Γ3, Γ5)

Περιγραφικά αποτελέσματα

Στον Πίνακα 15.13 παρουσιάζεται η απόλυτη και ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων για την παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη». Το 31,9% δήλωσε ότι συχνά ή πάντοτε αξιολογούνται οι αλλαγές που γίνονται με βάση τις αναφορές δυσμενών συμβάντων, ενώ παραπάνω από τους μισούς συμμετέχοντες (61,8%) δήλωσε ότι ενημερώνεται για τα δυσμενή συμβάντα που συμβαίνουν στο τμήμα του. Επίσης σημαντικό ποσοστό (62%) των συμμετεχόντων, δήλωσε ότι στο τμήμα συνήθως ή πάντοτε συζητούνται τρόποι αποφυγής δυσμενών συμβάντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.13 Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»

Ερώτηση	Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη				
	Απάντηση				
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
Συστηματική αξιολόγηση των αλλαγών με βάση τις αναφορές δυσμενών συμβάντων (Γ1)	46 (5,7%)	171 (21,3%)	328 (40,9%)	203 (25,3%)	53 (6,6%)
Ενημέρωση του προσωπικού για τα δυσμενή συμβάντα που λαμβάνουν χώρα (Γ3)	12 (1,5%)	60 (7,4%)	236 (29,2%)	306 (37,9%)	193 (23,9%)
Συσκέψεις – συζητήσεις στο χώρο εργασίας σχετικά με την πρόληψη δυσμενών συμβάντων (Γ5)	12 (1,5%)	68 (8,4%)	227 (28,1%)	378 (46,8%)	123 (15,2%)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

Ανάλυση παραμέτρου «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»

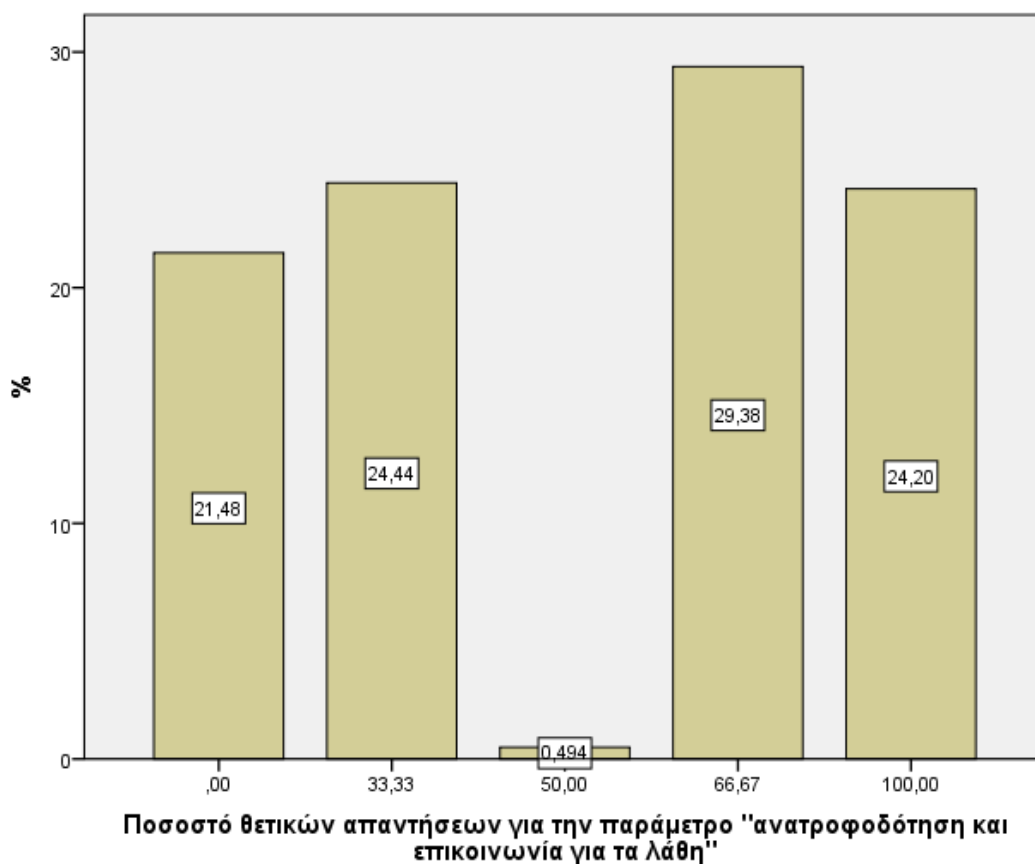
Μονομεταβλητή ανάλυση

Η παράμετρος «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» αποτελείται από τρεις (3) ερωτήσεις, οι οποίες φαίνονται στον Πίνακα 15.13 που προηγείται. Το συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων της κυμάνθηκε από μηδέν (0) μέχρι εκατό (100). Ο Πίνακας 15.14 περιλαμβάνει τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο, την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος του ποσοστού των θετικών απαντήσεων για την εν λόγω παράμετρο. Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται το ποσοστό στην παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς της μονάδας – τμήματος του νοσοκομείου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.14, η μέση τιμή του ποσοστού των θετικών απαντήσεων για τη συγκεκριμένη παράμετρο είναι 52,2 (τυπική απόκλιση: 35,9).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.14 Μέτρα θέσης και διασποράς του ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»

Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη	
Ποσοστό θετικών απαντήσεων	
Μέση τιμή	52,2
Τυπική απόκλιση	35,9
Διάμεσος	66,7
Ελάχιστη τιμή	0
Μέγιστη τιμή	100
Εύρος	100
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	33,3

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.5 Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»



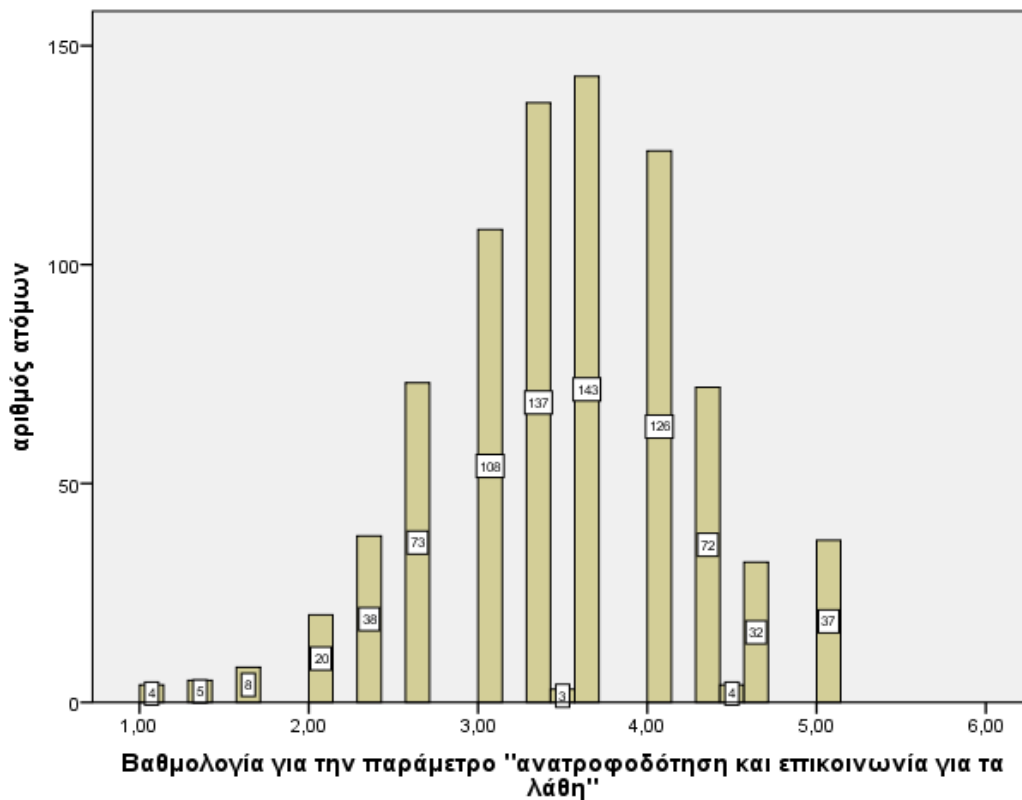
Η συνολική βαθμολογία της παραμέτρου «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» κυμάνθηκε από ένα (1) μέχρι πέντε (5). Ο Πίνακας 15.15 περιλαμβάνει τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο, την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος. Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται η συνολική

βαθμολογία τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.15, η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας για τη συγκεκριμένη παράμετρο είναι 3,5 (τυπική απόκλιση: 0,8).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.15 Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»

Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη	
Συνολική βαθμολογία	
Μέση τιμή	3,5
Τυπική απόκλιση	0,8
Διάμεσος	3,7
Ελάχιστη τιμή	1
Μέγιστη τιμή	5
Εύρος	4
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	1

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.6 Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»



Διμεταβλητή ανάλυση

Στον Πίνακα 15.16 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στην παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη».

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.16 Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τη βαθμολογία στην παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»

Χαρακτηριστικό	Βαθμολογία στην παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»	Τιμή p
Φύλο		0,003^a
Αντρες	3,37 (0,79)	
Γυναίκες	3,54 (0,74)	
Ηλικία	0,09 ^b	0,02^b
Εκπαίδευση		<0,001^γ
Απόφοιτοι Β/θμιας Εκπ/σης	3,63 (0,75)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ	3,56 (0,75)	
Απόφοιτοι ΑΕΙ	3,32 (0,76)	
Επάγγελμα		<0,001^γ
Ιατροί	3,28 (0,78)	
Νοσηλευτές	3,55 (0,75)	
Βοηθοί νοσηλευτές	3,62 (0,76)	
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό δίπλωμα		0,02^a
Όχι	3,53 (0,77)	
Ναι	3,39 (0,74)	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο επάγγελμα	0,12 ^b	0,002^b
Ώρες εργασίας/εβδομάδα	-0,17 ^b	<0,001^b
Είδος νοσοκομείου		0,03^γ
Ειδικό	3,65 (0,78)	
Ογκολογικό	3,61 (0,71)	
Γενικό/πανεπιστημιακό	3,44 (0,78)	
Ψυχιατρικό	3,53 (0,70)	
Αριθμός κλινών		0,3^a
100-250	3,44 (0,81)	
>400	3,51 (0,75)	
Νοσοκομείο		0,93^a
Αθήνα	3,49 (0,74)	
Εκτός Αθήνας	3,49 (0,84)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^a έλεγχος t

^b συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στην παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» και οκτώ (8) ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον Πίνακα 15.17.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.17 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0,01	0,004 έως 0,02	0,003
Νοσηλευτές σε σχέση με ιατρούς	0,28	0,14 έως 0,41	<0,001
Βοηθοί νοσηλευτές σε σχέση με ιατρούς	0,35	0,17 έως 0,52	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη».
- Οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσηλευτές είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη».
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 4% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στην παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη».

3. Οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση (A6, A9, A13)

Περιγραφικά Αποτελέσματα

Στον Πίνακα 15.18 παρουσιάζεται η απόλυτη και ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων για την παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση». Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (80,7%) δήλωσε ότι αναπτύσσονται δραστηριότητες για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς. Το 38,2% δήλωσε ότι τα λάθη οδήγησαν σε θετικές αλλαγές στο τμήμα και το 47,9% απάντησε ότι όταν εφαρμόζονται αλλαγές για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς, κατόπιν αξιολογείται εκ νέου η αποτελεσματικότητά τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.18 Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση»

Οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση					
Ερώτηση	Απάντηση				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Δυναμικές ενέργειες για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς (Α6)	6 (0,7%)	23 (2,8%)	127 (15,7%)	476 (58,8%)	177 (21,9%)
Θετική επανατροφοδότηση από τα λάθη (Α9)	44 (5,5%)	150 (18,7%)	303 (37,7%)	276 (34,3%)	31 (3,9%)
Επαναξιολόγηση των αλλαγών για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς (Α13)	27 (3,4%)	133 (16,5%)	259 (32,2%)	349 (43,4%)	36 (4,5%)

Οι τιμές εκφράζονται ως η (%)

Ανάλυση παραμέτρου «οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση»

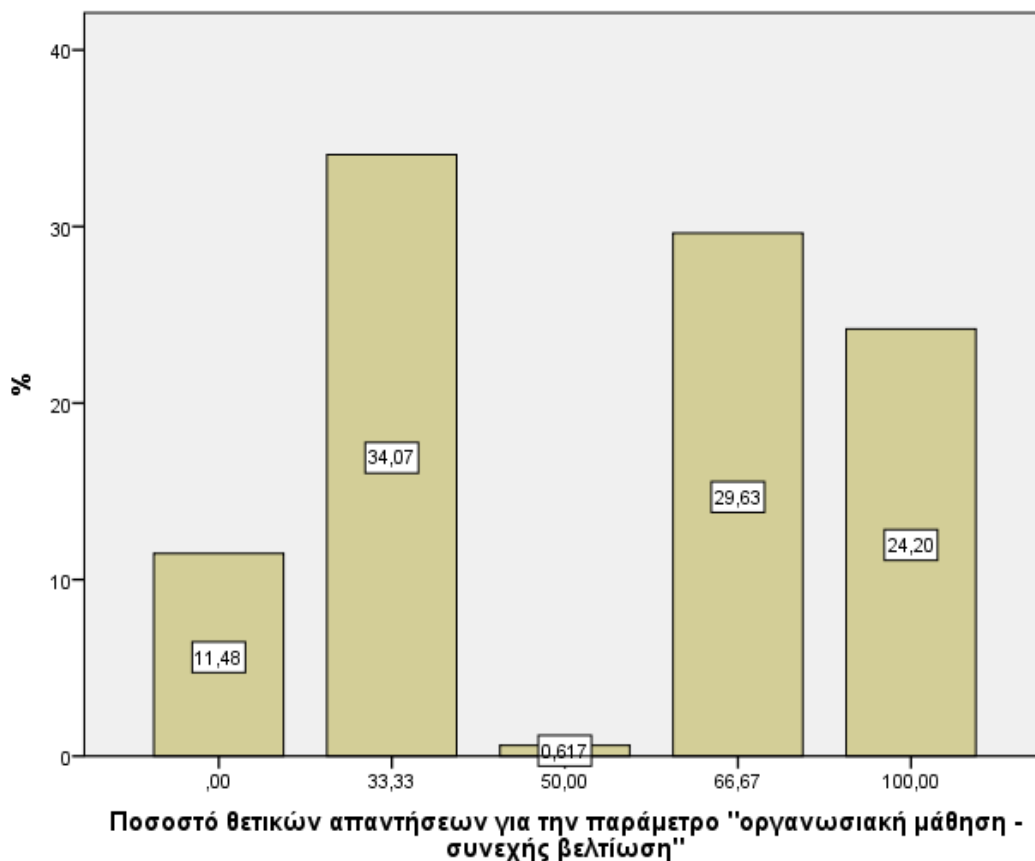
Μονομεταβλητή ανάλυση

Η παράμετρος «οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση» αποτελείται από τρεις (3) ερωτήσεις, οι οποίες φαίνονται στον Πίνακα 15.18 που προηγείται. Το συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων της κυμάνθηκε από μηδές (0) μέχρι εκατό (100). Ο Πίνακας 15.19 περιλαμβάνει τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο, την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος του ποσοστού των θετικών απαντήσεων για την εν λόγω παράμετρο. Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται το ποσοστό στον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση» τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς, της μονάδας – τμήματος του νοσοκομείου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.19, η μέση τιμή του ποσοστού των θετικών απαντήσεων για τη συγκεκριμένη παράμετρο είναι 55,6 (τυπική απόκλιση: 32,2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.19 Μέτρα θέσης και διασποράς του ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση»

Οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση	
Ποσοστό θετικών απαντήσεων	
Μέση τιμή	55,6
Τυπική απόκλιση	32,2
Διάμεσος	66,7
Ελάχιστη τιμή	0
Μέγιστη τιμή	100
Εύρος	100
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	33,3

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.7 Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση»



Η συνολική βαθμολογία της παραμέτρου «οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση» κυμάνθηκε από ένα (1) μέχρι πέντε (5). Ο Πίνακας 15.20 περιλαμβάνει τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο, την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος. Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την

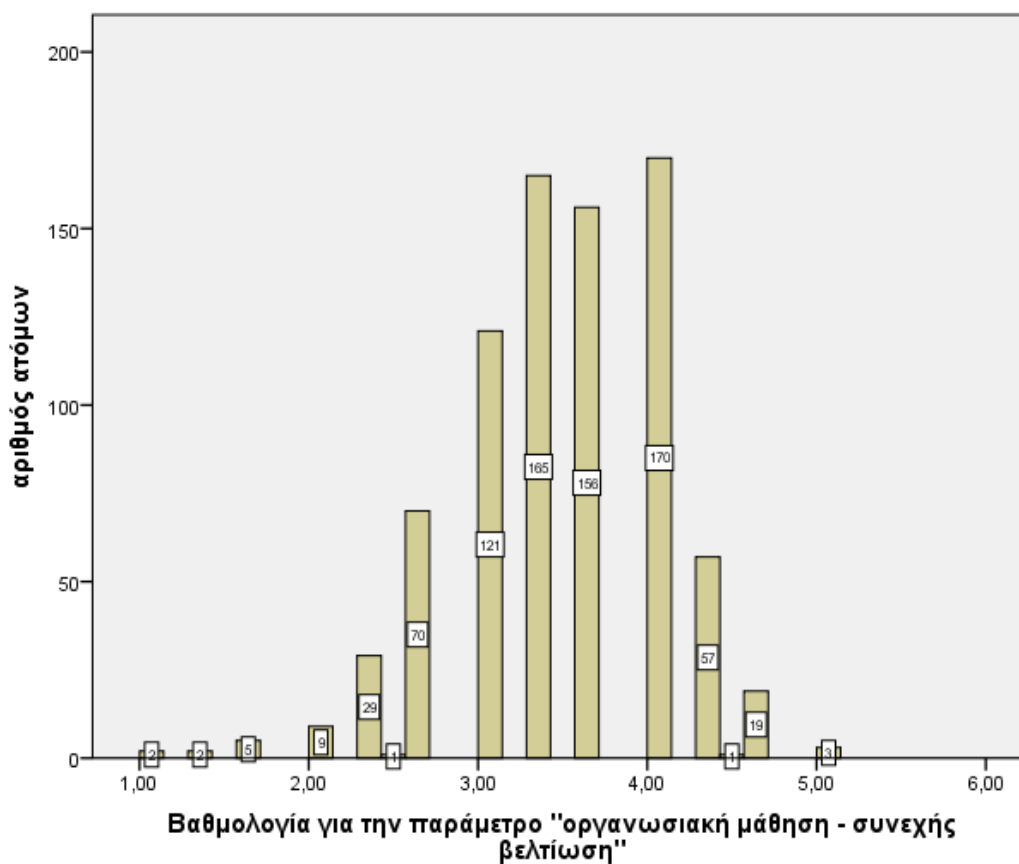
Αποτελέσματα

«οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση» . Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.20, η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας για τη συγκεκριμένη παράμετρο είναι 3,5 (τυπική απόκλιση: 0,6).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.20 Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση»

Οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση	
Συνολική βαθμολογία	
Μέση τιμή	3,5
Τυπική απόκλιση	0,6
Διάμεσος	3,7
Ελάχιστη τιμή	1
Μέγιστη τιμή	5
Εύρος	4
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	1

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.8 Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση»



Διμεταβλητή ανάλυση

Στον Πίνακα 15.21 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στην παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση».

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.21 Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τη βαθμολογία στην παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση»

Χαρακτηριστικό	Βαθμολογία στην παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση»	Τιμή p
Φύλο		0,008^a
Αντρες	3,38 (0,63)	
Γυναίκες	3,50 (0,59)	
Ηλικία	0,10 ^b	0,008^b
Εκπαίδευση		<0,001^γ
Απόφοιτοι Β/θμιας Εκπ/σης	3,53 (0,62)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ	3,54 (0,56)	
Απόφοιτοι ΑΕΙ	3,32 (0,64)	
Επάγγελμα		<0,001^γ
Ιατροί	3,28 (0,65)	
Νοσηλεύτες	3,53 (0,59)	
Βοηθοί νοσηλευτές	3,56 (0,63)	
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό δίπλωμα		0,07^a
Όχι	3,48 (0,61)	
Ναι	3,39 (0,59)	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο επάγγελμα	0,12 ^b	0,001^b
Ώρες εργασίας/εβδομάδα	-0,15 ^b	<0,001^b
Είδος νοσοκομείου		0,006^γ
Ειδικό	3,70 (0,57)	
Ογκολογικό	3,42 (0,53)	
Γενικό/πανεπιστημιακό	3,46 (0,62)	
Ψυχιατρικό	3,39 (0,64)	
Αριθμός κλινών		0,1^a
100-250	3,54 (0,60)	
>400	3,45 (0,61)	
Νοσοκομείο		0,05^a
Αθήνα	3,44 (0,60)	
Εκτός Αθήνας	3,54 (0,64)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^a έλεγχος t

^b συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στην παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση» και δέκα (10) ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν,

Αποτελέσματα

εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον Πίνακα 15.22.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.22 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση»

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0,01	0,001 έως 0,012	0,022
Ειδικό νοσοκομείο σε σχέση με ψυχιατρικό	0,24	0,08 έως 0,40	0,004
Ωρες εργασίας/εβδομάδα	-0,007	-0,01 έως -0,004	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση».
- Οι εργαζόμενοι στο ειδικό νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση» σε σχέση με τους εργαζόμενους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.
- Αύξηση των ωρών εργασίας/εβδομάδα σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας στην παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση».
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 4% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στην παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση».

4. Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου (A1, A3, A4)

Περιγραφικά Αποτελέσματα

Στον Πίνακα 15.23 παρουσιάζεται η απόλυτη και ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου». Το 56% δήλωσε ότι ο ένας υποστηρίζει τον άλλο στην μονάδα - τμήμα που εργάζονται. Η συντριπτική πλειοψηφία των εργαζομένων (67,3%) δήλωσε πως όταν υπάρχει φόρτος εργασίας η οποία πρέπει να γίνει άμεσα, εργάζεται ομαδικά για να την ολοκληρώσει και το 54,8% απάντησε ότι στη μονάδα - τμήμα φέρονται ο ένας στον άλλο με σεβασμό. Επιπρόσθετα το 19,3% δήλωσε ότι όταν υπάρχει φόρτος εργασίας σε μια μονάδα - τμήμα παρέχεται βοήθεια από άλλες μονάδες - τμήματα για την ολοκλήρωσή της.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.23 Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου»

Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου					
Ερώτηση	Απάντηση				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Υποστήριξη των εργαζομένων μεταξύ τους (A1)	12 (1,5%)	101 (12,5%)	243 (30%)	360 (44,5%)	93 (11,5%)
Ομαδική εργασία (A3)	18 (2,2%)	60 (7,4%)	187 (23,1%)	420 (51,9%)	125 (15,4%)
Σεβασμός των εργαζομένων μεταξύ τους (A4)	14 (1,7%)	94 (11,6%)	257 (31,8%)	362 (44,8%)	81 (10%)
Αλληλοβοήθεια μεταξύ των εργαζομένων άλλων μονάδων όταν υπάρχει φόρτος εργασίας (A11)	207 (25,9%)	321 (40,1%)	118 (14,8%)	132 (16,5%)	22 (2,8%)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

Ανάλυση παραμέτρου «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου»

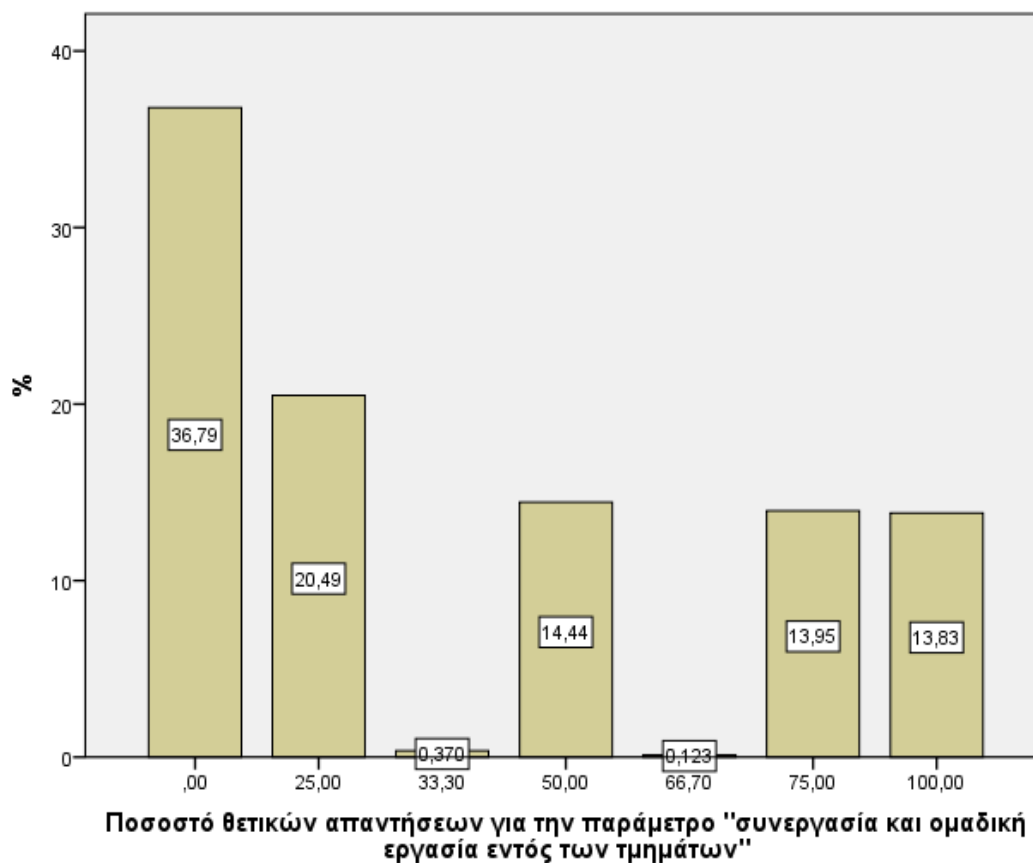
Μονομεταβλητή ανάλυση

Η παράμετρος «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου» αποτελείται από τέσσερις (4) ερωτήσεις, οι οποίες φαίνονται στον Πίνακα 15.23 που προηγείται. Το συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων της κυμάνθηκε από μηδέν (0) μέχρι εκατό (100). Ο Πίνακας 15.24 περιλαμβάνει τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο, την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος του ποσοστού των θετικών απαντήσεων για την εν λόγω παράμετρο. Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται το ποσοστό στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου» τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς της μονάδας – τμήματος του νοσοκομείου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.24, η μέση τιμή του ποσοστού των θετικών απαντήσεων για τη συγκεκριμένη παράμετρο είναι 36,8 (τυπική απόκλιση: 36,2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.24 Μέτρα θέσης και διασποράς του ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου»

Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου	
Ποσοστό θετικών απαντήσεων	
Μέση τιμή	36,8
Τυπική απόκλιση	36,2
Διάμεσος	25
Ελάχιστη τιμή	0
Μέγιστη τιμή	100
Εύρος	100
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	75

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.9 Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου»



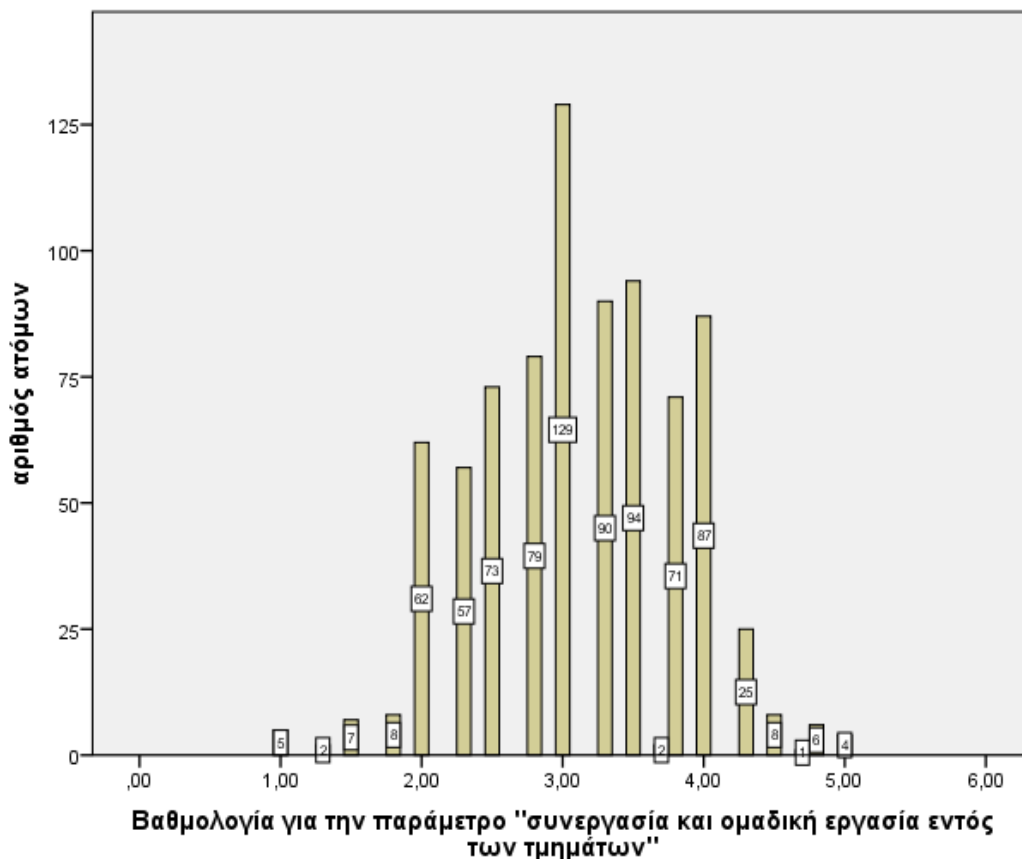
Η συνολική βαθμολογία της παραμέτρου «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου» κυμάνθηκε από ένα (1) μέχρι πέντε (5). Ο Πίνακας 15.25 περιλαμβάνει τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο, την ελάχιστη

τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος. Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.25, η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας για τη συγκεκριμένη παράμετρο είναι 3 (τυπική απόκλιση: 0,7).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.25 Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου»

Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου	
Συνολική βαθμολογία	
Μέση τιμή	3
Τυπική απόκλιση	0,7
Διάμεσος	3
Ελάχιστη τιμή	1
Μέγιστη τιμή	5
Εύρος	4
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	1,21

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.10 Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου»



Διμεταβλητή ανάλυση

Στον Πίνακα 15.26 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων».

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.26 Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τη βαθμολογία στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου»

Χαρακτηριστικό	Βαθμολογία στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου»	Τιμή p
Φύλο		<0,001^α
Αντρες	2,93 (0,69)	
Γυναίκες	3,17 (0,72)	
Ηλικία	0,04 ^β	0,25 ^β
Εκπαίδευση		<0,001^γ
Απόφοιτοι Β/θμιας Εκπ/σης	3,24 (0,73)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ	3,23 (0,66)	
Απόφοιτοι ΑΕΙ	2,82 (0,72)	
Επάγγελμα		<0,001^γ
Ιατροί	2,78 (0,70)	
Νοσηλευτές	3,20 (0,69)	
Βοηθοί νοσηλευτές	3,25 (0,73)	
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό δίπλωμα		0,005^α
Όχι	3,12 (0,70)	
Ναι	3,00 (0,72)	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο επάγγελμα	0,13 ^β	<0,001^β
Ώρες εργασίας/εβδομάδα	-0,16 ^β	<0,001^β
Είδος νοσοκομείου		<0,001^γ
Ειδικό	3,68 (0,63)	
Ογκολογικό	3,13 (0,72)	
Γενικό/πανεπιστημιακό	3,11 (0,65)	
Ψυχιατρικό	2,70 (0,75)	
Αριθμός κλινών		<0,001^α
100-250	3,34 (0,69)	
>400	3,03 (0,71)	
Νοσοκομείο		0,001^α
Αθήνα	3,05 (0,73)	
Εκτός Αθήνας	3,25 (0,66)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου» και εννιά (9) ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον Πίνακα 15.27.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.27 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου»

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Απόφοιτοι ΤΕΙ σε σχέση με απόφοιτους ΑΕΙ	0,40	0,28 έως 0,52	<0,001
Βοηθοί νοσηλευτές σε σχέση με ιατρούς	0,50	0,34 έως 0,66	<0,001
Γενικά νοσοκομεία σε σχέση με ψυχιατρικό	0,45	0,29 έως 0,61	<0,001
Ογκολογικό νοσοκομείο σε σχέση με ψυχιατρικό	0,30	0,10 έως 0,51	0,004
Ειδικό νοσοκομείο σε σχέση με ψυχιατρικό	0,89	0,65 έως 1,13	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- ➔ Οι απόφοιτοι ΤΕΙ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου» σε σχέση με τους απόφοιτους ΑΕΙ.
- ➔ Οι βοηθοί νοσηλευτές είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου» σε σχέση με τους ιατρούς.
- ➔ Οι εργαζόμενοι στα γενικά νοσοκομεία, στο ογκολογικό και ειδικό νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου» σε σχέση με τους εργαζόμενους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.
- ➔ Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 18% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου».

5. Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη (A8(αντ.), A12(αντ.), A16(αντ.))

Περιγραφικά Αποτελέσματα

Στον Πίνακα 15.28 παρουσιάζεται η απόλυτη και ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων για την παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη». Σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων (63%), δήλωσε ότι έχει την αίσθηση

ότι τα λάθη του μπορεί να χρησιμοποιηθούν εις βάρος του. Επίσης το 46,6% των συμμετεχόντων, δήλωσε ότι κατά την αναφορά δυσμενών συμβάντων επικρατεί η εντύπωση ότι καταγράφεται το άτομο και όχι το συμβάν, ενώ το 46% εξέφρασε την ανησυχία ότι τα λάθη καταγράφονται στον υπηρεσιακό φάκελο του προσωπικού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.28 Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη»

Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη					
Ερώτηση	Απάντηση				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Φόβος του προσωπικού για τα λάθη του (A8 αντ.)	18 (2,2%)	79 (9,8%)	202 (25%)	375 (46,4%)	134 (16,6%)
Καταγραφή των ατόμων και όχι των δυσμενών συμβάντων (A12 αντ.)	25 (3,1%)	156 (19,4%)	249 (30,9%)	289 (35,9%)	86 (10,7%)
Καταγραφή των λαθών στον υπηρεσιακό φάκελο του προσωπικού (A16 αντ.)	18 (2,2%)	147 (18,4%)	267 (33,3%)	283 (35,3%)	86 (10,7%)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

Ανάλυση παραμέτρου «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη»

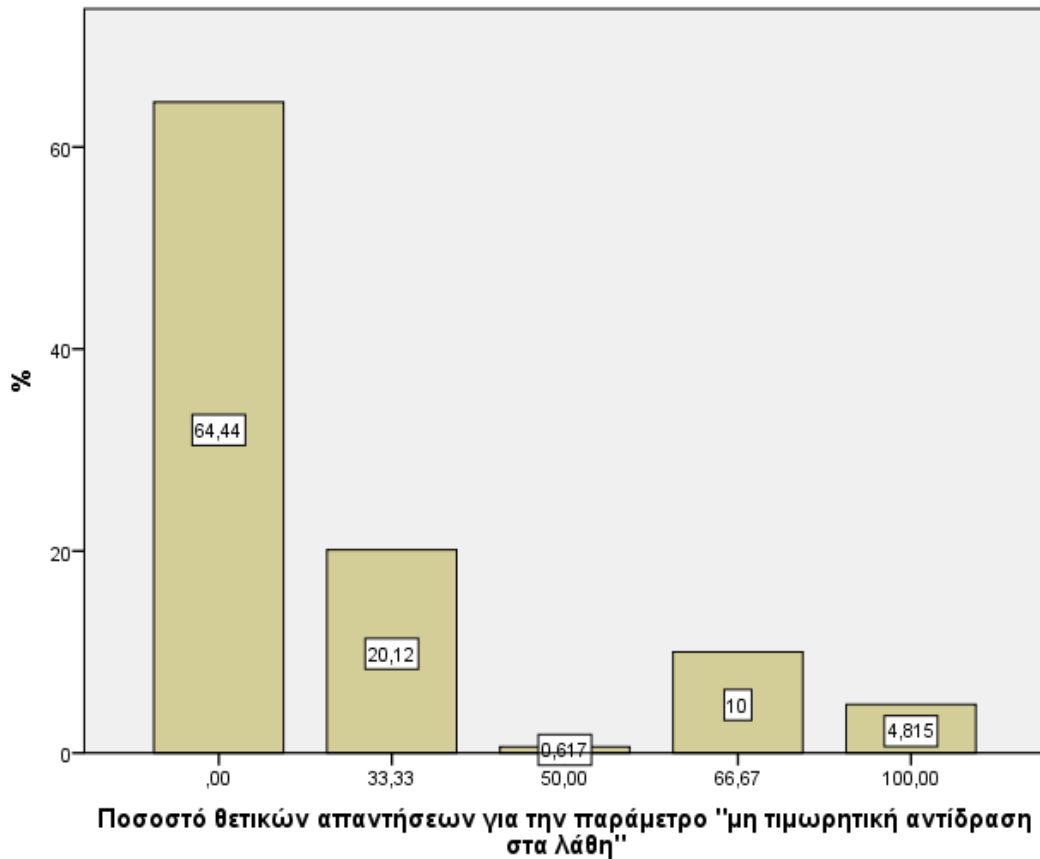
Μονομεταβλητή ανάλυση

Η παράμετρος «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» αποτελείται από τρεις (3) ερωτήσεις, οι οποίες φαίνονται στον Πίνακα 15.28 που προηγείται. Το συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων της κυμάνθηκε από μηδέν (0) μέχρι εκατό (100). Ο Πίνακας 15.29 περιλαμβάνει τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο, την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος του ποσοστού των θετικών απαντήσεων για την εν λόγω παράμετρο. Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται το ποσοστό στον παράγοντα «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς της μονάδας – τμήματος του νοσοκομείου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.29, η μέση τιμή του ποσοστού των θετικών απαντήσεων για τη συγκεκριμένη παράμετρο είναι 18,5 (τυπική απόκλιση: 28,7).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.29 Μέτρα θέσης και διασποράς του ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη»

Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη	
Ποσοστό θετικών απαντήσεων	
Μέση τιμή	18,5
Τυπική απόκλιση	28,7
Διάμεσος	0
Ελάχιστη τιμή	0
Μέγιστη τιμή	100
Εύρος	100
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	33,3

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.11 Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη»



Η συνολική βαθμολογία της παραμέτρου «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» κυμάνθηκε από ένα (1) μέχρι πέντε (5). Ο Πίνακας 15.30 περιλαμβάνει τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο, την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος. Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την «μη τιμωρητική

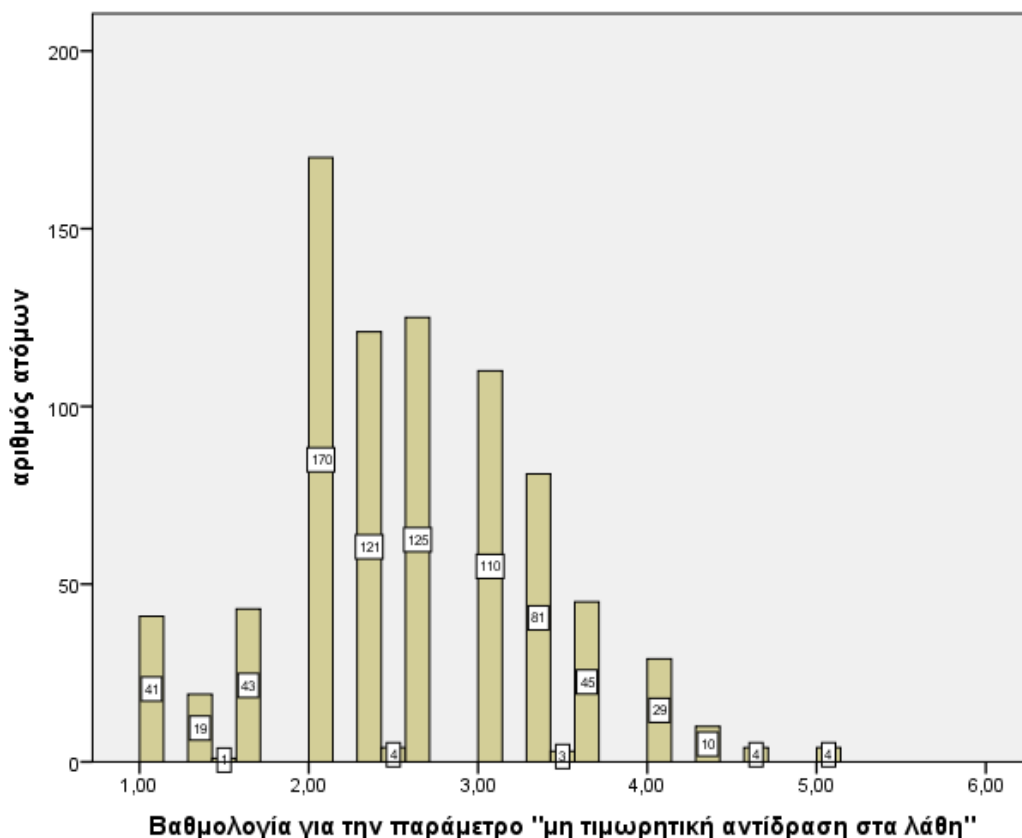
Αποτελέσματα

αντίδραση στα λάθη». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.30, η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας για τη συγκεκριμένη παράμετρο είναι 2,6 (τυπική απόκλιση: 0,8).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.30 Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολικής βαθμολογίας αναφορικά με τη «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη»

Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη	
Συνολική βαθμολογία	
Μέση τιμή	2,6
Τυπική απόκλιση	0,8
Διάμεσος	2,7
Ελάχιστη τιμή	1
Μέγιστη τιμή	5
Εύρος	4
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	1

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.12 Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη»



Διμεταβλητή ανάλυση

Στον Πίνακα 15.31 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στην παράμετρο «μη τιμωρητική δράση στα λάθη».

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.31 Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τη βαθμολογία στην παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη»

Χαρακτηριστικό	Βαθμολογία στην παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη»	Τιμή p
Φύλο		0,73 ^α
Αντρες	2,58 (0,77)	
Γυναίκες	2,56 (0,78)	
Ηλικία	-0,08 ^β	0,04^β
Εκπαίδευση		0,97 ^γ
Απόφοιτοι Β/θμιας Εκπ/σης	2,55 (0,79)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ	2,56 (0,73)	
Απόφοιτοι ΑΕΙ	2,58 (0,82)	
Επάγγελμα		0,56 ^γ
Ιατροί	2,58 (0,81)	
Νοσηλευτές	2,54 (0,75)	
Βοηθοί νοσηλευτές	2,49 (0,76)	
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό δίπλωμα		0,07^α
Όχι	2,61 (0,78)	
Ναι	2,51 (0,78)	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο επάγγελμα	-0,08 ^β	0,02^β
Ώρες εργασίας/εβδομάδα	0,03 ^β	0,42 ^β
Είδος νοσοκομείου		<0,001^γ
Ειδικό	2,88 (0,74)	
Ογκολογικό	2,39 (0,77)	
Γενικό/πανεπιστημιακό	2,58 (0,73)	
Ψυχιατρικό	2,48 (0,90)	
Αριθμός κλινών		0,008^α
100-250	2,71 (0,72)	
>400	2,52 (0,78)	
Νοσοκομείο		0,69 ^α
Αθήνα	2,56 (0,77)	
Εκτός Αθήνας	2,58 (0,76)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στην παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» και πέντε (5) ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε

Αποτελέσματα

πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον Πίνακα 15.32.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.32 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη»

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Γενικά νοσοκομεία σε σχέση με ψυχιατρικό	0,19	0,05 έως 0,32	0,006
Ειδικό νοσοκομείο σε σχέση με ψυχιατρικό	0,44	0,20 έως 0,69	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι εργαζόμενοι στα γενικά νοσοκομεία και το ειδικό νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» σε σχέση με τους εργαζόμενους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.
- Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 4% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στην παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη».

6. Προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια (B1, B2, B3 (αντ.), B4 (αντ.))

Περιγραφικά Αποτελέσματα

Στον Πίνακα 15.33 παρουσιάζεται η απόλυτη και ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων για την παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια». Παραπάνω από τους μισούς συμμετέχοντες (62,1%) απάντησαν ότι ο Προϊστάμενος / Διευθυντής τους επιβραβεύει, όταν τηρούνται οι διαδικασίες σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς. Επίσης ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος (66,4%), δήλωσε ότι ο Προϊστάμενος / Διευθυντής λαμβάνει σοβαρά υπόψιν τις προτάσεις του προσωπικού για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς και μόλις το 20,2% δήλωσε να συμφωνεί / συμφωνεί απόλυτα ότι κάθε φορά που υπάρχει πίεση χρόνου, ο Προϊστάμενος / Διευθυντής ζητά από το προσωπικό συντόμευση των διαδικασιών. Επιπρόσθετα μόνο το 7,6% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι ο Προϊστάμενος / Διευθυντής παραβλέπει επαναλαμβανόμενα προβλήματα ασφάλειας του ασθενούς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.33 Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια»

Προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια					
Ερώτηση	Απάντηση				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Επιβράβευση από τον Προϊστάμενο / Διευθυντή (B1)	23 (2,9%)	77 (9,6%)	205 (25,4%)	380 (47,1%)	121 (15%)
Συμμετοχή προσωπικού στη λήψη αποφάσεων για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς (B2)	20 (2,5%)	66 (8,2%)	185 (23%)	420 (52,1%)	115 (14,3%)
Απαίτηση του Προϊσταμένου / Διευθυντή για συντόμευση των διαδικασιών όταν υπάρχει πίεση χρόνου (B3 αντ.)	97 (12,1%)	327 (40,7%)	218 (27,1%)	134 (16,7%)	28 (3,5%)
Παράβλεψη επαναλαμβανόμενων προβλημάτων ασφάλειας του ασθενούς από τη διεύθυνση (B4 αντ.)	218 (27%)	380 (47,1%)	147 (18,2%)	40 (5%)	21 (2,6%)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

Ανάλυση παραμέτρου «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια»

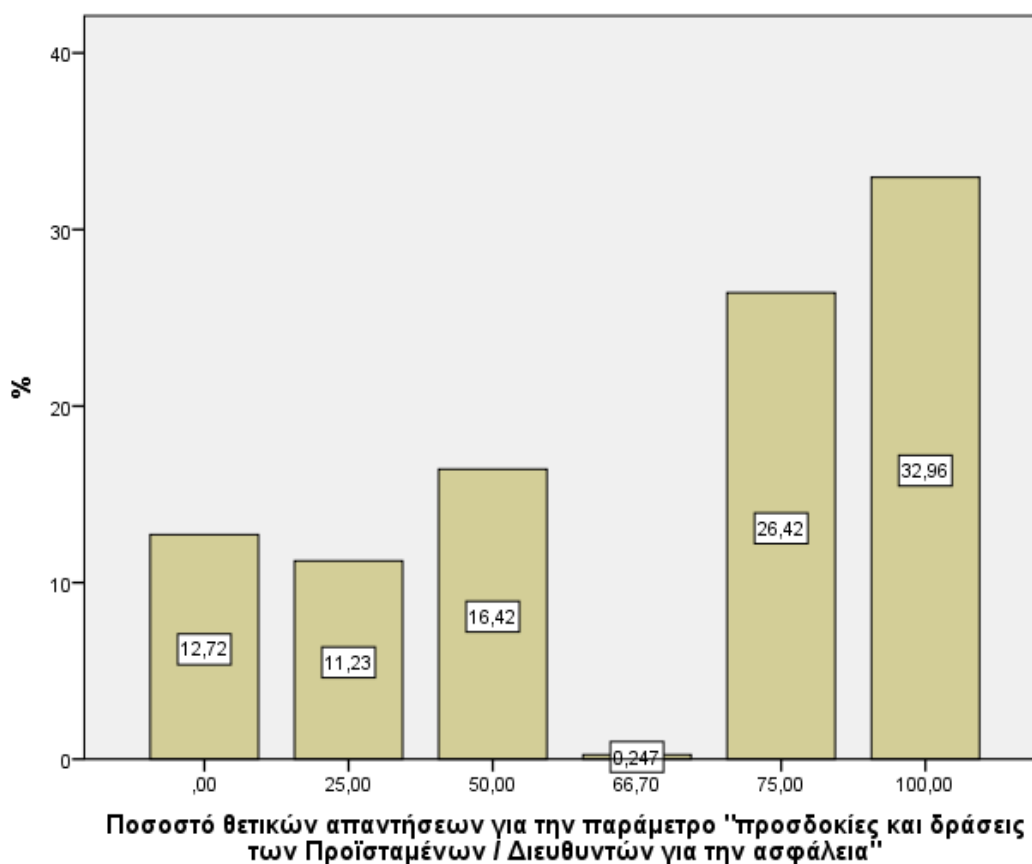
Μονομεταβλητή ανάλυση

Η παράμετρος «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια» αποτελείται από τέσσερις (4) ερωτήσεις, οι οποίες φαίνονται στον Πίνακα 15.33 που προηγείται. Το συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων της κυμάνθηκε από μηδέν (0) μέχρι εκατό (100). Ο Πίνακας 15.34 περιλαμβάνει τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο, την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος του ποσοστού των θετικών απαντήσεων για την εν λόγω παράμετρο. Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται το ποσοστό στην παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια» τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς, της μονάδας – τμήματος του νοσοκομείου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.34, η μέση τιμή του ποσοστού των θετικών απαντήσεων για τη συγκεκριμένη παράμετρο είναι 64 (τυπική απόκλιση: 34,4).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.34 Μέτρα θέσης και διασποράς του ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια»

Προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια	
Ποσοστό θετικών απαντήσεων	
Μέση τιμή	64
Τυπική απόκλιση	34,4
Διάμεσος	75
Ελάχιστη τιμή	0
Μέγιστη τιμή	100
Εύρος	100
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	50

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.13 Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια»



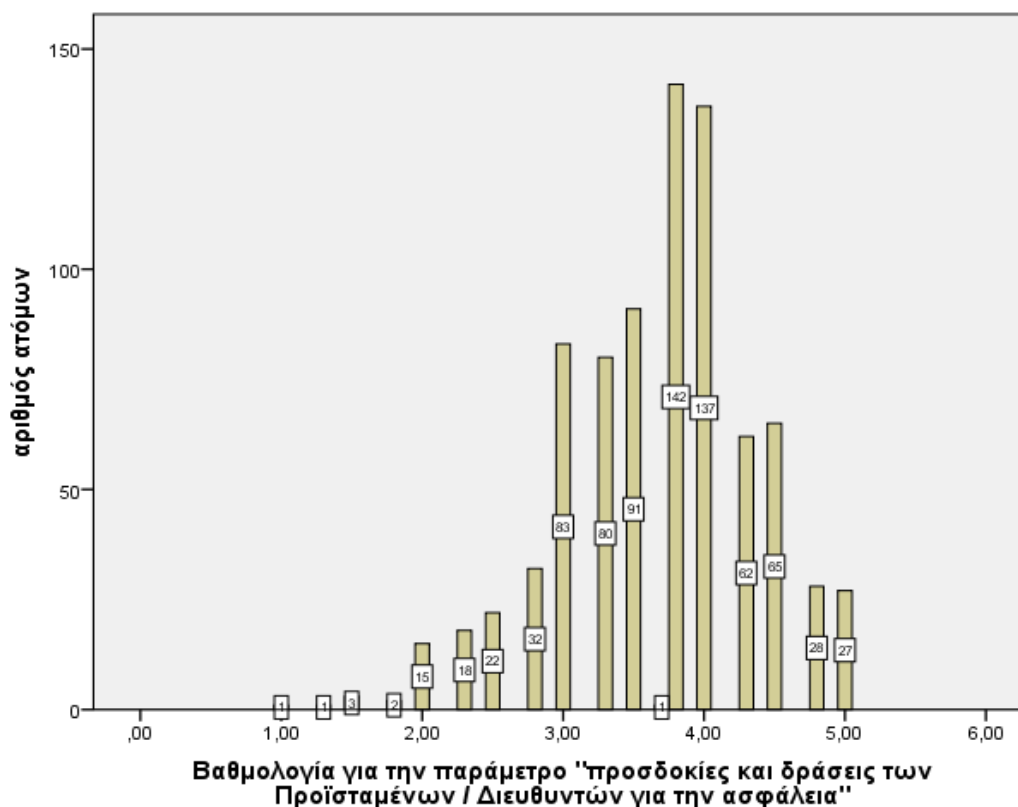
Η συνολική βαθμολογία της παραμέτρου «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια» κυμάνθηκε από ένα (1) μέχρι πέντε (5). Ο Πίνακας 15.35 περιλαμβάνει τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο,

την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος. Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.35, η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας για τη συγκεκριμένη παράμετρο είναι 3,7 (τυπική απόκλιση: 0,7).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.35 Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια»

Προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια	
Συνολική βαθμολογία	
Μέση τιμή	3,7
Τυπική απόκλιση	0,7
Διάμεσος	3,8
Ελάχιστη τιμή	1
Μέγιστη τιμή	5
Εύρος	4
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	0,75

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.14 Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια»



Διμεταβλητή ανάλυση

Στον Πίνακα 15.36 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στην παράμετρο «προσδοκίες και δράση των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια».

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.36 Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τη βαθμολογία στην παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια»

Χαρακτηριστικό	Βαθμολογία στην παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια»	Τιμή p
Φύλο		0,05^a
Αντρες	3,58 (0,65)	
Γυναίκες	3,68 (0,71)	
Ηλικία	0,06 ^b	0,09^b
Εκπαίδευση		0,001^γ
Απόφοιτοι Β/θμιας Εκπ/σης	3,81 (0,68)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ	3,66 (0,69)	
Απόφοιτοι ΑΕΙ	3,56 (0,69)	
Επάγγελμα		0,006^γ
Ιατροί	3,56 (0,70)	
Νοσηλευτές	3,68 (0,69)	
Βοηθοί νοσηλευτές	3,81 (0,68)	
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό δίπλωμα		0,01^a
Όχι	3,69 (0,70)	
Ναι	3,56 (0,66)	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο επάγγελμα	0,01 ^b	0,73 ^b
Ώρες εργασίας/εβδομάδα	-0,12 ^b	0,001^b
Είδος νοσοκομείου		<0,001^γ
Ειδικό	3,88 (0,62)	
Ογκολογικό	3,82 (0,62)	
Γενικό/πανεπιστημιακό	3,59 (0,70)	
Ψυχιατρικό	3,65 (0,69)	
Αριθμός κλινών		0,56 ^a
100-250	3,63 (0,70)	
>400	3,67 (0,69)	
Νοσοκομείο		0,69 ^a
Αθήνα	3,66 (0,68)	
Εκτός Αθήνας	3,63 (0,72)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^a έλεγχος t

^b συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στην παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των

Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια» και επτά (7) ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον Πίνακα 15.37.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.37 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια»

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ογκολογικό νοσοκομείο σε σχέση με ψυχιατρικό	0,22	0,08 έως 0,36	0,003
Ειδικό νοσοκομείο σε σχέση με ψυχιατρικό	0,28	0,11 έως 0,46	0,002
Ωρες εργασίας/εβδομάδα	-0,006	-0,009 έως -0,002	0,003

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι εργαζόμενοι στο ογκολογικό και ειδικό νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια» σε σχέση με τους εργαζόμενους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.
- Αύξηση των ωρών εργασίας/εβδομάδα σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας στην παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια».
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 3% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στην παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια».

7. Στελέχωση (A2, A5(αντ.), A7(αντ.), A14(αντ.))

Περιγραφικά Αποτελέσματα

Στον Πίνακα 15.38 παρουσιάζεται η απόλυτη και ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων για την παράμετρο «στελέχωση». Μόλις το 13,9% του δείγματος απάντησε ότι υπάρχει αρκετό προσωπικό για την αντιμετώπιση του φόρτου εργασίας, σε αντίθεση με το 65,5% των συμμετεχόντων οι οποίοι δήλωσαν ότι το προσωπικό δουλεύει περισσότερες ώρες στην Μονάδα από αυτές που προβλέπεται για τη σωστή φροντίδα του ασθενούς. Επίσης 20,6% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι χρησιμοποιείται περισσότερο εποχιακό προσωπικό απ' ότι θα έπρεπε για τη σωστή φροντίδα του ασθενούς, ενώ αξιοσημείωτο ποσοστό (67,1%) των συμμετεχόντων δήλωσε ότι εργάζεται σαν να τελεί «υπό κρίση» προσπαθώντας να κάνει πολλά πράγματα, υπερβολικά γρήγορα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.38 Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «στελέχωση»

Στελέχωση					
Ερώτηση	Απάντηση				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Επάρκεια προσωπικού (Α2) του	217 (27%)	367 (45,7%)	108 (13,4%)	92 (11,5%)	19 (2,4%)
Υπερφορτωμένη απασχόληση προσωπικού (Α5 αντ.) του	21 (2,6%)	104 (12,9%)	153 (19%)	336 (41,6%)	193 (23,9%)
Απασχόληση εποχικού προσωπικού (Α7 αντ.)	105 (13,3%)	320 (40,7%)	200 (25,4%)	140 (17,8%)	22 (2,8%)
Υπερβολικός φόρτος και εντατικός ρυθμός εργασίας (Α14 αντ.)	8 (1%)	107 (13,3%)	150 (18,6%)	370 (45,8%)	172 (21,3%)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

Ανάλυση παραμέτρου «στελέχωση»

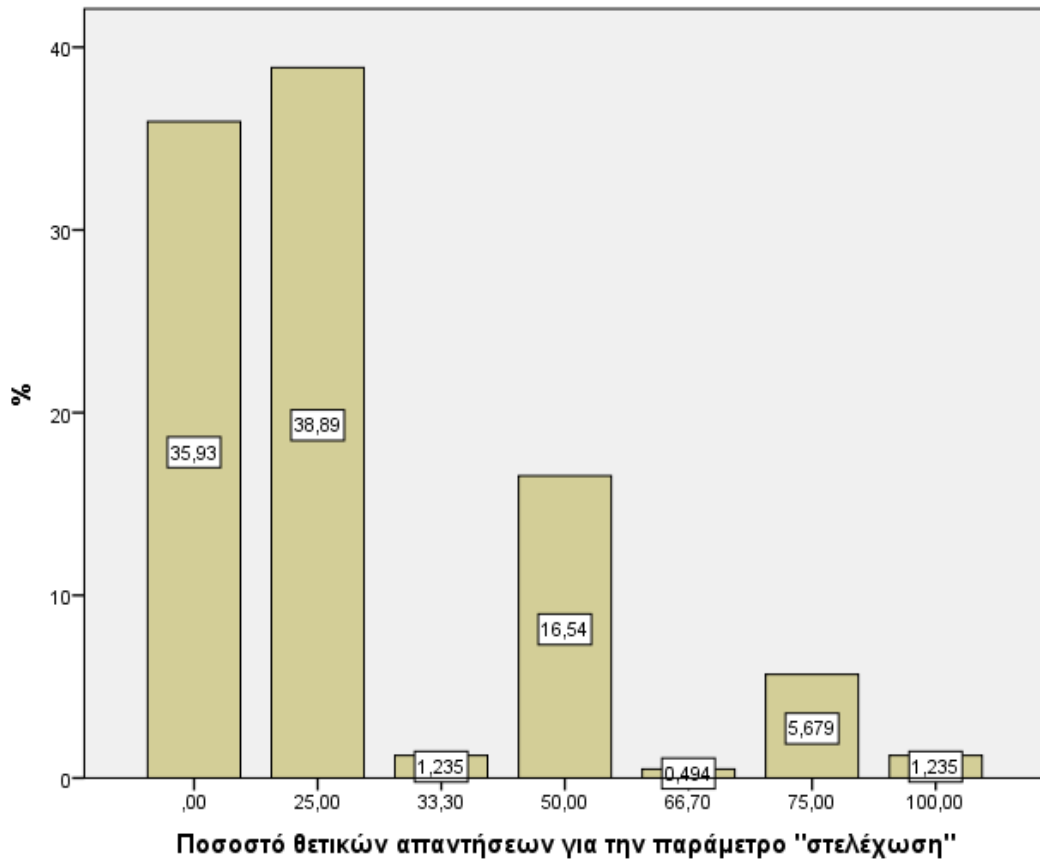
Μονομεταβλητή ανάλυση

Η παράμετρος «στελέχωση» αποτελείται από τέσσερις (4) ερωτήσεις, οι οποίες φαίνονται στον Πίνακα 15.38 που προηγείται. Το συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων της κυμάνθηκε από μηδέν (0) μέχρι εκατό (100). Ο Πίνακας 15.39 περιλαμβάνει τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο, την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος του ποσοστού των θετικών απαντήσεων για την εν λόγω παράμετρο. Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται το ποσοστό στην παράμετρο «στελέχωση» τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς της μονάδας – τμήματος του νοσοκομείου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.39, η μέση τιμή του ποσοστού των θετικών απαντήσεων για τη συγκεκριμένη παράμετρο είναι 24,2 (τυπική απόκλιση: 23,4).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.39 Μέτρα θέσης και διασποράς του ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «στελέχωση»

Στελέχωση	
Ποσοστό θετικών απαντήσεων	
Μέση τιμή	24,2
Τυπική απόκλιση	23,4
Διάμεσος	25
Ελάχιστη τιμή	0
Μέγιστη τιμή	100
Εύρος	100
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	33,3

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.15 Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «στελέχωση»

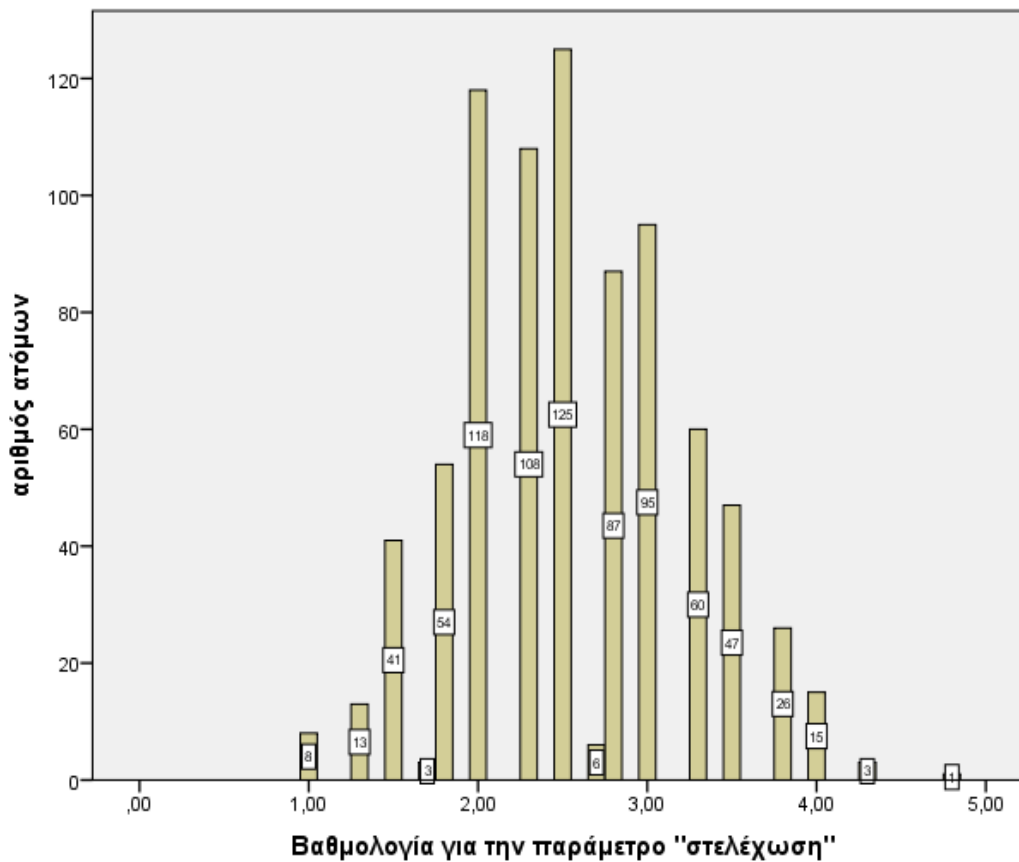


Η συνολική βαθμολογία της παραμέτρου «στελέχωση» κυμάνθηκε από ένα (1) μέχρι πέντε (5). Ο Πίνακας 15.40 περιλαμβάνει τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο, την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος. Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την «στελέχωση». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.40, η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας για τη συγκεκριμένη παράμετρο είναι 2,5 (τυπική απόκλιση: 0,7).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.40 Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «στελέχωση»

Στελέχωση	
Συνολική βαθμολογία	
Μέση τιμή	2,5
Τυπική απόκλιση	0,7
Διάμεσος	2,5
Ελάχιστη τιμή	1
Μέγιστη τιμή	4,8
Εύρος	3,8
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	1

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.16 Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «στελέχωση»



Διμεταβλητή ανάλυση

Στον Πίνακα 15.41 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στην παράμετρο «στελέχωση».

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.41 Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τη βαθμολογία στην παράμετρο «στελέχωση»

Χαρακτηριστικό	Βαθμολογία στην παράμετρο «στελέχωση»	Τιμή p
Φύλο		0,11^a
Αντρες	2,48 (0,66)	
Γυναίκες	2,56 (0,65)	
Ηλικία	-0,004 ^b	0,92 ^b
Εκπαίδευση		0,02^γ
Απόφοιτοι Β/θμιας Εκπ/σης	2,47 (0,71)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ	2,60 (0,62)	
Απόφοιτοι ΑΕΙ	2,48 (0,66)	
Επάγγελμα		0,01^γ
Ιατροί	2,40 (0,62)	
Νοσηλεύτες	2,56 (0,65)	
Βοηθοί νοσηλευτές	2,45 (0,71)	
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό δίπλωμα		0,82 ^a
Όχι	2,52 (0,66)	
Ναι	2,54 (0,64)	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο επάγγελμα	0,02 ^b	0,56 ^b
Ώρες εργασίας/εβδομάδα	-0,15 ^b	<0,001^b
Είδος νοσοκομείου		<0,001^γ
Ειδικό	3,09 (0,65)	
Ογκολογικό	2,58 (0,69)	
Γενικό/πανεπιστημιακό	2,49 (0,61)	
Ψυχιατρικό	2,36 (0,65)	
Αριθμός κλινών		<0,001^a
100-250	2,77 (0,65)	
>400	2,47 (0,64)	
Νοσοκομείο		0,33 ^a
Αθήνα	2,54 (0,67)	
Εκτός Αθήνας	2,49 (0,62)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^a έλεγχος t

^b συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στην παράμετρο «στελέχωση» και έξι (6) ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον Πίνακα 15.42.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.42 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην παράμετρο «στελέχωση»

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Γενικά νοσοκομεία σε σχέση με ψυχιατρικό	0,15	0,01 έως 0,28	0,03
Ογκολογικό νοσοκομείο σε σχέση με ψυχιατρικό	0,29	0,12 έως 0,45	0,001
Ειδικό νοσοκομείο σε σχέση με ψυχιατρικό	0,64	0,40 έως 0,87	0,002
Ώρες εργασίας/εβδομάδα	-0,005	-0,009 έως -0,002	0,003
Νοσοκομεία με 100-250 κλίνες σε σχέση με νοσοκομεία >400 κλίνες	0,16	0,01 έως 0,30	0,03

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι εργαζόμενοι στα γενικά νοσοκομεία, στο ογκολογικό και το ειδικό νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «στελέχωση» σε σχέση με τους εργαζόμενους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.
- Αύξηση των ωρών εργασίας/εβδομάδα σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας στην παράμετρο «στελέχωση».
- Οι εργαζόμενοι σε νοσοκομεία με 100 - 250 κλίνες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «στελέχωση» σε σχέση με τους εργαζόμενους σε νοσοκομεία >400 κλίνες.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 11% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στον παράγοντα «στελέχωση».

15.3.2. Παράγοντες κουλτούρας ασφάλειας σε επίπεδο Νοσοκομείου

8. Υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας (ΣΤ1, ΣΤ8, ΣΤ9(αντ.))

Περιγραφικά Αποτελέσματα

Στον Πίνακα 15.43 παρουσιάζεται η απόλυτη και ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων για την παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας». Το 26,3% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι η Διοίκηση του νοσοκομείου καλλιεργεί κλίμα εργασίας που προάγει την ασφάλεια του ασθενούς, ενώ το 38,7% δηλώνει ότι οι ενέργειες της Διοίκησης δείχνουν ότι η ασφάλεια του ασθενούς αποτελεί κύρια προτεραιότητα. Το 44,9% από τους

ερωτώμενους δήλωσε ότι η Διοίκηση του νοσοκομείου ενδιαφέρεται για την ασφάλεια του ασθενούς μόνο όταν συμβεί κάποιο δυσμενές συμβάν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.43 Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας»

Υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας					
Ερώτηση	Απάντηση				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Εξασφάλιση κλίματος ασφάλειας του ασθενούς εκ μέρους της διοίκησης (ΣΤ1)	67 (8,3%)	251 (31,1%)	276 (34,2%)	187 (23,2%)	25 (3,1%)
Προτεραιότητα η ασφάλεια του ασθενούς εκ μέρους της διοίκησης (ΣΤ8)	64 (8%)	180 (22,4%)	249 (31%)	237 (29,5%)	74 (9,2%)
Ενδιαφέρον για την ασφάλεια του ασθενούς εκ μέρους της διοίκησης μόνο κατόπιν αναφοράς δυσμενούς συμβάντος (ΣΤ9 αντ)	36 (4,5%)	172 (21,3%)	236 (29,3%)	283 (35,1%)	79 (9,8%)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

Ανάλυση παραμέτρου «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας»

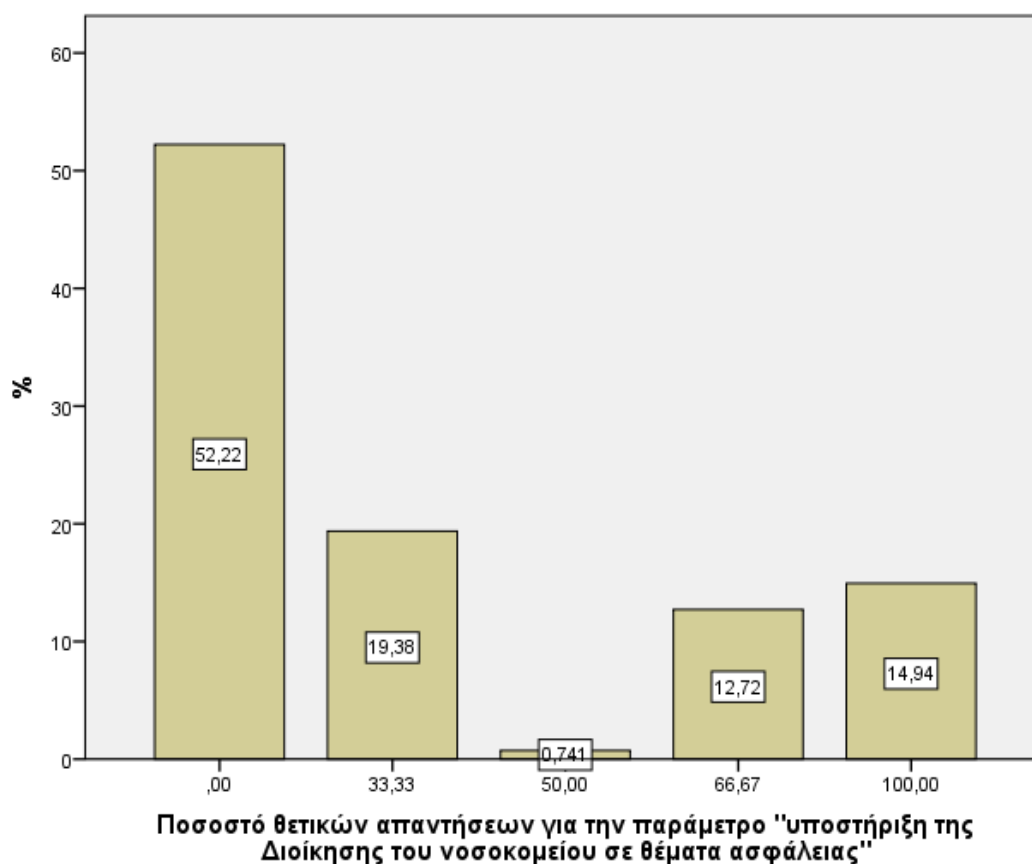
Μονομεταβλητή ανάλυση

Η παράμετρος «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» αποτελείται από τρεις (3) ερωτήσεις, οι οποίες φαίνονται στον Πίνακα 15.43 που προηγείται. Το συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων της κυμάνθηκε από μηδέν (0) μέχρι εκατό (100). Ο Πίνακας 15.44 περιλαμβάνει τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο, την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος του ποσοστού των θετικών απαντήσεων για την εν λόγω παράμετρο. Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται το ποσοστό στην παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς του νοσοκομείου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.44, η μέση τιμή του ποσοστού των θετικών απαντήσεων για τη συγκεκριμένη παράμετρο είναι 30,2 (τυπική απόκλιση: 37,1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.44 Μέτρα θέσης και διασποράς του ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας»

Υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας	
Ποσοστό θετικών απαντήσεων	
Μέση τιμή	30,2
Τυπική απόκλιση	37,1
Διάμεσος	0
Ελάχιστη τιμή	0
Μέγιστη τιμή	100
Εύρος	100
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	66,7

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.17 Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας»



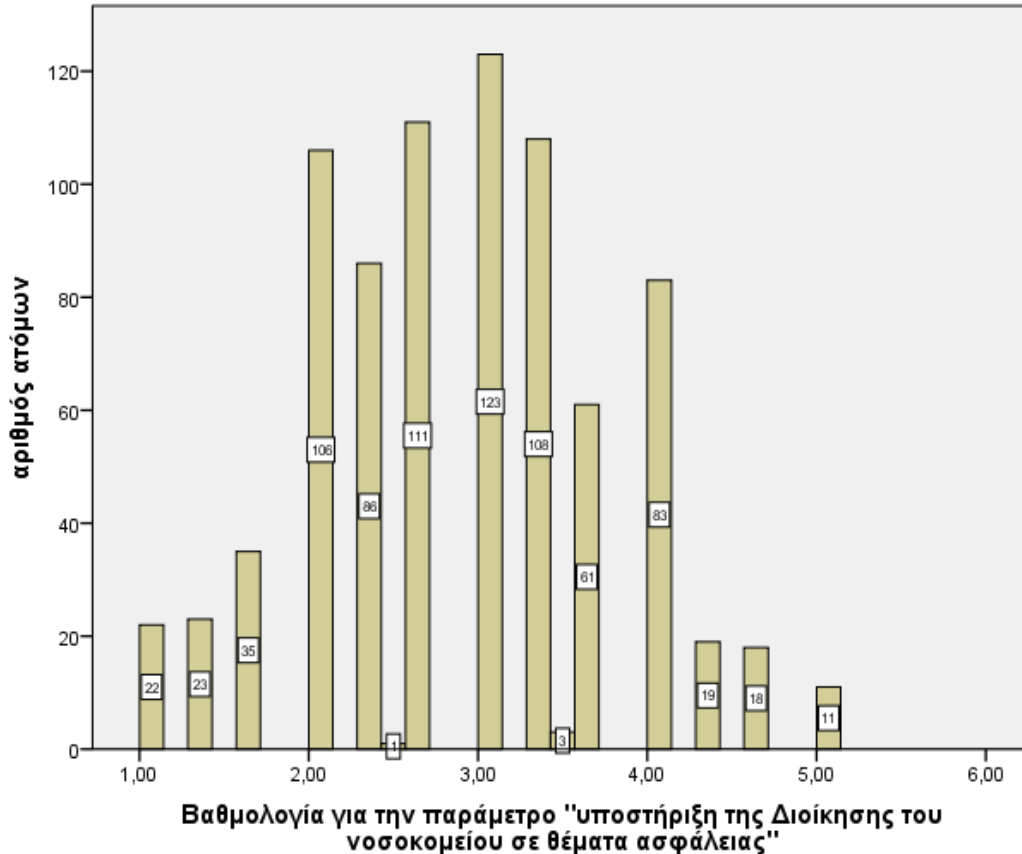
Η συνολική βαθμολογία της παραμέτρου «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» κυμάνθηκε από ένα (1) μέχρι πέντε (5). Ο Πίνακας 15.45 περιλαμβάνει τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο, την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος.

Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.45, η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας για τη συγκεκριμένη παράμετρο είναι 2,9 (τυπική απόκλιση: 0,9).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.45 Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολική βαθμολογίας για την παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας»

Υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας	
Συνολική βαθμολογία	
Μέση τιμή	2,9
Τυπική απόκλιση	0,9
Διάμεσος	3
Ελάχιστη τιμή	1
Μέγιστη τιμή	5
Εύρος	4
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	1

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.18 Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας»



Διμεταβλητή ανάλυση

Στον Πίνακα 15.46 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στην παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας».

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.46 Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τη βαθμολογία στην παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας»

Χαρακτηριστικό	Βαθμολογία στην παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας»	Τιμή p
Φύλο		0,006^a
Άντρες	2,76 (0,86)	
Γυναίκες	2,94 (0,87)	
Ηλικία	0,02 ^b	0,68 ^b
Εκπαίδευση		<0,001^γ
Απόφοιτοι Β/θμιας Εκπ/σης	2,96 (0,90)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ	2,99 (0,87)	
Απόφοιτοι ΑΕΙ	2,68 (0,82)	
Επάγγελμα		<0,001^γ
Ιατροί	2,58 (0,80)	
Νοσηλεύτες	2,98 (0,86)	
Βοηθοί νοσηλευτές	2,92 (0,88)	
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό δίπλωμα		0,12^a
Όχι	2,89 (0,87)	
Ναι	2,79 (0,84)	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο επάγγελμα	0,09 ^b	0,02^b
Ώρες εργασίας/εβδομάδα	-0,15 ^b	<0,001^b
Είδος νοσοκομείου		<0,001^γ
Ειδικό	3,55 (0,82)	
Ογκολογικό	3,06 (0,78)	
Γενικό/πανεπιστημιακό	2,82 (0,85)	
Ψυχιατρικό	2,67 (0,87)	
Αριθμός κλινών		<0,001^a
100-250	3,24 (0,83)	
>400	2,79 (0,86)	
Νοσοκομείο		0,04^a
Αθήνα	2,85 (0,87)	
Εκτός Αθήνας	3,00 (0,86)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^a έλεγχος t

^b συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στην παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» και εννιά (9) ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον Πίνακα 15.47.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.47 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας»

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ογκολογικό νοσοκομείο σε σχέση με ψυχιατρικό	0,30	0,10 έως 0,51	0,003
Ειδικό νοσοκομείο σε σχέση με ψυχιατρικό	0,40	0,12 έως 0,69	0,006
Νοσηλευτές σε σχέση με ιατρούς	0,27	0,11 έως 0,42	0,001
Βοηθοί νοσηλευτές σε σχέση με ιατρούς	0,24	0,04 έως 0,44	0,04
Νοσοκομεία με 100-250 κλίνες σε σχέση με νοσοκομεία >400 κλίνες	0,33	0,13 έως 0,52	0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι εργαζόμενοι στο ογκολογικό και ειδικό νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» σε σχέση με τους εργαζόμενους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.
- Οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσηλευτές είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» σε σχέση με τους ιατρούς.
- Οι εργαζόμενοι σε νοσοκομεία με 100-250 κλίνες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» σε σχέση με τους εργαζόμενους σε νοσοκομεία >400 κλίνες.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 10% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στην παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας».

9. Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου (A1, A3, A4, A11)

Περιγραφικά Αποτελέσματα

Στον Πίνακα 15.48 παρουσιάζεται η απόλυτη και ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου». Το 46% των συμμετεχόντων απάντησε θετικά και πολύ θετικά στο ότι οι μονάδες – τμήματα του νοσοκομείου δεν συντονίζονται καλά μεταξύ τους. Το 48,2% απάντησε ότι υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ των μονάδων - τμημάτων του νοσοκομείου όταν αυτό απαιτείται. Το 26,5% απάντησε ότι η συνεργασία με το προσωπικό άλλων τμημάτων - μονάδων του νοσοκομείου είναι συχνά δυσάρεστη και προβληματική. Τέλος το 38,8% δήλωσε πως οι μονάδες - τμήματα του νοσοκομείου συνεργάζονται αρμονικά μεταξύ τους, ώστε να παρέχουν άριστη ποιοτικά φροντίδα υγείας στον ασθενή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.48 Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου»

Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου					
Ερώτηση	Απάντηση				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Ελλιπής συντονισμός των Μονάδων του νοσοκομείου μεταξύ τους (ΣΤ2 αντ.)	23 (2,9%)	153 (19%)	259 (32,1%)	324 (40,1%)	48 (5,9%)
Διατμηματική ομαδική συνεργασία (ΣΤ4)	15 (1,9%)	126 (15,6%)	276 (34,2%)	358 (44,4%)	31 (3,8%)
Προβληματική διατμηματική συνεργασία (ΣΤ6 αντ.)	28 (3,5%)	281 (35%)	281 (35%)	197 (24,5%)	16 (2%)
Αρμονική διατμηματική συνεργασία με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας (ΣΤ10)	16 (2%)	158 (19,6%)	319 (39,6%)	274 (34%)	39 (4,8%)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

Ανάλυση παραμέτρου «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου».

Μονομεταβλητή ανάλυση

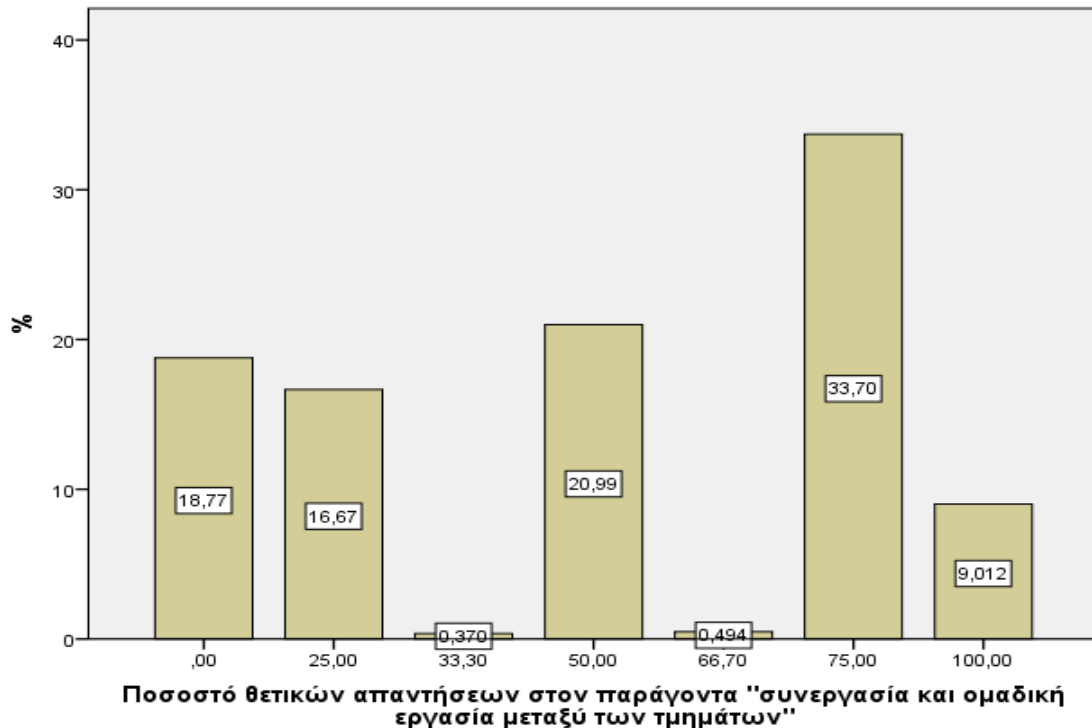
Η παράμετρος «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου» αποτελείται από τέσσερις (4) ερωτήσεις, οι οποίες φαίνονται στον Πίνακα 15,48 που προηγείται. Το συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων της κυμάνθηκε από μηδέν (0) μέχρι εκατό (100). Ο Πίνακας 15.49 περιλαμβάνει τη μέση

τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο, την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος του ποσοστού των θετικών απαντήσεων για την εν λόγω παράμετρο. Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται το ποσοστό στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου» τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς του νοσοκομείου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.49, η μέση τιμή του ποσοστού των θετικών απαντήσεων για τη συγκεκριμένη παράμετρο είναι 49,4 (τυπική απόκλιση: 31,8).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.49 Μέτρα θέσης και διασποράς του ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου»

Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου	
Ποσοστό θετικών απαντήσεων	
Μέση τιμή	49,4
Τυπική απόκλιση	31,8
Διάμεσος	50
Ελάχιστη τιμή	0
Μέγιστη τιμή	100
Εύρος	100
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	50

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.19 Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου»



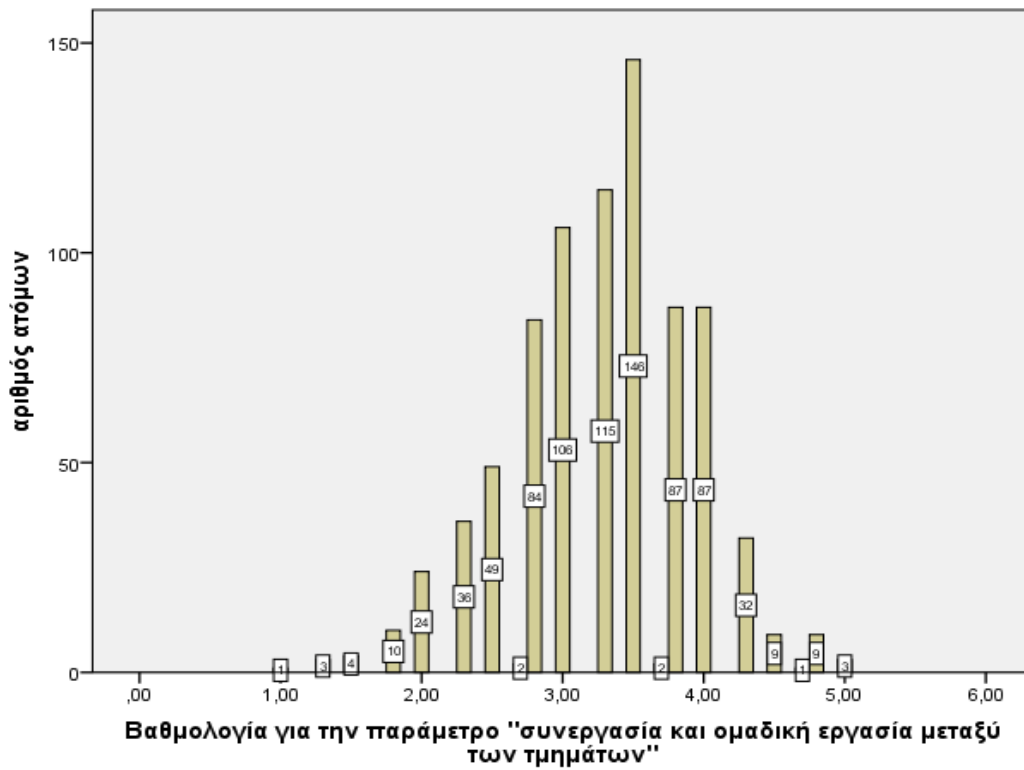
Αποτελέσματα

Η συνολική βαθμολογία της παραμέτρου «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων» κυμάνθηκε από ένα (1) μέχρι πέντε (5). Ο Πίνακας 15.50 περιλαμβάνει τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο, την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος. Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.50, η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας για τη συγκεκριμένη παράμετρο είναι 3,3 (τυπική απόκλιση: 0,6).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.50 Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου»

Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου	
Συνολική βαθμολογία	
Μέση τιμή	3,3
Τυπική απόκλιση	0,6
Διάμεσος	3,3
Ελάχιστη τιμή	1
Μέγιστη τιμή	5
Εύρος	4
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	1

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.20 Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου»



Διμεταβλητή ανάλυση

Στον Πίνακα 15.51 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου».

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.51 Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τη βαθμολογία στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου»

Χαρακτηριστικό	Βαθμολογία στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου»	Τιμή p
Φύλο		0,71 ^a
Αντρες	3,27 (0,63)	
Γυναίκες	3,25 (0,65)	
Ηλικία	0,06 ^b	0,08^b
Εκπαίδευση		0,54 ^γ
Απόφοιτοι δευτεροβάθμιας	3,25 (0,67)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ	3,28 (0,62)	
Απόφοιτοι ΑΕΙ	3,22 (0,67)	
Επάγγελμα		0,81 ^γ

Αποτελέσματα

Ιατροί	3,23 (0,64)	
Νοσηλευτές	3,27 (0,63)	
Βοηθοί νοσηλευτές	3,26 (0,68)	
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό δίπλωμα		0,76 ^a
Όχι	3,24 (0,66)	
Ναι	3,26 (0,59)	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο επάγγελμα	0,05 ^b	0,17^b
Ώρες εργασίας/εβδομάδα	-0,06 ^b	0,09^b
Είδος νοσοκομείου		<0,001^γ
Ειδικό	3,64 (0,64)	
Ογκολογικό	3,16 (0,55)	
Γενικό/πανεπιστημιακό	3,23 (0,63)	
Ψυχιατρικό	3,23 (0,71)	
Αριθμός κλινών		0,03^a
100-250	3,36 (0,63)	
>400	3,23 (0,65)	
Νοσοκομείο		0,27 ^a
Αθήνα	3,25 (0,65)	
Εκτός Αθήνας	3,30 (0,65)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^a έλεγχος t

^b συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου» και πέντε (5) ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον Πίνακα 15.52.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.52 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου»

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ειδικό νοσοκομείο σε σχέση με ψυχιατρικό	0,45	0,28 έως 0,61	<0,001
Ηλικία	0,007	0,001 έως 0,013	0,023

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι εργαζόμενοι στο ειδικό νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου» σε σχέση με τους εργαζόμενους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.

- Αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου».
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 4% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου».

10. Μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου (ΣΤ3(αντ.), ΣΤ5(αντ.), ΣΤ7(αντ.), ΣΤ11(αντ.))

Περιγραφικά Αποτελέσματα

Στον Πίνακα 15.53 παρουσιάζεται η απόλυτη και ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων για την παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου». Ποσοστό 35,9% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι συμφωνεί / συμφωνεί απόλυτα ότι η μεταφορά των ασθενών από τη μια μονάδα στην άλλη εντός του νοσοκομείου είναι προβληματική. Το 22,4% των συμμετεχόντων συμφωνεί / συμφωνεί απόλυτα ότι κατά την αλλαγή της βάρδιας συχνά χάνονται σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία των ασθενών, ενώ το 18,1% δήλωσε ότι η αλλαγή βάρδιας προκαλεί προβλήματα στην ασφάλεια του ασθενούς. Τέλος ποσοστό 35,5% δήλωσε ότι προκαλούνται προβλήματα κατά την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των μονάδων του νοσοκομείου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.53 Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»

Μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου					
Ερώτηση	Απάντηση				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Προβληματική μεταφορά ασθενούς από τη μια Μονάδα νοσηλείας στην άλλη εντός του νοσοκομείου (ΣΤ3 αντ.)	21 (2,6%)	247 (30,6%)	248 (30,8%)	243 (30,1%)	47 (5,8%)
Απώλεια σημαντικών πληροφοριών για τον ασθενή κατά την αλλαγή βάρδιας (ΣΤ5 αντ.)	95 (11,8%)	365 (45,2%)	167 (20,7%)	163 (20,2%)	18 (2,2%)
Προβληματική ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των Μονάδων του νοσοκομείου (ΣΤ7 αντ.)	18 (2,2%)	238 (29,5%)	264 (32,8%)	264 (32,8%)	22 (2,7%)
Η αλλαγή βάρδιας προκαλεί προβλήματα στην ασφάλεια του ασθενούς (ΣΤ11 αντ.)	101 (12,5%)	348 (43,2%)	211 (26,2%)	130 (16,1%)	16 (2%)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

Ανάλυση παραμέτρου «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»

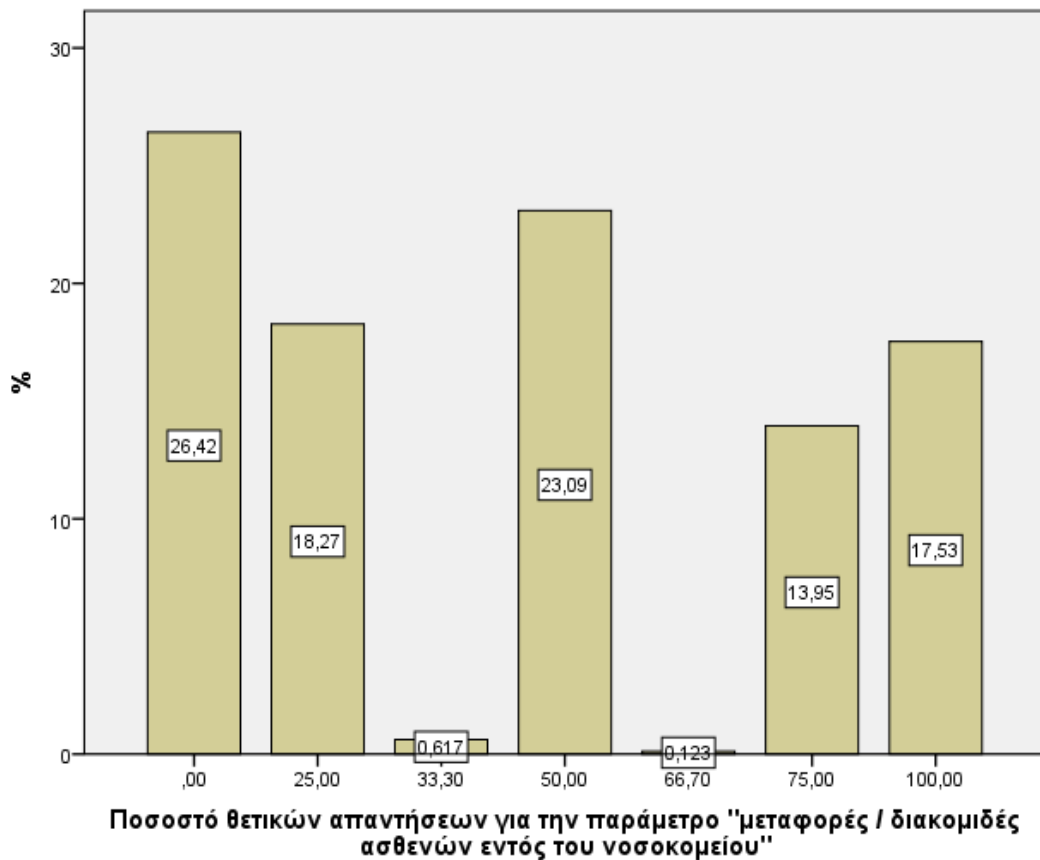
Μονομεταβλητή ανάλυση

Η παράμετρος «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» αποτελείται από τέσσερις (4) ερωτήσεις, οι οποίες φαίνονται στον Πίνακα 15.53 που προηγείται. Το συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων της κυμάνθηκε από μηδέν (0) μέχρι εκατό (100). Ο Πίνακας 15.54 περιλαμβάνει τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο, την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος του ποσοστού των θετικών απαντήσεων για την εν λόγω παράμετρο. Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται το ποσοστό στην παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς του νοσοκομείου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.54, η μέση τιμή του ποσοστού των θετικών απαντήσεων για τη συγκεκριμένη παράμετρο είναι 44,4 (τυπική απόκλιση: 35,7).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.54 Μέτρα θέσης και διασποράς του ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»

Μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου	
Ποσοστό θετικών απαντήσεων	
Μέση τιμή	44,4
Τυπική απόκλιση	35,7
Διάμεσος	50
Ελάχιστη τιμή	0
Μέγιστη τιμή	100
Εύρος	100
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	75

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.21 Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»



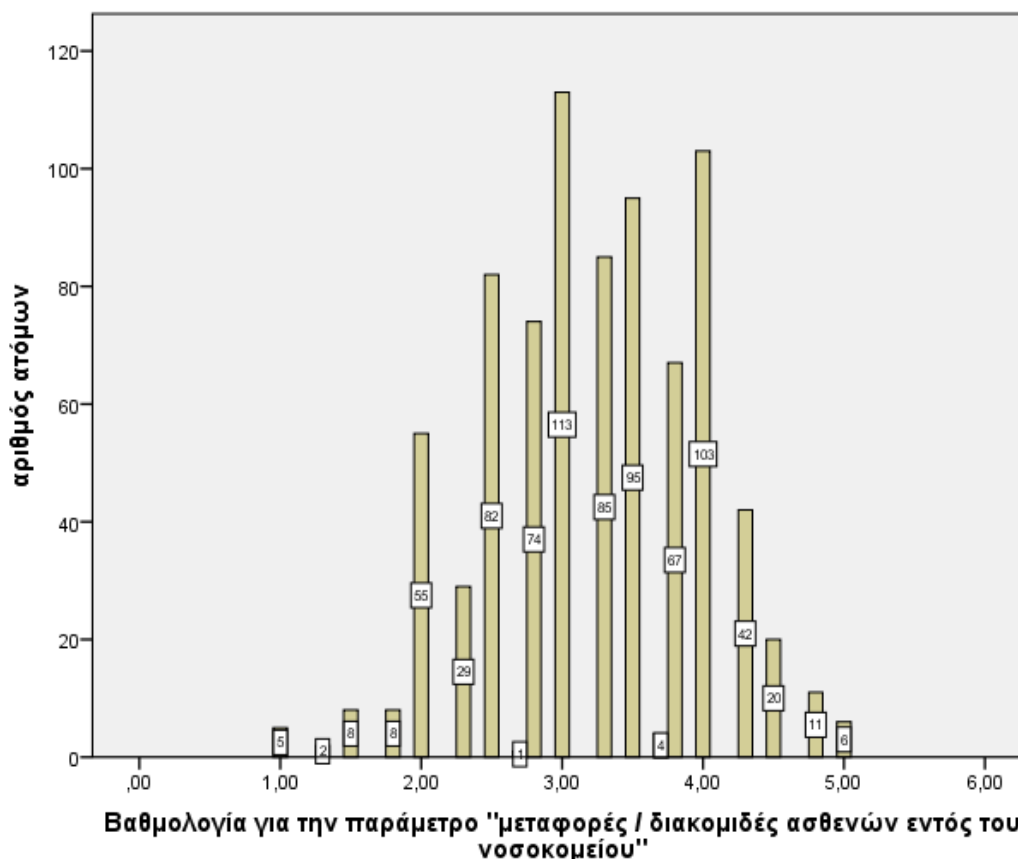
Η συνολική βαθμολογία της παραμέτρου «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» κυμάνθηκε από ένα (1) μέχρι πέντε (5). Ο Πίνακας 15.55 περιλαμβάνει τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο, την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος. Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.55, η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας για τη συγκεκριμένη παράμετρο είναι 3,2 (τυπική απόκλιση: 0,8).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.55 Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»

Μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου	
Συνολική βαθμολογία	
Μέση τιμή	3,2
Τυπική απόκλιση	0,8
Διάμεσος	3,3
Ελάχιστη τιμή	1
Μέγιστη τιμή	5

Εύρος	4
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	1

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.22 Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»



Διμεταβλητή ανάλυση

Στον Πίνακα 15.56 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στην παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου».

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.56 Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τη βαθμολογία στην παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»

Χαρακτηριστικό	Βαθμολογία στην παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»	Τιμή p
Φύλο		<0,001 ^a
Άντρες	3,07 (0,73)	

Χαρακτηριστικό	Βαθμολογία στην παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»	Τιμή p
Γυναίκες	3,26 (0,75)	
Ηλικία	0,01 ^β	0,71 ^β
Εκπαίδευση		<0,001 ^γ
Απόφοιτοι Β/θμιας Εκπ/σης	3,37 (0,73)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ	3,33 (0,69)	
Απόφοιτοι ΑΕΙ	2,92 (0,77)	
Επάγγελμα		<0,001 ^γ
Ιατροί	2,89 (0,73)	
Νοσηλευτές	3,33 (0,74)	
Βοηθοί νοσηλευτές	3,43 (0,71)	
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό δίπλωμα		0,08 ^α
Όχι	3,21 (0,74)	
Ναι	3,11 (0,77)	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο επάγγελμα	0,08 ^β	0,03 ^β
Ώρες εργασίας/εβδομάδα	-0,18 ^β	<0,001 ^β
Είδος νοσοκομείου		<0,001 ^γ
Ειδικό	3,77 (0,63)	
Ογκολογικό	3,31 (0,66)	
Γενικό/πανεπιστημιακό	3,19 (0,74)	
Ψυχιατρικό	2,89 (0,76)	
Αριθμός κλινών		<0,001 ^α
100-250	3,41 (0,77)	
>400	3,15 (0,74)	
Νοσοκομείο		0,02 ^α
Αθήνα	3,17 (0,75)	
Εκτός Αθήνας	3,32 (0,77)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στην παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» και εννιά (9) ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον Πίνακα 15.57.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.57 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Απόφοιτοι ΤΕΙ σε σχέση με απόφοιτους ΑΕΙ	0,46	0,34 έως 0,58	<0,001
Βοηθοί νοσηλευτές σε σχέση με ιατρούς	0,54	0,39 έως 0,70	<0,001
Γενικά νοσοκομεία σε σχέση με ψυχιατρικό	0,26	0,09 έως 0,43	0,002
Ογκολογικό νοσοκομείο σε σχέση με ψυχιατρικό	0,22	0,02 έως 0,42	0,03
Ειδικό νοσοκομείο σε σχέση με ψυχιατρικό	1,06	0,76 έως 1,36	<0,001
Νοσοκομεία με 100-250 κλίνες σε σχέση με νοσοκομεία >400 κλίνες	0,27	0,08 έως 0,46	0,005
Νοσοκομεία εκτός Αθήνας σε σχέση με νοσοκομεία εντός Αθήνας	0,24	0,08 έως 0,40	0,003

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι απόφοιτοι ΤΕΙ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» σε σχέση με τους απόφοιτους ΑΕΙ.
- Οι βοηθοί νοσηλευτές είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» σε σχέση με τους ιατρούς.
- Οι εργαζόμενοι στα γενικά νοσοκομεία, το ογκολογικό και ειδικό νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» σε σχέση με τους εργαζόμενους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.
- Οι εργαζόμενοι σε νοσοκομεία με 100 - 250 κλίνες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» σε σχέση με τους εργαζόμενους σε νοσοκομεία με >400 κλίνες.
- Οι εργαζόμενοι σε νοσοκομεία εκτός Αθήνας είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» σε σχέση με τους εργαζόμενους σε νοσοκομεία εντός Αθήνας.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 18% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στην παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου».

15.3.3. Παράγοντες κουλτούρας ασφάλειας σε επίπεδο ατόμου

11. Συχνότητα αναφοράς λαθών (Δ1, Δ2, Δ3)

Περιγραφικά Αποτελέσματα

Στον Πίνακα 15.58 παρουσιάζεται η απόλυτη και ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων για την παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών». Ποσοστό 45,8% του δείγματος, δήλωσε ότι συχνά ή πάντοτε αναφέρεται ένα λάθος που συμβαίνει αλλά εντοπίζεται και διορθώνεται πριν επηρεάσει τον ασθενή. Το 33,6% του δείγματος δήλωσε ότι αναφέρει ένα λάθος που έχει γίνει αλλά δεν πρόκειται να βλάψει τον ασθενή ενώ το 40% δήλωσε ότι συνήθως ή πάντα αναφέρει ένα λάθος που έχει γίνει και θα μπορούσε να βλάψει τον ασθενή αλλά τελικά δεν τον έβλαψε.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.58 Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών»

Συχνότητα αναφοράς λαθών					
Ερώτηση	Απάντηση				
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
Συχνότητα αναφορά λάθους που έγινε και διορθώθηκε πριν επηρεάσει τον ασθενή (Δ1)	33 (4,1%)	137 (17,1%)	264 (33%)	205 (25,6%)	162 (20,2%)
Συχνότητα αναφορά λάθους που έγινε χωρίς να βλάψει τον ασθενή (Δ2)	68 (8,6%)	188 (23,6%)	272 (34,2%)	168 (21,1%)	99 (12,5%)
Συχνότητα αναφορά λάθους που έγινε χωρίς να βλάψει τον ασθενή ενώ θα μπορούσε να του προκαλέσει ζημιά (Δ3)	65 (8,2%)	175 (22%)	237 (29,8%)	192 (24,2%)	126 (15,8%)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

Ανάλυση παραμέτρου «συχνότητα αναφοράς λαθών»

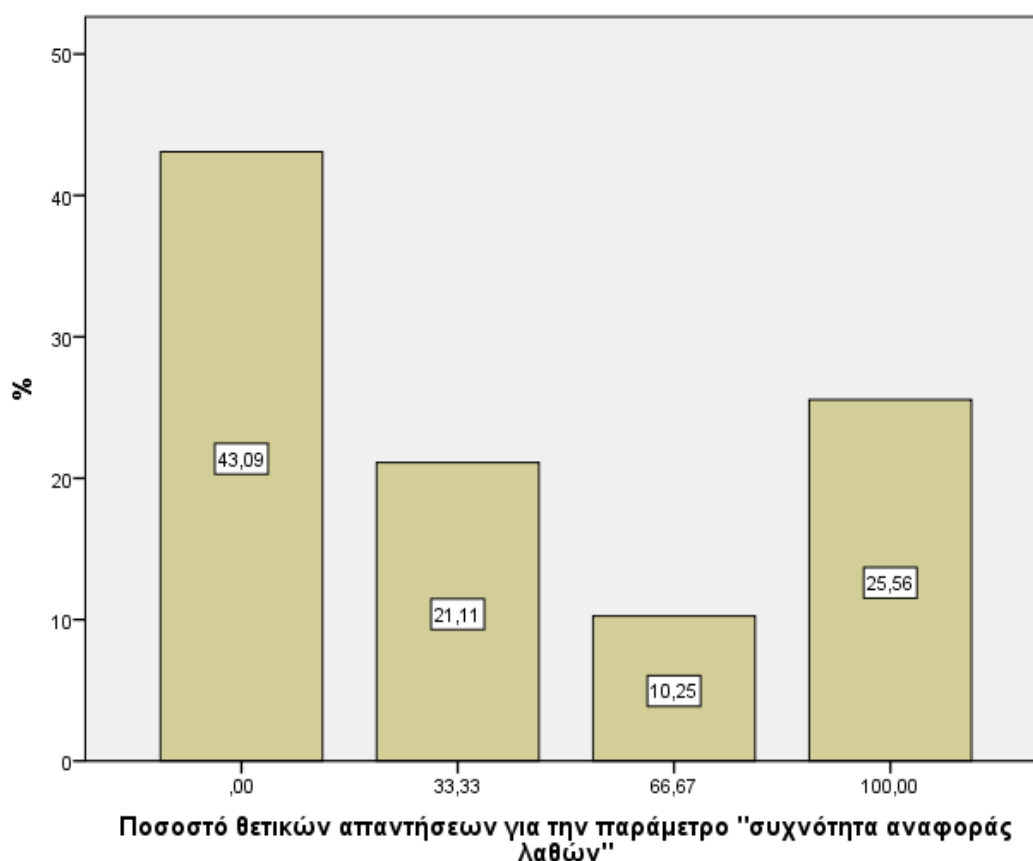
Μονομεταβλητή ανάλυση

Η παράμετρος «συχνότητα αναφοράς λαθών» αποτελείται από τρεις (3) ερωτήσεις, οι οποίες φαίνονται στον Πίνακα 15.58 που προηγείται. Το συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων της κυμάνθηκε από μηδέν (0) μέχρι εκατό (100). Ο Πίνακας 15.59 περιλαμβάνει τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο, την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος του ποσοστού των θετικών απαντήσεων για την εν λόγω παράμετρο. Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται το ποσοστό στην παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών» τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς του νοσοκομείου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.59, η μέση τιμή του ποσοστού των θετικών απαντήσεων για τη συγκεκριμένη παράμετρο είναι 39,4 (τυπική απόκλιση: 41,2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.59 Μέτρα θέσης και διασποράς του ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών»

Συχνότητα αναφοράς λαθών	
Ποσοστό θετικών απαντήσεων	
Μέση τιμή	39,4
Τυπική απόκλιση	41,2
Διάμεσος	33,3
Ελάχιστη τιμή	0
Μέγιστη τιμή	100
Εύρος	100
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	100

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.23 Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών»



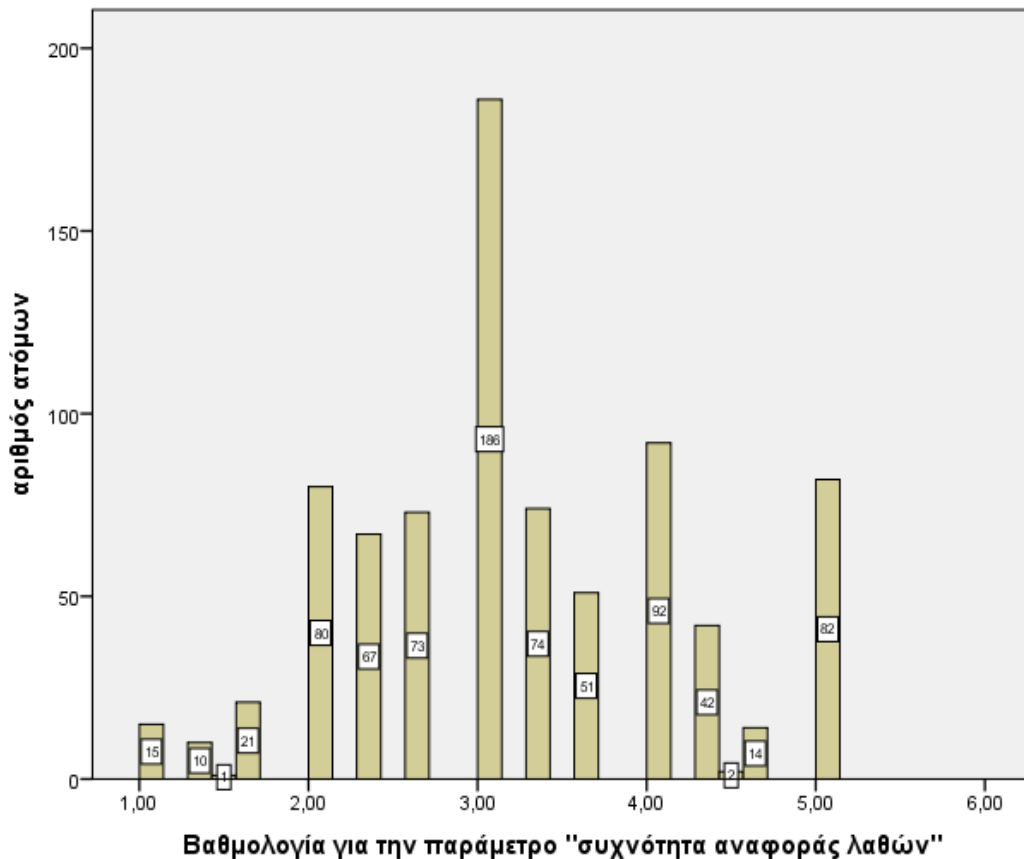
Η συνολική βαθμολογία της παραμέτρου «συχνότητα αναφοράς λαθών» κυμάνθηκε από ένα (1) μέχρι πέντε (5). Ο Πίνακας 15.60 περιλαμβάνει τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο, την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος. Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την «συχνότητα αναφορά

λαθών». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.60 η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας για τη συγκεκριμένη παράμετρο είναι 3,2 (τυπική απόκλιση: 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.60 Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών»

Συχνότητα αναφοράς λαθών	
Συνολική βαθμολογία	
Μέση τιμή	3,2
Τυπική απόκλιση	1
Διάμεσος	3
Ελάχιστη τιμή	1
Μέγιστη τιμή	5
Εύρος	4
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	1,33

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.24 Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών»



Διμεταβλητή ανάλυση

Στον Πίνακα 15.61 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στην παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών».

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.61 Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τη βαθμολογία στην παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών»

Χαρακτηριστικό	Βαθμολογία στην παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών»	Τιμή p
Φύλο		0,12^a
Αντρες	3,13 (0,95)	
Γυναίκες	3,24 (0,99)	
Ηλικία	0,04 ^b	0,24 ^b
Εκπαίδευση		0,11^γ
Απόφοιτοι Β/θμιας Εκπ/σης	3,22 (1,08)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ	3,27 (0,99)	
Απόφοιτοι ΑΕΙ	3,11 (0,89)	
Επάγγελμα		0,06^γ
Ιατροί	3,07 (0,89)	
Νοσηλευτές	3,27 (0,98)	
Βοηθοί νοσηλευτές	3,24 (1,07)	
Μεταπτυχιακό/διδασκατορικό δίπλωμα		0,43 ^a
Όχι	3,24 (1,00)	
Ναι	3,18 (0,91)	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο επάγγελμα	0,05 ^b	0,20^b
Ώρες εργασίας/εβδομάδα	-0,05 ^b	0,21 ^b
Είδος νοσοκομείου		<0,001^γ
Ειδικό	3,71 (0,98)	
Ογκολογικό	3,44 (0,94)	
Γενικό/πανεπιστημιακό	3,12 (0,98)	
Ψυχιατρικό	3,11 (0,91)	
Αριθμός κλινών		0,03^a
100-250	3,36 (1,05)	
>400	3,17 (0,96)	
Νοσοκομείο		0,41 ^a
Αθήνα	3,19 (0,96)	
Εκτός Αθήνας	3,26 (1,05)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^a έλεγχος t

^b συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ ανάλυση διασποράς

Στον Πίνακα 15.62 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στις παραμέτρους που εκτιμούν την κουλτούρα ασφάλειας και τη βαθμολογία στην παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών».

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.62 Συσχετίσεις των παραμέτρων που εκτιμούν την κουλτούρα ασφάλειας με τη βαθμολογία στην παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών»

Βαθμολογία στον παράγοντα	Βαθμολογία στον παράγοντα «συχνότητα αναφοράς λαθών»	Τιμή p
Ανοιχτή επικοινωνία	0,29 ^a	<0,001 ^a
Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη	0,39 ^a	<0,001 ^a
Οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση	0,20 ^a	<0,001 ^a
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων	0,15 ^a	<0,001 ^a
Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη	0,13 ^a	<0,001 ^a
Προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια	0,23 ^a	<0,001 ^a
Στελέχωση	0,11 ^a	0,002 ^a
Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας	0,11 ^a	0,01 ^a
Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων	0,09 ^a	0,01 ^a
Μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου	0,11 ^a	0,002 ^a

^a συντελεστής συσχέτισης Pearson

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στην παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών» και δέκα έξι (16) ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον Πίνακα 15.63.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.63 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών»

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Βαθμολογία στον παράγοντα «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»	0,52	0,45 έως 0,61	<0,001
Βαθμολογία στον παράγοντα «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη»	0,10	0,02 έως 0,18	0,02
Βαθμολογία στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων»	-0,17	-0,27 έως -0,06	0,002
Ογκολογικό νοσοκομείο σε σχέση με ψυχιατρικό	0,24	0,06 έως 0,42	0,01
Ειδικό νοσοκομείο σε σχέση με ψυχιατρικό	0,52	0,29 έως 0,74	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

Αποτελέσματα

- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών».
- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών».
- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων» σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας στην παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών».
- Το ογκολογικό και ειδικό νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών» σε σχέση με το ψυχιατρικό νοσοκομείο.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 18% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στην παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών».

12. Συνολική αντίληψη της ασφάλειας (A15, A18, A10(αντ.), A17(αντ.))

Περιγραφικά Αποτελέσματα

Στον Πίνακα 15.64 παρουσιάζεται η απόλυτη και ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων για την παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας». Το 29,4% δήλωσε ότι είναι θέμα τύχης που δεν συμβαίνουν σοβαρότερα λάθη που θα θέσουν σε κίνδυνο την ασφάλεια του ασθενούς στη μονάδα, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία (84,8%) των συμμετεχόντων δήλωσε ότι η ασφάλεια του ασθενούς δεν θυσιάζεται ποτέ προκειμένου να διεκπεραιωθεί μεγαλύτερος όγκος δουλειάς. Μόνο το 28,5% του δείγματος συμφωνεί / συμφωνεί απόλυτα ότι υπάρχει πρόβλημα με την ασφάλεια του ασθενούς στη μονάδα που εργάζεται. Τέλος το 36,9% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι οι διαδικασίες και τα συστήματα που εφαρμόζονται είναι αποτελεσματικά όσον αφορά την πρόληψη δυσμενών συμβάντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.64 Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας»

Συνολική αντίληψη της ασφάλειας					
Ερώτηση	Απάντηση				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Η ασφάλεια του ασθενούς είναι θέμα τύχης (A10 αντ.)	99 (12,5%)	271 (34,1%)	191 (24%)	188 (23,6%)	46 (5,8%)
Η αποδοτικότητα στην εργασία δεν αντικρούει την ασφάλεια του ασθενούς (A15)	6 (0,7%)	34 (4,2%)	83 (10,3%)	417 (51,7%)	267 (33,1%)
Αποτελεσματικότητα συστημάτων πρόληψης δυσμενών συμβάντων (A18)	54 (6,8%)	158 (19,8%)	293 (36,6%)	268 (33,5%)	27 (3,4%)
Προβλήματα ασφάλειας του ασθενούς στην συγκεκριμένη Μονάδα (A17 αντ.)	90 (11,2%)	272 (33,9%)	211 (26,3%)	195 (24,3%)	34 (4,2%)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

Ανάλυση παραμέτρου «συνολική αντίληψη της ασφάλειας»

Μονομεταβλητή ανάλυση

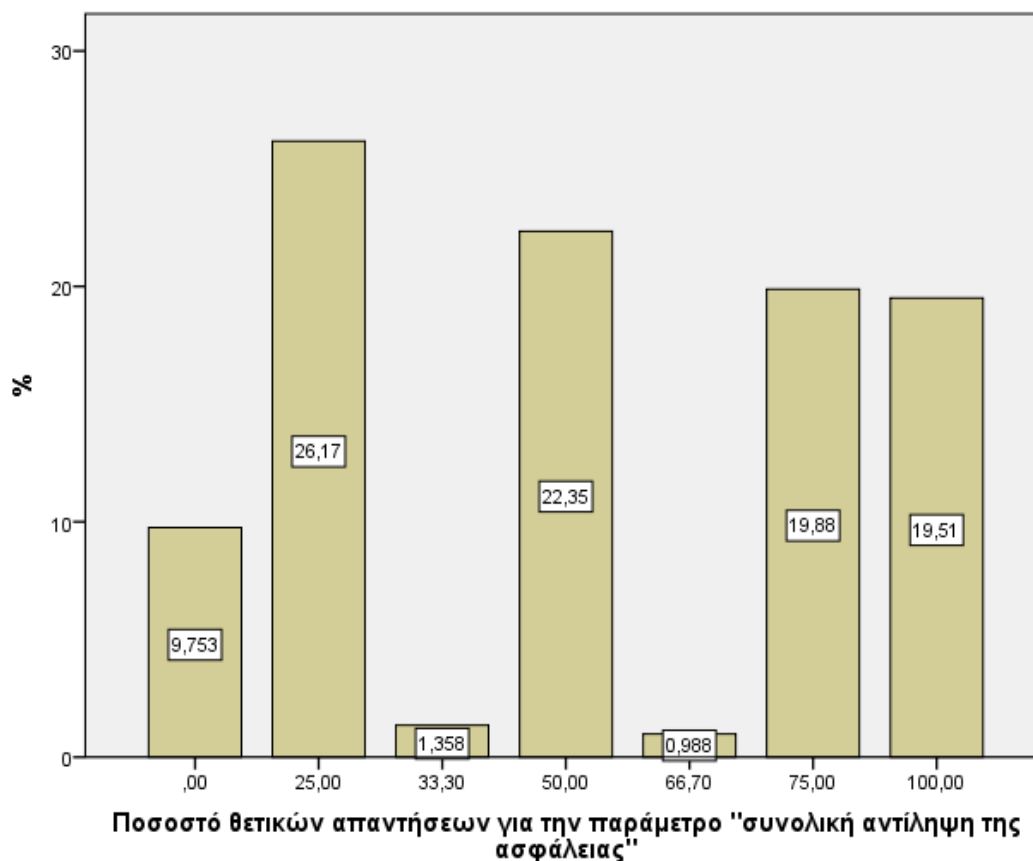
Η παράμετρος «συνολική αντίληψη της ασφάλειας» αποτελείται από τέσσερις (4) ερωτήσεις, οι οποίες φαίνονται στον Πίνακα 15.64 που προηγείται. Το συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων της κυμάνθηκε από μηδέν (0) μέχρι εκατό (100). Ο Πίνακας 15.65 περιλαμβάνει τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο, την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος του ποσοστού των θετικών απαντήσεων για την εν λόγω παράμετρο. Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται το ποσοστό στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας» τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς του νοσοκομείου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.65, η μέση τιμή του ποσοστού των θετικών απαντήσεων για τη συγκεκριμένη παράμετρο είναι 53,2 (τυπική απόκλιση: 31,9).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.65 Μέτρα θέσης και διασποράς του ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας»

Συνολική αντίληψη της ασφάλειας	
Ποσοστό θετικών απαντήσεων	
Μέση τιμή	53,2
Τυπική απόκλιση	31,9
Διάμεσος	50
Ελάχιστη τιμή	0
Μέγιστη τιμή	100
Εύρος	100

Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	50
--------------------------	----

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.25 Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων ποσοστού θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας»



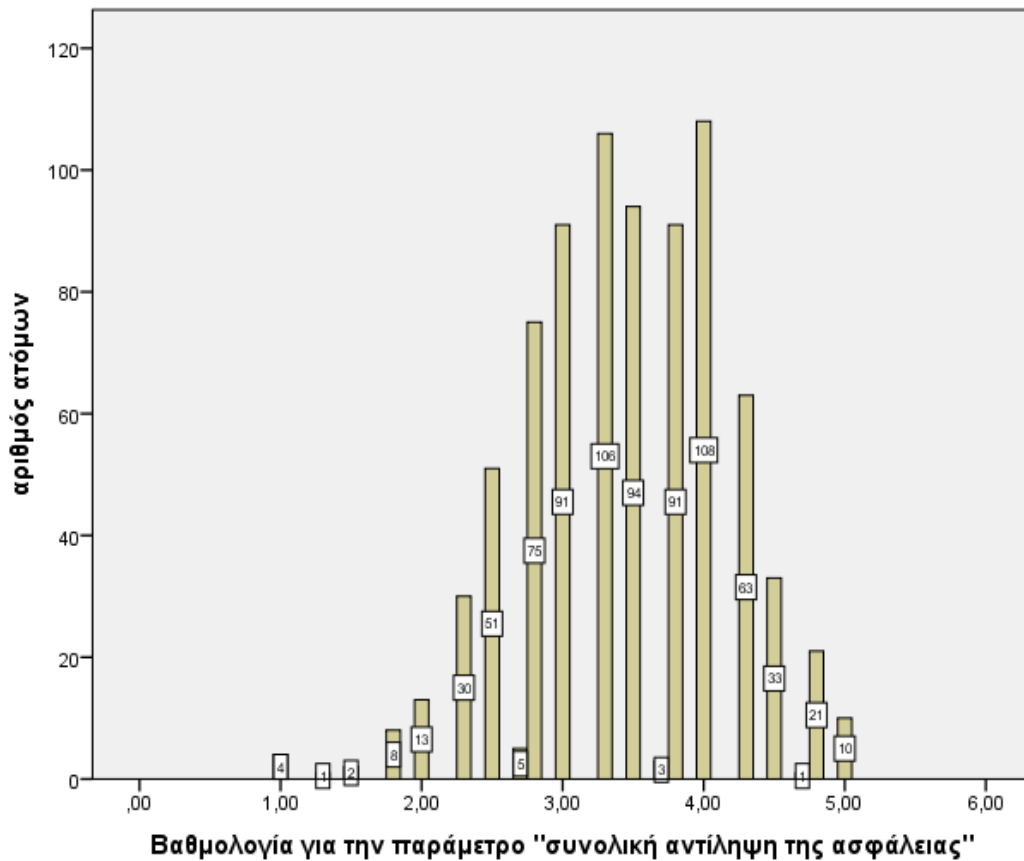
Η συνολική βαθμολογία της παραμέτρου «συνολική αντίληψη της ασφάλειας» κυμάνθηκε από ένα (1) μέχρι πέντε (5). Ο Πίνακας 15.66 περιλαμβάνει τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο, την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος. Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την «συνολική αντίληψη της ασφάλειας». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.66, η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας για τη συγκεκριμένη παράμετρο είναι 3,4 (τυπική απόκλιση: 0,7).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.66 Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολικής βαθμολογίας αναφορικά με την «συνολική αντίληψη της ασφάλειας»

Συνολική αντίληψη της ασφάλειας	
Συνολική βαθμολογία	
Μέση τιμή	3,4
Τυπική απόκλιση	0,7
Διάμεσος	3,5
Ελάχιστη τιμή	1
Μέγιστη τιμή	5

Εύρος	4
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	1

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.26 Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας»



Διμεταβλητή ανάλυση

Στον Πίνακα 15.67 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας».

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.67 Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τη βαθμολογία στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας»

Χαρακτηριστικό	Βαθμολογία στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας»	Τιμή p
Φύλο		<0,001^a
Άντρες	3,26 (0,73)	
Γυναίκες	3,48 (0,70)	
Ηλικία	0,03 ^b	0,37 ^b

Αποτελέσματα

Εκπαίδευση		<0,001 ^γ
Απόφοιτοι Β/θμιας Εκπ/σης	3,53 (0,71)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ	3,51 (0,67)	
Απόφοιτοι ΑΕΙ	3,20 (0,74)	
Επάγγελμα		<0,001 ^γ
Ιατροί	3,16 (0,72)	
Νοσηλεύτες	3,49 (0,67)	
Βοηθοί νοσηλευτές	3,55 (0,69)	
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό δίπλωμα		0,004 ^α
Όχι	3,45 (0,71)	
Ναι	3,29 (0,71)	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο επάγγελμα	0,07 ^β	0,06 ^β
Ώρες εργασίας/εβδομάδα	-0,15 ^β	<0,001 ^β
Είδος νοσοκομείου		<0,001 ^γ
Ειδικό	4,01 (0,58)	
Ογκολογικό	3,58 (0,64)	
Γενικό/πανεπιστημιακό	3,35 (0,71)	
Ψυχιατρικό	3,21 (0,72)	
Αριθμός κλινών		<0,001 ^α
100-250	3,58 (0,71)	
>400	3,37 (0,71)	
Νοσοκομείο		0,82 ^α
Αθήνα	3,41 (0,71)	
Εκτός Αθήνας	3,42 (0,75)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ ανάλυση διασποράς

Στον Πίνακα 15.68 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στις παραμέτρους που εκτιμούν την κουλτούρα ασφάλειας και τη βαθμολογία στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας».

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.68 Συσχετίσεις των παραμέτρων που εκτιμούν την κουλτούρα ασφάλειας με τη βαθμολογία στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας»

Βαθμολογία στον παράγοντα	Βαθμολογία στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας»	Τιμή p
Ανοιχτή επικοινωνία	0,33 ^α	<0,001 ^α
Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη	0,47 ^α	<0,001 ^α
Οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση	0,54 ^α	<0,001 ^α
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων	0,54 ^α	<0,001 ^α
Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη	0,35 ^α	<0,001 ^α

Προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια	0,52 ^a	<0,001 ^a
Στελέχωση	0,38 ^a	<0,001 ^a
Υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας	0,52 ^a	<0,001 ^a
Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων	0,44 ^a	<0,001 ^a
Μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου	0,55 ^a	<0,001 ^a

^a συντελεστής συσχέτισης Pearson

Επειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας» και δέκα οκτώ (18) ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον Πίνακα 15.69.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.69 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας»

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Βαθμολογία στον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση»	0,32	0,26 έως 0,38	<0,001
Βαθμολογία στον παράγοντα «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη»	0,13	0,08 έως 0,17	<0,001
Βαθμολογία στον παράγοντα «προσδοκίες και δράση των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια»	0,22	0,16 έως 0,27	<0,001
Βαθμολογία στον παράγοντα «στελέχωση»	0,14	0,08 έως 0,20	<0,001
Βαθμολογία στον παράγοντα «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας»	0,14	0,10 έως 0,19	<0,001
Βαθμολογία στον παράγοντα «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»	0,20	0,15 έως 0,26	<0,001
Ογκολογικό νοσοκομείο σε σχέση με ψυχιατρικό	0,15	0,05 έως 0,24	0,003
Ειδικό νοσοκομείο σε σχέση με ψυχιατρικό	0,18	0,06 έως 0,31	0,004

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

Αποτελέσματα

- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση» σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας».
- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας».
- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια» σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας».
- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «στελέχωση» σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας».
- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας».
- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας».
- Το ογκολογικό και ειδικό νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας» σε σχέση με το ψυχιατρικό νοσοκομείο.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 58% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας».

13. Αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε θέματα ασφάλειας του ασθενούς (E)

Περιγραφικά Αποτελέσματα

Στον Πίνακα 15.70 παρουσιάζεται η απόλυτη και ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων για την «αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς». Το 53,6% των συμμετεχόντων, αξιολόγησε την επίδοση του τομέα / κλινικής στον οποίο εργάζεται σχετικά με θέματα ασφάλειας του ασθενούς από «πολύ καλή» έως «άριστη», ενώ το ποσοστό

που εκτίμησε την επίδοση του τομέα / κλινικής του από «μέτρια» έως «κακή» ήταν μόλις 15%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.70 Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς»

Αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς					
Ερώτηση	Απάντηση				
	Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
Βαθμολογία του τομέα / κλινικής σχετικά με την επίδοσή του σε θέματα ασφάλειας του ασθενούς (Ε)	94 (11,6%)	339 (42%)	253 (31,4%)	107 (13,3%)	14 (1,7%)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

Ανάλυση παραμέτρου «αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς»

Μονομεταβλητή ανάλυση

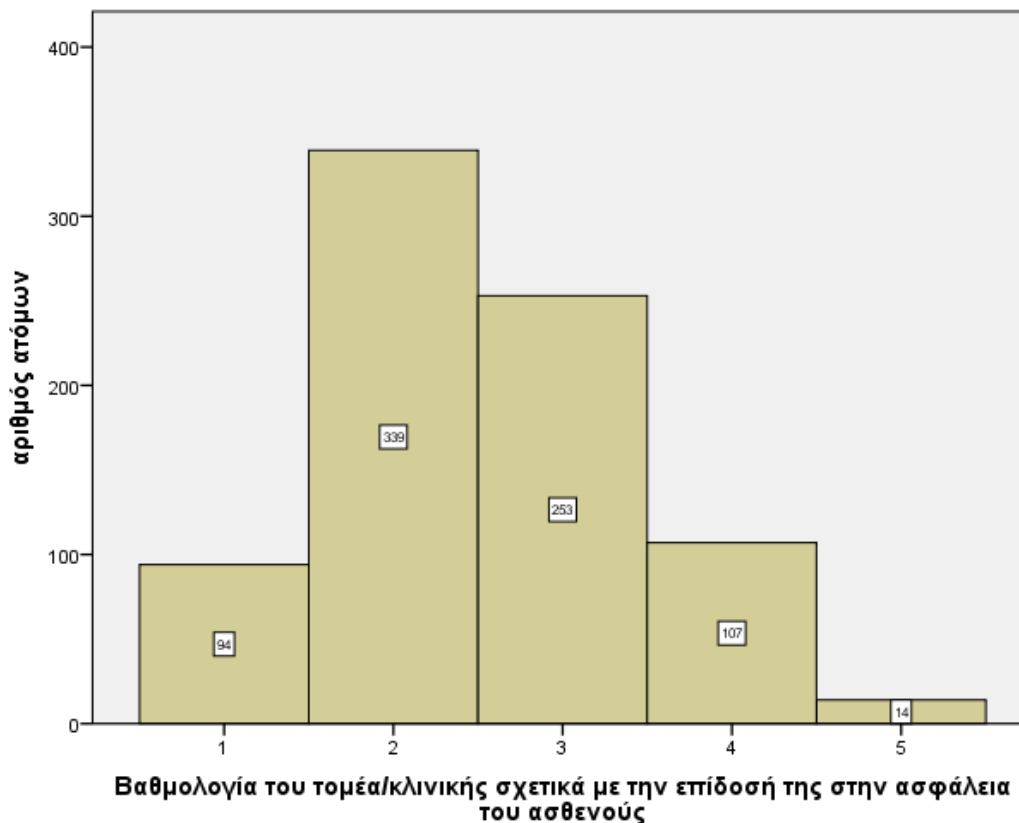
Η παράμετρος «αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς» αποτελείται από μία (1) ερώτηση, η οποία φαίνεται στον Πίνακα 15.71 που προηγείται. Η συνολική βαθμολογία της κυμάνθηκε από ένα (1) μέχρι πέντε (5). Ο Πίνακας 15.71 περιλαμβάνει τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο, την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος. Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την «αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα

/κλινικής σε θέματα ασφάλειας του ασθενούς». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.71, η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας για τη συγκεκριμένη παράμετρο είναι 2,5 (τυπική απόκλιση: 0,9).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.71 Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολικής βαθμολογίας με την παράμετρο «αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε θέματα ασφάλειας του ασθενούς»

Αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς	
Συνολική βαθμολογία	
Μέση τιμή	2,5
Τυπική απόκλιση	0,9
Διάμεσος	2
Ελάχιστη τιμή	1
Μέγιστη τιμή	5
Εύρος	4
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	1

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.27 Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «αξιολόγηση του τομέα / κλινικής σε θέματα ασφάλειας του ασθενούς»



Διμεταβλητή ανάλυση

Στον Πίνακα 15.72 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία του τομέα / κλινικής σχετικά με την επίδοσή του / της στην ασφάλεια του ασθενούς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.72 Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία του τομέα / κλινικής σχετικά με την επίδοσή του / της στην ασφάλεια του ασθενούς

Χαρακτηριστικό	Βαθμολογία του τομέα / κλινικής σχετικά με την επίδοσή του/της στην ασφάλεια του ασθενούς	Τιμή p
Φύλο		0,02^a
Αντρες	3,36 (0,93)	
Γυναίκες	3,53 (0,92)	
Ηλικία	0,02 ^b	0,57 ^b
Εκπαίδευση		0,001^γ
Απόφοιτοι Β/θμιας Εκπ/σης	3,59 (1,03)	

Απόφοιτοι ΤΕΙ	3,57 (0,86)	
Απόφοιτοι ΑΕΙ	3,31 (0,92)	
Επάγγελμα		0,001^γ
Ιατροί	3,29 (0,93)	
Νοσηλεύτες	3,56 (0,86)	
Βοηθοί νοσηλευτές	3,61 (1,04)	
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό δίπλωμα		0,33 ^α
Όχι	3,49 (0,95)	
Ναι	3,42 (0,88)	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο επάγγελμα	0,05 ^β	0,21 ^β
Ώρες εργασίας/εβδομάδα	-0,06 ^β	0,08^β
Είδος νοσοκομείου		<0,001^γ
Ειδικό	4,24 (0,67)	
Ογκολογικό	3,64 (0,89)	
Γενικό/πανεπιστημιακό	3,47 (0,88)	
Ψυχιατρικό	3,03 (0,94)	
Αριθμός κλινών		0,006^α
100-250	3,66 (0,98)	
>400	3,43 (0,90)	
Νοσοκομείο		0,23 ^α
Αθήνα	3,46 (0,93)	
Εκτός Αθήνας	3,56 (0,89)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ ανάλυση διασποράς

Στον Πίνακα 15.73 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στις παραμέτρους που εκτιμούν την κουλτούρα ασφάλειας και τη βαθμολογία του τομέα / κλινικής σχετικά με την επίδοσή του / της στην ασφάλεια του ασθενούς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.73 Συσχετίσεις των παραμέτρων που εκτιμούν την κουλτούρα ασφάλειας με τη βαθμολογία του τομέα / κλινικής σχετικά με την επίδοσή του / της στην ασφάλεια του ασθενούς

Βαθμολογία στον παράγοντα	Βαθμολογία του τομέα/κλινικής σχετικά με την επίδοσή του/της στην ασφάλεια του ασθενούς	Τιμή p
Ανοιχτή επικοινωνία	0,35 ^α	<0,001^α
Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη	0,43 ^α	<0,001^α
Οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση	0,46 ^α	<0,001^α
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων	0,46 ^α	<0,001^α
Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη	0,21 ^α	<0,001^α
Προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την	0,40 ^α	<0,001^α

Αποτελέσματα

ασφάλεια		
Στελέχωση	0,30 ^a	<0,001 ^a
Υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας	0,44 ^a	<0,001 ^a
Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων	0,34 ^a	<0,001 ^a
Μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου	0,44 ^a	<0,001 ^a

^a συντελεστής συσχέτισης Pearson

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας του τομέα / κλινικής σχετικά με την επίδοσή του / της στην ασφάλεια του ασθενούς και δέκα έξι (16) ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον Πίνακα 15.74.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.74 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία του τομέα / κλινικής σχετικά με την επίδοσή του / της στην ασφάλεια του ασθενούς

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Βαθμολογία στον παράγοντα «ανοιχτή επικοινωνία»	0,11	0,01 έως 0,20	0,025
Βαθμολογία στον παράγοντα «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»	0,15	0,04 έως 0,25	0,005
Βαθμολογία στον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση»	0,34	0,23 έως 0,44	<0,001
Βαθμολογία στον παράγοντα «στελέχωση»	0,18	0,09 έως 0,27	<0,001
Βαθμολογία στον παράγοντα «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας»	0,17	0,10 έως 0,25	<0,001
Βαθμολογία στον παράγοντα «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»	0,20	0,16 έως 0,28	<0,001
Γενικό νοσοκομείο σε σχέση με ψυχιατρικό	0,35	0,19 έως 0,50	<0,001
Ογκολογικό νοσοκομείο σε σχέση με ψυχιατρικό	0,15	0,05 έως 0,24	0,003
Ειδικό νοσοκομείο σε σχέση με ψυχιατρικό	0,18	0,06 έως 0,31	0,004
Νοσοκομεία με 100-250 κλίνες σε σχέση με νοσοκομεία με >400 κλίνες	0,20	0,03 έως 0,36	0,02

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «ανοιχτή επικοινωνία» σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς».
- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς».
- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση» σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς».
- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «στελέχωση» σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς».
- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς».
- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς».
- Τα γενικά νοσοκομεία, το ογκολογικό και το ειδικό νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία του τομέα / κλινικής σχετικά με την επίδοσή του / της στην ασφάλεια του ασθενούς σε σχέση με το ψυχιατρικό νοσοκομείο.
- Τα νοσοκομεία με 100 - 250 κλίνες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία του τομέα / κλινικής σχετικά με την επίδοσή του / της στην ασφάλεια του ασθενούς σε σχέση με νοσοκομεία με >400 κλίνες.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 42% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας του τομέα/κλινικής σχετικά με την επίδοσή του/της στην ασφάλεια του ασθενούς.

14. Αριθμός αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες (Z)

Περιγραφικά Αποτελέσματα

Στον Πίνακα 15.75 παρουσιάζεται η απόλυτη και ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων για την παράμετρο «αριθμός αναφερόμενων

Αποτελέσματα

συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες». Το 40,1% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι δεν υπέβαλε «καμία αναφορά» για ανεπιθύμητα συμβάντα τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ το 35% δήλωσε πως έκανε από «1 έως 2 αναφορές» τους τελευταίους 12 μήνες. Επίσης το 18,8% των συμμετεχόντων απάντησε πως ανέφερε «3 έως 5» ανεπιθύμητα συμβάντα τους τελευταίους 12 μήνες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.75 Κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παράμετρο «αριθμός αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες»

Αριθμός αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες						
Ερώτηση	Απάντηση					
	Καμία αναφορά	1 έως 2 αναφορές	3 έως 5 αναφορές	6 έως 10 αναφορές	11 έως 20 αναφορές	21 αναφορές και άνω
Αριθμός αναφερόμενων δυσμενών συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες (Z)	318 (40,1%)	278 (35%)	149 (18,8%)	33 (4,2%)	12 (1,5%)	4 (0,5%)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

Ανάλυση παραμέτρου «αριθμός αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες»

Μονομεταβλητή ανάλυση

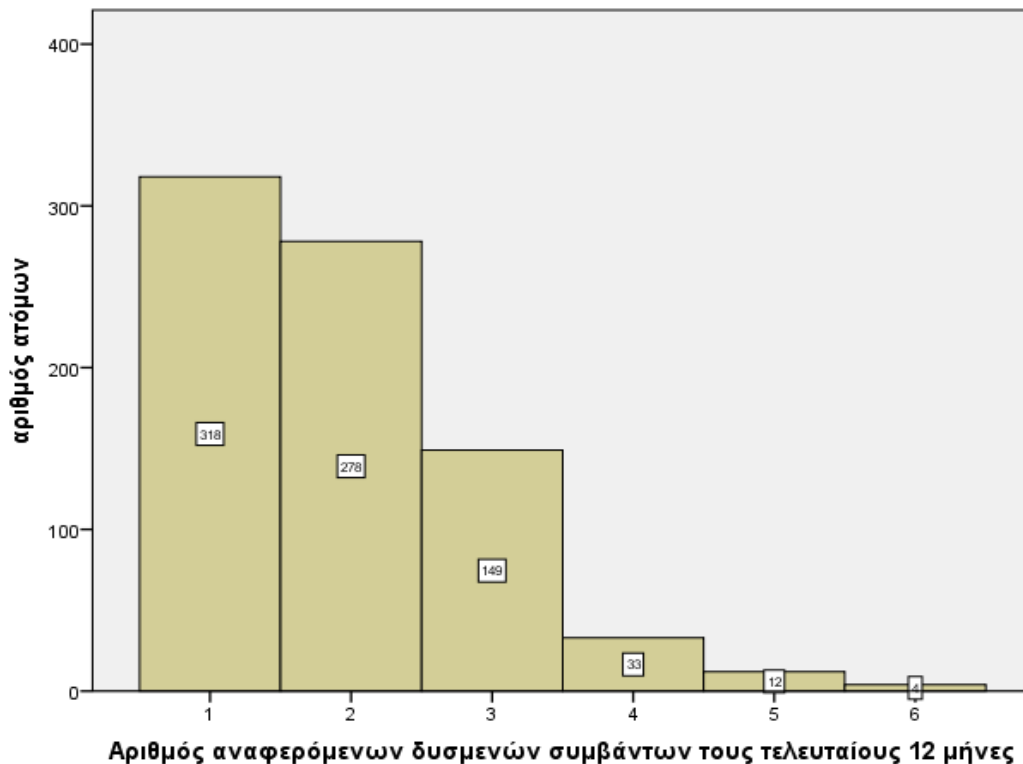
Η παράμετρος «αριθμός αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες» αποτελείται από μία (1) ερώτηση, η οποία φαίνεται στον Πίνακα 15.76 που προηγείται. Η συνολική βαθμολογία της κυμάνθηκε από ένα (1) μέχρι πέντε (5). Ο Πίνακας 15.76 περιλαμβάνει τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο, την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος. Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για τον «αριθμό αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.76, η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας για τη συγκεκριμένη παράμετρο είναι 1,94 (τυπική απόκλιση: 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.76 Μέτρα θέσης και διασποράς της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «αριθμός αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες»

Αριθμός αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες	
Συνολική βαθμολογία	
Μέση τιμή	1,94
Τυπική απόκλιση	1
Διάμεσος	2

Ελάχιστη τιμή	1
Μέγιστη τιμή	6
Εύρος	5
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	1

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.28 Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «αριθμός αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες»



Διμεταβλητή ανάλυση

Στον Πίνακα 15.77 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά και τον «αριθμό των αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες».

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.77 Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τον αριθμό των αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες

Χαρακτηριστικό	Αναφερόμενα δυσμενή συμβάντα τους τελευταίους 12 μήνες		Τιμή p
	Κανένα	≥1	
Φύλο			0,21 ^a
Άντρες	89 (36,8)	153 (63,2)	
Γυναίκες	229 (41,5)	323 (58,5)	
Ηλικία	41,5 (7,6) ^β	41,1 (8,2) ^β	0,54 ^γ
Εκπαίδευση			0,16^δ
Απόφοιτοι Β/θμιας Εκπ/σης	68 (45,0)	83 (55,0)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ	150 (39,7)	228 (60,3)	
Απόφοιτοι ΑΕΙ	100 (37,7)	165 (62,3)	
Επάγγελμα			0,009^a
Ιατροί	79 (39,1)	123 (60,9)	
Νοσηλευτές	124 (34,1)	240 (65,9)	
Βοηθοί νοσηλευτές	65 (49,2)	67 (50,8)	
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό δίπλωμα			0,11^a
Όχι	211 (41,9)	293 (58,1)	
Ναι	88 (35,8)	158 (64,2)	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο επάγγελμα	15,2 (8,7)	14,7 (8,7)	0,41 ^β
Ώρες εργασίας/εβδομάδα	43,7 (13,9)	44,3 (12,2)	0,51 ^β
Είδος νοσοκομείου			0,003^a
Ειδικό	25 (37,9)	41 (62,1)	
Ογκολογικό	41 (39,0)	64 (61,0)	
Γενικό/πανεπιστημιακό	217 (44,2)	274 (55,8)	
Ψυχιατρικό	35 (26,5)	97 (73,5)	
Αριθμός κλινών			0,9 ^a
100-250	65 (39,6)	99 (60,4)	
>400	253 (40,2)	377 (59,8)	
Νοσοκομείο			0,001^a
Αθήνα	225 (36,8)	387 (63,2)	
Εκτός Αθήνας	93 (51,1)	89 (48,9)	

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^a έλεγχος χ^2

^β μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

^γ έλεγχος t

^δ έλεγχος χ^2 για τάση

Στον Πίνακα 15.78 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στις παραμέτρους που εκτιμούν την κουλτούρα ασφάλειας και τον «αριθμό των αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες».

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.78 Συσχετίσεις των παραμέτρων της κουλτούρα ασφάλειας και του αριθμού των αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες

Βαθμολογία στον παράγοντα	Αναφερόμενα δυσμενή συμβάντα τους τελευταίους 12 μήνες		Τιμή p ^a
	Κανένα	≥1	
Ανοιχτή επικοινωνία	3,45 (0,71)	3,33 (0,74)	0,03
Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη	3,58 (0,80)	3,42 (0,73)	0,005
Οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση	3,58 (0,60)	3,39 (0,61)	<0,001
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων	3,29 (0,66)	2,96 (0,72)	<0,001
Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη	2,66 (0,78)	2,50 (0,77)	0,004
Προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια	3,74 (0,74)	3,59 (0,65)	0,003
Στελέχωση	2,62 (0,64)	2,47 (0,66)	0,001
Υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας	3,07 (0,86)	2,78 (0,85)	<0,001
Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων	3,37 (0,67)	3,18 (0,62)	<0,001
Μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου	3,36 (3,10)	3,10 (0,75)	<0,001

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

^a έλεγχος t

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ του «αριθμού των αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες» και δέκα έξι (16) ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον Πίνακα 15.79.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.79 Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τα αναφερόμενα δυσμενή συμβάντα τους τελευταίους 12 μήνες (κανένα συμβάν: κατηγορία αναφοράς)

Χαρακτηριστικό	Λόγος των odds	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον λόγο των odds	Τιμή p
Νοσοκομεία εντός Αθήνας σε σχέση με νοσοκομεία εκτός Αθήνας	1,61	1,14 έως 2,26	0,007
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων	0,51	0,41 έως 0,64	<0,001

Αποτελέσματα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης προκύπτουν τα εξής:

- Οι εργαζόμενοι σε νοσοκομεία εντός Αθήνας σε σχέση με νοσοκομεία εκτός Αθήνας δήλωσαν συχνότερα έστω και ένα δυσμενές συμβάν τους τελευταίους 12 μήνες σε σχέση με τους εργαζόμενους σε νοσοκομεία εκτός Αθήνας.
- Οι εργαζόμενοι με μικρότερη βαθμολογία στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων» δήλωσαν συχνότερα έστω και ένα δυσμενές συμβάν τους τελευταίους 12 μήνες.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 8,5% της μεταβλητότητας των αναφερόμενων δυσμενών συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες.

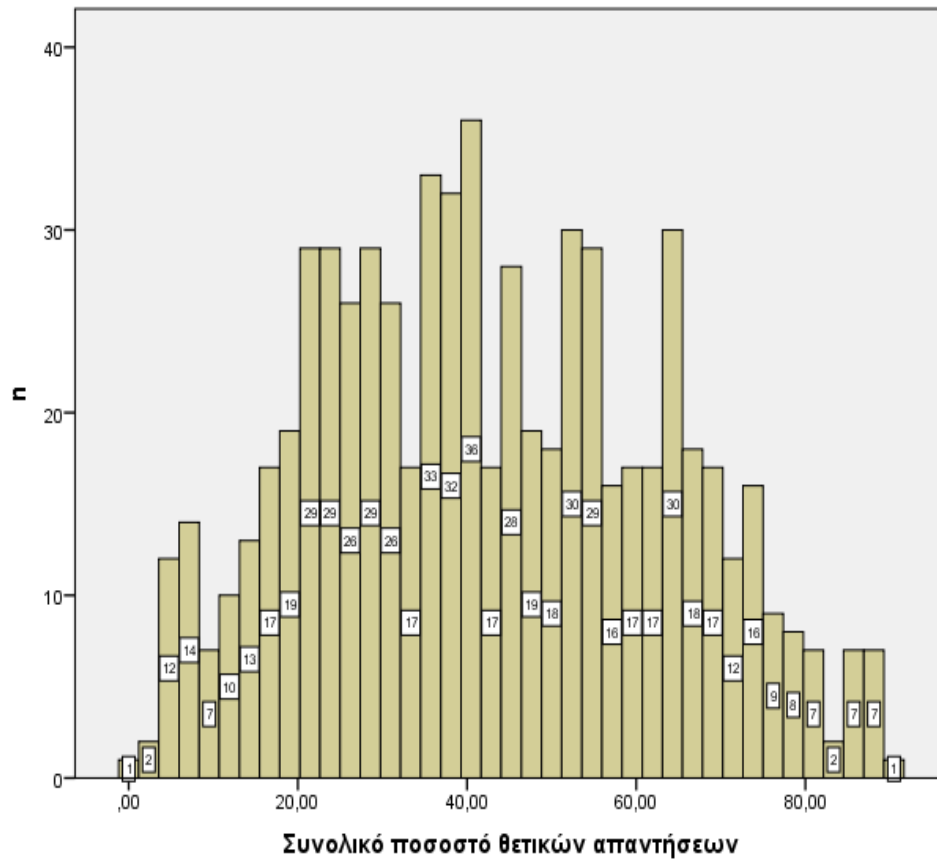
Μονομεταβλητή ανάλυση στο σύνολο του ερωτηματολογίου

Το συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων της έρευνας κυμάνθηκε από μηδέν (0) μέχρι 90,48. Ο Πίνακας 15.80 περιλαμβάνει τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, τη διάμεσο, την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή, το εύρος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος του ποσοστού των θετικών απαντήσεων στο σύνολο των παραμέτρων του ερωτηματολογίου. Σημειώνεται ότι όσο αυξάνεται το ποσοστό τόσο αυξάνεται η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς του νοσοκομείου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15.80, το μέσο ποσοστό των θετικών απαντήσεων του ερωτηματολογίου είναι 42,63 (τυπική απόκλιση: 20,42).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.80 Μέτρα θέσης και διασποράς του ποσοστού θετικών απαντήσεων στο σύνολο των παραμέτρων του ερωτηματολογίου

Σύνολο παραμέτρων του ερωτηματολογίου	
Ποσοστό θετικών απαντήσεων	
Μέση τιμή	42,63
Τυπική απόκλιση	20,42
Διάμεσος	40,48
Ελάχιστη τιμή	0,00
Μέγιστη τιμή	90,48
Εύρος	90,48
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	30,95

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.29 Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων ποσοστού θετικών απαντήσεων στο σύνολο των παραμέτρων του ερωτηματολογίου



Διμεταβλητή ανάλυση

Στον Πίνακα 15.81 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά και το συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.81 Συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με το συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων

Χαρακτηριστικό	Συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων	Τιμή p
Φύλο		0,001^a
Άντρες	38,8 (19,0)	
Γυναίκες	44,4 (20,8)	
Ηλικία	0,07 ^b	0,10^b
Εκπαίδευση		<0,001^γ
Απόφοιτοι Β/θμιας Εκπ/σης	46,2 (19,3)	
Απόφοιτοι ΤΕΙ	45,3 (20,6)	
Απόφοιτοι ΑΕΙ	36,9 (19,6)	
Επάγγελμα		<0,001^γ
Ιατροί	35,7 (17,9)	
Νοσηλεύτές	45,2 (21,1)	

Αποτελέσματα

Χαρακτηριστικό	Συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων	Τιμή p
Βοηθοί νοσηλευτές	47,2 (19,7)	
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό δίπλωμα		0,04^a
Όχι	43,2 (20,3)	
Ναι	39,6 (20,0)	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο επάγγελμα	0,12 ^b	0,003^b
Ώρες εργασίας/εβδομάδα	-0,16 ^b	<0,001^b
Είδος νοσοκομείου		<0,001^γ
Ειδικό	62,3 (19,9)	
Ογκολογικό	43,3 (19,2)	
Γενικό/πανεπιστημιακό	41,2 (19,8)	
Ψυχιατρικό	36,4 (18,4)	
Αριθμός κλινών		0,005^a
100-250	47,6 (23,4)	
>400	41,4 (19,4)	
Νοσοκομείο		0,03^a
Αθήνα	41,7 (19,9)	
Εκτός Αθήνας	45,9 (21,6)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^a έλεγχος t

^b συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ του συνολικού ποσοστού θετικών απαντήσεων και δέκα (10) ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον Πίνακα 15.82.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.82 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Απόφοιτοι ΤΕΙ σε σχέση με απόφοιτους ΑΕΙ	8,09	4,70 έως 11,47	<0,001
Βοηθοί νοσηλευτές σε σχέση με ιατρούς	11,18	6,86 έως 15,50	<0,001
Ειδικό νοσοκομείο σε σχέση με ψυχιατρικό	30,69	22,90 έως 38,48	<0,001
Νοσοκομεία με 100-250 κλίνες σε σχέση με νοσοκομεία με >400 κλίνες	9,44	3,88 έως 15,00	0,001
Νοσοκομεία εκτός Αθήνας σε σχέση με νοσοκομεία στην Αθήνα	8,92	4,43 έως 13,42	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι απόφοιτοι ΤΕΙ είχαν μεγαλύτερο συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων σε σχέση με τους απόφοιτους ΑΕΙ.
- Οι βοηθοί νοσηλευτές είχαν μεγαλύτερο συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων σε σχέση με τους ιατρούς.
- Το ειδικό νοσοκομείο είχε μεγαλύτερο συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων σε σχέση με το ψυχιατρικό νοσοκομείο.
- Τα νοσοκομεία με 100-250 κλίνες είχαν μεγαλύτερο συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων σε σχέση με νοσοκομεία με >400 κλίνες.
- Τα νοσοκομεία εκτός Αθήνας είχαν μεγαλύτερο συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων σε σχέση με τα νοσοκομεία στην Αθήνα.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 15% της μεταβλητότητας του συνολικού ποσοστού θετικών απαντήσεων.

15. Σχόλια των συμμετεχόντων

Τα σχόλια των συμμετεχόντων σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς και τα λάθη ή τις αναφορές δυσμενών συμβάντων στα ελληνικά νοσοκομεία, τα οποία διατυπώθηκαν στην ανοιχτού τύπου ερώτηση του ερωτηματολογίου, κατηγοριοποιήθηκαν ως ακολούθως :

Σχόλια που αφορούν τις υποδομές και τον εξοπλισμό του νοσοκομείου

- Ανάγκη ανανέωσης του ιατρικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού.
- Ελλιπής συντήρηση τεχνολογικού εξοπλισμού.
- Μη έγκαιρη αντικατάσταση ζημιών.
- Σοβαρές ελλείψεις σε αναλώσιμα.
- Διάταξη κλινικών.
- Υπερπληρότητα δομών (ράντζα, εκτενείς λίστες αναμονής).
- Έλλειψη προνοιακών δομών μετανοσοκομειακής φροντίδας και προβλήματα στη μετανοσοκομειακή φροντίδα μη αυτοεξυπηρετούμενων ασθενών.
- Οι εγκαταστάσεις δεν έχουν τις προϋποθέσεις για επίτευξης υψηλού επιπέδου ασφάλειας του ασθενούς.
- Άνοιγμα ψυχιατρικών κλινικών σε επαρχιακές πόλεις για να αποσυμφορηθούν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία της πρωτεύουσας.

Σχόλια που αφορούν τους επαγγελματίες υγείας

- Σοβαρές ελλείψεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού όλων των ειδικοτήτων.
- Υπερβολικός φόρτος εργασίας.
- Κόπωση επαγγελματιών υγείας.
- Έλλειψη διαρκούς εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας.
- Ανύπαρκτη αξιολόγηση επαγγελματιών υγείας.
- Απουσία καλής επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας.
- Έλλειψη συγκέντρωσης επαγγελματιών υγείας λόγω επαγγελματικής εξουθένωσης και ευρύτερου μεταβαλλόμενου οικονομικού περιβάλλοντος.
- Αναγκαία η παρουσία ειδικού ιατρού στην κλινική όλο το 24ωρο.
- Αύξηση του αριθμού του νοσηλευτικού προσωπικού κατά τη βάρδια.
- Κακή συνεργασία ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με την διοίκηση του νοσοκομείου.

Σχόλια που αφορούν τις διαδικασίες παροχής φροντίδας υγείας

- Απουσία συστήματος αναφοράς και καταγραφής λαθών και δυσμενών συμβάντων.
- Φόβος του προσωπικού ότι καταγράφεται το άτομο και όχι το δυσμενές συμβάν.
- Τα δυσμενή συμβάντα και η ασφάλεια του ασθενούς δεν αποτελούν προτεραιότητα ούτε για τη διοίκηση του νοσοκομείου αλλά ούτε και για το προσωπικό.
- Τα λάθη και τα δυσμενή συμβάντα αντιμετωπίζονται κατά περίπτωση και μεμονωμένα και δεν ενεργοποιούν την Διοίκηση για λήψη αποφάσεων σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς στο σύνολό της.
- Η προσπάθεια εξοικονόμησης πόρων οδηγεί στην παράλειψη σημαντικών διαγνωστικών εξετάσεων.
- Χορήγηση απαραίτητων φαρμάκων στον ασθενή και όχι χορήγηση φαρμάκων με γνώμονα το κέρδος.
- Σωστή διαλογή ασθενών στα ΤΕΠ από γενικό ιατρό.
- Απουσία συνεχούς καταγραφής και ενημέρωσης του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου.
- Αναγκαία κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο, η συνοδεία των ασθενών στις κλινικές από ειδικό ιατρό όχι μόνο από τον τραυματιοφορέα.

- Οι ιατρικές πράξεις να εκτελούνται από τους ιατρούς και όχι από τους νοσηλευτές όπως παρατηρείται στις περισσότερες μονάδες.
- Προτεραιότητα στις διαδικασίες παροχής φροντίδας, στα περιστατικά των ΜΕΘ.
- Να μην γίνονται επεμβάσεις που χρήζουν άσηπτο περιβάλλον εντός Μονάδας.
- Η έλλειψη κλινών στις κλινικές δεν αποτελεί επιχείρημα για καθυστέρηση της μεταφοράς των ασθενών από τις ΜΕΘ στις κλινικές (αύξηση κινδύνου εμφάνισης ενδοноσοκομειακής λοίμωξης).
- Αναγκαία η αποτελεσματική εφαρμογή των πρωτοκόλλων.
- Ανεπαρκής αξιολόγηση των εργαστηριακών εξετάσεων και των αποτελεσμάτων αυτών από το ιατρικό προσωπικό.

Σχόλια που αφορούν τη χάραξη πολιτικής υγείας

- Έλλειψη επαρκούς χρηματοδότησης.
- Διορισμός Διοικήσεων νοσοκομείων με κομματικά και όχι αξιοκρατικά κριτήρια.
- Αναγκαία η λειτουργία της ΠΦΥ για την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων.
- Θεσμοθέτηση εξετάσεων πριν την έναρξη της ειδικότητας σε ζητήματα ψυχιατρικής ιατρικής δεοντολογίας και ηθικής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16 Συμπεράσματα - Συζήτηση

16.1 Τα κυριότερα συμπεράσματα όσον αφορά τις παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς

Το πρόβλημα των λαθών και των δυσμενών συμβάντων είναι υπαρκτό στην υγεία και οι κίνδυνοι που προκύπτουν από αυτά είναι ιδιαίτερα σοβαροί για την έκβαση της υγείας του ασθενούς. Θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι τα λάθη είναι συνυφασμένα με την ανθρώπινη φύση και τα συστήματα που στηρίζονται στην παντελή εξάλειψη των λαθών και των παραλείψεων των επαγγελματιών υγείας είναι καταδικασμένα να αποτύχουν. Για την αποτελεσματική διαχείριση των δυσμενών συμβάντων απαιτείται η διαμόρφωση θετικής κουλτούρας ασφάλειας, η οποία διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο στην ασφάλεια του ασθενούς.

Η αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας, συμβάλλει θετικά στην αλλαγή της κουλτούρας ασφάλειας και αποτελεί την αφετηρία για τη συνεχή βελτίωση της απόδοσης των νοσοκομείων σε θέματα ασφάλειας. Μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία, υποδεικνύεται ότι το κλίμα ασφάλειας αποτελεί πολυδιάστατη μεταβλητή, που επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται με την ηγεσία, τις πρακτικές ασφάλειας, το εργασιακό περιβάλλον και τους επαγγελματίες υγείας. Από την παρούσα έρευνα επιβεβαιώθηκε ότι η κουλτούρα ασφάλειας επηρεάζεται από τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας όπως φαίνεται στον Πίνακα 16.1 που ακολουθεί στην ενότητα των συσχετίσεων. Το συνολικό μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων του ερωτηματολογίου είναι 42,63% (τυπική απόκλιση: 20,42). Στο Διάγραμμα 16.1 που ακολουθεί παρουσιάζεται το μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων για κάθε μια από τις δώδεκα (12) παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας καθώς και το συνολικό μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων του ερωτηματολογίου.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.1 Μέσο και συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων ανά παράμετρο της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς



Οι παράμετροι της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς με το μεγαλύτερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων είναι:

- i. Προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων/Διευθυντών (64%) (τυπική απόκλιση: 34,4). Ο βαθμός δηλαδή στον οποίο οι Προϊστάμενοι / Διευθυντές

λαμβάνουν σοβαρά υπόψιν τις προτάσεις του προσωπικού για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς, επιβραβεύουν το προσωπικό όταν η δουλειά γίνεται σύμφωνα με τις ισχύουσες διαδικασίες σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς και δεν παραβλέπουν επαναλαμβανόμενα προβλήματα ασφάλειας.

- ii. Οργανωσιακή μάθηση – Συνεχής βελτίωση (55,6%) (τυπική απόκλιση: 32,2). Ο βαθμός δηλαδή στον οποίο τα λάθη έχουν οδηγήσει σε θετικές αλλαγές, οι οποίες αξιολογούνται για την αποτελεσματικότητά τους.
- iii. Συνολική αντίληψη της ασφάλειας (53,2%) (τυπική απόκλιση: 31,9). Ο βαθμός δηλαδή στον οποίο οι διαδικασίες και τα συστήματα που εφαρμόζονται είναι αποτελεσματικά όσο αφορά την πρόληψη λαθών και δεν παρατηρούνται προβλήματα με την ασφάλεια του ασθενούς.

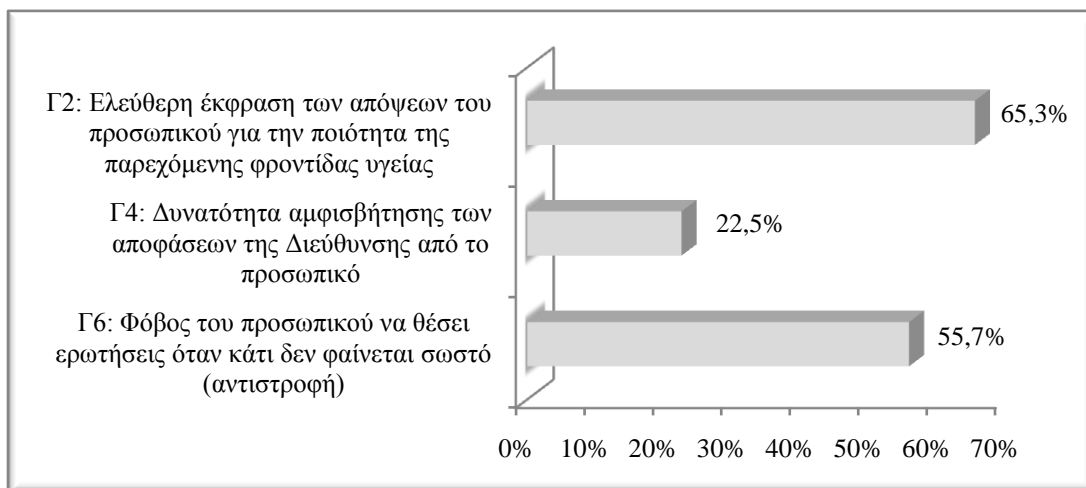
Οι παράμετροι της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς με το μικρότερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων είναι:

- i. Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη (18,5%) (τυπική απόκλιση: 28,7). Ο βαθμός δηλαδή στον οποίο το προσωπικό έχει την αίσθηση ότι τα λάθη του δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν εις βάρος του και δεν καταγράφονται στον υπηρεσιακό του φάκελο.
- ii. Στελέχωση (24,2%) (τυπική απόκλιση: 23,4). Ο βαθμός δηλαδή στον οποίο υπάρχει επάρκεια προσωπικού για να αντιμετωπίσει το φόρτο εργασίας και το ωράριο εργασίας είναι το κατάλληλο για την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας στους ασθενείς.
- iii. Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας (30,2%) (τυπική απόκλιση: 37,1). Ο βαθμός δηλαδή στον οποίο η Διοίκηση του νοσοκομείου καλλιεργεί κλίμα ασφάλειας που προάγει την ασφάλεια του ασθενούς και οι ενέργειες της δείχνουν ότι η ασφάλεια του ασθενούς αποτελεί προτεραιότητα.

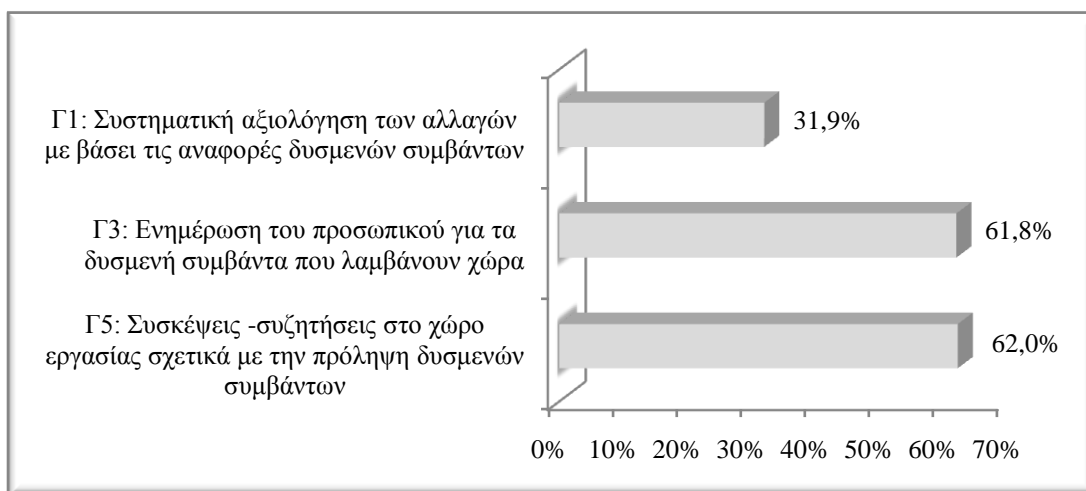
Στο Διάγραμμα 16.2 που ακολουθεί παρουσιάζεται το μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων για κάθε μια από τις σαράντα τέσσερις (44) ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.2 Ποσοστό θετικών απαντήσεων ανά ερώτηση του ερωτηματολογίου

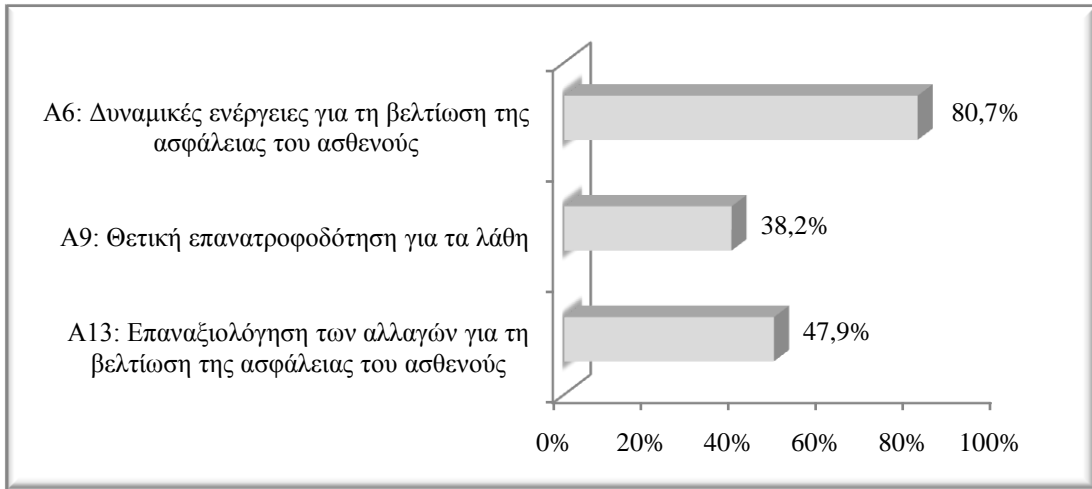
1. Ανοικτή επικοινωνία



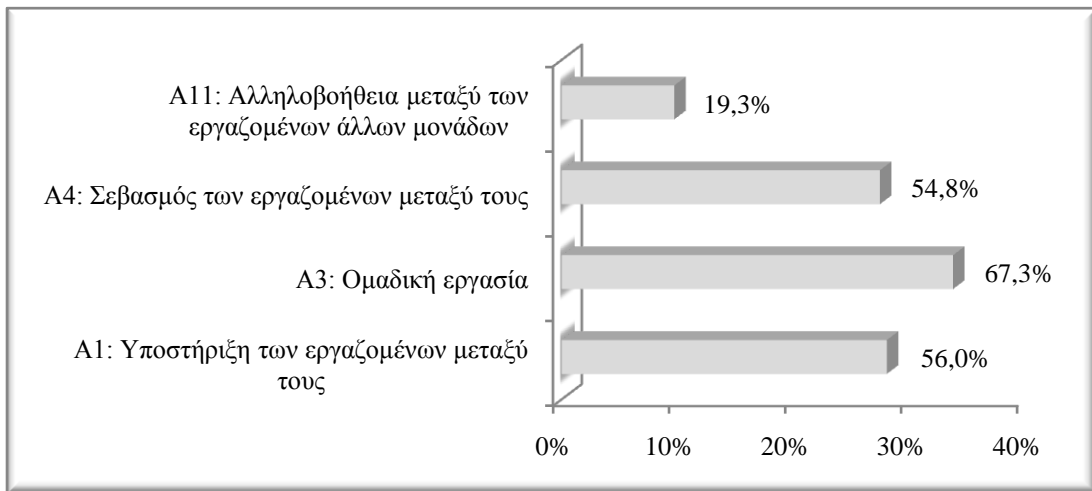
2. Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη



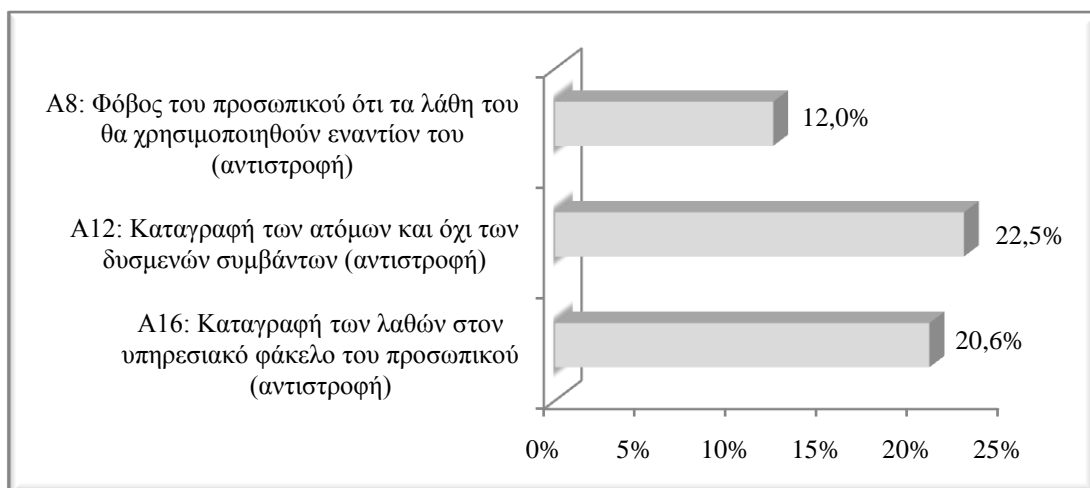
3. Οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση



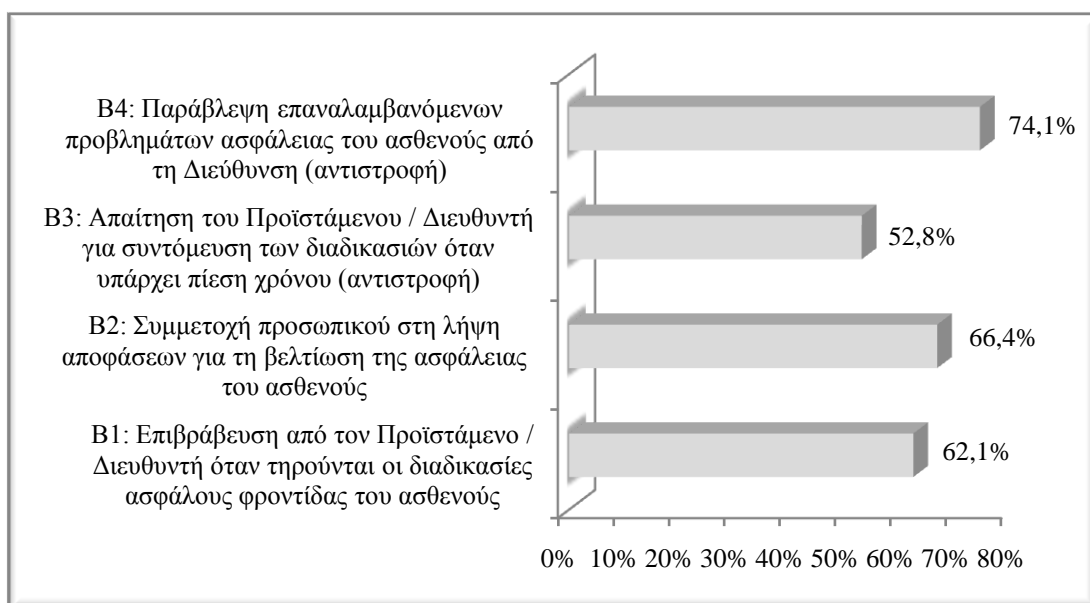
4. Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου



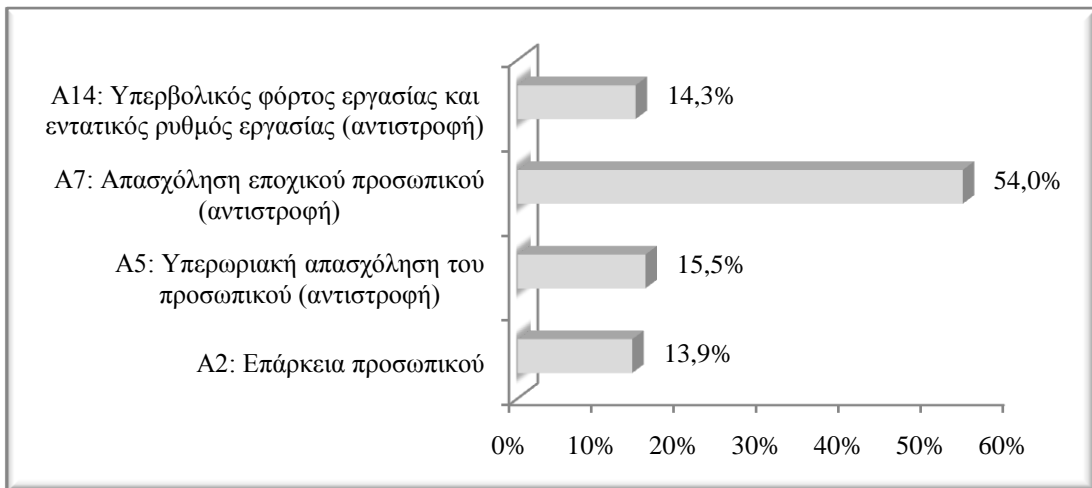
5. Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη



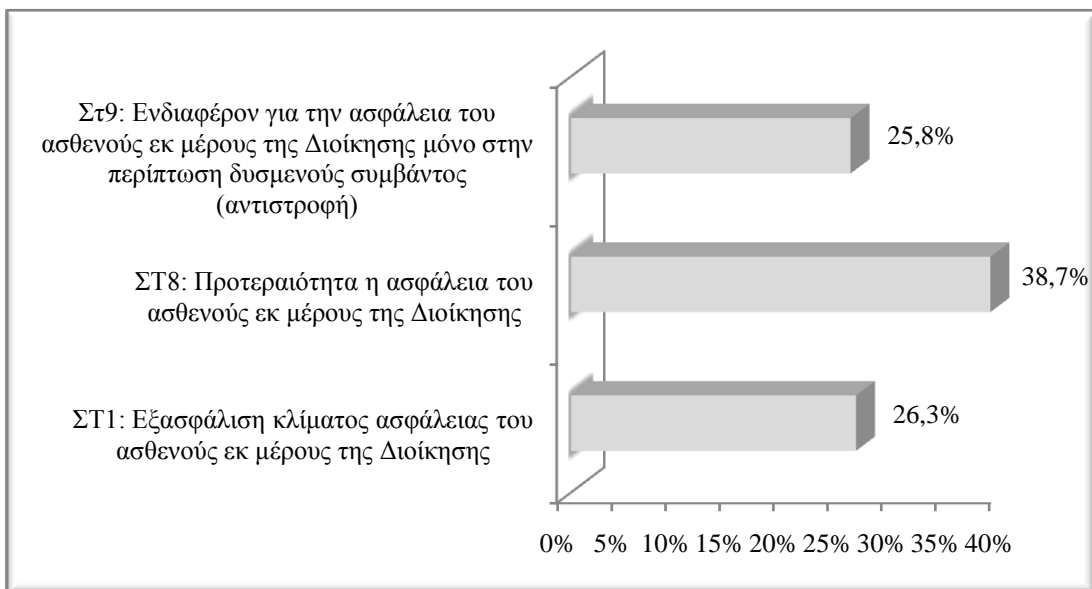
6. Προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών



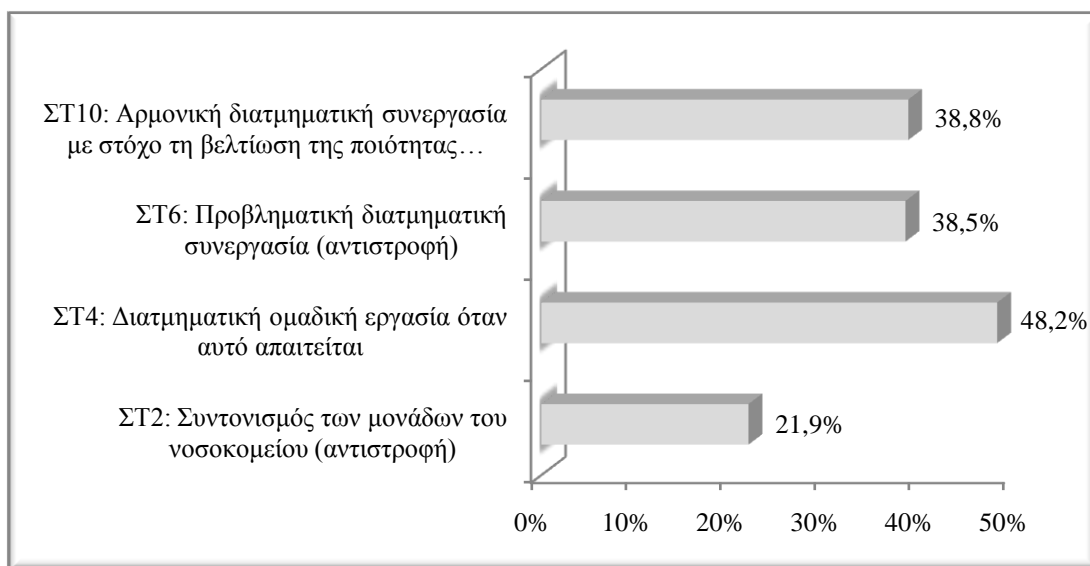
7. Στελέχωση



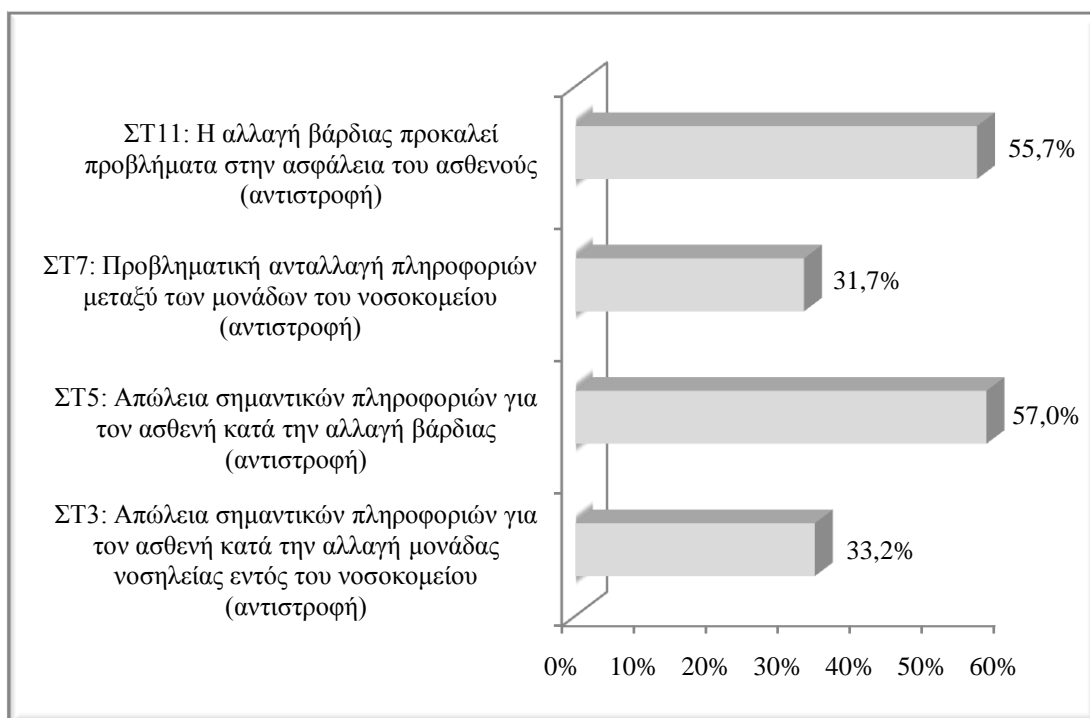
8. Υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας



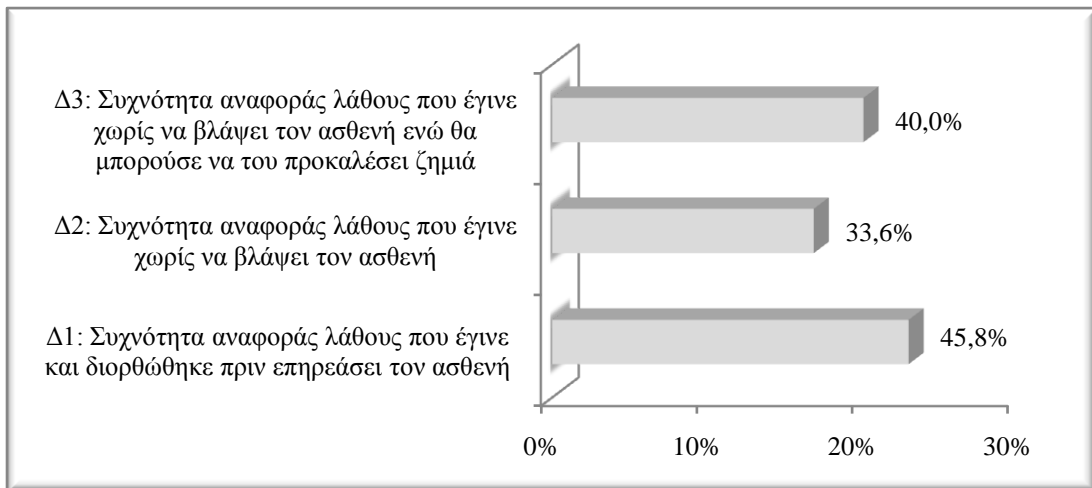
9. Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου



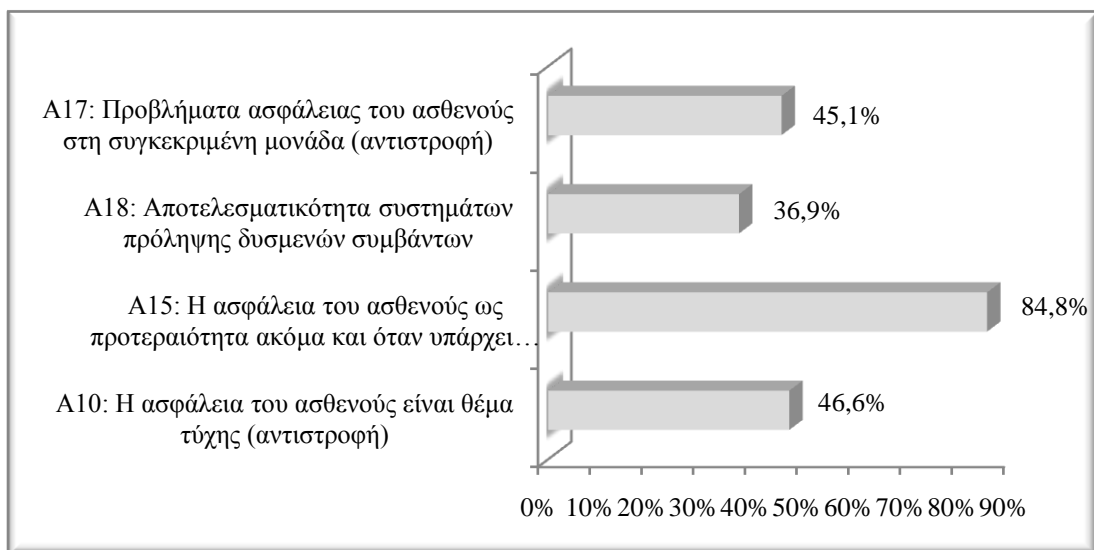
10. Μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου



11. Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων



12. Συνολική αντίληψη της ασφάλειας

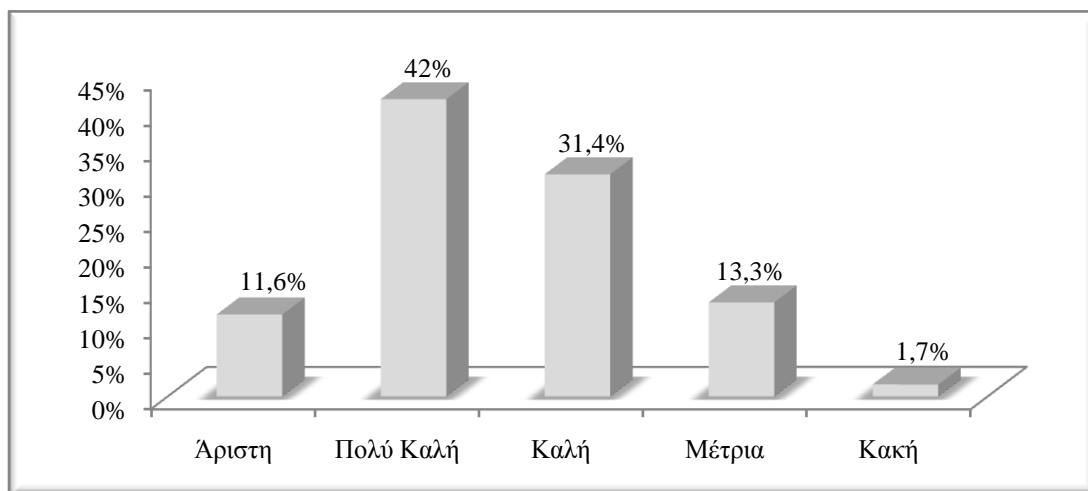


Οι ερωτήσεις της κουλτούρας ασφάλειας με το μεγαλύτερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων είναι:

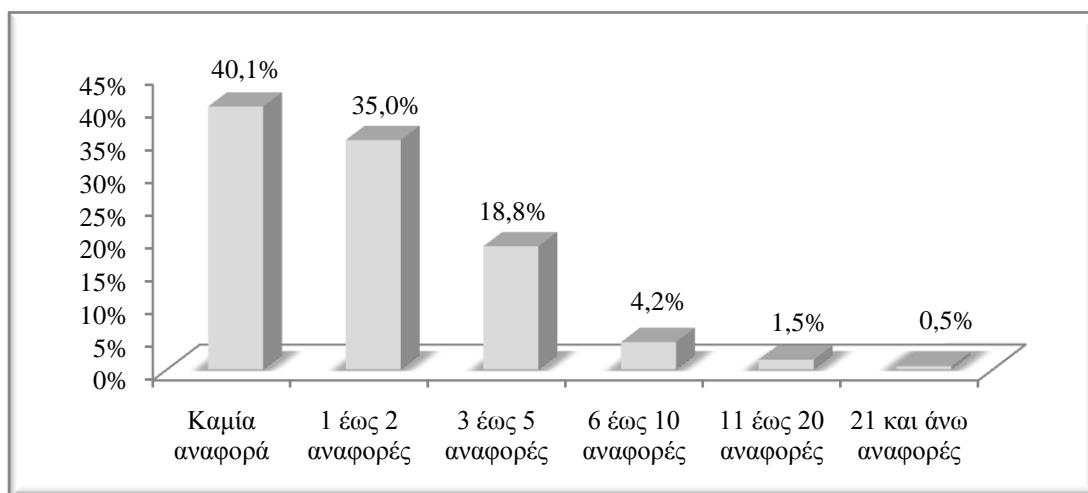
- i. «Η ασφάλεια του ασθενούς ως προτεραιότητα ακόμα και όταν υπάρχει φόρτος εργασίας» (84,8%) από την παράμετρο «Συνολική αντίληψη της ασφάλειας».
- ii. «Δυναμικές ενέργειες για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς» (80,7%) από την παράμετρο «Οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση».

- iii. «Παράβλεψη επαναλαμβανόμενων προβλημάτων ασφάλειας του ασθενούς από τη Διεύθυνση (αντιστροφή)» (74,1%) από την παράμετρο «Προσδοκίες και δράσεις των Προϊστάμενων / Διευθυντών».

13. Αξιολόγηση της επίδοσης της μονάδας σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς



14. Αριθμός αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες



Το 60% του δείγματος ανέφερε τουλάχιστον ένα (1) δυσμενές συμβάν τους τελευταίους 12 μήνες. Το ποσοστό αυτό υποδηλώνει ότι η αναφορά των λαθών σε κάποια από τα νοσοκομεία της μελέτης είναι μια παράμετρος η οποία χρήζει βελτίωσης καθώς η μη αναφορά των λαθών συνεπάγεται με πιθανά προβλήματα στην ασφάλεια του ασθενούς που δεν μπορούν να αναγνωριστούν ή να εντοπιστούν και ως εκ τούτου να αντιμετωπιστούν.

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι τα νοσοκομεία και οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα θα πρέπει να αναπτύξουν

στρατηγικές για τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας με σκοπό την διασφάλιση της ασφάλεια του ασθενούς. Οι στρατηγικές αυτές περιλαμβάνουν: (α) την παροχή στους επαγγελματίες υγείας κατάρτισης και εκπαίδευσης γύρω από ζητήματα ασφάλειας του ασθενούς με τη μορφή προπτυχιακής εκπαίδευσης, συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, διαλέξεων και συνεδρίων, (β) τη πρόσληψη και καλύτερη κατανομή των επαγγελματιών υγείας στο σύστημα, (γ) την ανάπτυξη και την προώθηση της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς, ιδίως με τη μορφή μη τιμωρητικής κουλτούρας, δημιουργώντας ανοιχτό διάλογο επικοινωνίας για την αναφορά των ιατρικών λαθών και των δυσμενών συμβάντων.

16.2 Συσχετίσεις

ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ/ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΩΣ

- Αύξηση των ωρών εργασίας / εβδομαδιαίως σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας στην παράμετρο «ανοιχτή επικοινωνία» ($b = - 0,006$).
- Αύξηση των ωρών εργασίας / εβδομαδιαίως σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας στην παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση» ($b = - 0,007$).
- Αύξηση των ωρών εργασίας / εβδομαδιαίως σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας στην παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια» ($b = - 0,006$).
- Αύξηση των ωρών εργασίας / εβδομαδιαίως σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας στην παράμετρο «στελέχωση» ($b = - 0,005$).

ΗΛΙΚΙΑ

- Αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» ($b = 0,01$).
- Αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση» ($b = 0,01$).
- Αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων» ($b = 0,007$).

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

- Οι νοσηλευτές ($b = 0,28$) και οι βοηθοί νοσηλευτές ($b = 0,35$) είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» σε σχέση με τους ιατρούς.
- Οι βοηθοί νοσηλευτές είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου» σε σχέση με τους ιατρούς ($b = 0,50$).
- Οι νοσηλευτές ($b = 0,27$) και οι βοηθοί νοσηλευτές ($b = 0,24$) είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» σε σχέση με τους ιατρούς.

- Οι βοηθοί νοσηλευτές είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» σε σχέση με τους ιατρούς ($b=0,54$).

ΕΙΔΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

- Οι εργαζόμενοι στο ειδικό νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση» σε σχέση με τους εργαζόμενους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο ($b=0,24$).
- Οι εργαζόμενοι στα γενικά νοσοκομεία ($b=0,45$), στο ογκολογικό ($b=0,30$) και το ειδικό ($b=0,89$) νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων» σε σχέση με τους εργαζόμενους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.
- Οι εργαζόμενοι στα γενικά νοσοκομεία ($b=0,19$) και το ειδικό ($b=0,44$) νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» σε σχέση με τους εργαζόμενους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.
- Οι εργαζόμενοι στο ογκολογικό ($b=0,22$) και ειδικό ($b=0,28$) νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια» σε σχέση με τους εργαζόμενους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.
- Οι εργαζόμενοι στα γενικά νοσοκομεία ($b=0,15$), το ογκολογικό ($b=0,29$) και το ειδικό ($b=0,64$) νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «στελέχωση» σε σχέση με τους εργαζόμενους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.
- Οι εργαζόμενοι στο ογκολογικό ($b=0,30$) και το ειδικό ($b=0,40$) νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» σε σχέση με τους εργαζόμενους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.
- Οι εργαζόμενοι στο ειδικό νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων» σε σχέση με τους εργαζόμενους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο ($b=0,45$).
- Οι εργαζόμενοι στα γενικά νοσοκομεία ($b=0,26$), το ογκολογικό ($b=0,22$) και το ειδικό ($b=1,06$) νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» σε σχέση με τους εργαζόμενους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.

ΒΑΣΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

- Οι απόφοιτοι ΤΕΙ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων» σε σχέση με τους απόφοιτους ΑΕΙ (b=0,40).
- Οι απόφοιτοι ΤΕΙ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» σε σχέση με τους απόφοιτους ΑΕΙ (b=0,46).

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ

- Οι εργαζόμενοι σε νοσοκομεία με 100 - 250 κλίνες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «στελέχωση» σε σχέση με τους εργαζόμενους σε νοσοκομεία >400 κλίνες (b=0,16).
- Οι εργαζόμενοι σε νοσοκομεία με 100 - 250 κλίνες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» σε σχέση με τους εργαζόμενους σε νοσοκομεία >400 κλίνες (b=0,33).
- Οι εργαζόμενοι σε νοσοκομεία με 100 - 250 κλίνες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» σε σχέση με τους εργαζόμενους σε νοσοκομεία με >400 κλίνες (b=0,27).

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΘΕΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

- Οι εργαζόμενοι σε νοσοκομεία εκτός Αθήνας είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» σε σχέση με τους εργαζόμενους σε νοσοκομεία εντός Αθήνας (b= 0,24).
- Οι εργαζόμενοι σε νοσοκομεία εντός Αθήνας δήλωσαν συχνότερα έστω και ένα δυσμενές συμβάν τους τελευταίους 12 μήνες σε σχέση με τους εργαζόμενους σε νοσοκομεία εκτός Αθήνας (b=0,51).

ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟ «ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΛΑΘΩΝ»

- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών» (b=0,52).
- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών» (b=0,10).
- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων» σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας στην παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών» (b= - 0,17).

- Το ογκολογικό ($b=0,24$) και ειδικό ($b=0,52$) νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «συχνότητα αναφοράς λαθών» σε σχέση με το ψυχιατρικό νοσοκομείο.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟ «ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση» σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας» ($b=0,32$).
- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας» ($b=0,13$).
- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια» σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας» ($b=0,22$).
- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «στελέχωση» σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας» ($b=0,14$).
- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας» ($b=0,14$).
- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας» ($b=0,20$).
- Το ογκολογικό ($b=0,15$) και ειδικό ($b=0,18$) νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας» σε σχέση με το ψυχιατρικό νοσοκομείο.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕ ΤΗΝ ΜΟΝΟΘΕΜΑΤΙΚΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ «ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ / ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ»

- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «ανοιχτή επικοινωνία» σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας της μονοθεματικής μεταβλητής «αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς» ($b=0,11$).
- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας της μονοθεματικής μεταβλητής «αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς» ($b=0,15$).
- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση» σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας της μονοθεματικής μεταβλητής «αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς» ($b=0,34$).

- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «στελέχωση» σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας της μονοθεματικής μεταβλητής «αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς» (b=0,18).
- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας της μονοθεματικής μεταβλητής «αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς» (b=0,17).
- Αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας της μονοθεματικής μεταβλητής «αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς» (b=0,20).
- Τα γενικά νοσοκομεία (b=0,35), το ογκολογικό (b=0,15) και το ειδικό (b=0,18) νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην «αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς» σε σχέση με το ψυχιατρικό νοσοκομείο.
- Τα νοσοκομεία με 100 - 250 κλίνες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην «αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς» σε σχέση με νοσοκομεία με >400 κλίνες (b=0,20).




ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕ ΤΗΝ ΜΟΝΟΘΕΜΑΤΙΚΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ «ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΑ ΔΥΣΜΕΝΗ ΣΥΜΒΑΝΤΑ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 12 ΜΗΝΕΣ (κανένα συμβάν: κατηγορία αναφοράς)

- Οι εργαζόμενοι σε νοσοκομεία εντός δήλωσαν συχνότερα έστω και ένα δυσμενές συμβάν τους τελευταίους 12 μήνες σε σχέση με τους εργαζόμενους σε νοσοκομεία εκτός Αθήνας (b=1,61).
- Οι εργαζόμενοι με μικρότερη βαθμολογία στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων» δήλωσαν συχνότερα έστω και ένα δυσμενές συμβάν τους τελευταίους 12 μήνες (b=0,51).



ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

- Οι απόφοιτοι ΤΕΙ είχαν μεγαλύτερο συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων σε σχέση με τους απόφοιτους ΑΕΙ (b=8,09).
- Οι βοηθοί νοσηλευτές είχαν μεγαλύτερο συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων σε σχέση με τους ιατρούς (b=11,18).
- Το ειδικό νοσοκομείο είχε μεγαλύτερο συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων σε σχέση με το ψυχιατρικό νοσοκομείο (b=30,69).
- Τα νοσοκομεία με 100 - 250 κλίνες είχαν μεγαλύτερο συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων σε σχέση με νοσοκομεία με >400 κλίνες (b=9,44).
- Τα νοσοκομεία εκτός Αθήνας είχαν μεγαλύτερο συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων σε σχέση με τα νοσοκομεία στην Αθήνα (b= 8,92).

ΠΙΝΑΚΑΣ 16.1 Συγκεντρωτικός πίνακας συσχετίσεων των παραμέτρων της κουλτούρας ασφάλειας με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά

A/A	Παράμετροι της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς	Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος (ανεξάρτητες μεταβλητές)									
		Επάγγελμα	Φύλο	Ηλικία	Βασική Εκπαίδευση	Επιπλέον Εκπαίδευση (μεταπτυχιακό, διδακτορικό)	Ώρες εργασίας εβδομαδιαίως	Έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα	Γεωγραφική θέση νοσοκομείου	Είδος νοσοκομείου	Αριθμός κλινών
1	Ανοικτή επικοινωνία						 (b= - 0,006 p=0,005)				
2	Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη	Βαθμ.Νοσ. - βοηθ.νοσηλ.>βαθμολ. Ιατρών (b=0,28 b=0,35 p<0,001)		 (b= 0,01 p=0,003)							
3	Οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση			 (b= 0,01 p=0,022)			 (b= - 0,007 p<0,001)				Βαθμ. Ειδ. >βαθμολ. Ψυχ. (b= 0,24 p=0,004)

A/A	Παράμετροι της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς	Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος (ανεξάρτητες μεταβλητές)									
		Επάγγελμα	Φύλο	Ηλικία	Βασική Εκπαίδευση	Επιπλέον Εκπαίδευση (μεταπτυχιακό, διδακτορικό)	Ώρες εργασίας εβδομαδιαίως	Έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα	Γεωγραφική θέση νοσοκομείου	Είδος νοσοκομείου	Αριθμός κλινών
4	Συνεργασία και ομαδική συνεργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου	Βαθ.Βοηθ.νοσ.>βαθμ. Ιατρών ($p < 0,001$) ($b = 0,50$) ($p < 0,001$)			Βαθ.αποφ. ΤΕΙ > βαθμ.αποφ.ΑΕΙ ($b = 0,48$) ($p < 0,001$)					Βαθμ. Γεν./Ειδ./Ογκ. > βαθμολ. Ψυχ. ($b = 0,45$ $b = 0,89$ $b = 0,30$) ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p = 0,004$)	
5	Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη									Βαθμ. Γεν./Ειδ./>βαθμολ. Ψυχ. ($b = 0,19$ $b = 0,44$) ($p = 0,006$, $p < 0,001$)	

A/A	Παράμετροι της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς	Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος (ανεξάρτητες μεταβλητές)									
		Επάγγελμα	Φύλο	Ηλικία	Βασική Εκπαίδευση	Επιπλέον Εκπαίδευση (μεταπτυχιακό, διδακτορικό)	Ώρες εργασίας εβδομαδιαίως	Έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα	Γεωγραφική θέση νοσοκομείου	Είδος νοσοκομείου	Αριθμός κλινών
6	Προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων/Διευθυντών						 (b= - 0,006 p=0,003)			Βαθμ. Ογκ./Ειδ./>βαθμολ. Ψυχ. (b=0,22 b=0,28 p=0,003, p=0,002)	
7	Στελέχωση						 (b= - 0,005 p=0,003)			Βαθμ. Γεν./Ογκ./Ειδ./>βαθμ Ψυχ. (b=0,15 b=0,29 b=0,64 p=0,03, p=0,001, p=0,002)	Βαθμ. 100-250 κλ.>βαθμ >400 κλ. (b=0,16 p=0,03)

A/A	Παράμετροι της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς	Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος (ανεξάρτητες μεταβλητές)									
		Επάγγελμα	Φύλο	Ηλικία	Βασική Εκπαίδευση	Επιπλέον Εκπαίδευση (μεταπτυχιακό, διδακτορικό)	Ώρες εργασίας εβδομαδιαίως	Έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα	Γεωγραφική θέση νοσοκομείου	Είδος νοσοκομείου	Αριθμός κλινών
8	Υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας	Βαθμ.Νοζ, βοηθ.νοσηλ.>βαθμολ. Ιατρών (b=0,27 b=0,24 p=0,001, p=0,04)								Βαθμ. Ογκ./Ειδ./>Βαθμ Ψυχ. (b=0,30 b=0,40 p=0,003, p=0,006)	Βαθμ. 100-250 κλ.>βαθμ >400 κλ. (b=0,33 p=0,001)
9	Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου			▲▲ (b=0,007 p=0,023)						Βαθμ. Ειδ.>βαθμ Ψυχ. (b=0,45 p<0,001)	

A/A	Παράμετροι της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς	Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος (ανεξάρτητες μεταβλητές)									
		Επάγγελμα	Φύλο	Ηλικία	Βασική Εκπαίδευση	Επιπλέον Εκπαίδευση (μεταπτυχιακό, διδακτορικό)	Ώρες εργασίας εβδομαδιαίως	Έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα	Γεωγραφική θέση νοσοκομείου	Είδος νοσοκομείου	Αριθμός κλινών
10	Μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου	Βαθ.Βοηθ.νοσ.>βαθμ. Ιατρών (b=0,54 p<0,001)			Βαθ.αποφ. ΤΕΙ>βαθμ.αποφ.ΑΕΙ (b=0,46 p<0,001)				Βαθμ. νοσοκ. εκτός Αθήνας> Βαθμ. νοσοκ. εντός Αθήνας (b=0,24 p=0,005)	Βαθμ. Γεν./Ογκ./Ειδ./>βαθμ Ψυχ. (b=0,26 b=0,22 b=0,45 p=0,002, p=0,03, p<0,001)	Βαθμ. 100-250 κλ.>βαθμ >400 κλ. (b=0,27 p=0,003)
11	Συχνότητα αναφοράς λαθών								Βαθμ. Ογκ./Ειδ./>βαθμ Ψυχ. (b=0,24 b=0,52 p=0,01, p<0,001)		

A/A	Παράμετροι της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς	Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος (ανεξάρτητες μεταβλητές)									
		Επάγγελμα	Φύλο	Ηλικία	Βασική Εκπαίδευση	Επιπλέον Εκπαίδευση (μεταπτυχιακό, διδακτορικό)	Ωρες εργασίας εβδομαδιαίως	Έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα	Γεωγραφική θέση νοσοκομείου	Είδος νοσοκομείου	Αριθμός κλινών
12	Συνολική αντίληψη περί ασφάλειας									Βαθμ. Ογκ./Ειδ./>βαθμ Ψυχ. (b=-0,15 b=0,18 p=0,003, p=0,004)	
13	Αξιολόγηση της επίδοσης της μονάδας σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς									Βαθμ. Γ.εν./Ογκ./Ειδ./>βαθμ Ψυχ. (b=0,35 b=0,15 b=0,18 p<0,001, p=0,03, p<0,001)	Βαθμ. 100-250 κλ.>βαθμ >400 κλ. (b=0,20 p=0,02)

A/A	Παράμετροι της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς	Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος (ανεξάρτητες μεταβλητές)									
		Επάγγελμα	Φύλο	Ηλικία	Βασική Εκπαίδευση	Επιπλέον Εκπαίδευση (μεταπτυχιακό, διδακτορικό)	Ώρες εργασίας εβδομαδιαίως	Έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα	Γεωγραφική θέση νοσοκομείου	Είδος νοσοκομείου	Αριθμός κλινών
14	Αριθμός αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες								Νοσοκομεία εντός Αθήνας; συχνότερη αναφορά δυσμενών συμβάντων (b=0,51 p=0,007)		
Σύνολο		Ποσοστό θετ.απαντ.Βοηθ.νοσ.> Ποσοστό θετ.απαντ.Ιατρών (b=11,18 p<0,001)			Ποσοστό θετ.απαντ.Απόφ. ΤΕΙ.> Ποσοστό θετ.απαντ.Αποφ. ΑΕΙv (b=8,09 p<0,001)				Ποσοστό θετ.απαντ.Νοσοκ.Αθήνας.> Ποσοστό θετ.απαντ. Νοσοκ. Εκτός Αθήνας (b=8,92 p<0,001)	Ποσοστό θετ.απαντ.Ειδικ. νοσοκ.> Ποσοστό θετ.απαντ. Ψυχ. (b=30,69 p<0,001)	Ποσοστό θετ.απαντ.Νοσοκ.με 100-250 κλ.> Ποσοστό θετ.απαντ. Νοσοκ.με >400 κλ. (b=9,44 p=0,001)

Ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας εκτιμούν ότι υπάρχει ευαισθητοποίηση των Προϊστάμενων / Διευθυντών των μονάδων γύρω από θέματα ασφάλειας του ασθενούς, ικανοποιητική οργανωσιακή μάθηση και ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη.

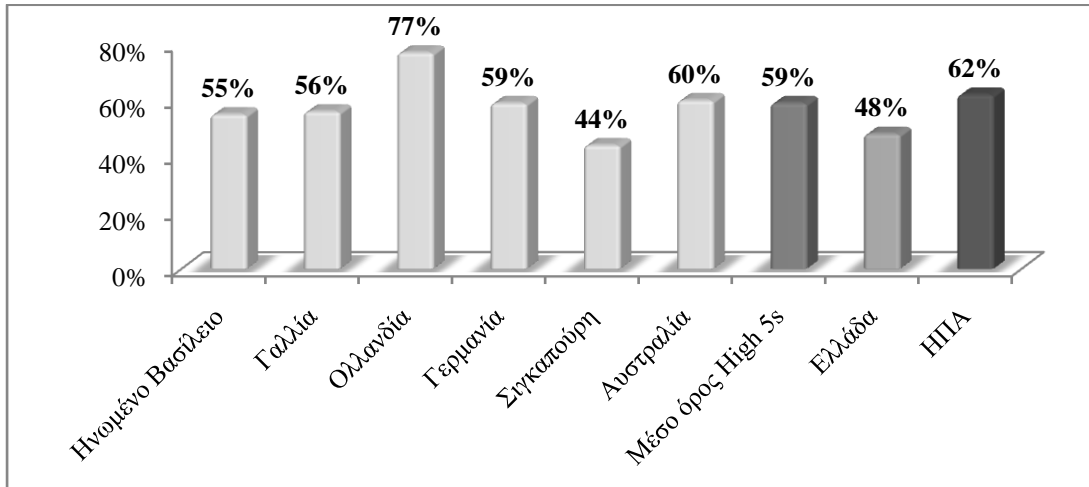
Από την άλλη, η αρνητική αντίληψη του προσωπικού για τη «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη», τη «στελέχωση», την «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» αποτελούν τα σημαντικότερα εμπόδια για την ανάπτυξη θετικότερου κλίματος ασφάλειας στα ελληνικά νοσοκομεία. Επομένως η αντιμετώπιση των παραπάνω αδυναμιών, θα πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό στόχο της Διοίκησης του νοσοκομείου για την περαιτέρω βελτίωση της συνολικής απόδοσης του νοσοκομείου στον τομέα της ασφάλειας του ασθενούς.

16.3 Σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας με τα ευρήματα αντίστοιχων ερευνών διεθνώς

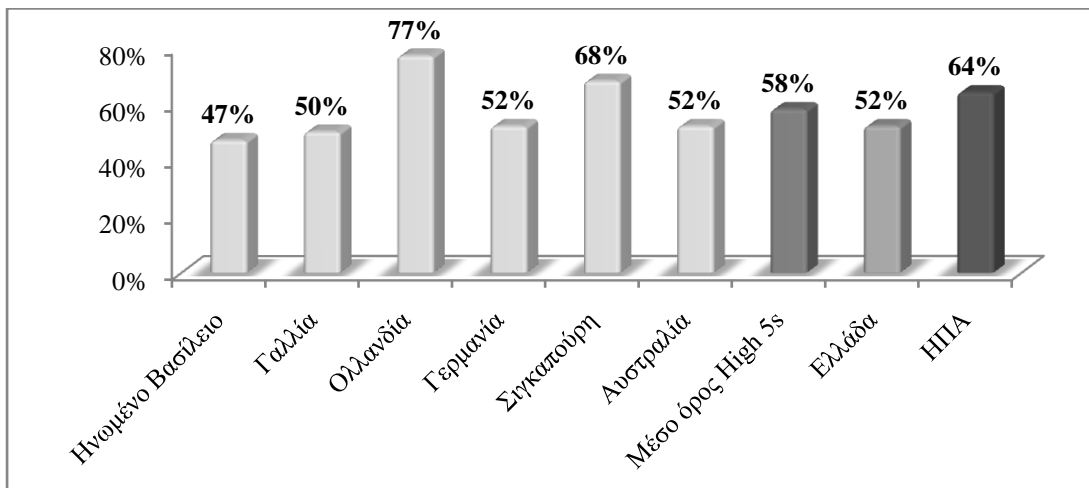
Τον Ιούλιο του 2011, ο WHO δημοσίευσε μια Έκθεση με τίτλο «The High 5s International Comparative Report» στην οποία παρουσίαζε τα ευρήματα από την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς με τη χρήση του ερωτηματολογίου HSOPSC σε διάφορες χώρες ευρωπαϊκές ή μη. Οι χώρες οι οποίες συμμετείχαν στην μελέτη ήταν το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γαλλία, η Ολλανδία, η Γερμανία, η Σιγκαπούρη και η Αυστραλία. Παρακάτω παρουσιάζονται διαγραμματικά τα σημαντικότερα ευρήματα της μελέτης αυτής και επιχειρείται σύγκριση με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αλλά και των αποτελεσμάτων της μελέτης που πραγματοποιήθηκε από την AHRQ στις ΗΠΑ το 2011.

Τα Διαγράμματα από το 16.3 μέχρι 16.17 παρουσιάζουν το μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων για κάθε παράμετρο της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς ανά χώρα καθώς και το συνολικό μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων ανά χώρα. Ο Πίνακας 16.2 που ακολουθεί παρουσιάζει το ποσοστό θετικών απαντήσεων ανά ερώτηση του ερωτηματολογίου ανά χώρα.

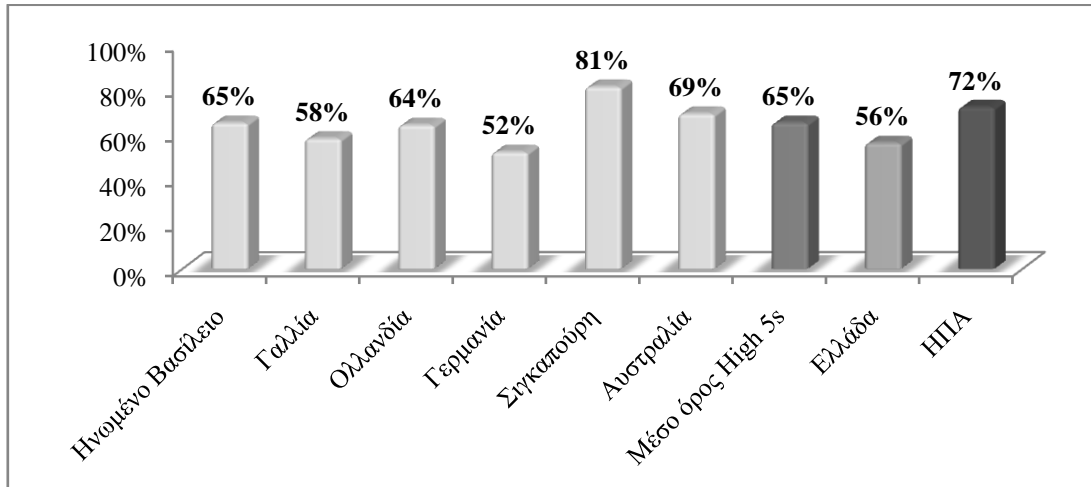
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.3 Ποσοστό θετικών απαντήσεων στην παράμετρο «ανοικτή επικοινωνία» ανά χώρα



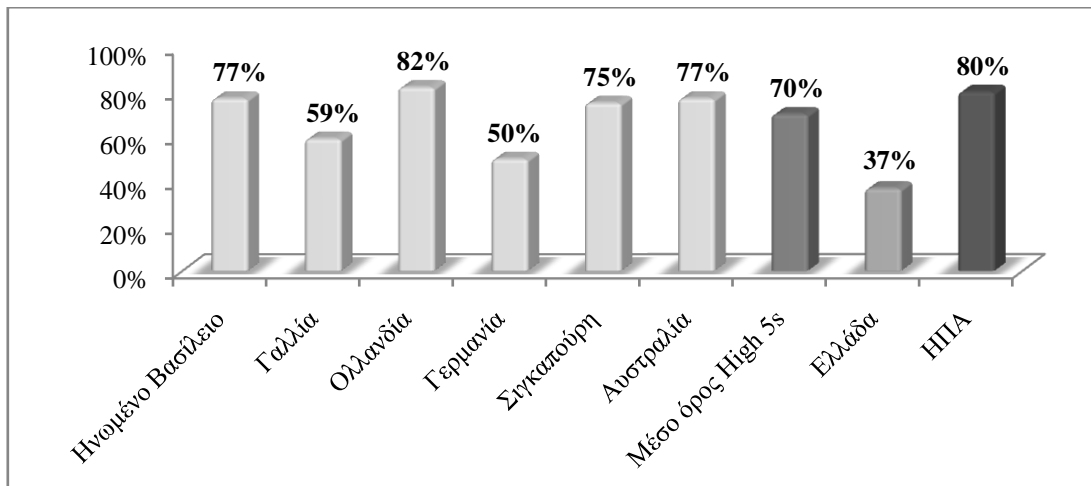
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.4 Ποσοστό θετικών απαντήσεων στην παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» ανά χώρα



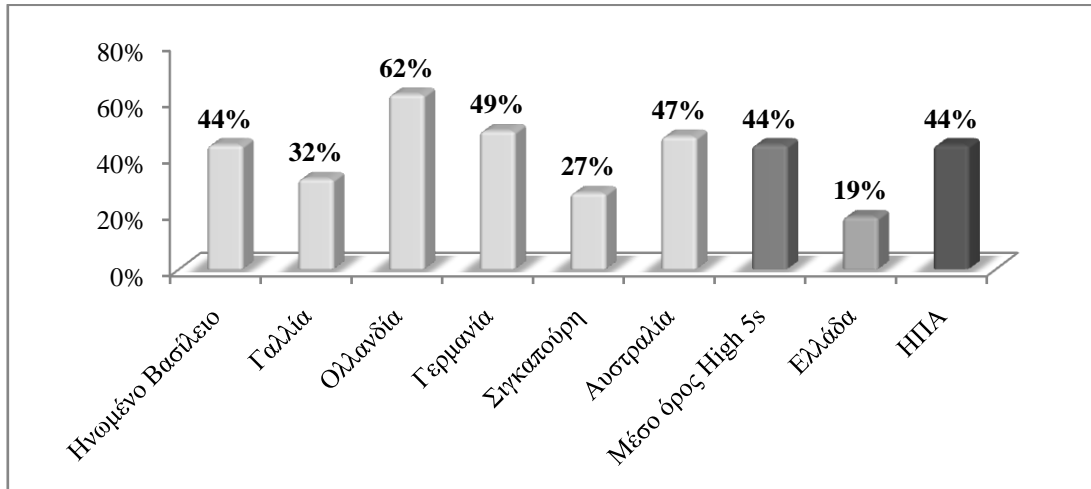
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.5 Ποσοστό θετικών απαντήσεων στην παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση» ανά χώρα



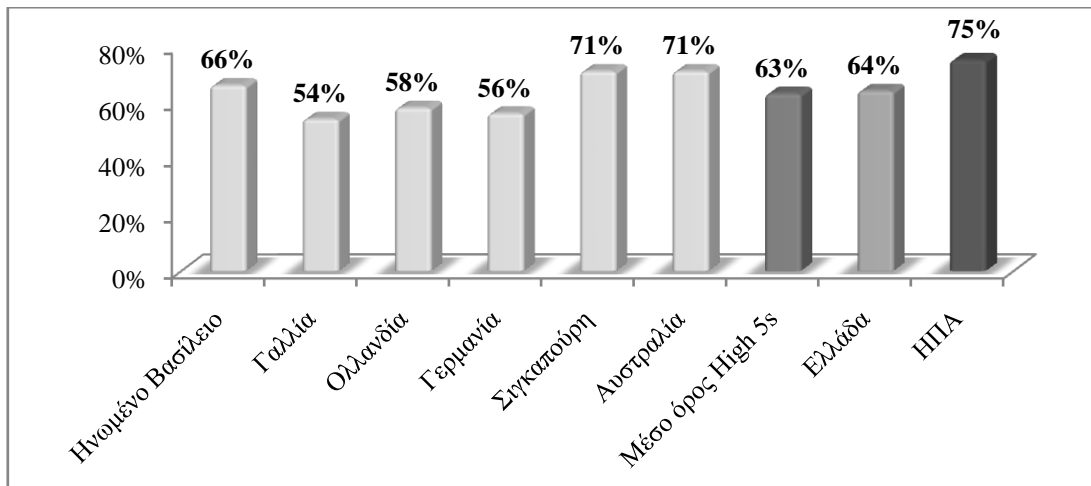
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.6 Ποσοστό θετικών απαντήσεων στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου» ανά χώρα



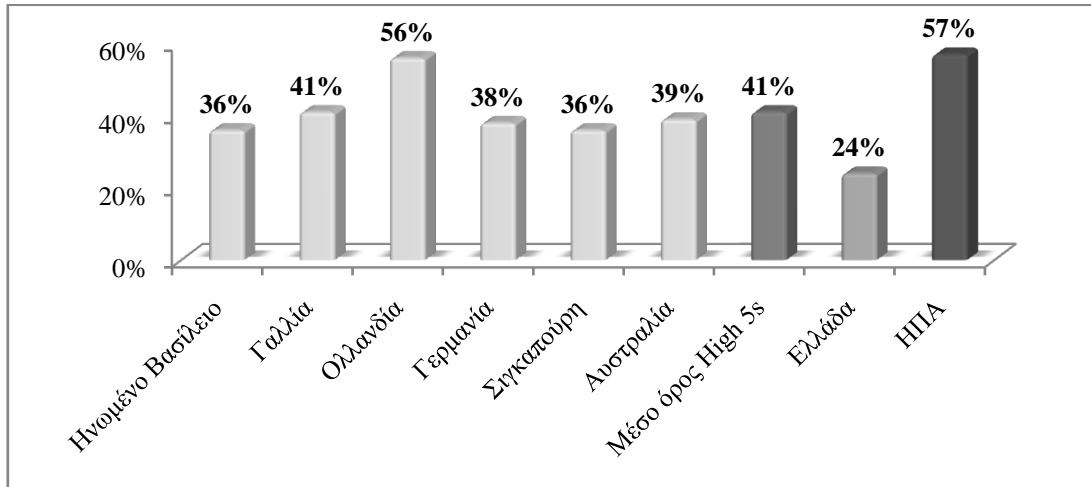
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.7 Ποσοστό θετικών απαντήσεων στην παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» ανά χώρα



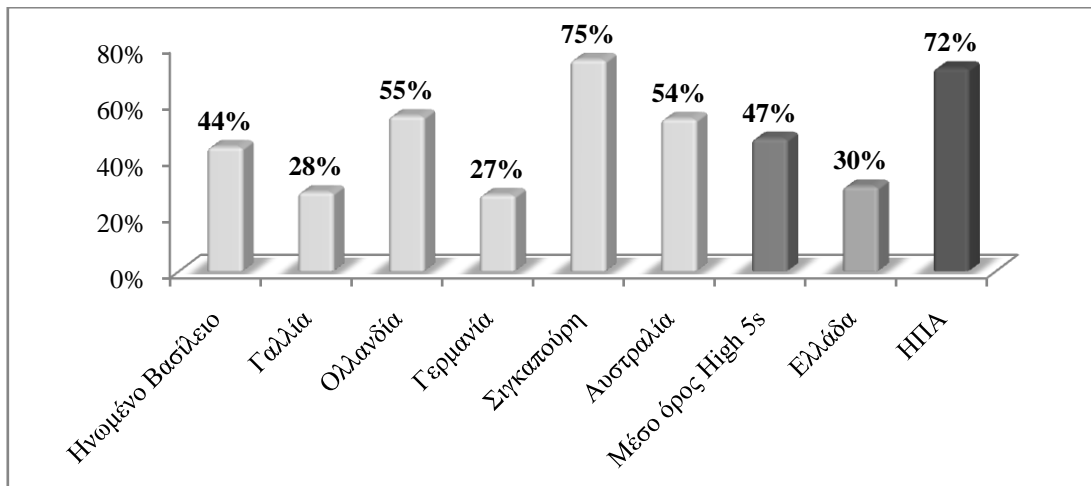
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.8 Ποσοστό θετικών απαντήσεων στην παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών» ανά χώρα



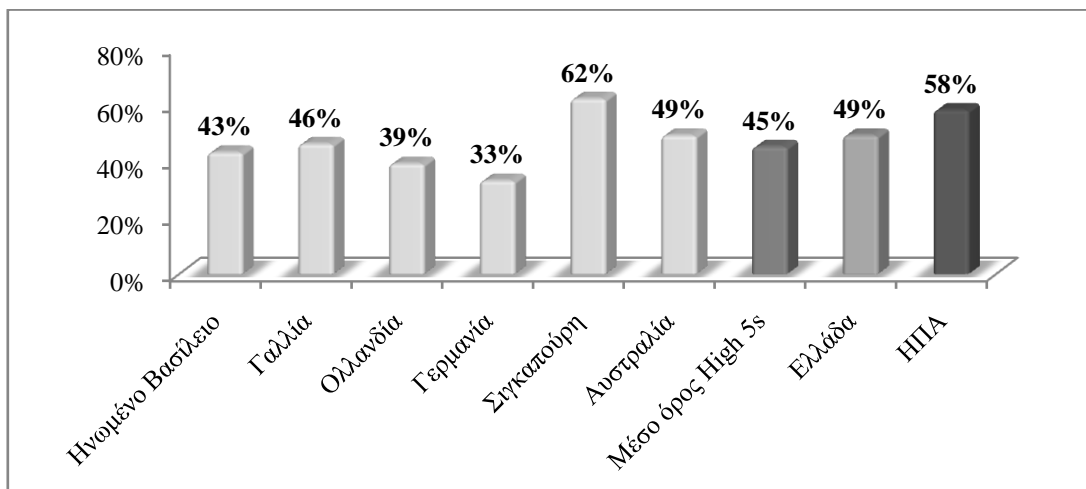
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.9 Ποσοστό θετικών απαντήσεων στην παράμετρο «στελέχωση» ανά χώρα



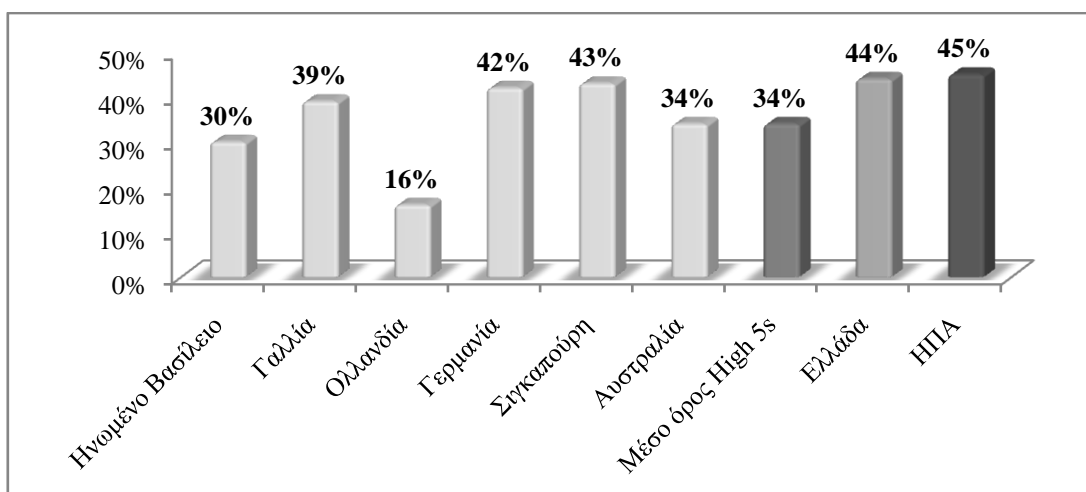
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.10 Ποσοστό θετικών απαντήσεων στην παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» ανά χώρα



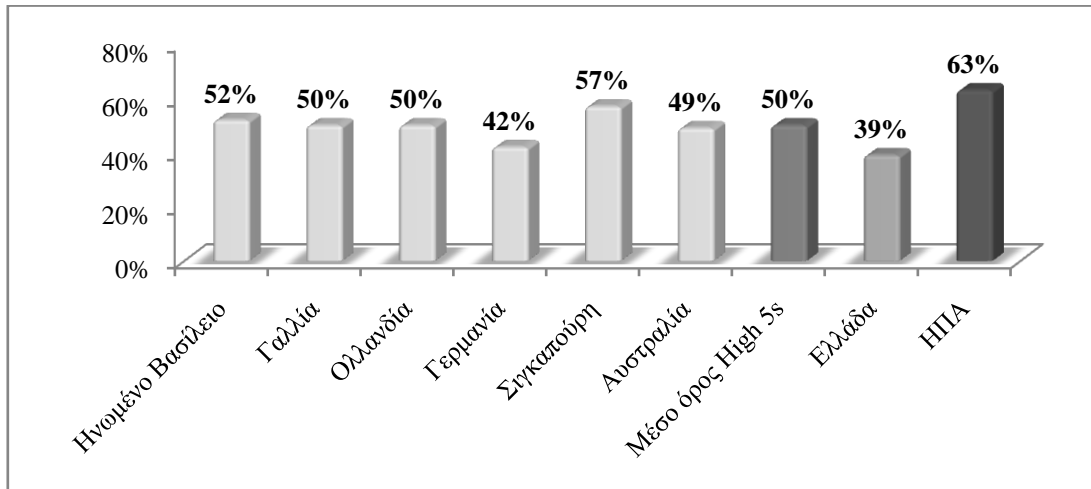
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.11 Ποσοστό θετικών απαντήσεων στην παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου» ανά χώρα



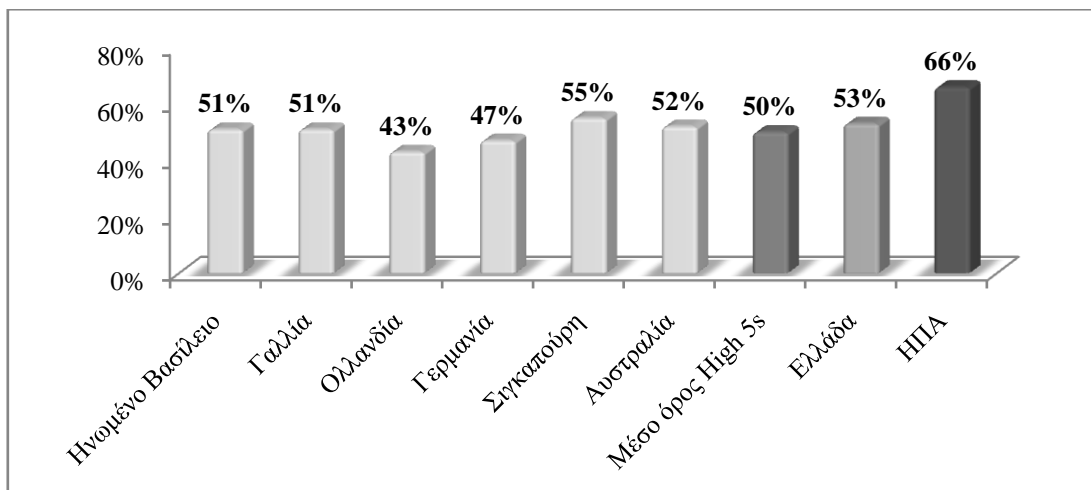
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.12 Ποσοστό θετικών απαντήσεων στην παράμετρο «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» ανά χώρα



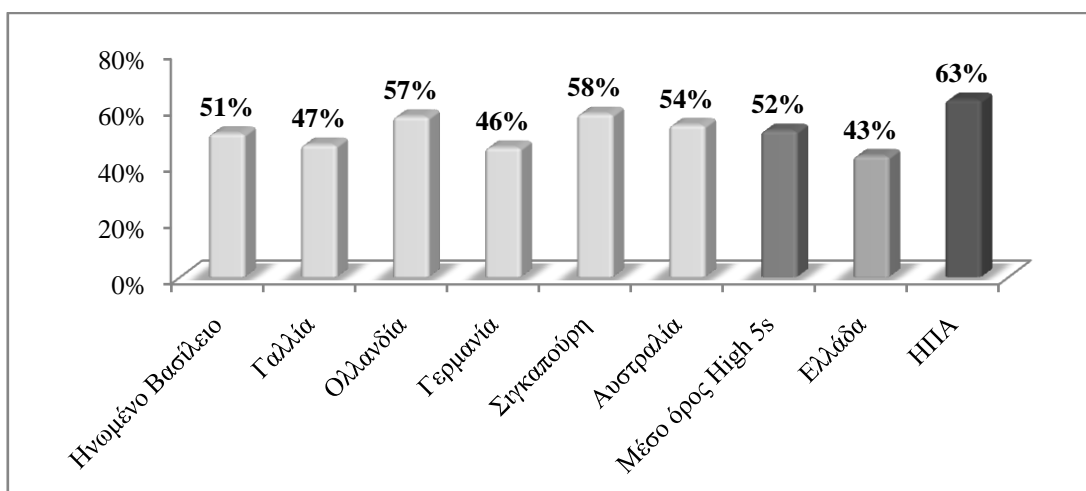
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.13 Ποσοστό θετικών απαντήσεων στην παράμετρο «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων» ανά χώρα



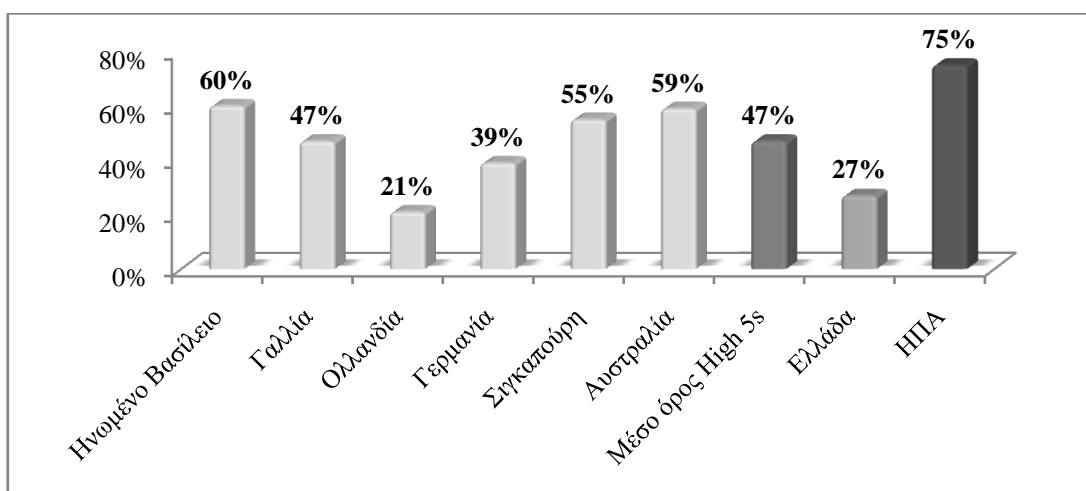
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.14 Ποσοστό θετικών απαντήσεων στην παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας» ανά χώρα



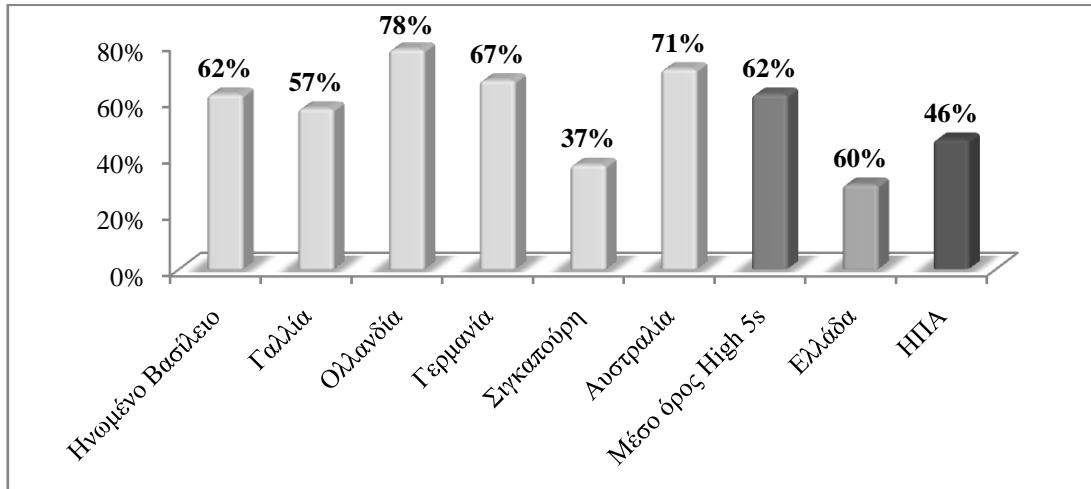
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.15 Συνολικό μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων ανά χώρα



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.16 Μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων στην παράμετρο «αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς» ανά χώρα



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.17 Μέσο ποσοστό ενός ή περισσότερων αναφερόμενων συμβάντων κατά τους τελευταίους 12 μήνες ανά χώρα



ΠΙΝΑΚΑΣ 16.2 Ποσοστό θετικών απαντήσεων ανά ερώτηση του ερωτηματολογίου ανά χώρα

Παράμετροι και ερωτήσεις για την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς	Ηνωμένο Βασίλειο	Σιγκαπούρη	Γαλλία	Γερμανία	Αυστραλία	Ολλανδία	Μέσος όρος High 5s	Ελλάδα	ΗΠΑ
Αριθμός νοσοκομείων	12	7	7	5	24	4	59	12	1.032
Μέγεθος δείγματος	2.657	18.204	621	1.083	3.485	127	26	810	472.397
Ανοικτή επικοινωνία									
Γ2: Ελεύθερη έκφραση των απόψεων του προσωπικού για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.	67%	56%	75%	72%	73%	88%	72%	65,3%	76%
Γ4: Δυνατότητα αμφισβήτησης των αποφάσεων της Διεύθυνσης από το προσωπικό.	42%	35%	24%	44%	45%	66%	43%	22,5%	48%
Γ6: Φόβος του προσωπικού να θέσει ερωτήσεις όταν κάτι δεν φαίνεται σωστό (αντιστροφή).	57%	41%	70%	59%	60%	75%	60%	55,7%	63%
Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη									
Γ1: Συστηματική αξιολόγηση των αλλαγών με βάσει τις αναφορές δυσμενών συμβάντων.	34%	57%	30%	36%	40%	64%	43%	31,9%	56%
Γ3: Ενημέρωση του προσωπικού για τα δυσμενή συμβάντα που λαμβάνουν χώρα.	52%	76%	60%	60%	54%	82%	64%	61,8%	65%
Γ5: Συσκέψεις - συζητήσεις στο χώρο εργασίας σχετικά με την πρόληψη δυσμενών συμβάντων.	55%	72%	60%	61%	61%	85%	66%	62,0%	71%
Οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση									
Α6: Δυναμικές ενέργειες για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς.	80%	90%	70%	75%	81%	89%	81%	80,7%	84%
Α9: Θετική επανατροφοδότηση για τα λάθη.	63%	70%	55%	32%	66%	65%	58%	38,2%	64%
Α13: Επαναξιολόγηση των αλλαγών για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς.	53%	82%	49%	50%	59%	40%	55%	47,9%	69%
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου									
Α1: Υποστήριξη των εργαζομένων μεταξύ τους.	85%	81%	65%	67%	87%	86%	78%	56%	86%
Α3: Ομαδική εργασία.	85%	80%	73%	63%	81%	89%	78%	67,3%	86%

Παράμετροι και ερωτήσεις για την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς	Ηνωμένο Βασίλειο	Σιγκαπούρη	Γαλλία	Γερμανία	Αυστραλία	Ολλανδία	Μέσος όρος High 5s	Ελλάδα	ΗΠΑ
Αριθμός νοσοκομείων	12	7	7	5	24	4	59	12	1.032
Μέγεθος δείγματος	2.657	18.204	621	1.083	3.485	127	26	810	472.397
A4: Σεβασμός των εργαζομένων μεταξύ τους.	76%	73%	58%	46%	78%	79%	68%	54,8%	78%
A11: Αλληλοβοήθεια μεταξύ των εργαζομένων άλλων μονάδων.	60%	67%	39%	26%	63%	76%	55%	19,3%	69%
Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη									
A8: Φόβος του προσωπικού ότι τα λάθη του θα χρησιμοποιηθούν εναντίον του (αντιστροφή).	48%	30%	30%	40%	49%	64%	44%	12,0%	50%
A12: Καταγραφή των ατόμων και όχι των δυσμενών συμβάντων (αντιστροφή).	48%	34%	36%	50%	50%	53%	45%	22,5%	46%
A16: Καταγραφή των λαθών στον υπηρεσιακό φάκελο του προσωπικού (αντιστροφή).	35%	17%	30%	57%	41%	68%	41%	20,6%	35%
Προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών									
B1: Επιβράβευση από τον Προϊστάμενο / Διευθυντή όταν τηρούνται οι διαδικασίες ασφαλούς φροντίδας του ασθενούς.	56%	73%	41%	42%	66%	48%	54%	62,1%	73%
B2: Συμμετοχή προσωπικού στη λήψη αποφάσεων για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς.	71%	80%	54%	63%	75%	69%	68%	66,4%	77%
B3: Απαιτήση του Προϊστάμενου / Διευθυντή για συντόμευση των διαδικασιών όταν υπάρχει πίεση χρόνου (αντιστροφή).	64%	63%	54%	51%	70%	61%	60%	52,8%	74%
B4: Παράβλεψη επαναλαμβανόμενων προβλημάτων ασφάλειας του ασθενούς από την Διεύθυνση (αντιστροφή).	72%	67%	68%	69%	74%	56%	68%	74,1%	76%
Στελέχωση									
A2: Επάρκεια προσωπικού.	25%	51%	27%	18%	36%	39%	33%	13,9%	56%
A5: Υπερωριακή απασχόληση του προσωπικού (αντιστροφή).	37%	18%	42%	43%	37%	63%	40%	15,5%	53%
A7: Απασχόληση εποχικού προσωπικού (αντιστροφή).	51%	53%	68%	76%	50%	83%	64%	54,0%	67%
A14: Υπερβολικός φόρτος εργασίας και εντατικός ρυθμός εργασίας (αντιστροφή).	29%	23%	26%	16%	34%	40%	28%	14,3%	50%

Παράμετροι και ερωτήσεις για την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς	Ηνωμένο Βασίλειο	Σιγκαπούρη	Γαλλία	Γερμανία	Αυστραλία	Ολλανδία	Μέσος όρος High 5s	Ελλάδα	ΗΠΑ
Αριθμός νοσοκομείων	12	7	7	5	24	4	59	12	1.032
Μέγεθος δείγματος	2.657	18.204	621	1.083	3.485	127	26	810	472.397
Υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας									
ΣΤ1: Εξασφάλιση κλίματος ασφάλειας του ασθενούς εκ μέρους της Διοίκησης.	52%	87%	25%	18%	65%	69%	53%	26,3%	81%
ΣΤ8: Προτεραιότητα η ασφάλεια του ασθενούς εκ μέρους της Διοίκησης.	46%	86%	33%	30%	55%	53%	50%	38,7%	75%
ΣΤ9: Ενδιαφέρον για την ασφάλεια του ασθενούς εκ μέρους της Διοίκησης μόνο στην περίπτωση δυσμενούς συμβάντος (αντιστροφή).	33%	53%	26%	32%	41%	43%	38%	25,8%	61%
Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου									
ΣΤ2: Συντονισμός των μονάδων του νοσοκομείου (αντιστροφή).	22%	51%	18%	20%	33%	9%	25%	21,9%	46%
ΣΤ4: Διατμηματική ομαδική εργασία όταν αυτό απαιτείται.	43%	65%	45%	25%	47%	42%	45%	48,2%	59%
ΣΤ6: Προβληματική διατμηματική συνεργασία (αντιστροφή).	60%	53%	63%	57%	59%	60%	59%	38,5%	59%
ΣΤ10: Αρμονική διατμηματική συνεργασία με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας υγείας.	46%	78%	57%	29%	56%	43%	52%	38,8%	68%
Μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου									
ΣΤ3: Απώλεια σημαντικών πληροφοριών για τον ασθενή κατά την αλλαγή μονάδας νοσηλείας εντός του νοσοκομείου (αντιστροφή).	17%	38%	27%	37%	24%	6%	25%	33,2%	41%
ΣΤ5: Απώλεια σημαντικών πληροφοριών για τον ασθενή κατά την αλλαγή βάρδιας (αντιστροφή).	40%	52%	48%	49%	44%	23%	43%	57,0%	50%
ΣΤ7: Προβληματική ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου (αντιστροφή).	23%	35%	32%	32%	26%	12%	27%	31,7%	43%
ΣΤ11: Η αλλαγή βάρδιας προκαλεί προβλήματα στην ασφάλεια του ασθενούς (αντιστροφή).	38%	46%	49%	51%	41%	24%	42%	55,7%	45%
Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων									

Παράμετροι και ερωτήσεις για την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς	Ηνωμένο Βασίλειο	Σιγκαπούρη	Γαλλία	Γερμανία	Αυστραλία	Ολλανδία	Μέσος όρος High 5s	Ελλάδα	ΗΠΑ
Αριθμός νοσοκομείων	12	7	7	5	24	4	59	12	1.032
Μέγεθος δείγματος	2.657	18.204	621	1.083	3.485	127	26	810	472.397
Δ1: Συχνότητα αναφοράς λάθους που έγινε και διορθώθηκε πριν επηρεάσει τον ασθενή.	43%	54%	46%	45%	36%	33%	43%	45,8%	56%
Δ2: Συχνότητα αναφοράς λάθους που έγινε χωρίς να βλάψει τον ασθενή.	46%	52%	46%	34%	45%	51%	46%	33,6%	59%
Δ3: Συχνότητα αναφοράς λάθους που έγινε χωρίς να βλάψει τον ασθενή ενώ θα μπορούσε να του προκαλέσει ζημιά.	66%	64%	58%	48%	67%	67%	62%	40,0%	74%
Συνολική αντίληψη της ασφάλειας									
A10: Η ασφάλεια του ασθενούς είναι θέμα τύχης (αντιστροφή).	51%	39%	55%	52%	49%	55%	50%	46,6%	62%
A15: Η ασφάλεια του ασθενούς ως προτεραιότητα ακόμα και όταν υπάρχει φόρτος εργασίας.	45%	70%	42%	37%	48%	27%	45%	84,8%	65%
A18: Αποτελεσματικότητα συστημάτων πρόληψης δυσμενών συμβάντων.	47%	45%	54%	55%	50%	59%	52%	36,9%	65%
A17: Προβλήματα ασφάλειας του ασθενούς στην συγκεκριμένη μονάδα (αντιστροφή).	61%	66%	54%	43%	60%	31%	52%	45,1%	72%

ΠΙΝΑΚΑΣ 16.3 Ποσοστό απαντήσεων στην παράμετρο «αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς» ανά χώρα

Αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς	Ηνωμένο Βασίλειο	Σιγκαπούρη	Γαλλία	Γερμανία	Αυστραλία	Ολλανδία	Μέσος όρος High 5s	Ελλάδα	ΗΠΑ
Αριθμός νοσοκομείων	12	7	7	5	24	4	59	12	1.032
Μέγεθος δείγματος	2.657	18.204	621	1.083	3.485	127	26.177	810	472.397
Άριστη	10%	8%	2%	3%	13%	1%	6%	12%	29%
Πολύ καλή	50%	48%	44%	36%	46%	19%	41%	42%	46%
Καλή	31%	43%	47%	50%	34%	69%	46%	31%	20%
Μέτρια	7%	1%	5%	10%	6%	10%	7%	13%	4%
Κακή	2%	0%	1%	1%	1%	0%	1%	2%	1%

ΠΙΝΑΚΑΣ 16.4 Ποσοστό απαντήσεων στην παράμετρο «αριθμός αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες» ανά χώρα

Αριθμός αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες	Ηνωμένο Βασίλειο	Σιγκαπούρη	Γαλλία	Γερμανία	Αυστραλία	Ολλανδία	Μέσος όρος High 5s	Ελλάδα	ΗΠΑ
Αριθμός νοσοκομείων	12	7	7	5	24	4	59	12	1.032
Μέγεθος δείγματος	2.657	18.204	621	1.083	3.485	127	26.177	810	472.397
Καμία αναφορά	38%	63%	43%	33%	29%	22%	38%	40%	54%
1 έως 2 αναφορές	29%	26%	29%	29%	32%	37%	30%	35%	27%
3 έως 5 αναφορές	19%	7%	17%	23%	22%	21%	18%	19%	12%
6 έως 10 αναφορές	6%	2%	7%	9%	11%	7%	7%	4%	4%
11 έως 20 αναφορές	4%	1%	3%	5%	3%	4%	3%	2%	2%
21 και άνω αναφορές	4%	1%	2%	2%	4%	8%	4%	1%	1%

16.4 Συζήτηση

Τα ανεπιθύμητα συμβάντα και τα λάθη στην υγεία αποτελούν ποσοτικό δείκτη μέτρησης της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Η καταγραφή και η διαχείρισή τους αποτελεί διεθνώς προτεραιότητα στην χάραξη πολιτικής υγείας, αναδεικνύοντας την ασφάλεια του ασθενούς ως σημαντικότερη παράμετρο που διατρέχει όλες τις πτυχές της υγειονομικής φροντίδας καθώς επηρεάζει και επηρεάζεται από το σύνολο των επαγγελματιών υγείας. Ωστόσο ένα σημαντικό ποσοστό των επαγγελματιών υγείας εξακολουθεί να αγνοεί την έκταση και την σπουδαιότητα των αρνητικών επιδράσεων και επιβαρύνσεων των λαθών και των δυσμενών συμβάντων, τόσο στο επίπεδο της υγείας του ασθενούς όσο και στο σύστημα υγείας εν γένει.

Σήμερα έχει γίνει ευρέως αποδεκτό ότι, η καταγραφή της στάσης και των απόψεων των επαγγελματιών υγείας για διάφορες παραμέτρους της υγειονομικής περίθαλψης, συμβάλλει στον εντοπισμό και στη βελτίωση των τρωτών σημείων του συστήματος υγείας. Το 75% των ανεπιθύμητων γεγονότων στη διάρκεια των εγχειρήσεων δεν σχετίζονται με γνώσεις ή τεχνικές δεξιότητες αλλά με τον «ανθρώπινο παράγοντα» (Moorman, 2007). Στο πλαίσιο αυτό έχουν γίνει πλήθος μελετών στον διεθνή χώρο σχετικά με την «κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς» ενώ αντίστοιχες ερευνητικές προσπάθειες στην Ελλάδα είναι σχεδόν ανύπαρκτες. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η στάση των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα έναντι σε ζητήματα ασφάλειας του ασθενούς και να διερευνηθούν οι δημογραφικοί και οι επαγγελματικοί παράγοντες που την επηρεάζουν και συμβάλλουν στην διαμόρφωση του κουλτούρας ασφάλειας στα νοσοκομεία της χώρας. Ουσιαστικά πρόκειται για την πρώτη ερευνητική προσπάθεια αποτίμησης της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς τόσο σε γενικά και ειδικά νοσοκομεία όσο και στο σύνολο των επαγγελματιών υγείας με τη χρήση του ερωτηματολογίου HSOPSC.

Το ερωτηματολόγιο της συγκεκριμένης έρευνας (HSOPSC) έχει μεταφραστεί σε είκοσι επτά (27) γλώσσες και έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες πενήντα εννιά (59) χωρών ως εργαλείο αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς σε νοσοκομειακές δομές (AHRQ, 2014). Ορισμένες από τις ευρωπαϊκές χώρες στις οποίες χρησιμοποιήθηκε το συγκεκριμένο εργαλείο είναι το Βέλγιο (Hellings et al., 2007), η Ολλανδία (Smits et al., 2008), το Ηνωμένο Βασίλειο (Waterson et al., 2010), η Γαλλία (Occelli et al., 2013), η Τουρκία (Bodur and Filiz, 2010), η Κροατία (Brborovic et al., 2014), η Ελβετία (γερμανόφωνη) (Pfeiffer and Manser, 2010), η Νορβηγία (Olsen, 2008), η Σκωτία (Sarac et al., 2011) κα. Σε μη ευρωπαϊκές χώρες ενδεικτικά αναφέρεται η Ιαπωνία (Ito et al., 2011), η Σαουδική Αραβία (Najjar et al., 2013), η Ταϊβάν (Chen and Li, 2010) κα. Σε αυτές τις μελέτες ο αριθμός των παραμέτρων - παραγόντων που προέκυψε ύστερα από τους κατάλληλους ελέγχους εγκυρότητας και αξιοπιστίας κυμάνθηκε από οκτώ (8) έως δεκαπέντε (15) (έναντι δώδεκα (12) που έχει το πρωτότυπο) και ο αριθμός των ερωτήσεων από είκοσι επτά (27) έως πενήντα (50) (έναντι σαράντα δύο (42) ερωτήσεων για την κουλτούρα ασφάλειας και δύο (2) ερωτήσεων για την συνολική αξιολόγηση της επίδοσης του

τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς και για τον αριθμό των αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες, που περιλαμβάνει το πρωτότυπο). Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τις παραμέτρους του ερωτηματολογίου στις διάφορες χώρες κυμάνθηκε από 0,41 έως 0,88.

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης, το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε αρχικά από τα αγγλικά στα ελληνικά σύμφωνα με τις οδηγίες των συγγραφέων και της AHRQ. Στην συνέχεια ελέγχθηκαν οι ψυχομετρικές του ιδιότητες εφαρμόζοντας τους κατάλληλους ελέγχους (ανάλυση παραγόντων για τον έλεγχο της εγκυρότητας και υπολογισμός του συντελεστή εσωτερικής συνέπειας, Cronbach's alpha για τον έλεγχο της αξιοπιστίας). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του ερωτηματολογίου επιβεβαιώνονται από τα αποτελέσματα αντίστοιχων αναλύσεων άλλων χωρών όπως παρουσιάστηκαν προηγουμένως. Πιο αναλυτικά στην ελληνική έκδοση το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δέκα (10) παραμέτρους - παράγοντες (έναντι δώδεκα (12) που έχει το πρωτότυπο) και τριάντα επτά (37) ερωτήσεις (εξαιρέθηκαν οι ερωτήσεις A11, A15, A17, A18, Γ1) (έναντι σαράντα δύο (42) ερωτήσεων για την κουλτούρα ασφάλειας και δύο (2) ερωτήσεων για την συνολική αξιολόγηση της επίδοσης του τομέα / κλινικής σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς και για τον αριθμό των αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες, που περιλαμβάνει το πρωτότυπο). Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τις διάφορες παραμέτρους του ερωτηματολογίου κυμάνθηκε από 0,60 έως 0,88. Σημειώνεται ότι για την ανάλυση των δεδομένων του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκαν οι δώδεκα (12) παράγοντες του πρωτότυπου ερωτηματολογίου, έτσι ώστε να είναι δυνατή η σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης με τη διεθνή βιβλιογραφία.

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν δώδεκα (12) νοσοκομεία, εννιά (9) γενικά νοσοκομεία μεταξύ των οποίων και ένα (1) πανεπιστημιακό και τρία (3) ειδικά (ειδικό (ΝΠΙΔ), ογκολογικό και ψυχιατρικό). Το μέγεθος του δείγματος ήταν οκτακόσια είκοσι (820) ερωτηματολόγια (ποσοστό ανταπόκρισης 59,6%), εκ των οποίων εξαιρέθηκαν 10 λόγω πλημμελούς συμπλήρωσης, διαμορφώνοντας τελικά το μέγεθος του δείγματος σε οκτακόσια δέκα (810) ερωτηματολόγια. Το ποσοστό ανταπόκρισης κρίνεται ιδιαίτερα ικανοποιητικό αφενός γιατί οι δημιουργοί του ερωτηματολογίου καθώς και η AHRQ, προτείνουν ως ελάχιστο αποδεκτό συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης το 50%, για να είναι τα αποτελέσματα έγκυρα και αξιόπιστα (Sorra and Nieva, 2004), αφετέρου πρέπει να ληφθεί υπόψιν ότι το ποσοστό ανταπόκρισης σε έρευνες πεδίου με τη χρήση ερωτηματολογίου στο χώρο της υγείας είναι ιδιαίτερα χαμηλό (Wiebe et al., 2012). Το ποσοστό ανταπόκρισης σε αντίστοιχες διεθνείς μελέτες με τη χρήση του ίδιου ερωτηματολογίου κυμαίνονται από 42% μέχρι 77% (Pronovost et al., 2003). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι, το μέσο ποσοστό ανταπόκρισης σε αντίστοιχη μελέτη στην Ολλανδία ήταν 69% σε εκατόν εβδομήντα ένα (171) νοσοκομεία (Smits et al., 2008), 87% σε εβδομήντα τέσσερα (74) νοσοκομεία στην Ταϊβάν (Chen and Li, 2010) και 52% στις ΗΠΑ σε εξακόσια είκοσι δύο (622) νοσοκομεία (Sorra et al., 2009). Επίσης στην παρούσα μελέτη

παρόλο που χορηγήθηκε σχετική έγκριση από το επιστημονικό και το διοικητικό συμβούλιο του εκάστοτε νοσοκομείου για την διανομή του ερωτηματολογίου στις μονάδες, σε τέσσερις (4) μονάδες οι Προϊστάμενοι – Διευθυντές αρνήθηκαν την συμμετοχή της μονάδας τους στη μελέτη ισχυριζόμενοι ότι στη δική τους κλινική δεν συμβαίνουν λάθη και ανεπιθύμητα συμβάντα. Τα χαμηλά ποσοστά ανταπόκρισης που οριοθετούν οι συγγραφείς του πρωτότυπου εργαλείου και που επιβεβαιώνονται και στην πράξη από διάφορες μελέτες ερμηνεύονται από το γεγονός ότι η αναφορά και η καταγραφή των δυσμενών συμβάντων τις περισσότερες φορές συσχετίζεται από τους υποψήφιους συμμετέχοντες με επίπληξη ή ακόμα και με πειθαρχικές κυρώσεις.

Οι τομείς με το υψηλότερο ποσοστό ανταπόκρισης ήταν ο χειρουργικός σε ποσοστό 25,2% (N=204), ο παθολογικός σε ποσοστό 20,5% (N=166) και ο ψυχιατρικός σε ποσοστό 20,5% (N=166). Τα ποσοστά στους υπόλοιπους τομείς ήταν ιδιαίτερα χαμηλά. Το υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης του χειρουργικού τομέα στην μελέτη μπορεί να ερμηνευτεί καθώς οι χειρουργοί, οι αναισθησιολόγοι, οι γυναικολόγοι και οι μαιευτήρες είναι οι ειδικότητες που βρίσκονται στην «κόψη του ξυραφιού» και παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά πραγματοποίησης λαθών όπως προκύπτει από έρευνα που πραγματοποίησαν οι Πολλάλης και συν. το 2008, εξετάζοντας δικαστικές αποφάσεις που αφορούσαν ιατρικά σφάλματα (Πολλάλης et al., 2010). Κατά συνέπεια οι ιατροί των εν λόγω ειδικοτήτων είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένοι σε θέματα ασφάλειας του ασθενούς. Τα συγκεκριμένα ευρήματα επιβεβαιώνονται και από αντίστοιχες διεθνείς μελέτες όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 16.5 που ακολουθεί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16.5 Ποσοστό ανταπόκρισης ανά τομέα ανά μελέτη διεθνώς

Χώρα διεξαγωγής της μελέτης	Χειρουργικός τομέας	Παθολογικός τομέας	Ψυχιατρικός τομέας
ΗΠΑ (Sorra et al., 2010)	9%	10%	2%
Σαουδική Αραβία (Alahmadi, 2010)	14,5%	9,6%	0,1%
Ταϊβάν (Chen and Li, 2010)	20,1%	60,89%	-
Τουρκία (Bodur and Filiz, 2010)	27,2%	46,6%	-
Λίβανο (El-Jardali et al., 2011)	24,7%	25,4%	-
Βέλγιο (Vlayen et al., 2012)	10,3%	10,9%	2,9%
Μεξικό (Fajardo-Dolci et al., 2010)	7,5%	17,8%	-
Ελλάδα	25,2%	20,5%	20,5%

Ως προς την επαγγελματική τους ιδιότητα οι πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ σε ποσοστό 45,7% (N=369) γεγονός που αντανακλά σε μεγάλο βαθμό την αριθμητική τους υπεροχή στο σύστημα υγείας έναντι των άλλων επαγγελματιών υγείας και ακολουθούσε το ιατρικό προσωπικό σε ποσοστό 25,4% (N=205). Το χαμηλό ποσοστό ανταπόκρισης των ιατρών μπορεί να αποδοθεί στα απαιτητικά ωράρια εργασίας τους και στον ελάχιστο ελεύθερο διαθέσιμο χρόνο που έχουν (Sudman, 1985). Επιπλέον οι ιατροί αποτελούν «ελίτ» τάξη του πληθυσμού η

οποία συχνά προσεγγίζεται για συμμετοχή σε έρευνες, γεγονός που τους καθιστά πλέον απρόθυμους. Συνεπώς, το ποσοστό ανταπόκρισης σε έρευνες που συμμετέχουν ιατροί είναι δέκα (10) ποσοστιαίες μονάδες χαμηλότερο από έρευνες που γίνονται στο γενικό πληθυσμό (Cumplings et al., 2001). Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται από τα αποτελέσματα και άλλων ερευνών, όπως φαίνεται στον Πίνακα 16.6 που ακολουθεί, σύμφωνα με τα οποία το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής σε τέτοιου είδους έρευνες με το συγκεκριμένο εργαλείο το κατέχουν νοσηλευτές (Πίνακας 16.6) (Smits et al., 2008).

ΠΙΝΑΚΑΣ 16.6 Ποσοστό ανταπόκρισης ανά επάγγελμα ανά μελέτη διεθνώς

Χώρα διεξαγωγής της μελέτης	Ιατροί (Ειδικοί και Ειδικευόμενοι)	Νοσηλευτές (ΠΕ και ΤΕ)
ΗΠΑ (Sorra et al., 2010)	5%	36%
Σαουδική Αραβία (Alahmadi, 2010)	8,3%	60%
Ταϊβάν (Chen and Li, 2010)	29,2%	60,6%
Τουρκία (Bodur and Filiz, 2010)	33%	43,6%
Λίβανο (El-Jardali et al., 2011)	34,2%	26%
Βέλγιο (Vlayen et al., 2012)	9,8%	48,1%
Ιαπωνία (Ito et al., 2011)	3,2%	61,7%
Ελλάδα	25,4%	45,7%

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω το υψηλότερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων συγκέντρωσε η παράμετρος «προσδοκίες και δράσεις των Προϊστάμενων / Διευθυντών για την προώθηση της ασφάλειας του ασθενούς» (64%). Οι συμμετέχοντες δηλαδή εξέφρασαν τη θετικότερη στάση απέναντι στις προσπάθειες των Προϊστάμενων / Διευθυντών των μονάδων οι οποίοι λαμβάνοντας σοβαρά υπ' όψιν τις προτάσεις του προσωπικού για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς, επιβραβεύοντας το προσωπικό όταν η παροχή φροντίδας υγείας γίνεται σύμφωνα με τις ισχύουσες διαδικασίες σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς και μη παραβλέποντας επαναλαμβανόμενα προβλήματα ασφάλειας προσπαθούν να προωθήσουν την ασφάλεια του ασθενούς. Η ενημέρωση των Προϊσταμένων / Διευθυντών μπορεί να αποτελέσει πολύτιμο εργαλείο, προκειμένου να αναζητηθούν οι πιθανές αιτίες των λαθών και των παρ'ολίγων λαθών, δεδομένου ότι πολλές φορές τα ίδια λάθη επαναλαμβάνονται και από άλλους επαγγελματίες υγείας εντός του τμήματος. Οι Προϊστάμενοι / Διευθυντές έχοντας την συνολική εικόνα λειτουργίας του τμήματος και γνωρίζοντας το επαγγελματικό προφίλ των επαγγελματιών υγείας του τμήματός τους, μπορούν να αναλύσουν επί της ουσίας τα λάθη και να βρουν οι ίδιοι τις καλύτερες και εφαρμόσιμες λύσεις. Παράλληλα μπορούν να στηρίξουν ψυχολογικά το προσωπικό όταν κάνει λάθη ή εκδηλώνονται δυσμενή συμβάντα και να συμβάλλουν στην καλύτερη διαχείρισή τους.

Η συγκεκριμένη παράμετρος έλαβε επίσης το υψηλότερο ποσοστό θετικών απαντήσεων στην μελέτη των Zarei και συν. (2014), (Zarei et al., 2014), το δεύτερο

υψηλότερο ποσοστό θετικών απαντήσεων μετά την παράμετρο «ομαδική εργασία εντός των μονάδων» και στις μελέτες που διενεργήθηκαν στις ΗΠΑ με αντίστοιχο ποσοστό 74% (Sorra et al., 2012), στην Ταϊβάν με αντίστοιχο ποσοστό 83% (Chen and Li, 2010), στην Σαουδική Αραβία με αντίστοιχο ποσοστό 70% (Alahmadi, 2010) και στην Ισπανία με αντίστοιχο ποσοστό 56%.

Παρόλο που οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζουν τις προσπάθειες των Προϊσταμένων και των Διευθυντών των μονάδων για την παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλού ποιοτικά επιπέδου δεν έχουν την ίδια αντίληψη για την στάση της Διοίκησης του νοσοκομείου απέναντι σε θέματα ασφάλειας του ασθενούς. Πιο αναλυτικά, η βαθμολογία για τη παράμετρο «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» είναι χαμηλή αφού το ποσοστό των θετικών απαντήσεων δεν ξεπερνά το 30,2% εκφράζοντας την επιφύλαξη των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην προσπάθεια της Διοίκησης να εξασφαλίσει κλίμα ασφάλειας για τους ασθενείς και να πείσει τους επαγγελματίες υγείας ότι η ασφάλεια του ασθενούς αποτελεί υψηλής προτεραιότητας ζήτημα στην διοικητική ατζέντα σε καθημερινή βάση και όχι μόνο κατόπιν εκδήλωσης δυσμενούς συμβάντος. Αυτό σε σημαντικό βαθμό μπορεί να αποδοθεί στην έλλειψη κουλτούρας ασφάλειας και γνώσεις γύρω από θέματα ποιότητας και ασφάλειας των διοικητικών υπαλλήλων σε συνδυασμό με την υποστελέχωση ή ετεροαπασχόληση ή ακόμα και την παντελή έλλειψη σε κάποια νοσοκομεία του γραφείου ποιότητας. Βασική επίδωξη του γραφείου ποιότητας είναι η εφαρμογή της πολιτικής ποιότητας, η συμβολή στην αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσω της εγκατάστασης Συστημάτων Διασφάλισης Ποιότητας, η συμμετοχή σε προληπτικές δράσεις και διορθωτικές ενέργειες για συνεχή βελτίωση της ποιότητας σε οικονομίες κλίμακας, η οργάνωση και η διοικητική υποστήριξη όλων των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων του νοσοκομείου καθώς και η τήρηση των απαιτήσεων των Διεθνών Προτύπων και κατευθυντήριων οδηγιών.

Η ικανή ηγεσία διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη θετικού κλίματος ασφάλειας, αφού καθορίζει τη στρατηγική, τη δομή και τις διαδικασίες που εξασφαλίζουν την ασφάλεια του ασθενούς (Yates et al., 2005) και θέτει το όραμα του οργανισμού, μέσα από την ενδυνάμωση και την ενίσχυση της εταιρικής κουλτούρας «πράττουμε το σωστό» (Leape, 2000a). Έτσι όσο μεγαλύτερη είναι η στήριξη της Διοίκησης σε θέματα ασφάλειας, τόσο υψηλότερο είναι και το επίπεδο δέσμευσης του προσωπικού. Συγκεκριμένα, η δημιουργία αισθήματος ευθύνης στους εργαζομένους για παροχή ασφαλούς φροντίδας υγείας στον ασθενή σε συνδυασμό με την συνεχιζόμενη εκπαίδευση τους σε θέματα ασφάλειας, συμβάλλει στη δέσμευση και ενδυνάμωση τους σε θέματα ποιότητας και ασφάλειας (Jamie, 2012). Η στήριξη της Διοίκησης περιλαμβάνει την παροχή των απαιτούμενων ανθρώπινων και οικονομικών πόρων για την βελτίωση του κλίματος ασφάλειας, τη διαχείριση και την ανατροφοδότηση των μηνυμάτων του προσωπικού για την ασφάλεια καθώς και την δημιουργία συστημάτων, διαδικασιών ή και κατευθυντήριων οδηγιών ασφάλειας για την αναφορά των ανεπιθύμητων συμβάντων. Η δημιουργία και εφαρμογή συστήματος αναφοράς και καταγραφής λαθών, βοηθά στον εντοπισμό των λαθών που διαπράττει το προσωπικό, στη διερεύνηση των αιτιών πρόκλησης τους και στην

ανάπτυξη τρόπων πρόληψης (Leape, 2002). Στις μελέτες των Hellings και συν. (2007), Hellings et al., 2007, και Nordin και συν. (2013), (Nordin et al., 2013) η παράμετρος «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» παρουσίασε το χαμηλότερο ποσοστό θετικών απαντήσεων.

Οι επαγγελματίες υγείας από την άλλη, έχουν την αίσθηση ότι όταν συμβεί ένα λάθος ή ένα δυσμενές συμβάν αυτός που αξιολογείται είναι ο επαγγελματίας υγείας που ενεπλάκη στο συγκεκριμένο συμβάν και όχι το συμβάν καθ' αυτό, το οποίο φοβάται επιπλέον ότι θα καταγραφεί στον υπηρεσιακό του φάκελο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί εναντίον του. Η κατάσταση αυτή αντικατοπτρίζεται στο χαμηλότερο ποσοστό θετικών απαντήσεων (18,5%) το οποίο έλαβε η παράμετρος «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη». Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, οι λόγοι της μη αναφοράς λαθών από τους επαγγελματίες υγείας είναι ο φόβος επαγγελματικών κυρώσεων, ποινικών ή πειθαρχικών διώξεων καθώς και ο φόβος των αρνητικών αντιδράσεων από τους συναδέλφους τους (Chiang et al., 2010, Lin and Ma, 2009, Mayo and Duncan, 2004). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης των Kim και συν. (2007), αν και το 52% των δειγμάτων αντιλαμβάνονταν ότι τα λάθη αποτελούν σοβαρό πρόβλημα για την ασφάλεια του ασθενούς, μόνο το 17% αναφέρει πάντα όλα τα λάθη που συμβαίνουν και μόλις το 5% δεν φοβάται να τα αναφέρει. Ο φόβος λοιπόν αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα αναφοράς των λαθών, τόσο σε ατομικό όσο και σε οργανωτικό επίπεδο. Αυτό οφείλεται στην παγιωμένη αντίληψη ότι οι επαγγελματίες δεν δικαιούνται να κάνουν λάθη (Kim et al., 2007). Ο φόβος για τιμωρία των επαγγελματιών υγείας εντείνεται καθώς η αναφορά δυσμενών συμβάντων πρέπει να γίνεται στους Προϊσταμένους τους, χωρίς να υπάρχει δυνατότητα απευθείας υποβολής των συμβάντων στην Επιτροπή του νοσοκομείου που διαχειρίζεται δυσμενή συμβάντα όταν λάβουν χώρα. Σύμφωνα με τον Bogner (1994), «τα λάθη δεν είναι μονοπώλιο των λίγων άτυχων αλλά επαναλαμβάνονται όταν επικρατούν οι ίδιες συνθήκες που συμβάλλουν σε αυτά, ανεξάρτητα από τα άτομα που εμπλέκονται κάθε φορά» (Bogner, 1994). Επομένως δεν πρέπει να αναζητούνται άτομα, να αποδίδονται κατηγορίες και να κυριαρχεί το αίσθημα της ντροπής. Αντίθετα τα λάθη πρέπει να εντοπίζονται, να αναφέρονται και να καταγράφονται καθώς συνιστούν «θησαυρούς» που αν αξιοποιηθούν σωστά θα συμβάλλουν στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Reason, 2000). Η Διοίκηση θα πρέπει να κατανέμει ευθύνες στο σύστημα για τα λάθη που συμβαίνουν και όχι στα άτομα μεμονωμένα, ενώ οι πρωτοβουλίες της για ασφάλεια, θα πρέπει να γίνονται αντιληπτές από το προσωπικό ως αναπόσπαστο κομμάτι του οράματος του οργανισμού και όχι ως μέσα συμμόρφωσης και τιμωρίας. Η συγκεκριμένη παράμετρος έλαβε το χαμηλότερο ποσοστό θετικών απαντήσεων και στις μελέτες των Fajardo – Dolci και συν. (2011) (Fajardo-Dolci et al., 2011), Bachaei και συν. (2011) (Baghaei et al., 2011), Bodur και Filiz (2009) (Bodur and Filiz, 2009), Ebadifard και συν. (2012) (Ebadifard et al., 2012)

Την εικόνα αυτή ενισχύει και το χαμηλό ποσοστό θετικών απαντήσεων (μόλις 39,4%) που έλαβε η παράμετρος «συχνότητα αναφοράς δυσμενών συμβάντων» αντικατοπτρίζοντας την αρνητική στάση των επαγγελματιών υγείας στην αναφορά λαθών που εντοπίστηκαν και διορθώθηκαν πριν επηρεάσουν τον ασθενή, λαθών που δεν πρόκειται να βλάψουν τον ασθενή και λαθών που θα μπορούσαν να βλάψουν τον ασθενή αλλά δεν τον έβλαψαν τελικά. Την κατάσταση αυτή ενισχύει και η παντελής απουσία συστήματος αναφοράς και καταγραφής λαθών και δυσμενών συμβάντων στα ελληνικά νοσοκομεία.

Όσο πιο θετική ήταν η στάση των επαγγελματιών υγείας στην παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» τόσο πιο θετική είναι και η στάση τους απέναντι στην αναφορά των λαθών. Όσο δηλαδή οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζουν τις προσπάθειες των Προϊσταμένων τους μέσω της συστηματική αξιολόγηση των αλλαγών βάσει των δυσμενών συμβάντων, ενημέρωση του προσωπικού για τα δυσμενή συμβάντα που λαμβάνουν χώρα, συζητήσεις στο χώρο εργασίας σχετικά με την πρόληψη δυσμενών συμβάντων για την εξασφάλιση ασφαλούς περιβάλλοντος τόσο πιο συχνά αναφέρουν τυχόν λάθη και παραλήψεις που θα μπορούσαν να αποβούν μοιραία για την ζωή των ασθενών.

Η αύξηση της βαθμολογίας στον παράγοντα «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στον παράγοντα «συχνότητα αναφοράς λαθών». Αναμενόμενο εύρημα, καθώς η απουσία φόβου από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας για χλευασμό, αμφισβήτηση και τιμωρία για λάθη ή δυσμενή συμβάντα που εμπλέκονται οι ίδιοι οδηγεί στην μη συγκάλυψη των λαθών και στην αποτελεσματική διαχείρισή τους.

Όσο πιο καλή ήταν η συνεργασία και η ομαδική εργασία μεταξύ των μονάδων του νοσοκομείου τόσο πιο σπάνια αναφέρονταν λάθη που θα μπορούσαν ή όχι να βλάψουν τον ασθενή αλλά τελικά δεν τον επηρέασαν, είτε λόγω μη συχνής πραγματοποίησής τους ή έγκαιρης αντιμετώπισής τους είτε λόγω συγκάλυψης στα πλαίσια της επαγγελματικής αλληλεγγύης.

Το 40,1% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι τους τελευταίους 12 μήνες δεν έκανε καμία αναφορά δυσμενούς συμβάντος στους ανωτέρους του ενώ το 35% ανέφερε ότι έκανε από 1 έως 2 αναφορές δυσμενών συμβάντων τον τελευταίο χρόνο. Το γεγονός ότι δεν έγινε καμία αναφορά δυσμενούς συμβάντος δεν σημαίνει ότι δεν πραγματοποιήθηκε κιόλας. Το αποτέλεσμα αυτό πρέπει να ερμηνευτεί με προσοχή, γιατί υπάρχει το ενδεχόμενο τα άτομα που ανέφεραν κάποιο δυσμενές συμβάν να ήταν πιο ευαισθητοποιημένοι σε θέματα ασφάλειας ασθενούς και διατεθειμένοι να καταγράψουν και να αναφέρουν τα λάθη τους. Οι μελέτες σε χώρες που έχει εφαρμοστεί η αναφορά και καταγραφή δυσμενών συμβάντων έχουν αναδείξει ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι διστακτικοί στην καταγραφή και αναφορά δυσμενών συμβάντων και λαθών και όσοι είναι πιο θετικοί, προτιμούν την ανώνυμη καταγραφή και αναφορά τους, πιθανά λόγω του φόβου των συνεπειών ή απώλειας της εμπιστοσύνης στις ικανότητές τους (Potylucky et al., 2006).

Το δεύτερο υψηλότερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων (55,6%) απαντάται στην παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση» αντανακλώντας τη θετική άποψη των συμμετεχόντων για τις δυναμικές ενέργειες που λαμβάνουν χώρα στα ελληνικά νοσοκομεία για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς, για τις θετικές αλλαγές στις οποίες έχουν οδηγήσει τα λάθη καθώς και για την επαναξιολόγηση των αλλαγών αυτών. Οργανωσιακή μάθηση είναι η διαδικασία μέσω της οποίας τα μέλη του οργανισμού, εντοπίζουν λάθη ή παραλήψεις και τα διορθώνουν επανακατασκευάζοντας οργανωσιακές θεωρίες (Argyris and Schön, 1978). Στην περίπτωση των νοσοκομείων, η οργανωσιακή μάθηση επιτυγχάνεται όταν ο οργανισμός μαθαίνει μέσα από τα λάθη του και ενσωματώνει τις διαδικασίες βελτίωσης της απόδοσης, στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας (Blake et al., 2006). Αυτό το είδος κουλτούρας δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας στο προσωπικό, βελτιώνει την αξιοπιστία που πρέπει να χαρακτηρίζει ένα νοσοκομείο και ενισχύει τη μάθηση μέσα από προγράμματα επιμόρφωσης και εκπαίδευσης, που αποσκοπούν στην εμπέδωση της σημασίας της ασφάλειας και της αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας για τον οργανισμό (McCarthy and Blumenthal, 2006).

Επιπρόσθετα οι οργανισμοί που παρουσιάζουν μεγάλες δυνατότητες απόκτησης γνώσης, χαρακτηρίζονται από ευέλικτη και ανοιχτή σκέψη και αποδέχονται ότι πάντα υπάρχει κάτι που μπορούν να μάθουν, λόγω του αβέβαιου και πολύπλοκου περιβάλλοντος τους. Επομένως τα νοσοκομεία, στην προσπάθεια ενίσχυσης των γνώσεων τους σε θέματα ασφάλειας, θα πρέπει να είναι ευέλικτα σε αλλαγές, που θα βελτιώσουν την ασφάλεια όπως είναι για παράδειγμα η απλούστευση των διαδικασιών για πρόληψη των λαθών. Παράλληλα το νοσοκομείο πρέπει να μαθαίνει τόσο από τις επιτυχίες όσο και από τα λάθη του, ενώ οι εργαζόμενοι θα πρέπει να ενημερώνονται για δείκτες ασφάλειας που αφορούν τον οργανισμό (Maecham, 1993).

Θετικό κλίμα για τη συγκεκριμένη παράμετρο παρατηρήθηκε και στις έρευνες που έγιναν στις ΗΠΑ (Jones et al., 2008), την Σκωτία (Agnew et al., 2013), την Κίνα (Nie et al., 2013), το Λίβανο (El-Jardali et al., 2010) και Σαουδική Αραβία (Alahmadi, 2010).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον αποτελεί το γεγονός ότι η παράμετρος «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη», παρουσίασε μια από τις υψηλότερες βαθμολογίες (52,2%), εύρημα το οποίο δεν επιβεβαιώνεται από την διεθνή βιβλιογραφία. Το θετικό αυτό ποσοστό εκφράζει την ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την ενημέρωση που έχουν για τα λάθη που συμβαίνουν στο χώρο του νοσοκομείου, για τις αλλαγές που προγραμματίζονται βάσει των αναφορών των δυσμενών συμβάντων και για τις συζητήσεις που λαμβάνουν χώρα προς αναζήτηση τρόπων πρόληψης αυτών. Κάτι τέτοιο πιθανόν να ερμηνεύεται από τη διαπίστευση ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών που έχουν κάποια από τα νοσοκομεία, η οποία απαιτεί τη συνεχή ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα ασφάλειας. Η παραπάνω αντίληψη ενισχύεται και από τα αποτελέσματα της έρευνας των El – Jardali και συν (2011), τα οποία ανέδειξαν ότι η διαπίστευση του νοσοκομείου, σχετίζεται με υψηλότερες βαθμολογίες για πολλές παραμέτρους της κουλτούρας ασφαλείας,

συμπεριλαμβανομένου και της «ανατροφοδότησης και επικοινωνίας για τα λάθη» (El-Jardali et al., 2011).

Η κουλτούρα για την ασφάλεια του ασθενούς φαίνεται να μην έχει καλλιεργηθεί επισήμως στα ελληνικά νοσοκομεία και οι επαγγελματίες υγείας προσπαθούν να αποκρύψουν τυχόν λάθη και παραλήψεις κατά την παροχή υγειονομικής φροντίδας γεγονός που επιβεβαιώνεται και από το ποσοστό θετικών απαντήσεων που παρουσίασε η παράμετρος «ανοικτή επικοινωνία» (47,9%), η δυνατότητα δηλαδή των επαγγελματιών υγείας να εκφραστούν ελεύθερα αν δουν κάτι που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη φροντίδα του ασθενούς και απαλλαγμένοι από φόβο να θέσουν ερωτήσεις στους Προϊστάμενους / Διευθυντές για τυχόν διευκρινίσεις. Η ενθάρρυνση των επαγγελματιών υγείας να εκφράζονται ελεύθερα κατά την παροχή υγειονομικής φροντίδας είναι μια παράμετρος που χρήζει βελτίωσης στα ελληνικά νοσοκομεία καθώς η μη αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αποτελεί μια από τις κύριες αιτίες εμφάνισης λαθών και δυσμενών συμβάντων στην υγεία (Leonard et al., 2004, Lingard et al., 2004, Woolf et al., 2004).

Η μη αποτελεσματική επικοινωνία, γραπτή και προφορική και η έλλειψη ομαδικού πνεύματος και συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια του ασθενούς λόγω παράλειψης κρίσιμων πληροφοριών, παρερμηνείας των γεγονότων και των καταστάσεων, ασαφείς οδηγίες κτλ (Blendon et al., 2002, Donchin et al., 2003, Helmreich, 2000, Taxis and Barber, 2003). Στα ελληνικά νοσοκομεία η στάση των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά τη συνεργασία και την ομαδική εργασία εντός των μονάδων του νοσοκομείου δεν είναι θετική καθώς το ποσοστό θετικών απαντήσεων για την συγκεκριμένη παράμετρος ανέρχεται μόλις στο 36,8%. Λίγο καλύτερη φαίνεται να είναι η «συνεργασία και η ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου» με το μέσο ποσοστό των θετικών απαντήσεων να ανέρχεται στο 49,4%. Η ομαδική εργασία θεωρείται από την JCAHO, στρατηγική πρόληψης λαθών και απαραίτητο στοιχείο των οργανισμών υγείας με θετική κουλτούρα ασφάλειας (JCAHO, 2002b). Μάλιστα μέσα από την ομαδική εργασία καλλιεργείται η αλληλοεξαρτώμενη συνεργασία και η αποτελεσματική επικοινωνία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας. Η αποτελεσματική επικοινωνία βοηθά τις διαδικασίες σχεδιασμού, λήψης αποφάσεων και αντιμετώπισης προβλημάτων, ενώ οι οργανισμοί με θετικό κλίμα ασφάλειας χαρακτηρίζονται από ένα ασφαλές και αποτελεσματικό σύστημα επικοινωνίας, με φορά από πάνω προς τα κάτω και αντίστροφα μέσω διαύλων τυπικής και άτυπης επικοινωνίας. Επιπρόσθετα, ο αλληλοσεβασμός καθώς και η ανοιχτή επικοινωνία αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες για την επίτευξη αποτελεσματικής διεπιστημονικής συνεργασίας (Δημητριάδου - Παντέκα et al., 2010). Μάλιστα σύμφωνα με τον Cooper (2000), οι οργανισμοί με θετική κουλτούρα ασφάλειας χαρακτηρίζονται από επικοινωνία που θεμελιώνεται στη βάση της αμοιβαίας εμπιστοσύνης (Cooper, 2000).

Από την άλλη, ο βαθμός και η ποιότητα συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας καθορίζει την κουλτούρα ασφάλειας, τη συχνότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων συμβάντων και την αποτελεσματικότητα του οργανισμού (Kydonas Ch et al., 2010). Ο

βαθμός συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, επηρεάζεται από κοινωνικούς, πολιτισμικούς και εκπαιδευτικούς παράγοντες. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία το ικανοποιητικό εργασιακό περιβάλλον, η ισχυρή ηγεσία, η ορθή χρήση της γλώσσας, η εφαρμογή στρατηγικών που τονίζουν τη σημασία της αποτελεσματικής επικοινωνίας και η εκπαίδευση, ενισχύουν τις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Wear and Keck-McNulty, 2004). Από την άλλη, η διαφορετική επαγγελματική κουλτούρα, τα διαφορετικά οικονομικά κίνητρα, το φύλο, η ιεραρχική δομή του συστήματος και η σύγκρουση ρόλων επηρεάζουν αρνητικά τόσο την επικοινωνία όσο και τη συνεργασία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας. Το γεγονός αυτό δημιουργεί ανταγωνιστικές σχέσεις ανάμεσα στο προσωπικό και παράλληλα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης λαθών (Sterchi, 2007).

Ένας άλλος παράγοντας που υπονομεύει την καλή συνεργασία εντός του νοσοκομείου είναι οι δύο (2) ξεχωριστές επαγγελματικές κουλτούρες ιατρών και νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές περνώντας περισσότερο χρόνο με τους ασθενείς, επικεντρώνονται περισσότερο στην φροντίδα και όχι στην θεραπεία και εστιάζουν στην ομαδική εργασία ενώ οι ιατροί αποδίδουν στον εαυτό τους κυρίαρχο ρόλο στην παροχή φροντίδας. Κατά συνέπεια δημιουργείται αρνητικό κλίμα το οποίο εύκολα πυροδοτεί αρνητικές συμπεριφορές επηρεάζοντας έτσι την επικοινωνία και την ομαδική εργασία. Είναι προφανές επιπλέον ότι, όταν υπάρχει φόρτος εργασίας οι μονάδες δεν αλληλοβοηθούνται όσο θα έπρεπε καθώς ο καθένας θέλει να στηρίξει τη μονάδα του. Απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση του τρόπου επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας και εφαρμογή προτυποποιημένων διαδικασιών προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν τα λάθη που οφείλονται σε κακή επικοινωνία (Joint Commission Resources, 2006). Η εξασφάλιση υγιούς περιβάλλοντος εργασίας που προάγει την ομαδική συνεργασία μέσω της αποτελεσματικής επικοινωνίας μέσα στο νοσοκομείο βελτιώνει τα κλινικά αποτελέσματα, αυξάνει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών, και συμβάλει στην μείωση των δαπανών σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους.

Στα πλαίσια της καλής συνεργασίας και της ομαδικής εργασίας είναι αναγκαία η συζήτηση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας για τυχόν λάθη ή δυσμενή συμβάντα που έλαβαν χώρα. Η συζήτηση διαφέρει από την ενημέρωση των Προϊσταμένων / Διευθυντών. Η συζήτηση γύρω από τα λάθη αλλά και από ζητήματα ασφάλειας του ασθενούς εν γένει είναι χρονοβόρα και σε καμία περίπτωση δεν συμβάλλει στην αποτροπή της εκδήλωσης των συνεπειών του λάθους στο συγκεκριμένο ασθενή. Αντίθετα, μέσω της συζήτησης ο επαγγελματία υγείας κοινοποιεί το λάθος σε συναδέλφους του έχοντας την πεποίθηση ότι θα τον καταλάβουν και θα τον στηρίξουν συναισθηματικά. Αντίστοιχες μελέτες αναδεικνύουν την εμπιστοσύνη των επαγγελματιών υγείας προς τους συναδέλφους τους (Lawton and Parker, 2002, Schelbred and Nord, 2007).

Αποθαρρυντικά είναι επίσης τα αποτελέσματα τα οποία αφορούν τις «μεταφορές / διακομιδές εντός του νοσοκομείου», αφού το μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων βρέθηκε 44,4%. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι το προσωπικό πιστεύει ότι

σημαντικές πληροφορίες που αφορούν τη φροντίδα των ασθενών, χάνονται κατά την αλλαγή της βάρδιας ή κατά τη μεταφορά ασθενών από τη μια μονάδα στην άλλη. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη επικοινωνίας που παρατηρείται κατά τη διαδικασία μεταφοράς των ασθενών ή στην μη αποτελεσματική διαχείριση των πειστικών καταστάσεων που συχνά παρατηρούνται στο χώρο του νοσοκομείου (Alvarado et al., 2006). Παρόμοια ευρήματα βρέθηκαν και σε αντίστοιχες έρευνες και ιδιαίτερα στην έρευνα των Wagner και συν. (2013), που έλαβε χώρα σε νοσοκομεία στις ΗΠΑ, της Ολλανδίας και της Ταϊβάν. Η παράμετρος «μεταφορές / διακομιδές των ασθενών εντός του νοσοκομείου» παρουσίασε τη χαμηλότερη βαθμολογία απ' όλες τις παραμέτρους (Wagner et al., 2013).

Ο υγειονομικός τομέας είναι τόσο εντάσεως εργασίας όσο και εξάρτησης εργασίας και κατ' επέκταση η ποιότητα και η ποσότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την επαρκή στελέχωση των δομών υγείας καθώς και από την εκπαίδευση και τις ικανότητες του προσωπικού (King and Martineau, 2006). Η στελέχωση με τη σειρά της συνδέεται με το φόρτο εργασίας και τις ώρες εργασίας. Το χαμηλό ποσοστό θετικών απαντήσεων (24,2%) που καταγράφηκε για την παράμετρο «στελέχωση» δηλώνει το αρνητικό κλίμα που επικρατεί στα ελληνικά νοσοκομεία, σχετικά με την επάρκεια του προσωπικού και την κατανομή αυτού, για να αντιμετωπιστεί ο φόρτος εργασίας και την υπερωριακή απασχόληση του προσωπικού για την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας στους ασθενείς. Συγκεκριμένα, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (65,5%) υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει επαρκές προσωπικό για να αντιμετωπίσει το φόρτο εργασίας. Παρόμοια ευρήματα σε σχέση με την «στελέχωση» αναφέρονται στην μελέτη των Hellings και συν. (2010), και στις μελέτες που διεξήχθησαν σε Ταϊβάν και Κίνα (Chen and Li, 2010, Hellings et al., 2007, Zhu et al., 2012).

Η υποστελέχωση των τμημάτων στα ελληνικά νοσοκομεία εκφράζεται και σε αρκετά σχόλια των συμμετεχόντων γεγονός που επιβεβαιώνει την ιδιομορφία του ελληνικού συστήματος υγείας, σχετικά με την συντριπτική υπεροχή του ιατρικού προσωπικού έναντι του νοσηλευτικού. Το φαινόμενο της υποστελέχωσης προκαλεί δυσχέρεια στην εκτέλεση των καθηκόντων, επαγγελματική κόπωση, μη ικανοποίηση από την άσκηση του επαγγέλματος καθώς και αναντιστοιχία παραγόμενου έργου και αμοιβών. Η υποστελέχωση σε συνδυασμό με το φόρτο εργασίας και την επαγγελματική εξουθένωση ως απόρροια των δύο προηγούμενων, την πίεση χρόνου και τις συχνές διακοπές κατά την παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας αναγνωρίζονται ως παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην αύξηση του κινδύνου εμφάνισης λαθών και δυσμενών συμβάντων στους ασθενείς (Aiken et al., 2014, Cho et al., 2014). Συγκεκριμένα η πλειονότητα των μελετών που έχουν γίνει ανέδειξαν ότι, η υποστελέχωση σχετίζεται θετικά με αύξηση στα ποσοστά εμφάνισης πνευμονίας, αιμορραγίας του γαστρεντερικού συστήματος, καρδιακής ανακοπής, ουρολοιμώξεων και αποτυχίας διάσωσης (Hickam et al., 2003, Lindrooth et al., 2006). Επιπρόσθετα ο μειωμένος αριθμός προσωπικού πιθανόν να σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας. Σύμφωνα λοιπόν με έρευνες, για κάθε επιπλέον χειρουργικό ασθενή (άνω των τεσσάρων) που αναλογεί ανά νοσηλευτή αυξάνεται η πιθανότητα θανάτου

του ασθενούς μέσα σε τριάντα (30) μέρες από την εισαγωγή του (Aiken et al., 2002b) καθώς και το ποσοστό αποτυχίας διάσωσης, που ορίζεται ως ο θάνατος των ασθενών μετά από επιπλοκές (Needleman et al., 2002). Από την άλλη, η επάρκεια του προσωπικού συνδέεται με τη μείωση του ποσοστού εμφάνισης λαθών στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, με μειωμένες κατακλίσεις και με μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών (Blegen et al., 1998, Blegen and Vaughn, 1998). Επίσης μέσα από την ανασκόπηση είκοσι δύο (22) μελετών επιβεβαιώνεται ότι η επαρκής στελέχωση και σύνθεση του προσωπικού συσχετίζεται με τη βελτίωση της έκβασης των ασθενών (Lankshear et al., 2005).

Στην Ελλάδα η νομοθεσία με συγκεκριμένες διατάξεις καθορίζει με ευκρίνεια τις συνθήκες και τα ωράρια εργασίας η οποία όμως δεν τηρείται λόγω της έλλειψης προσωπικού, επομένως ο κίνδυνος πραγματοποίησης λάθους είναι ιδιαίτερα αυξημένος. Ως πιθανές αιτίες της «υποστελέχωσης» που παρατηρείται στα ελληνικά νοσοκομεία μπορεί να επισημανθεί η προσπάθεια μείωσης των δαπανών στην υγεία και η εν γένει εξυγίανση του δημόσιου τομέα υγείας που επιχειρείται τα τελευταία χρόνια λόγω οικονομικής κρίσης, η έλλειψη σχεδιασμού ανθρώπινου δυναμικού και η αδυναμία προσαρμογής του εκπαιδευτικού συστήματος με τις ανάγκες της αγοράς.

Σε επίπεδο τμήματος, το κλίμα ασφάλειας κρίνεται ικανοποιητικό αφού το 53,6% των συμμετεχόντων αξιολόγησε την επίδοση του τμήματος στο οποίο εργάζονταν από «πολύ καλή» έως «άριστη», ενώ αρκετοί ήταν αυτοί που εξέφρασαν θετικά σχόλια για το ικανοποιητικό επίπεδο ασφάλειας των τμημάτων που εργάζονταν (31,4% αξιολόγησε την επίδοση του τμήματος στο οποίο εργάζονταν ως «καλή»). Εξαιρετικά υψηλό ποσοστό επαγγελματιών υγείας (80,7%) δήλωσε πως εργάζεται δυναμικά για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς, ενώ τα λάθη που προέκυψαν οδήγησαν σε θετικές αλλαγές στο τμήμα. Παρόλα αυτά οι περισσότερες απαντήσεις που έχουν δώσει οι συμμετέχοντες έρχονται σε αντίθεση με τη δήλωση του βαθμού ασφαλείας του τμήματος. Η εξήγηση που μπορεί να δοθεί είναι ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία επαγγελματίες υγείας δεν θέλουν να δώσουν αρνητική εικόνα του νοσοκομείου και του τμήματος τους σε θέματα ασφάλειας την στιγμή που εργάζονται δυναμικά για την εξασφάλισή της. Παράλληλα πιστεύουν ότι κάθε αρνητικό στοιχείο που υπάρχει σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς στο τμήμα τους, θα έχει αντίκτυπο σε αυτούς (Leape, 2000b, Mayo and Duncan, 2004, Meurier et al., 1997). Το παραπάνω ποσοστό είναι μικρότερο από το αντίστοιχο ποσοστό των συμμετεχόντων που βαθμολόγησαν το τμήμα που εργάζονταν με «άριστα» ή «πολύ καλά» ως προς την ασφάλεια του ασθενούς, το οποίο κυμάνθηκε από 60% έως 70%.

Εν κατακλείδι, οι επαγγελματίες υγείας εξέφρασαν θετική στάση με μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων 53,2%, όσον αφορά τη συνολική αντίληψη της ασφάλειας του ασθενούς στα ελληνικά νοσοκομεία. Πιο αναλυτικά, αποτελεσματικές αλλά με σημαντικά περιθώρια βελτίωσης, θεωρούν τις διαδικασίες και τα συστήματα που εφαρμόζονται στα ελληνικά νοσοκομεία όσον αφορά την πρόληψη των λαθών και σε καμία περίπτωση θεωρούν ότι δεν θυσιάζεται η ασφάλεια του ασθενούς προκειμένου να διεκπεραιωθεί μεγαλύτερος όγκος δουλειάς. Επομένως αξιολογείται τόσο η

αποτελεσματικότητα των αλλαγών οι οποίες εφαρμόζονται για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς όσο και η αποτελεσματικότητα των αλλαγών που τίθενται σε εφαρμογή, βάσει δηλωθέντων δυσμενών συμβάντων. Η διαμόρφωση θετικής κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς θα βοηθήσει τα νοσοκομεία να ενισχύσουν τα αποτελέσματα ασφάλειας του ασθενούς όπως η μη πραγματοποίηση μικροατυχημάτων, αυτοαναφορά ατυχημάτων, βελτίωση της συμπεριφοράς απέναντι σε θέματα ασφάλειας και τα αποτελέσματα ελέγχου ασφάλειας.

Οι δυναμικές ενέργειες για την εξασφάλιση και τη βελτίωση του επιπέδου ασφάλειας του ασθενούς (θετική ανατροφοδότηση για τα λάθη, επαναξιολόγηση των αλλαγών που έγιναν για τη βελτίωση της ασφάλειας), η εξάλειψη του φόβου της καταγραφής του λάθους, της αρνητικής αξιολόγησης του εμπλεκόμενου επαγγελματία υγείας και τέλος της τιμωρίας του επαγγελματία υγείας και η επίτευξη σχέσεων εμπιστοσύνης και καλής συνεργασίας με τους Προϊσταμένους / Διευθυντές των τμημάτων καθώς και η ενεργή συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στη λήψη αποφάσεων για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς συμβάλλουν στην διαμόρφωση θετικότερης συνολικής αντίληψης της ασφάλειας του ασθενούς.

Στη διαμόρφωση θετικότερης αντίληψης για την ασφάλεια του ασθενούς συμβάλλει επιπλέον η θετική αντίληψη των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά την στελέχωση των νοσοκομείων, την υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας βάζοντας σε πρώτη θέση στην διοικητική ατζέντα το ζήτημα της ασφάλειας του ασθενούς, την απουσία προβλημάτων και απώλειας πληροφοριών σχετικά με την υγεία των ασθενών κατά την αλλαγή της βάρδιας και τη μεταφορά από τη μια μονάδα στην άλλη εντός του νοσοκομείου. Τέλος, η εξασφάλιση «ανοικτής επικοινωνίας» μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και ελεύθερης έκφρασης και συζήτησης για λάθη και δυσμενή συμβάντα που έλαβαν χώρα καθώς και η πρόληψη αυτών διαμορφώνουν θετικότερη συνολική αντίληψη για την ασφάλεια του ασθενούς.

Όσον αφορά τα δημογραφικά και τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας αυτά που φαίνεται να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική σχέση με τις περισσότερες από τις παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας είναι (α) οι ώρες εργασίας εβδομαδιαίως (β) η ηλικία (γ) η επαγγελματική ιδιότητα των επαγγελματιών υγείας (δ) το εκπαιδευτικό υπόβαθρο (ε) το μέγεθος του νοσοκομείου (στ) το είδος του νοσοκομείου και (η) η γεωγραφική θέση του νοσοκομείου.

Η αύξηση των ωρών εργασίας εβδομαδιαίως (πέρα από τις 40 ώρες εβδομαδιαίως) οδηγεί σε κόπωση των επαγγελματιών υγείας η οποία συμβάλλει στην αύξηση των λαθών και των δυσμενών συμβάντων. Πιο αναλυτικά, η αύξηση των ωρών εργασίας / εβδομαδιαίως σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας στις παραμέτρους «ανοιχτή επικοινωνία», «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση», «προσδοκίες και δράση των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια», «στελέχωση». Όσο αυξάνονταν οι ώρες εργασίας των επαγγελματιών υγείας στη συγκεκριμένη μονάδα εβδομαδιαίως τόσο περισσότερο έβλεπαν με καχυποψία τις δράσεις και τις προσδοκίες των Προϊσταμένων και των Διευθυντών τους σχετικά με τα θέματα ασφάλειας του

ασθενούς. Γεγονός που πιθανά μπορεί ως ένα βαθμό να ερμηνευτεί καθώς όσο αυξάνονται οι ώρες εργασίας εβδομαδιαίως αυξάνονται και οι πιθανότητες να υποπέσουν σε λάθος οι επαγγελματίες υγείας ή να εκδηλωθεί κάποιο δυσμενές συμβάν κατά την παροχή φροντίδας υγείας ακόμη και να επαναληφθούν τα ίδια λάθη, που η Διεύθυνση του τμήματος ωστόσο δεν έχει αξιολογήσει ακόμη είτε φόρτου εργασίας, είτε μη αποδίδοντας σε αυτά την πρέπουσα σημασία.

Η υποστελέχωση γίνεται περισσότερο αντιληπτή στους επαγγελματίες υγείας όσο αυξάνονται οι ώρες εργασίας εβδομαδιαίως που καλούνται να παρέχουν φροντίδα υγείας υψηλής ποιότητας. Όσο περισσότερες ώρες εργάζονται εβδομαδιαίως οι επαγγελματίες υγείας τόσο λιγότερο έχουν την διάθεση να εκφραστούν ελεύθερα αν δουν κάτι που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη φροντίδα του ασθενούς ή να αμφισβητήσουν τις αποφάσεις της Διεύθυνσης θέλοντας να εξασφαλίσουν ένα κλίμα εργασίας απαλλαγμένο από εντάσεις και διαφωνίες.

Οι Bodur και Filiz (2010), εξέτασαν τις απόψεις των ιατρών και των νοσηλευτών, για τους παράγοντες που επηρεάζουν την κουλτούρα ασφάλειας σε τρία Δημόσια νοσοκομεία της Τουρκίας. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης έδειξαν ότι το προσωπικό που εργάζονταν περισσότερες από 50 ώρες τη βδομάδα παρουσίασε χαμηλότερες βαθμολογίες από το υπόλοιπο προσωπικό στις παραμέτρους «ομαδική εργασία εντός τμημάτων», «οργανωσιακή μάθηση», «συνολική αντίληψη της ασφάλειας» και «ανατροφοδότηση/επικοινωνία για τα λάθη» (Bodur and Filiz, 2010).

Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στις παραμέτρους «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη», «οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση», «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων». Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία επαγγελματίες υγείας έχουν συνειδητοποιήσει την δυναμικότητα της ομάδας στην ανάπτυξη κουλτούρας ασφάλειας λόγω συσσωρευμένης εμπειρίας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης. Χαμηλότερη βαθμολόγηση του παράγοντα της ομαδικής εργασίας από τους νεαρότερους επαγγελματίες υγείας παρουσιάζεται και σε άλλες έρευνες όπως του Thomas και συν. στις ΗΠΑ (Thomas et al., 2003) και του Abdou και Saber στην Αλεξάνδρεια που χρησιμοποίησαν το εργαλείο HSOPSC (Abdou and Saber, 2011).

Η κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών διαφοροποιείται σε διαφορετικά περιβάλλοντα, πχ μονάδες – τμήματα, κατηγορίες επαγγελματιών υγείας κλπ (Haugen et al., 2010). Όσον αφορά την επαγγελματική ιδιότητα των επαγγελματιών υγείας, οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσηλευτές είχαν μεγαλύτερο συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων στις παραμέτρους κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς σε σχέση με τους ιατρούς. Οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσηλευτές αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στην επικοινωνία τους και την άμεση επαφή με τους ασθενείς όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, γεγονός που συμβάλλει στην εντονότερη ενασχόληση των προαναφερθέντων επαγγελματιών υγείας με θέματα ασφάλειας του ασθενούς (Grant et al., 2006, Simpson, 2005). Πιο αναλυτικά, οι νοσηλευτές είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία και συνεπώς θετικότερη αντίληψη, στις παραμέτρους «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη», «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε

θέματα ασφάλειας» σε σχέση με τους ιατρούς. Η τάση αυτή των νοσηλευτών επιβεβαιώνεται από την μελέτη της Κάργα και συν. (2008), η οποία διενεργήθη σε επτά (7) νοσοκομεία της Ελλάδας και αναφέρει ότι το 39% των νοσηλευτών έκανε κάποιο λάθος και το συζήτησε με τον Προϊστάμενό του, το 42% με κάποιο ιατρό και το 6,6% με κανέναν (Κάργα et al., 2008).

Οι βοηθοί νοσηλευτές είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στις παραμέτρους «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη», «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας», «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων», «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» σε σχέση με τους ιατρούς. Οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσηλευτών φαίνεται να αναγνωρίζουν και να στηρίζουν περισσότερο τις όποιες προσπάθειες της Διοίκησης σε θέματα ασφάλειας του ασθενούς σε σχέση με τους ιατρούς γεγονός που μπορεί να αποδοθεί στην διαφορετική επαγγελματική κουλτούρα που διέπει τους νοσηλευτές και τους ιατρούς καθώς οι πρώτοι δαπανώντας περισσότερο χρόνο με τους ασθενείς επικεντρώνονται περισσότερο στην φροντίδα και όχι στην θεραπεία και εστιάζουν στην ομαδική εργασία και στην καλή συνεργασία με τις υπόλοιπες υπηρεσίες του νοσοκομείου (διοικητική, τεχνική) για την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας ενώ οι ιατροί αποδίδουν στον εαυτό τους κυρίαρχο ρόλο στην παροχή φροντίδας με αποτέλεσμα να μην είναι ιδιαίτερα συνεργάσιμοι με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Η μη αποδοχή των πράξεων της Διοίκησης σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς από το σύνολο των επαγγελματιών υγείας, πιθανόν να σχετίζεται με την αδυναμία της Διοίκησης να ανταποκριθεί στις προσδοκίες του προσωπικού ή με αναποτελεσματικές δράσεις της να έχει αντίκτυπο στην ασφάλεια του ασθενούς, αφού σύμφωνα με την έρευνα των Huang et al, μπορεί να παρατείνει τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών (Huang et al., 2010a). Πάντως οι αντιλήψεις του προσωπικού για τη στάση που επιδεικνύει η Διοίκηση σε θέματα ασφάλειας, φαίνεται να επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες σύμφωνα με τους Kim και συν. (2013). Συγκεκριμένα, οι παράγοντες που σχετίζονται θετικά με την αντίληψη του προσωπικού για τη στάση της Διοίκησης ως προς την ασφάλεια του ασθενούς, είναι η επαφή με τους ασθενείς, η μεγαλύτερη εμπειρία και η εκπαίδευση σε θέματα ασφάλειας, ενώ οι ώρες εργασίας συσχετίζονται αρνητικά (Kim et al., 2013).

Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνονται και από την έρευνα των Nie και συν. (2013), που σύγκριναν την κουλτούρα ασφάλειας των νοσηλευτών με αυτή των ιατρών σε νοσοκομεία της Κίνας. Κατέληξαν λοιπόν ότι οι νοσηλευτές έδωσαν περισσότερες θετικές απαντήσεις απ' ότι οι ιατροί (Nie et al., 2013). Το γεγονός αυτό αποδόθηκε στην πιο άμεση επαφή και επικοινωνία που είχαν οι νοσηλευτές με τους ασθενείς. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και στην έρευνα των El-Jardali και συν. (2010), σύμφωνα με την οποία οι νοσηλευτές αξιολόγησαν τη μονάδα που εργάζονταν, με μεγαλύτερη βαθμολογία και ανέφεραν πιο συχνά ανεπιθύμητα συμβάντα απ' ότι οι ιατροί (El-Jardali et al., 2010).

Σχετικά με το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των επαγγελματιών υγείας διαφαίνεται ότι οι απόφοιτοι ΤΕΙ είχαν μεγαλύτερο συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων σε σχέση

με τους απόφοιτους ΑΕΙ. Αναλυτικότερα, οι απόφοιτοι ΤΕΙ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στις παραμέτρους «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων» και «μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» σε σχέση με τους απόφοιτους ΑΕΙ. Είναι φανερό ότι οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας και τεχνολογικής εκπαίδευσης έχουν συνειδητοποιήσει την δυναμικότητα της ομάδας στην ανάπτυξη κουλτούρας ασφάλειας λόγω συσσωρευμένης εμπειρίας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται με τα ευρήματα αντίστοιχων μελετών που διεξήχθησαν από τους Nie και συν. (2013), στην Κίνα και από τους Bodur και Filiz στην Τουρκία το 2009 και το 2010. Πιο αναλυτικά οι εν λόγω μελέτες κατέληξαν ότι οι ιατροί με χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο και επίπεδο προσόντων παρουσίαζαν υψηλότερο ποσοστό θετικών απαντήσεων στις παραμέτρους «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου», «υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας», «ανοικτή επικοινωνία», «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου», «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» σε σχέση με τους ιατρούς με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο και επίπεδο προσόντων (Bodur and Filiz, 2009, Bodur and Filiz, 2010, Nie et al., 2013).

Το μέγεθος του νοσοκομείου επηρεάζει την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης. Οι επαγγελματίες υγείας σε νοσοκομεία δυναμικής 100 - 250 κλινών είχαν μεγαλύτερο συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας σε νοσοκομεία δυναμικής >400 κλινών. Αυτό ερμηνεύεται από την δυσκολία που αντιμετωπίζουν τα μεγάλα νοσοκομεία (>400 κλίνες) στην καθολική εφαρμογή διαδικασιών και πρωτοκόλλων ποιότητας εξαιτίας κυρίως της ιεραρχικής δομής και της γραφειοκρατίας. Μια ομάδα επιστημών από το Λίβανο στην προσπάθεια να μελετήσει την επίδραση της διαπίστευσης, στην ποιότητα της φροντίδας υγείας, αναδεικνύει τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στο μέγεθος του νοσοκομείου και τα καλύτερα αποτελέσματα ποιότητας (El-Jardali et al., 2008). Το μέγεθος του νοσοκομείου είναι ιδιαίτερα σημαντικό καθώς δεδομένα από την διεθνή βιβλιογραφία συνδέουν τα μικρά νοσοκομεία με πιο αποτελεσματική ηγεσία σε σχέση με ζητήματα ασφάλειας του ασθενούς, γεγονός που συμβάλλει στην ανάπτυξη καλύτερων συμπεριφορών σε οργανωτικό επίπεδο (Ginsburg et al., 2010). Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι στα μικρά νοσοκομεία όπου η οικονομική επιβάρυνση των προγραμμάτων ασφάλειας μπορεί να είναι μεγαλύτερη, η επίσημη ηγεσία παρακολουθεί πιο στενά την εφαρμογή των εν λόγω προγραμμάτων και έχει μεγαλύτερη επίδραση σε αυτά σε σχέση με τα μεγαλύτερα νοσοκομεία. Το μέγεθος του νοσοκομείου, σύμφωνα με ευρήματα της βιβλιογραφίας, συμβάλλει καθοριστικά στην διαμόρφωση των διοικητικών πρακτικών και των διαδικασιών που θα εφαρμοστούν στον εκάστοτε οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, τα μεγάλα νοσοκομεία μπορούν πιο εύκολα να προβούν σε διαδικασίες συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας και να συμμορφωθούν σύμφωνα με τις απαιτήσεις της διαπίστευσης (πχ αξιολόγηση της αντίληψης για την ασφάλεια των ασθενών) αντλώντας μεγαλύτερη αξία και όφελος σε σύγκριση με τα μικρότερα νοσοκομεία

δεδομένου του μικρότερου οικονομικού περιθωρίου που έχουν τα μικρότερα νοσοκομεία να προβούν σε διαπίστευση σε σχέση με τον συνολικό προϋπολογισμό τους (Montagu, 2003). Η γραφειοκρατία και το ιεραρχικό μοντέλο διοίκησης των μεγάλων νοσοκομείων επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την προσήλωση των επαγγελματιών υγείας σε αυτούς τους οργανισμούς και κατά συνέπεια και τις επιδόσεις τους. Αντίθετα τα μικρότερα νοσοκομεία παρουσιάζουν ομοιογενή κουλτούρα και οι επαγγελματίες υγείας είναι πολύ πιθανόν να πρεσβεύουν τις ίδιες αξίες σχετικά με την ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ασφάλεια του ασθενούς (El-Jardali, 2003). Τα ευρήματα αυτά δεν εναρμονίζονται με τα ευρήματα της μελέτης των Hamban και Sallem (2013) (Hamdan and Saleem, 2013), σύμφωνα με τους οποίους οι εργαζόμενοι στα μεγάλα νοσοκομεία παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό θετικών απαντήσεων σε σχέση με τους εργαζομένους των μικρότερων νοσοκομείων. Αυτό οφείλεται σύμφωνα με την ίδια μελέτη στο γεγονός ότι τα μικρότερα δημόσια νοσοκομεία στην Παλαιστίνη είναι νεοσύστατα και οι ελλείψεις σε ειδικευμένο και έμπειρο προσωπικό καθώς και σε εξοπλισμό είναι εμφανής. Σε αντίθεση με τα μεγαλύτερα νοσοκομεία τα οποία λειτουργούν ως κέντρα παραπομπής ασθενών με έμπειρο και εξειδικευμένο προσωπικό και σύγχρονο εξοπλισμό. Επιπλέον σε ορισμένα από τα μεγάλα νοσοκομεία εφαρμόζονται πιλοτικά προγράμματα και διαδικασίες σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς. Τέλος η εφαρμογή στρατηγικών βελτίωσης της ποιότητας που λαμβάνει χώρα στα μεγάλα νοσοκομεία περιλαμβάνει και διαδικασίες διαπίστευσης η οποία ως γνωστόν συνδέεται θετικά με την ασφάλεια του ασθενούς (Sunol et al., 2009). Αναλυτικότερα, οι εργαζόμενοι στα μικρομεσαία νοσοκομεία (100 – 250 κλίνες) είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στις παραμέτρους «στελέχωση», «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» και «μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου», «αξιολόγηση της επίδοσης της μονάδας σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς» σε σχέση με τους εργαζόμενους σε νοσοκομεία με >400 κλίνες.

Οι εργαζόμενοι σε νοσοκομεία με 100 - 250 κλίνες φαίνεται να αναγνωρίζουν και υποστηρίζουν περισσότερο τις προσπάθειες της Διοίκησης για την εξασφάλιση ασφαλούς περιβάλλοντος παροχής φροντίδας υγείας σε σχέση με τους εργαζόμενους σε νοσοκομεία >400 κλίνες γεγονός που μπορεί να αποδοθεί στον περιορισμένο φόρτο εργασίας που έχουν τα μικρότερα σε σχέση με τα μεγαλύτερα νοσοκομεία καθώς και στο ασθενές δίκτυο επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που αναπτύσσεται στα μεγαλύτερα νοσοκομεία σε σχέση με τα μικρότερα.

Σύμφωνα με την έρευνα της AHRQ για την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας στις ΗΠΑ το έτος 2012, τα μικρά νοσοκομεία, παρουσίασαν τις υψηλότερες βαθμολογίες για όλες τις παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας και τα μεγάλα νοσοκομεία (> 400 κλίνες) τις χαμηλότερες (Sorra et al., 2012). Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν ο El-Jardali και συν. (2010), οι οποίοι επιπλέον έδειξαν ότι υψηλότερες βαθμολογίες για τη «συνολική αντίληψη της ασφάλειας» και τη «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων», παρατηρήθηκαν σε νοσοκομεία που είχαν διαπίστευση ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών (El-Jardali et al., 2010). Επιπρόσθετα από την έρευνα της AHRQ φάνηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των

επαγγελματιών υγείας που βαθμολόγησαν τη μονάδα εργασίας τους ως «άριστη» ή «πολύ καλή» σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς, προέρχονταν από μικρά νοσοκομεία.

Οι εργαζόμενοι στα γενικά νοσοκομεία είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στις παραμέτρους «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων», «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη», «στελέχωση», «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου», «αξιολόγηση της επίδοσης της Μονάδας σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς» σε σχέση με τους εργαζόμενους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.

Στο ογκολογικό και στο ειδικό νοσοκομείο (ΝΠΙΔ) οι επαγγελματίες υγείας παρουσιάζουν πιο θετική στάση στην αναφορά λαθών σε σχέση με το ψυχιατρικό νοσοκομείο όπου υπάρχει μια έντονη τάση συγκάλυψης και απόκρυψης, γεγονός που εξηγείται από την φύση της ασθένειας των νοσηλευόμενων στα εν λόγω νοσοκομεία καθώς μια πιθανή απόκρυψη κάποιου λάθους ή παράλειψης στο ογκολογικό ή στο ειδικό νοσοκομείο να αποβεί μοιραία λόγω της πολυπλοκότητας της πάθησης.

Επίσης τόσο η έρευνα της AHRQ (2012), όσο και η αντίστοιχη του Al-Ahmadi (2009), που έγινε σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της Σαουδικής Αραβίας, κατέδειξαν ότι τα λάθη αναφέρονται πιο συχνά στα ιδιωτικά νοσοκομεία τα οποία παρουσίασαν υψηλότερη βαθμολογία συγκριτικά με τα δημόσια, όσον αφορά την επίδοσή τους ως προς την ασφάλεια του ασθενούς (Al-Ahmadi, 2009, Sorra et al., 2012).

Οι εργαζόμενοι στο ογκολογικό νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στις παραμέτρους «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων», «προσδοκίες και δράση των Προϊσταμένων / Διευθυντών για την ασφάλεια», «στελέχωση», «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας», «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου», «συχνότητα αναφοράς λαθών», «συνολική αντίληψη της ασφάλειας», «αξιολόγηση της επίδοσης της Μονάδας σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς» σε σχέση με τους εργαζόμενους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο. Επιπλέον οι Προϊστάμενοι / Διευθυντές των τμημάτων στο ογκολογικό νοσοκομείο φαίνεται μέσω των δράσεων τους, να αποτελεί προτεραιότητα η ασφάλεια του ασθενούς σε σχέση με τους ομολόγους τους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, συγκεντρώνοντας μεγαλύτερη βαθμολογία στον παράγοντα «προσδοκίες και δράση των Προϊσταμένων / Διευθυντών». Το εύρημα αυτό μπορεί να αποδοθεί στην ιδιαιτερότητα των ψυχιατρικών ασθενών και στις συνθήκες κάτω από τις οποίες παρέχεται η φροντίδα υγείας καθώς και στον άμεσο χαρακτήρα της παρέμβασης με αποτέλεσμα να παραβλέπονται από την πλευρά της Διεύθυνσης επαναλαμβανόμενα λάθη ή παραλείψεις.

Στο ογκολογικό και στο ειδικό νοσοκομείο (ΝΠΙΔ) οι επαγγελματίες υγείας παρουσιάζουν πιο θετική στάση στην αναφορά λαθών σε σχέση με το ψυχιατρικό νοσοκομείο όπου υπάρχει μια έντονη τάση συγκάλυψης και απόκρυψης, γεγονός που εξηγείται από την φύση της ασθένειας των νοσηλευόμενων στα εν λόγω νοσοκομεία καθώς μια πιθανή απόκρυψη κάποιου λάθους ή παράλειψης στο ογκολογικό ή στο

ειδικό νοσοκομείο να αποβεί μοιραία λόγω της πολυπλοκότητας της πάθησης όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως.

Εντονότερα, οι επαγγελματίες υγείας του ψυχιατρικού νοσοκομείου βιώνουν την έλλειψη προσωπικού και τα εξαντλητικά ωράρια εργασίας σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας έναντι των γενικών νοσοκομείων, του ειδικού και του ογκολογικού.

Οι εργαζόμενοι σε νοσοκομεία εκτός Αθήνας είχαν μεγαλύτερο συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων σε σχέση με τα νοσοκομεία στην Αθήνα. Αναλυτικότερα, οι εργαζόμενοι σε νοσοκομεία εκτός Αθήνας είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στον παράγοντα «μεταφορές / διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» σε σχέση με τους εργαζόμενους σε νοσοκομεία εντός Αθήνας.

Οι εργαζόμενοι σε νοσοκομεία εντός Αθήνας δήλωσαν συχνότερα έστω και ένα δυσμενές συμβάν τους τελευταίους 12 μήνες σε σχέση με τους εργαζόμενους σε νοσοκομεία εκτός Αθήνας γεγονός που εξηγείται από τις απρόσωπες σχέσεις των επαγγελματιών υγείας μεταξύ τους στα μεγάλα νοσοκομεία της πρωτεύουσας αλλά και τον μη στιγματισμό τους στην κοινωνία. Η κατάσταση διαφοροποιείται στις μικρότερες κοινωνίες όπου οι επαγγελματίες υγείας στιγματίζονται και δεν καλύπτονται από την ανωνυμία.

16.5 Προγραμματισμός δράσης για την αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας

Η διεξαγωγή της έρευνας σε ένα νοσοκομείο μπορεί να θεωρηθεί ως μέσο αναγνώρισης των τρωτών σημείων του συστήματος σε σχέση με το θέμα της ασφάλειας του ασθενούς, ως παρέμβαση εκπαιδευτικού χαρακτήρα για τους επαγγελματίες υγείας και ως εργαλείο οικοδόμησης της ευαισθητοποίησης τους σε θέματα ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και ασφάλειας του ασθενούς. Ο σκοπός όμως της έρευνας δεν περιορίζεται στα παραπάνω. Η δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας δεν αποτελεί το τελικό στάδιο αυτής, στην πραγματικότητα είναι μόνο η αρχή. Συχνά η διαπιστωμένη αποτυχία των ερευνών ως μέσο δημιουργίας συνεχών αλλαγών στο σύστημα οφείλεται στον ελλιπή ή ανύπαρκτο προγραμματισμό δράσης μετά την δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας ή στη μη συνέχισή της.

Οι Church και Waclawski (1998), καταγράφουν επτά (7) στάδια στον προγραμματισμό δράσης μετά την δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας όπου θα συμβάλλουν στην αλλαγή της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς στα νοσοκομεία. Οι βασικοί άξονες της δράσης είναι η ερμηνεία και κατανόηση των αποτελεσμάτων της έρευνας, στην συνέχεια η δημιουργία ενός σχεδίου δράσης καθώς και η εφαρμογή του και τέλος η παρακολούθηση της προόδου.

Τα επτά (7) βήματα του σχεδιασμού δράσης είναι τα ακόλουθα:

- i. Κατανόηση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

- ii. Δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας και διεξαγωγή ανοικτής συζήτησης γύρω από αυτά.
- iii. Ανάπτυξη στοχευμένων σχεδίων δράσης.
- iv. Δημοσιοποίηση των σχεδίων δράσης.
- v. Εφαρμογή των σχεδίων δράσης.
- vi. Παρακολούθηση της προόδου και αξιολόγηση των επιπτώσεων.
- vii. Κοινοποίηση των τελικών ευρημάτων της έρευνας.

Πιο αναλυτικά:

1. Κατανόηση των αποτελεσμάτων της έρευνας

Είναι ζήτημα καίριας σημασίας, η σωστή και εποικοδομητική ερμηνεία των αποτελεσμάτων της έρευνας πριν την ανάπτυξη σχεδίων δράσης. Είναι αναγκαίο να παρουσιαστούν με σαφήνεια οι παράμετροι της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς που χρειάζονται βελτίωση στα νοσοκομεία αλλά και οι παράμετροι που συγκεντρώνουν υψηλά ποσοστά θετικών απαντήσεων από τους επαγγελματίες υγείας και δεν χρειάζονται περαιτέρω βελτίωση. Επίσης η σύγκριση των αποτελεσμάτων με τα αποτελέσματα αντίστοιχων ερευνών που έχουν ήδη γίνει είναι ιδιαίτερα διδακτική.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι συσχετίσεις που έγιναν στα πλαίσια της έρευνας με τις ανεξάρτητες μεταβλητές (κατηγορίες επαγγελματιών υγείας, έτη προϋπηρεσίας κλπ) και εξετάζετε αν προκύπτουν σχέδια δράσης. Τέλος γίνεται σύγκριση των αποτελεσμάτων των συσχετίσεων με τις συσχετίσεις που γίνονται σε αντίστοιχες έρευνες του παρελθόντος.

Τέλος αν τα εν λόγω νοσοκομεία έχουν διεξαγάγει αντίστοιχη έρευνα κατά το παρελθόν γίνεται σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας με τα προγενέστερα αποτελέσματα των αντίστοιχων ερευνών. Πρέπει να εξεταστεί με προσοχή αν τα νοσοκομεία παρουσίασαν αύξηση ή μείωση στην βαθμολογία σε κάποιους παράγοντες της κουλτούρας ασφάλειας, ή παρατηρήθηκε σημαντική αλλαγή στις συσχετίσεις με τις ανεξάρτητες μεταβλητές (κατηγορίες επαγγελματιών υγείας, έτη προϋπηρεσίας κλπ). Τέλος να εξεταστεί αν τα νοσοκομεία το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την διεξαγωγή της τελευταίας έρευνας για την ασφάλεια του ασθενούς μέχρι και την παρούσα εφάρμοσαν κάποιο σχέδιο δράσης στις «περιοχές» της ασφάλειας του ασθενούς που παρουσίαζαν πρόβλημα και παρατηρούνται βελτιώσεις.

2. Δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας και διεξαγωγή ανοικτής συζήτησης

Συχνά ακούγονται παράπονα από τους επαγγελματίες υγείας ότι σπάνια λαμβάνουν ενημέρωση μετά το πέρας της έρευνας, για τα αποτελέσματα και δεν έχουν ιδέα αν οι αλλαγές οργανωσιακού χαρακτήρα που συμβαίνουν κατά καιρούς στα νοσοκομεία είναι απόρροια έρευνας. Επομένως είναι σημαντικό οι επαγγελματίες να ενημερωθούν για τα ευρήματα της έρευνας και να υπερτονιστεί η αξία της συμβολής τους σε αυτή. Η κοινοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας στο σύνολο των

επαγγελματιών υγείας του νοσοκομείου αποτελεί δέσμευση για περαιτέρω δράση και βελτίωση των «περιοχών» του συστήματος που νοσούν. Η ανατροφοδότηση της έρευνας αποτελεί μια ώθηση για αλλαγή. Σχόλια ή επιστημόσεις κατά την κοινοποίηση των αποτελεσμάτων μπορούν να παρέχονται τόσο σε επίπεδο νοσοκομείου όσο και σε επίπεδο μονάδας – τμήματος όμως με ιδιαίτερη προσοχή ώστε να διατηρηθεί η ανωνυμία και το απόρρητο για τους συμμετέχοντες. Δηλαδή η αναφορά σχολίων ή επιστημόσεων θα πρέπει να γίνεται μόνο σε περίπτωση που υπάρχουν αρκετοί ερωτώμενοι σε μια συγκεκριμένη υποκατηγορία επαγγελματιών υγείας ή σε μια μονάδα. Για παράδειγμα, εάν ένα τμήμα έχει μόνο τέσσερις (4) ερωτώμενους, τα αποτελέσματα του συγκεκριμένου τμήματος δεν θα πρέπει να αναφέρονται χωριστά για να διασφαλιστεί η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα.

Η σύνοψη με τα αποτελέσματα της έρευνας θα πρέπει να διανέμεται σε όλους τους επαγγελματίες υγείας, αρχίζοντας από τα ανώτερα διοικητικά στελέχη, τους Προϊσταμένους – Διευθυντές των υπηρεσιών του νοσοκομείου (ιατρική, νοσηλευτική), τα μέλη των Επιτροπών και στην συνέχεια στο προσωπικό. Οι Διευθυντές σε όλα τα επίπεδα της παροχής φροντίδας θα πρέπει να εξετάσουν με προσοχή τα ευρήματα της έρευνας και να ενθαρρύνουν τη συζήτηση σχετικά με τα αποτελέσματα σε όλο το νοσοκομείο.

Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να μην είναι απολύτως σαφές γιατί κάποιες περιοχές της κουλτούρας ασφάλειας παρουσιάζουν χαμηλή βαθμολογία. Σε αυτή την περίπτωση πρέπει να ληφθεί υπόψιν ότι η έρευνα αποτελεί ένα (1) μόνο από τους τρόπους διερεύνησης της κουλτούρας ασφάλειας. Μπορεί να εφαρμοστούν και άλλοι τρόποι διερεύνησης της κουλτούρας όπως οι ομάδες εστίασης ή οι συνεντεύξεις με το προσωπικό για να διερευνηθούν οι λόγοι που παρουσιάζει χαμηλή βαθμολογία μία (1) παράμετρος της κουλτούρας και πώς θα μπορούσε να βελτιωθεί.

3. Ανάπτυξη στοχευμένων σχεδίων δράσης

Αφού πλέον έχουν οριστεί με σαφήνεια οι περιοχές της κουλτούρας ασφάλειας που χρήζουν βελτίωσης το επόμενο στάδιο αποτελεί η ανάπτυξη στοχευμένων σχεδίων δράσης.

Τα σχέδια δράσης μπορούν να αναπτυχθούν σε επίπεδο νοσοκομείου, μονάδας ή τμήματος. Τα σχέδια δράσης πρέπει να είναι:

- Ειδικά (Specific)
- Μετρήσιμα (Measurable)
- Εφικτά (Achievable)
- Σχετικά (Relevant)
- Δεσμευτικά στο χρόνο (Time bound)

Για την διερεύνηση της καταλληλότητας και της αποτελεσματικότητας ενός σχεδίου δράσης ή μιας πρωτοβουλίας για το συγκεκριμένο νοσοκομείο ή το συγκεκριμένο τμήμα ή μονάδα υπάρχει ένας οδηγός ο οποίος τιτλοφορείται «Will it work here? A

decisionmaker's guide to adopting innovations». Ο συγκεκριμένος οδηγός βοηθάει τους λήπτες των αποφάσεων να απαντήσουν σε τρεις (3) καίριες ερωτήσεις:

- i. Αν ταιριάζει αυτή η καινοτομία στην συγκεκριμένη περίπτωση.
- ii. Αν πρέπει να γίνει σε αυτή την περίπτωση.
- iii. Με τι τρόπο μπορούμε να την εφαρμόσουμε εδώ.

Η έλλειψη πόρων αποτελεί βασικό τροχοπέδη στον σχεδιασμό και την εφαρμογή των σχεδίων δράσης. Είναι αναγκαίο να προσδιοριστεί η πηγή χρηματοδότησης και η στελέχωση των σχεδίων δράσης, καθώς πρέπει να διερευνηθούν και να ληφθούν σοβαρά υπ' όψιν άλλα εμπόδια που μπορεί να εμφανιστούν κατά την εφαρμογή της αλλαγής και να γίνει προσπάθεια κατανόησης της λογικής πίσω από κάθε πιθανή αντίσταση προς τα προτεινόμενα σχέδια δράσης.

Στο στάδιο του σχεδιασμού είναι επίσης σημαντικό να προσδιοριστούν ποσοτικά και ποιοτικά μέτρα τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της προόδου και τον αντίκτυπο των αλλαγών που εφαρμόζονται. Τα μέτρα αξιολόγησης θα πρέπει να εκτιμηθούν πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την υλοποίηση των πρωτοβουλιών του σχεδίου δράσης.

4. Δημοσιοποίηση των σχεδίων δράσης

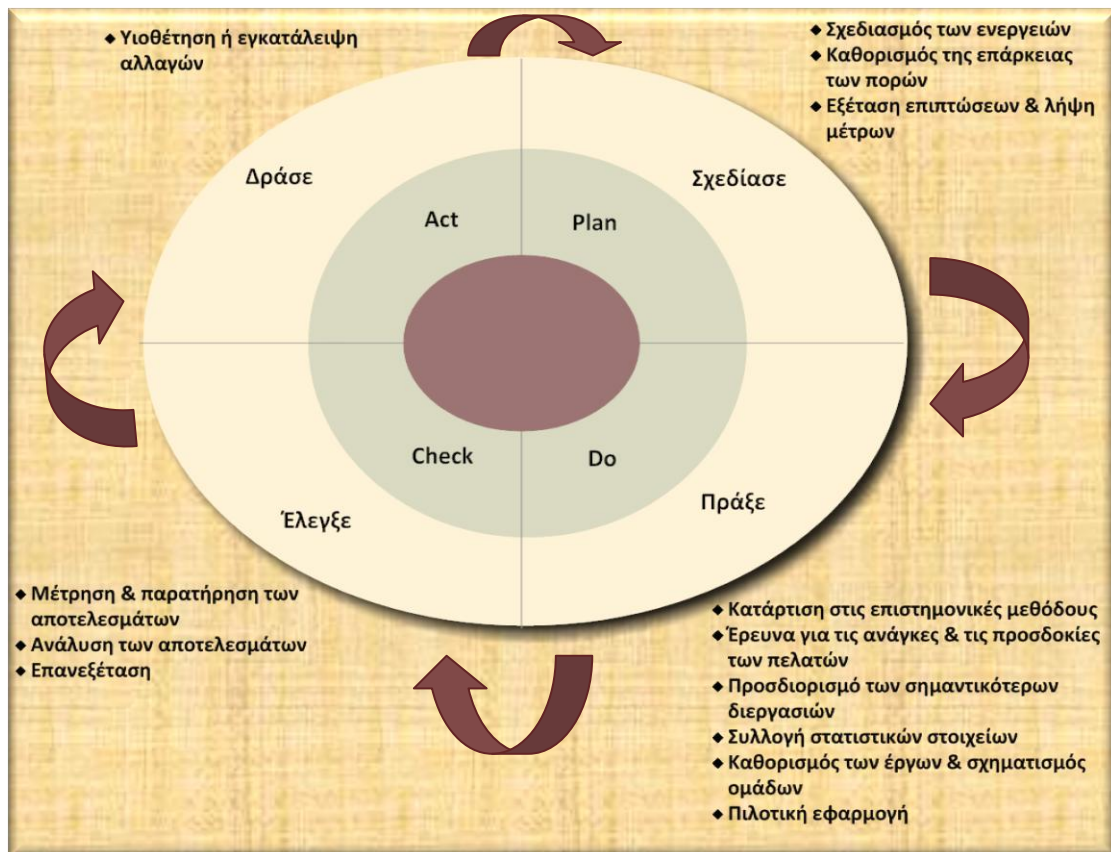
Μόλις αναπτυχθούν τα σχέδια δράσης πρέπει να κοινοποιηθούν στους άμεσα εμπλεκόμενους και σε όσους επηρεάζονται από αυτά καθώς θα πρέπει να γνωρίζουν τους ρόλους και τις ευθύνες τους, καθώς και το χρονοδιάγραμμα της εφαρμογής τους. Τα σχέδια δράσης καθώς και οι επιδιωκόμενοι στόχοι θα πρέπει να κοινοποιούνται ευρέως έτσι ώστε η διαφάνειά τους να ενθαρρύνει περαιτέρω την υποχρέωση λογοδοσίας και να καταδεικνύει τις δεσμεύσεις σε επίπεδο νοσοκομείου που λαμβάνονται σε συνάρτηση με τα αποτελέσματα της έρευνας.

Είναι μείζονος σημασία σε αυτό το στάδιο να γίνει κατανοητό στα ανώτερα διευθυντικά στελέχη του νοσοκομείου και την Διοίκηση ότι είναι οι κύριοι φορείς της αλλαγής και η επιτυχία εξαρτάται από την πλήρη δέσμευση και υποστήριξή τους.

5. Εφαρμογή των σχεδίων δράσης

Η εφαρμογή των σχεδίων δράσης αποτελεί το δυσκολότερο βήμα όσον αφορά τα σχέδια δράσης και το πιο καθοριστικό για την βελτίωση της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς. Η κοινοποίηση των αρχικών αποτελεσμάτων της έρευνας αποτελεί σημαντικό στάδιο με την υλοποίηση και του σχεδίου δράσης πραγματοποιείται μια ολοκληρωμένη προσπάθεια αξιολόγησης και βελτίωσης της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς. Το Ινστιτούτο για τις βελτιώσεις στην παροχή φροντίδας υγείας (2006) προτείνει τα σχέδια δράσης να στοχεύουν σε μικρότερες αλλαγές που θα έχουν περισσότερες πιθανότητες επιτυχίας παρά σε μεγάλες και καθοριστικής σημασίας αλλαγές με άγνωστη και αβέβαιη πιθανότητα επιτυχίας. Τα στάδια δημιουργίας επιτυχημένων σχεδίων δράσης παρουσιάζονται σε κύκλο του Deming και είναι τα ακόλουθα (Διάγραμμα 16.18):

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16.18 Ο κύκλος του Deming



Πηγή: (Deming, 2000)

6. Παρακολούθηση της προόδου και αξιολόγηση των επιπτώσεων

Με τη βοήθεια της χρήσης ποιοτικών και ποσοτικών μέτρων παρακολουθείται η πρόοδος και αξιολογείται κατά πόσο μια συγκεκριμένη αλλαγή οδηγεί πραγματικά σε βελτίωση. Είναι αναγκαία να εξασφαλιστεί η έγκαιρη και έγκυρη ενημέρωση της προόδου από την εφαρμογή των σχεδίων δράσης.

Η αξιολόγηση της προόδου μπορεί να αναδείξει ότι η αλλαγή που επιχειρείται δεν μπορεί να εφαρμοστεί ή αποτυγχάνει στο να επιτύχει τους στόχους που έχουν τεθεί και θα πρέπει να τροποποιηθεί ή να αντικατασταθεί από μια άλλη προσέγγιση. Πριν απορριφτεί ένα σχέδιο δράσης θα πρέπει να γίνει μια προσπάθεια να καθοριστούν οι λόγοι που δεν μπόρεσε να λειτουργήσει το συγκεκριμένο εγχείρημα και αν θα υπήρχαν περιθώρια αναπροσαρμογής του σχεδίου.

Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθεί ότι μια επερχόμενη αλλαγή στην κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς είναι ιδιαίτερα χρονοβόρα διαδικασία και μπορεί να διαρκέσει πολλά χρόνια η ολοκλήρωσή της. Στα ενδιάμεσα στάδια επαναξιολόγησης των σχεδίων δράσης είναι σημαντική η καθολική συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας για να αποσαφηνιστεί αν η διαφορά στα ευρήματα της έρευνας οφείλεται σε πραγματική αλλαγή στην στάση των επαγγελματιών υγείας ή στην διαφοροποίηση ποιοτικών χαρακτηριστικών του δείγματος κάθε φορά.

7. Κοινοποίηση των τελικών ευρημάτων της έρευνας

Μόλις το νοσοκομείο καταλήξει σε αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης των προβληματικών «περιοχών» της κουλτούρας ασφάλειας, οι αλλαγές μπορούν να εφαρμοστούν σε ευρύτερη κλίμακα, σε άλλες μονάδες του νοσοκομείου ή και σε άλλα νοσοκομεία. Είναι σημαντικό τα αποτελέσματα των σχεδίων δράσης να λαμβάνονται υπ' όψιν στην χάραξη πολιτικών βελτίωσης της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς και του υγειονομικού συστήματος εν γένει.

16.6 Περιορισμοί της έρευνας και προτάσεις για περαιτέρω μελέτη

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα πρέπει να διασαφηνιστούν με προσοχή και επιφύλαξη. Ο υπό μελέτη πληθυσμός βασίστηκε σε δείγμα ευκολίας, το οποίο προέρχονταν από τέσσερις (4) νομούς της ελληνικής επικράτειας. Το ποσοστό ανταπόκρισης δεν ήταν το ίδιο για όλα τα νοσοκομεία. Το μέγεθος του δείγματος δεν ήταν ικανοποιητικό για ορισμένες υποκατηγορίες, οπότε για αποφυγή στατιστικής παραβίασης των κανόνων έγινε συγχώνευση κάποιων κατηγοριών. Όσον αφορά τους συμμετέχοντες, τα άτομα που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην παρούσα μελέτη μπορεί να ήταν περισσότερο ευαισθητοποιημένα σε θέματα ασφάλειας ασθενούς και επομένως να υπάρχει συστηματικό σφάλμα. Παρόλα αυτά, το μέγεθος και η σχετική αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, η οποία επιβεβαιώνεται από την κατανομή των δημογραφικών και ατομικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων συμβάλλει στη μείωση κατά τον δυνατόν τυχόν σφαλμάτων. Τα ευρήματα της μελέτης ακόμα και αν υποεκτιμούν ως ένα βαθμό την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς στα ελληνικά νοσοκομεία, αποτελούν την πρώτη προσπάθεια εκτίμησης της στάσης των επαγγελματιών υγείας στο σύνολό τους απέναντι σε θέματα ασφάλειας ασθενούς.

Εκ των ανωτέρω συμπεραίνεται ότι, μια ποιοτική έρευνα στο μέλλον εφαρμόζοντας άλλες ερευνητικές μεθόδους όπως τη συνέντευξη ή την παρατήρηση να ήταν σε θέση να διεισδύσει σε πεποιθήσεις, σε σκέψεις και αντιλήψεις γύρω από την ασφάλεια του ασθενούς τόσο των επαγγελματιών υγείας στο σύνολο όσο και κάθε νοσοκομείου ξεχωριστά ώστε να καταγράψει την ύπαρξη ή μη σχετικών διαφοροποιήσεων με τα συμπεράσματα που έχουν προκύψει.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε επαγγελματίες υγείας που σχετίζονταν άμεσα με την παροχή φροντίδας υγείας στους ασθενείς. Θα ήταν αρκετά ενδιαφέρον η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας και των διοικητικών υπαλλήλων των νοσοκομείων καθώς και η διερεύνηση των διαφορών τους. Τέλος, ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η πραγματοποίηση της αντίστοιχης έρευνας σε ιδιωτικά νοσοκομεία για συγκριτική ανάλυση των στάσεων απέναντι στην κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς και στην διαχείριση των λαθών και των δυσμενών συμβάντων.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ABDOU, H. & SABER, K. 2011. A baseline assessment of patient safety culture among nurses at Student University Hospital World Journal of Medical Sciences 6, 17-26.
2. ACSNI 1993. Human factors study group third report: Organising for safety. Sheffield: HSE.
3. AGNEW, C., FLIN, R. & MEARNNS, K. 2013. Patient safety climate and worker safety behaviours in acute hospitals in Scotland. J Safety Res, 45, 95-101.
4. AGORITSAS, T., BOVIER, P. A. & PERNEGER, T. V. 2005. Patient reports of undesirable events during hospitalization. J Gen Intern Med, 20, 922-8.
5. AHRQ 2000. AHRQ releases 20 tips to help prevent medical errors. Rep Med Guidel Outcomes Res, 11, 6-8.
6. AHRQ 2002. 20 Tips to Help Prevent Medical Errors in Children. Patient Fact Sheet,. In: ROCKVILLE, M. (ed.).
7. AHRQ. 2007. 10 patient safety tips for hospitals [Online]. Available: <http://www.ahrq.gov/patients-consumers/diagnosis-treatment/hospitals-clinics/10-tips/index.html> [Accessed 20 June 2014 2014].
8. AHRQ. 2014. International Use of the Surveys on Patient Safety Culture. [Online]. US: AHRQ Available: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/pscintusers.html>.
9. AIKEN, L. H., CLARKE, S. P., CHEUNG, R. B., SLOANE, D. M. & SILBER, J. H. 2003. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. Jama, 290, 1617-23.
10. AIKEN, L. H., CLARKE, S. P. & SLOANE, D. M. 2002a. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. Int J Qual Health Care, 14, 5-13.
11. AIKEN, L. H., CLARKE, S. P., SLOANE, D. M., SOCHALSKI, J. & SILBER, J. H. 2002b. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. Jama, 288, 1987-93.
12. AIKEN, L. H., SERMEUS, W., VAN DEN HEEDE, K., SLOANE, D. M., BUSSE, R., MCKEE, M., BRUYNEEL, L., RAFFERTY, A. M., GRIFFITHS, P., MORENO-CASBAS, M. T., TISHELMAN, C., SCOTT, A., BRZOSTEK, T., KINNUNEN, J., SCHWENDIMANN, R., HEINEN, M., ZIKOS, D., SJETNE, I. S., SMITH, H. L. & KUTNEY-LEE, A. 2012. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States.
13. AIKEN, L. H., SLOANE, D. M., BRUYNEEL, L., VAN DEN HEEDE, K., GRIFFITHS, P., BUSSE, R., DIOMIDOUS, M., KINNUNEN, J., KOZKA, M., LESAFFRE, E., MCHUGH, M. D., MORENO-CASBAS, M. T., RAFFERTY, A. M., SCHWENDIMANN, R., SCOTT, P. A., TISHELMAN, C., VAN ACHTERBERG, T. & SERMEUS, W. 2014. Nurse staffing and education and

- hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383, 1824-30.
14. AJZEN, I. & FISHBEIN, M. 1980. *Understanding attitudes and predicting social behavior*, Prentice Hall.
 15. AL-AHMADI, T. A. 2009. Measuring Patient Safety Culture in Riyadh's Hospitals: A Comparison between Public and Private Hospitals. *J Egypt Public Health Assoc*, 84, 479-500.
 16. AL-DORZI HASAN, M., AL-SHAMMARY HAIFA, A., AL-SHAREEF SALHA, Y., TAMIM HANI, M., SHAMMOUT, K., AL DAWOOD, A. & ARABI YASEEN, M. 2014. Risk factors, management and outcomes of patients admitted with near fatal asthma to a tertiary care hospital in Riyadh. *Annals of Thoracic Medicine*, 9, 33-38.
 17. ALAHMADI, H. A. 2010. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Qual Saf Health Care*, 19, e17.
 18. ALETRAS, V. H., PAPADOPOULOS, E. A. & NIAKAS, D. A. 2006. Development and preliminary validation of a Greek-language outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multi-trait analyses. *BMC Health Serv Res*, 6, 66.
 19. ALLAN, E. L. & BARKER, K. N. 1990. *Fundamentals of medication error research*. *Am J Hosp Pharm*, 47, 555-71.
 20. ALLPORT, G. 1935. *Attitudes*, Clark University Press.
 21. ALTMAN, D. E., CLANCY, C. & BLENDON, R. J. 2004. Improving patient safety-five years after the IOM report. *N Engl J Med*, 351, 2041-3.
 22. ALVARADO, K., LEE, R., CHRISTOFFERSEN, E., FRAM, N., BOBLIN, S., POOLE, N., LUCAS, J. & FORSYTH, S. 2006. Transfer of accountability: transforming shift handover to enhance patient safety. *Healthc Q*, 9 Spec No, 75-9.
 23. AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION 1954. *Hospital Safety Manual*. In: ASSOCIATION, A. H. (ed.). Chicago.
 24. ANDEL, C., DAVIDOW, S. L., HOLLANDER, M. & MORENO, D. A. 2012. The economics of health care quality and medical errors. *J Health Care Finance*, 39, 39-50.
 25. ANDERSEN, H. B., HERMANN, N., MADSEN, M. D., OSTERGAARD, D. & SCHIOLER, T. *Proceedings of the 7th International Conference on Probabilistic Safety Assessment and Management*. In: CORNELIA SPITZER & ULRICH SCHMOCKER, ed., 2004 Berlin. New York: Springer - Verlag,.
 26. APKON, M., LEONARD, J., PROBST, L., DELIZIO, L. & VITALE, R. 2004. Design of a safer approach to intravenous drug infusions: failure mode effects analysis. *Qual Saf Health Care*, 13, 265-71.
 27. APOSTOLAKIS, G. E. 2004. How useful is Quantitative Risk assessment? . *Risk Analysis*, 24, 515-520.
 28. ARANAZ-ANDRÉS, J. M., AIBAR-REMÓN, C., VITALLER-MURILLO, J., RUIZ-LÓPEZ, P., LIMÓN-RAMÍREZ, R., TEROL-GARCÍA, E. & GROUP, T. E. W. 2008. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the

- Spanish National Study of Adverse Events. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 1022-1029.
29. ARGYRIS, C. & SCHÖN, D. A. 1978. *Organizational learning: a theory of action perspective*, Addison-Wesley Pub. Co.
 30. ARNDT, M. 1994. Medication errors. *Research in practice: how drug mistakes affect self-esteem*. *Nurs Times*, 90, 27-30.
 31. ASHMOS, D. P. & MCDANIEL, R. R. 1991. Physician participation in hospital strategic decision making: the effect of hospital strategy and decision content. *Health Services Research*, 26, 375-401.
 32. AUSTRALIAN MEDICAL ASSOCIATION 2006. *AMA safe hour's audit*. Australia: ACT: Australian Medical Association.
 33. BAGHAEI, R., NORANI, D., KHALKHALI, H. R. & PIRNEJAD, H. 2011. Assessment of Patient Safety Culture in Health Care Workers of Education Hospitals of Urmia University of Medical Sciences. *Journal of Urmia University of Medical Sciences*, 10, 155-164.
 34. BAKER, C. 1992. *Attitudes and Language*, Clevedon, Philadelphia, Multilingual Matters.
 35. BAKER, D. P., DAY, R. & SALAS, E. 2006. Teamwork as an Essential Component of High-Reliability Organizations. *Health Services Research*, 41, 1576-1598.
 36. BAKER, G. R., NORTON, P. G., FLINTOFT, V., BLAIS, R., BROWN, A., COX, J., ETHELLES, E., GHALI, W. A., HÉBERT, P., MAJUMDAR, S. R., O'BEIRNE, M., PALACIOS-DERFLINGER, L., REID, R. J., SHEPS, S. & TAMBLYN, R. 2004. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 170, 1678-1686.
 37. BALAS, M. C., SCOTT, L. D. & ROGERS, A. E. 2004. The prevalence and nature of errors and near errors reported by hospital staff nurses. *Appl Nurs Res*, 17, 224-30.
 38. BALLANGRUD, R., HEDELIN, B. & HALL-LORD, M. L. 2012. Nurses' perceptions of patient safety climate in intensive care units: a cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs*, 28, 344-54.
 39. BARACH, P. & SMALL, S. D. 2000. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *Bmj*, 320, 759-63.
 40. BARKER, A. M. & YOUNG, C. E. 1994. Transformational leadership: the feminist connection in postmodern organizations. *Holist Nurs Pract*, 9, 16-25.
 41. BARKER, K. N. & MC CONNELL 1962. How to detect medication errors. *Mod Hosp*, 99, 95-106.
 42. BARNOUW, V. 1985. *Culture and personality*, Belmont, Wadsworth publishing.
 43. BASS, A., WILL, T., TODD, M. & WEATHERFORD, D. 2007. The latest tools for patients with diabetes. *Rn*, 70, 39-43.
 44. BATES, D. W., CULLEN, D. J., LAIRD, N., PETERSEN, L. A., SMALL, S. D., SERVI, D., LAFFEL, G., SWEITZER, B. J., SHEA, B. F., HALLISEY, R. & ET AL.

1995. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group. *Jama*, 274, 29-34.
45. BATES, D. W., EVANS, R. S., MURFF, H., STETSON, P. D., PIZZIFERRI, L. & HRIPCSAK, G. 2003. Policy and the future of adverse event detection using information technology. *J Am Med Inform Assoc*, 10, 226-8.
46. BATES, D. W., SPELL, N., CULLEN, D. J., BURDICK, E., LAIRD, N., PETERSEN, L. A., SMALL, S. D., SWEITZER, B. J. & LEAPE, L. L. 1997. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. Adverse Drug Events Prevention Study Group. *Jama*, 277, 307-11.
47. BAUMGARTEL, G. 1993. Η Ιατρική Ευθύνη - Ουσιαστικό δίκαιο και κατανομή του βάρους απόδειξης, Αρμ.
48. BECK, A. H. 2004. The Flexner report and the standardization of American medical education. *JAMA* 291, 2139–2140.
49. BECKMANN, U., BALDWIN, I., DURIE, M., MORRISON, A. & SHAW, L. 1998. Problems associated with nursing staff shortage: an analysis of the first 3600 incident reports submitted to the Australian Incident Monitoring Study (AIMS-ICU). *Anaesth Intensive Care*, 26, 396-400.
50. BEDNARCZYK, J., PAULS, M., FRIDFINNISON, J. & WELDON, E. 2014. Characteristics of evidence-based medicine training in Royal College of Physicians and Surgeons of Canada emergency medicine residencies - a national survey of program directors. *BMC Med Educ*, 14, 57.
51. BELL, B. G., GARDNER, M. K. & WOLTZ, D. J. 1997. Individual differences in undetected errors in skilled cognitive performance. *Learning and Individual Differences*, 9, 43-61.
52. BELL, N. K. & LOEWER, B. M. 1985. What is wrong with 'wrongful life' cases? *J Med Philos*, 10, 127-45.
53. BELLAMY, L. J. 1983. Neglected Individual, Social and Organisational Factors. *Reliability Engineering and System Safety*, 83, 2B/5/1.
54. BELLAMY, L. J. & GEYER, T. A. W. 1992. Organisational, Management and Human Factor in Quantified Risk Assessment. . HSE Contract Research Report. UK.
55. BENNIS, W. & NANUS, B. 1985. *Leaders: The Strategies for Taking Charge*, New York, Harper and Row.
56. BERG, P. T. V. D. & WILDEROM, C. P. M. 2004. Defining, Measuring, and Comparing Organisational Cultures. *Applied Psychology*, 53, 570-582.
57. BERSINI, U., CACCIABUE, P. C. & MANCINI, G. 1988. Cognitive Modelling: A basic complement of Human Reliability Analysis. *Reliability Engineering and System Safety*, 22, 107-128.
58. BERWICK, D. M. 1989. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med*, 320, 53-6.
59. BERWICK, D. M. 1990. How do QI and QA differ? An expert illustrates the answer. *Hospital Management Review*, 9.

60. BIAGGI, P., PETER, S. & ULICH, E. 2003. Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents - what can be done? *Swiss Med Wkly*, 133, 339-46.
61. BILLINGS, C. E. 1998. Some hopes and concerns regarding medical event-reporting systems: lessons from the NASA Aviation Safety Reporting System. *Arch Pathol Lab Med*, 122, 214-5.
62. BLAIS, K. & BATH, J. B. 1992. Drug calculation errors of baccalaureate nursing students. *Nurse Educ*, 17, 12-5.
63. BLAKE, S. C., KOHLER, S., RASK, K., DAVIS, A. & NAYLOR, D. V. 2006. Facilitators and barriers to 10 National Quality Forum safe practices. *Am J Med Qual*, 21, 323-34.
64. BLEGEN, M. A., GOODE, C. J. & REED, L. 1998. Nurse staffing and patient outcomes. *Nurs Res*, 47, 43-50.
65. BLEGEN, M. A., PEPPER, G. A. & ROSSE, J. 2005. Safety climate on hospital units: a new measure. In: K.; H., BATTLES, J. B., MARKS, E. S. & LEWIN, D. I. (eds.) *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation: Programs, Tools, and Products*. Rockville: AHRQ
66. BLEGEN, M. A. & VAUGHN, T. 1998. A multisite study of nurse staffing and patient occurrences. *Nurs Econ*, 16, 196-203.
67. BLENDON, R. J., DESROCHES, C. M., BRODIE, M., BENSON, J. M., ROSEN, A. B., SCHNEIDER, E., ALTMAN, D. E., ZAPERT, K., HERRMANN, M. J. & STEFFENSON, A. E. 2002. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *N Engl J Med*, 347, 1933-40.
68. BOCK, G. W., ZMUD, R. W., KIM, Y. G. & LEE, J. N. 2005. Behavioral intention formation in knowledge sharing: Examining the roles of extrinsic motivators, social-psychological forces, and organizational climate. *MIS Quarterly*, 29, 87-111.
69. BODUR, S. & FILIZ, E. 2009. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *Int J Qual Health Care*, 21, 348-55.
70. BODUR, S. & FILIZ, E. 2010. Validity and reliability of Turkish version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Serv Res*, 10, 28.
71. BOGNER, M. S. 1994. *Human Error in Medicine*, Taylor & Francis.
72. BOHNER, G. & WANKE, M. 2002. *Attitudes and Attitude Change Philadelphia*, Psychology Press.
73. BOOTMAN, J. L., HARRISON, D. L. & COX, E. 1997. The health care cost of drug-related morbidity and mortality in nursing facilities. *Arch Intern Med*, 157, 2089-96.
74. BRBOROVIC, H., SKLEBAR, I., BRBOROVIC, O., BRUMEN, V. & MUSTAJBEGOVIC, J. 2014. Development of a Croatian version of the US Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire: dimensionality and psychometric properties. *Postgrad Med J*, 90, 125-32.

75. BRENNAN, T. A., LEAPE, L. L., LAIRD, N. M., HEBERT, L., LOCALIO, A. R., LAWTHERS, A. G., NEWHOUSE, J. P., WEILER, P. C. & HIATT, H. H. 1991. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*, 324, 370-6.
76. BRENNAN, T. A., LEAPE, L. L., LAIRD, N. M., HEBERT, L., LOCALIO, A. R., LAWTHERS, A. G., NEWHOUSE, J. P., WEILER, P. C. & HIATT, H. H. 2004. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. 1991. *Qual Saf Health Care*, 13, 145-51; discussion 151-2.
77. BREWER, T. & COLDITZ, G. A. 1999. Postmarketing surveillance and adverse drug reactions: current perspectives and future needs. *Jama*, 281, 824-9.
78. BRIDGES, D. 2008. *Using Digital Storytelling to Examine Culture and Intercultural Communication. Teaching about Culture in the Composition Classroom.* Cambridge Scholars Publishing.
79. BROYLES, R. W. & AL-ASSAF, A. F. 1999. The costs of quality: an interactive model of appraisal, prevention and failures. *Health Serv Manage Res*, 12, 169-82.
80. BROYLES, R. W., CHOU, A. F., MATTACHIONE, S. E. & AL-ASSAF, A. F. 2010. Adverse medical events: do they influence discharge decisions? *Hosp Top*, 88, 18-25.
81. BURGERS, J. S., GROL, R. P., ZAAT, J. O., SPIES, T. H., VAN DER BIJ, A. K. & MOKKINK, H. G. 2003. Characteristics of effective clinical guidelines for general practice. *Br J Gen Pract*, 53, 15-9.
82. BURNS, N. & GROVE, S. K. 2005. *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization*, Elsevier/Saunders.
83. BYRNE, A. K. 1953. Errors in giving medication. *Am J Nurs*, 53, 829-31.
84. CACCIABUE, P. C. 1992. Cognitive Modelling: A fundamental issue for Human Reliability Assessment Methodology? *Reliability Engineering and System safety*, 38, 91-97.
85. CACCIABUE, P. C. 1998. Modelling and simulation of human behaviour for safety analysis and control of complex systems. *Safety Science*, 28, 97-110.
86. CACCIABUE, P. C. 2004. Human Error Risk Management for Engineering Systems: A methodology for design, safety assessment, accident investigation and training. *Reliability Engineering and System Safety*, 83, 229-240.
87. CACIOPPO, J., PETTY, R. & GRITES, S. J. 1994. Attitude change, encyclopedia of human behavior. Academic Press, 265-266.
88. CALABRESE, A. D., ERSTAD, B. L., BRANDL, K., BARLETTA, J. F., KANE, S. L. & SHERMAN, D. S. 2001. Medication administration errors in adult patients in the ICU. *Intensive Care Med*, 27, 1592-8.
89. CAMERON, K. 2004. *A process for changing organizational culture.* University of Michigan Business School.

90. CAMERON, K. & QUINN, R. 2011. Diagnosing and changing organizational culture: based on the competing values framework, John Wiley & Sons.
91. CAMPBELL, D. A., JR., SONNAD, S. S., ECKHAUSER, F. E., CAMPBELL, K. K. & GREENFIELD, L. J. 2001. Burnout among American surgeons. *Surgery*, 130, 696-702; discussion 702-5.
92. CAMPBELL, D. J. 1988. Task Complexity: A review and analysis. *Academy of Management Review*, 13, 40-52.
93. CANADIAN HOSPITAL ASSOCIATION 1989. Governing with Distinction: Evaluation Models for Hospital Boards. In: WILSON, C. (ed.) Board Mentor program. Ottawa.
94. CAREY, K. N. 2005. Wrongful life and wrongful birth: legal aspects of failed genetic testing in oocyte donation. *Penn Bioeth J*, 1, 1-4.
95. CASSON, S. & GEORGE, C. 1992. Quality assurance: using BS 5750 in health care settings. *Nurs Stand*, 6, 33-8.
96. CHEATER, F. & CLOSS, S. 1997. The effectiveness of methods of dissemination and implementation of clinical guidelines for nursing practice: a selective review. *Clin Effect Nurs* 1, 4-15.
97. CHEATER, F. M. & KEANE, M. 1998. Nurses' participation in audit: a regional study. *Qual Health Care*, 7, 27-36.
98. CHEN, I. C. & LI, H. H. 2010. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Serv Res*, 10, 152.
99. CHIANG, H. Y., LIN, S. Y., HSU, S. C. & MA, S. C. 2010. Factors determining hospital nurses' failures in reporting medication errors in Taiwan. *Nurs Outlook*, 58, 17-25.
100. CHO, E., SLOANE, D. M., KIM, E. Y., KIM, S., CHOI, M., YOO, I. Y., LEE, H. S. & AIKEN, L. H. 2014. Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: An observational study. *Int J Nurs Stud*.
101. CHOO, J., HUTCHINSON, A. & BUCKNALL, T. 2010. Nurses' role in medication safety. *J Nurs Manag*, 18, 853-61.
102. CHRISTENSEN, J. F., LEVINSON, W. & DUNN, P. M. 1992. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med*, 7, 424-31.
103. CLASSEN, D. C., JASER, L. & BUDNITZ, D. S. 2010. Adverse drug events among hospitalized Medicare patients: epidemiology and national estimates from a new approach to surveillance. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 36, 12-21.
104. CLASSEN, D. C., PESTOTNIK, S. L., EVANS, R. S., LLOYD, J. F. & BURKE, J. P. 1997. Adverse drug events in hospitalized patients. Excess length of stay, extra costs, and attributable mortality. *Jama*, 277, 301-6.
105. COBB, M. D. 1986. Evaluating medication errors. *J Nurs Adm*, 16, 41-4.

106. COCHRANE, A. L. 1999. Effectiveness & Efficiency: Random Reflections on Health Services, Taylor & Francis.
107. COHEN, M. E. 1978. Park v. Chessin: the continuing judicial development of the theory of "wrongful life". Am J Law Med, 4, 211-32.
108. COHEN, M. R. 2000. Medication errors. Causes, prevention and risk management, Jones and Bartlett.
109. COHEN, M. R., SENDERS, J. & DAVIS, N. M. 1994a. Failure mode and effects analysis: a novel approach to avoiding dangerous medication errors and accidents. Hosp Pharm, 29, 319-30.
110. COHEN, M. R., SENDERS, J. & DAVIS, N. M. 1994b. Failure mode and effects analysis: Dealing with human error. Nursing 94, 24:40.
111. COHEN, M. R., SENDERS, J. & DAVIS, N. M. 1994c. Failure mode and effects analysis: Dealing with human error., Nursing 94, 40.
112. COLLA, J. B., BRACKEN, A. C., KINNEY, L. M. & WEEKS, W. B. 2005. Measuring patient safety climate: a review of surveys. Qual Saf Health Care, 14, 364-6.
113. COMEST 2005. The Precautionary Principle. France: UNESCO.
114. COOK, A. F., HOAS, H., GUTTMANNOVA, K. & JOYNER, J. C. 2004. An error by any other name. Am J Nurs, 104, 32-43; quiz 44.
115. COOKE, N. J., SALAS, E., CANNON-BOWERS, J. A. & STOUT, R. J. 2000. Measuring team knowledge. Hum Factors, 42, 151-73.
116. COOKE, R. A. & ROUSSEAU, D. M. 1988. Behavioral norms and expectations: A quantitative approach to the assessment of organizational culture. Group & Organization Studies, 13, 245-273.
117. COOPER, M. C. 1995. Can a zero defects philosophy be applied to drug errors? J Adv Nurs, 21, 487-91.
118. COOPER, M. C. 2000. Towards a model of safety culture. Safety Science, 36, 111-136.
119. COUCH, N. P., TILNEY, N. L., RAYNER, A. A. & MOORE, F. D. 1981. The high cost of low-frequency events: the anatomy and economics of surgical mishaps. N Engl J Med, 304, 634-7.
120. COUNCIL OF EUROPE 2006. Recommendation (2006)7.
121. COX, D. W. 2007. Frontiers of Risk Management: Key Issues and Solutions, Euromoney Books.
122. CROSBY, P. B. 1979. Quality is Free: The Art of Making Quality Certain, McGraw-Hill.
123. CULP, C. 2001. The Risk Management Process: Business Strategy and Tactics, Wiley.
124. CUMMINGS, S. M., SAVITZ, L. A. & KONRAD, T. R. 2001. Reported response rates to mailed physician questionnaires. Health Serv Res, 35, 1347-55.

125. DAVIS, N. M. 1996. Nonpunitive medication error reporting systems: tough to accept but safest for patients. *Hosp Pharm.*, 31.
126. DAWES, J. 2008. Do data characteristics change according to the number of scale points used? An experimental using 5-point, 7-point and 10-point scales. *International Journal of Market Research*, 50, 61-77.
127. DEAL, T. E., KENNEDY, A. A. & SPIEGEL, A. H., 3RD 1983. How to create an outstanding hospital culture. *Hosp Forum*, 26, 21-8, 33-4.
128. DEL GRECO, L., WALOP, W. & EASTRIDGE, L. 1987. Questionnaire development: 3. Translation. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 136, 817-818.
129. DELBANCO, T. & BELL, S. K. 2007. Guilty, afraid, and alone--struggling with medical error. *N Engl J Med*, 357, 1682-3.
130. DEMING, W. 1993. *The New Economics for Industry*. In: EDUCATION, G. (ed.). Cambridge: MA: MIT Center for Advanced Engineering Study.
131. DEMING, W. E. 2000. *Out of the Crisis*, Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study.
132. DENISON, D. R. 1996. What is the Difference between Organizational Culture and Organizational Climate? A Native's Point of View on a Decade of Paradigm Wars. *The Academy of Management Review*, 21, 619-654.
133. DEPARTMENT OF HEALTH 1989. Working for patients. NHS White Paper. New diagnosis--new prescription. *Health Serv J*, 99, 134-7.
134. DEPARTMENT OF HEALTH 1998. A first class service: Quality in the new NHS.
135. DEPARTMENT OF HEALTH 1999. Clinical governance:Quality in the NHS. London: HMSO.
136. DEPARTMENT OF HEALTH 2001. An Organization With Memory. In: HEALTH, D. O. (ed.). London
137. DEPARTMENT OF HEALTH 2003. Investing in general practice: The new general medical services contract In: THE STATIONERY OFFICE (ed.). UK.
138. DESKIN, W. C. & HOYE, R. E. 2004. Another look at medical error. *J Surg Oncol*, 88, 122-9.
139. DICKINSON, J. 2000. FDA seeks to double effort on confusing drug names. *Dickinson 's FDA Review*, 7, 13-4.
140. DILLON, K. A. 2008. Time out: an analysis. *Aorn j*, 88, 437-42.
141. DONABEDIAN, A. 1980. *The definition of quality and approaches to its assessment*, Health Administration Press.
142. DONABEDIAN, A. 1988. The quality of care. How can it be assessed? *Jama*, 260, 1743-8.
143. DONABEDIAN, A. 1992. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB Qual Rev Bull*, 18, 356-60.

144. DONCHIN, Y., GOPHER, D., OLIN, M., BADIHI, Y., BIESKY, M., SPRUNG, C. L., PIZOV, R. & COTEV, S. 2003. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. 1995. *Qual Saf Health Care*, 12, 143-7; discussion 147-8.
145. DÖRNYEI, Z. & TAGUCHI, T. 2009. *Questionnaires in Second Language Research: Construction, Administration, and Processing*, Taylor & Francis.
146. DOUGHERTY, E. M. 1993. Context and Human Reliability Analysis. *Reliability Engineering and System safety*, 41, 25-47.
147. DUFF, L. A., KITSON, A. L., SEERS, K. & HUMPHRIS, D. 1996. Clinical guidelines: an introduction to their development and implementation. *J Adv Nurs*, 23, 887-95.
148. DUQUETTE, A., KEROUAC, S., SANDHU, B. K. & BEAUDET, L. 1994. Factors related to nursing burnout: a review of empirical knowledge. *Issues Ment Health Nurs*, 15, 337-58.
149. EAGLY, A. & CHAIKEN, S. 1998. Attitude structure and function In: GILBERT, D., FISKE, S. & LINDZEY, G. (eds.) *The handbook of social psychology* Boston: McGraw-Hill.
150. EBADIFARD, A. F., REZAPOUR, A. & TNUMAND, A. 2012. Patient safety culture study in selected educational hospitals in Tehran Medicine University. *hospital J*, summer, 55:64.
151. ECCLES, M., CLAPP, Z., GRIMSHAW, J., ADAMS, P. C., HIGGINS, B., PURVES, I. & RUSSELL, I. 1996. North of England evidence based guidelines development project: methods of guideline development. *Bmj*, 312, 760-2.
152. ECDC 2010. Consumption of antimicrobials in ATC group J01 (antibacterials for systemic use) in the community (primary care sector) in Europe.
153. ECDC 2012. Annual epidemiological report Reporting on 2010 surveillance data and 2011 epidemic intelligence data
154. ECDC 2013. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Stockholm.
155. EDEL, E. M. 2010. Increasing patient safety and surgical team communication by using a count/time out board. *Aorn j*, 92, 420-4.
156. EDITORIAL 1997. Zeroing in on medication errors. *Lancet*, 349, 369.
157. EDITORIAL 2011. Medical errors in the USA: human or systemic? *Lancet*, 377, 1289.
158. EDMONDSON, A. C. 2004. Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. *Qual Saf Health Care*, 13 Suppl 2, ii3-9.
159. EDWARDS, D., BURNARD, P., COYLE, D., FOTHERGILL, A. & HANNIGAN, B. 2001. A stepwise multivariate analysis of factors that contribute to stress for mental health nurses working in the community. *J Adv Nurs*, 36, 805-13.
160. EL-JARDALI, F. 2003. The impact of hospital rationalization and the interrelationships among organizational culture and nursing care processes on health related patient outcomes. PhD thesis Canada.

161. EL-JARDALI, F., JAMAL, D., DIMASSI, H., AMMAR, W. & TCHAGHCHAGHIAN, V. 2008. The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. *Int J Qual Health Care*, 20, 363-71.
162. EL-JARDALI, F., DIMASSI, H., JAMAL, D., JAAFAR, M. & HEMADEH, N. 2011. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Serv Res*, 11, 45.
163. 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, 386-95.
164. EUNETPAS, E. U. N. F. P. S. 2009. Catalogue: currently used patient safety culture instruments in Europe. Aarhus.
165. EUNETPAS. EUROPEAN UNION NETWORK FOR PATIENT SAFETY (EUNETPAS) PROJECT. 2008. Available: <http://www.eunetpas.eu/>. 2014].
166. EUROPEAN COMMISSION (2010), Patient Safety and Quality of Healthcare—Full Report Special Euro Barometer 327/72.2. Brussels.
167. EUROPEAN COMMISSION (2013), Special Eurobarometer 411 “Patient Safety and Quality of Care”:Eurobarometer 80.2 Brussels.
168. EVGENIA, S. 2012. Wrongful life and birth. *Med Law*, 31, 97-118.
169. FAA 2000. Safety analysis: Hazards analysis tasks. System safety handbook. USA.
170. FADDIS, M. O. 1939. Eliminating Errors in Medication. *AJN The American Journal of Nursing*, 39, 1217-1223.
171. FAGERFJALL, R. 1995. Gurus are putting faith in the people. *The European*, 21.
172. FAJARDO-DOLCI, G., RODRIGUEZ-SUAREZ, J., ARBOLEYA-CASANOVA, H., ROJANO-FERNANDEZ, C., HERNANDEZ-TORRES, F. & SANTACRUZ-VARELA, J. 2010. Patient safety culture in healthcare professionals. *Cir Cir*, 78, 522-7.
173. FDA 1. 2005. Available: www.fda.gov/cder/handbook/mederror.htm [Accessed 20.05.2014.
174. FDA 2. 2005. Available: www.fda.gov/cder/drug/mederrors/default.htm [Accessed 20.05.2014.
175. FIELD, A. P. 2000. *Discovering Statistics Using SPSS for Windows: Advanced Techniques for the Beginner*, Sage Publications.
176. FIELD, M. & LOHR, K. N. 1002. *From development to use* Washington, , National Academy Press, .
177. FIESTA, J. 1998. Target high-risk areas for medication errors. *Nurs Manage*, 29, 12-3.
178. FIRTH-COZENS, J. 2001. Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork(*). *Quality in Health Care : QHC*, 10, ii26-ii31.
179. FIRTH-COZENS, J. 2002. Barriers to incident reporting. *Qual Saf Health Care*, 11, 7.

180. FISCHHOFF, B. 2003. Hindsight not equal to foresight: the effect of outcome knowledge on judgment under uncertainty. 1975. *Qual Saf Health Care*, 12, 304-11; discussion 311-2.
181. FISHBEIN, M. & AJZEN, I. 1975. *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*, Addison - Wesley.
182. FLAATTEN, H. 2005. How to learn from adverse events? *Acta Anaesthesiol Scand*, 49, 889-90.
183. FLAATTEN, H. & HEVROY, O. 1999. Errors in the intensive care unit (ICU). Experiences with an anonymous registration. *Acta Anaesthesiol Scand*, 43, 614-7.
184. FLETCHER, C. E. 1997. Failure mode and effects analysis. An interdisciplinary way to analyze and reduce medication errors. *J Nurs Adm*, 27, 19-26.
185. FLIN, R., MEARNS, K., O'CONNOR, P. & BRYDEN, R. 2000. Measuring safety climate: Identifying the common features. *Safety Science*, 34, 177-192.
186. FLYNN, E. A., BARKER, K. N., PEPPER, G. A., BATES, D. W. & MIKEAL, R. L. 2002. Comparison of methods for detecting medication errors in 36 hospitals and skilled-nursing facilities. *Am J Health Syst Pharm*, 59, 436-46.
187. FLYNN, E. A. & BERKER, K. N. 2000. *Medication errors research. Medication errors: Causes, prevention and risk management*, Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
188. FORD, L. 2003. Clinical governance: the ethical dimension. *Musculoskeletal Care*, 1, 141-5.
189. FORSTER, A. J., MURFF, H. J., PETERSON, J. F., GANDHI, T. K. & BATES, D. W. 2003. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med*, 138, 161-7.
190. FOTHERGILL, A., EDWARDS, D. & BURNARD, P. 2004. Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic review. *Int J Soc Psychiatry*, 50, 54-65.
191. FRAGOLA, J. R. & DOUGHERTY, E. M. 1988. *Human Reliability Analysis*. Jounh-Wiley Inter Science.
192. FRANCE24. 2011. Medical mistakes. Available from: <http://www.france24.com/en/20110522-2011-05-22-1143-wb-en-health/>.
193. FRATI, P., GULINO, M., TURILLAZZI, E., ZAAMI, S. & FINESCHI, V. 2014. The physician's breach of the duty to inform the parent of deformities and abnormalities in the foetus: "wrongful life" actions, a new frontier of medical responsibility. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 27, 1113-7.
194. FREUDENBERGER, H. J. 1974. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
195. FUJITA, Y. 1992. Human Reliability Analysis: A human point of view. *Reliability Engineering and System Safety*, 38, 71-79.
196. FUJIWARA, K., TSUKISHIMA, E., TSUTSUMI, A., KAWAKAMI, N. & KISHI, R. 2003. Interpersonal conflict, social support, and burnout among home care workers in Japan. *J Occup Health*, 45, 313-20.

197. FUQUA, R. A. & STEVENS, K. R. 1988. What we know about medication errors: a literature review. *J Nurs Qual Assur*, 3, 1-17.
198. GABBE, S. G., MELVILLE, J., MANDEL, L. & WALKER, E. 2002. Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: diagnosis, treatment, and prevention. *Am J Obstet Gynecol*, 186, 601-12.
199. GADAMER, H. G. 1996. Τὸ ἐρμηνευτικὸ πρόβλημα καὶ ἡ ἠθικὴ τοῦ Ἀριστοτέλους, Ἰνδικτος.
200. GADD, S. & COLLINS, A. M. 2002. Safety culture: A review of the literature. In: GROUP, H. F. (ed.).
201. GALLAGHER, T. H., WATERMAN, A. D., EBERS, A. G., FRASER, V. J. & LEVINSON, W. 2003. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *Jama*, 289, 1001-7.
202. GARVIN, D. A. 1988. *Managing quality: the strategic and competitive edge*, Free Press.
203. GARZA, J. A., SCHNEIDER, K. M., PROMECENE, P. & MONGA, M. 2004. Burnout in residency: a statewide study. *South Med J*, 97, 1171-3.
204. GINSBURG, L. R., CHUANG, Y. T., BERTA, W. B., NORTON, P. G., NG, P., TREGUNNO, D. & RICHARDSON, J. 2010. The relationship between organizational leadership for safety and learning from patient safety events. *Health Serv Res*, 45, 607-32.
205. GIRAUD, T., DHAINAUT, J. F., VAXELAIRE, J. F., JOSEPH, T., JOURNOIS, D., BLEICHNER, G., SOLLET, J. P., CHEVRET, S. & MONSALLIER, J. F. 1993. Iatrogenic complications in adult intensive care units: a prospective two-center study. *Crit Care Med*, 21, 40-51.
206. GLADSTONE, J. 1995. Drug administration errors: a study into the factors underlying the occurrence and reporting of drug errors in a district general hospital. *J Adv Nurs*, 22, 628-37.
207. GLENDON, A. I., CLARKE, S. & MCKENNA, E. 2006. *Human Safety and Risk Management, Second Edition*, CRC Press.
208. GOLDSTONE, J. 1997. The role of quality assurance versus continuous quality improvement. *Journal of Vascular Surgery*, 28, 378-380.
209. GOOSSENS, H., FERECHE, M., VANDER STICHELE, R. & ELSEVIERS, M. 2005. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet*, 365, 579-87.
210. GRAF, J., VON DEN DRIESCH, A., KOCH, K. C. & JANSSENS, U. 2005. Identification and characterization of errors and incidents in a medical intensive care unit. *Acta Anaesthesiol Scand*, 49, 930-9.
211. GRANT, M. J., DONALDSON, A. E. & LARSEN, G. Y. 2006. The safety culture in a children's hospital. *J Nurs Care Qual*, 21, 223-9.
212. GRAVES, G. W. 1949. Accident prevention in pediatric nursing. *Am J Nurs*, 49, 28-31.

213. GREENSTREET BERMAN LTD 2001. Preventing the propagation of error and misplaced reliance on faulty systems: A guide to human error dependency. Offshore Technology Report 2001/053.
214. GROBER, E. D. & BOHNEN, J. M. 2005. Defining medical error. *Can J Surg*, 48, 39-44.
215. GRUNFELD, E., WHELAN, T. J., ZITZELSBERGER, L., WILLAN, A. R., MONTESANTO, B. & EVANS, W. K. 2000. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *Cmaj*, 163, 166-9.
216. GUION, R. M. 1973 A note on organizational climate: *Organizational Behaviour and Human Performance*. 9.
217. GULDENMUND, F. W. 2000. The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science*, 34, 215-257.
218. GUNTUPALLI, K. K. & FROMM, R. E., JR. 1996. Burnout in the internist--intensivist. *Intensive Care Med*, 22, 625-30.
219. HACKEL, R., BUTT, L. & BANISTER, G. 1996. How nurses perceive medication errors. *Nurs Manage*, 27, 31, 33-4.
220. HALE, A. R. 1990b. How people learn to live with risk: Prediction and Control. *Journal of Occupational Accidents*, 13, 33-45.
221. HALL, R. H. 1976. Hormonal mechanisms for differentiation in plant tissue culture. *In Vitro*, 12, 216-24.
222. HAMDAN, M. & SALEEM, A. A. 2013. Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. *Int J Qual Health Care*, 25, 167-75.
223. HAUGEN, A. S., SOFTELAND, E., EIDE, G. E., NORTVEDT, M. W., AASE, K. & HARTHUG, S. 2010. Patient safety in surgical environments: cross-countries comparison of psychometric properties and results of the Norwegian version of the Hospital Survey on Patient Safety. *BMC Health Serv Res*, 10, 279.
224. HARVEY, G. 1996. Quality in health care: traditions, influences and future directions. *Int J Qual Health Care*, 8, 341-50.
225. HAYES, J. 2010. Quality improvement. Part 1: retrospective review: EMS agencies must embrace continuous quality improvement as part of their daily operation. *EMS Mag*, 39, 49-53.
226. HEALTHGRADES 2008. The Fifth Annual HealthGrades Patient Safety in American Hospitals Study.
227. HEALTHGRADES 2012. Patient Safety and Satisfaction: The State of American Hospitals.
228. HEALTHGRADES 2013. Variation in Patient Safety Outcomes and the Importance of Being Informed.
229. HEINRICH, H. W. 1956. *Industrial Accident Prevention*, New York, McGraw Hill.
230. HELLINGS, J., SCHROOTEN, W., KLAZINGA, N. & VLEUGELS, A. 2007. Challenging patient safety culture: survey results. *Int J Health Care Qual Assur*, 20, 620-32.

231. HELLINGS, J., SCHROOTEN, W., KLAZINGA, N. S. & VLEUGELS, A. 2010. Improving patient safety culture. *Int J Health Care Qual Assur*, 23, 489-506.
232. HELMREICH, R. L. 2000. On error management: lessons from aviation. *Bmj*, 320, 781-5.
233. HENNEMAN, E. A. & GAWLINSKI, A. 2004. A "near-miss" model for describing the nurse's role in the recovery of medical errors. *J Prof Nurs*, 20, 196-201.
234. HENRIKSEN, K., ; DAYTON, E.,; KEYES, M.A., ET AL. 2008. Understanding Adverse Events: A Human Factors Framework. In: HUGHES, R. G. (ed.) *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. US: Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality
235. HERSEY, P., BLANCHARD, K. & JOHNSON, D. E. 2001. *Management of organizational behavior*, NJ, Upper Saddle River.
236. HEWISON, A. 1996. Organizational culture: a useful concept for nurse managers? *J Nurs Manag*, 4, 3-9.
237. HEWITT-TAYLOR, J. 2004. Clinical guidelines and care protocols. *Intensive Crit Care Nurs*, 20, 45-52.
238. HIBBARD, J. H., PETERS, E., SLOVIC, P. & TUSLER, M. 2005. Can patients be part of the solution? Views on their role in preventing medical errors. *Med Care Res Rev*, 62, 601-16.
239. HICKAM, D. H., SEVERANCE, S., FELDSTEIN, A., RAY, L., GORMAN, P., SCHULDHEIS, S., HERSH, W. R., KRAGES, K. P. & HELFAND, M. 2003. The effect of health care working conditions on patient safety. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*, 1-3.
240. HILFIKER, D. 1984. Facing our mistakes. *N Engl J Med*, 310, 118-22.
241. HOFFMANN, B. & ROHE, J. 2010. Patient safety and error management: what causes adverse events and how can they be prevented? *Dtsch Arztebl Int*, 107, 92-9.
242. HOGAN, H., HEALEY, F., NEALE, G., THOMSON, R., VINCENT, C. & BLACK, N. 2012. Preventable deaths due to problems in care in English acute hospitals: a retrospective case record review study. *BMJ quality & safety*, 21, 737-745.
243. HOGG, M. & VAUGHAN, G. 2008. *Social psychology*, Pearson Education Limited Artes Graficas Spain.
244. HOLLNAGEL, E. Position paper on human error. Responses to Queries from the Program Committee. . NATO Conference on Human Error, , September 5-9, 1983 Bellagio, Italy,.
245. HOLLNAGEL, E. Coping, Coupling and Control: The Modelling of Muddling Through. 2nd Interdisciplinary Workshop on Mental Models, 1992a Cambridge, UK.
246. HOLLNAGEL, E. 1992b. The Reliability of Man - Machine Interaction. *Reliability Engineering and System safety*, 38, 81-89.
247. HOLLNAGEL, E. 1998. *Cognitive Reliability and Error Analysis Method (CREAM)*, Oxford, Elsevier Science Ltd.

248. HOLLNAGEL, E. 2002. Barrier Analysis and Accident Prevention. 2002 Human Technology Integration Colloquium Series. Air Force Research Laboratory, Human Effectiveness Directorate.
249. HOLLNAGEL, E. 2005b. The Elusiveness of "Human Error" [Online]. Available: <http://www.humanerroranalysis.com/page/on-human-error-the-elusiveness-of-human-error> [Accessed 14.06.2014].
250. HOPE PROJECT 2013. As patient safety awareness week begins, project HOPE says education is key to avoiding medical errors in the developing world,.
251. HOPKINS A. 1990. Measuring the Quality of Medical Care, London, Royal College of Physicians of London.
252. HUANG, D. T., CLERMONT, G., KONG, L., WEISSFELD, L. A., SEXTON, J. B., ROWAN, K. M. & ANGUS, D. C. 2010a. Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *Int J Qual Health Care*, 22, 151-61.
253. HUANG, Y. H., CHEN, P. Y. & GROSCH, J. W. 2010b. Safety climate: new developments in conceptualization, theory, and research. *Accid Anal Prev*, 42, 1421-2.
254. HUDOKLIN, A. & ROZMAN, V. 1992. Human Errors versus Stress. *Reliability Engineering and System Safety*, 37, 231-236.
255. HUMAN ENGINEERING FOR THE HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE 2005. A review on safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit. Bristol.
256. HUSSEY, P. S., WERTHEIMER, S. & MEHROTRA, A. 2013. The association between health care quality and cost: a systematic review. *Ann Intern Med*, 158, 27-34.
257. HUTCHINS, D. 1985. *Quality Circles Handbook*, London, Pitman.
258. INGLETON, C. & FAULKNER, A. 1995. Quality assurance in palliative care: some of the problems. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 4, 38-44.
259. INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI) 2004. *Patient Safety Leadership Walkrounds*.
260. INSTITUTE OF MEDICINE COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE 2000. In: KOHN, L. T., CORRIGAN, J. M., DONALDSON, M. S.. (ed.) *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press (US) Copyright 2000 by the National Academy of Sciences. All rights reserved.
261. INSTITUTE OF MEDICINE COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN, A. 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US) Copyright 2001 by the National Academy of Sciences. All rights reserved.
262. INSTITUTE OF MEDICINE COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA 2000. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. In: KOHN, L. T., CORRIGAN, J. M. & DONALDSON, M. S. (eds.). Washington (DC): National Academies Press (US) Copyright 2000 by the National Academy of Sciences. All rights reserved.

263. INSTITUTION OF ENGINEERING AND TECHNOLOGY 2009. Health & Safety Briefing.
264. INTERNATIONAL NUCLEAR SAFETY ADVISORY GROUP 2001. INSAG: "Safety culture". ViennaInternational: International Atomic Energy Agency.
265. IOM 1992. Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use
266. ISAAC, T., ZASLAVSKY, A. M., CLEARY, P. D. & LANDON, B. E. 2010. The Relationship between Patients' Perception of Care and Measures of Hospital Quality and Safety. *Health Services Research*, 45, 1024-1040.
267. ISHIKAWA, K. 1985. *What is Total Quality Management: The Japanese Way*, Englewood Cliffs.
268. ISMP 2005. ISMP's list of confused drug names,.
269. ITO, S., SETO, K., KIGAWA, M., FUJITA, S., HASEGAWA, T. & HASEGAWA, T. 2011. Development and applicability of Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) in Japan. *BMC Health Serv Res*, 11, 28.
270. JACOBY, L. L. & KELLEY, C. M. 1992. A process-dissociation framework for investigating unconscious influences: Freudian slips, projective tests, subliminal perception and signal detection theory. *Current Directions in Psychological Science*, 1, 174-179.
271. JACQUES, E. 1952. *The Changing Culture of a Factory*, New York, Dryden.
272. JAMES, J. T. 2013. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf*, 9, 122-8.
273. JAMES, T. 2004. Medical errors: the perspective of the insurer. *J Surg Oncol*, 88, 195-9.
274. JAMIE, O. H. 2012. 6 Elements of a True Patient Safety Culture [Online]. Available: <http://www.beckershospitalreview.com/quality/6-elements-of-a-true-patient-safety-culture.html> [Accessed 4/06/2014].
275. JCAHO 2002a. A Frame for a Root Cause Analysis and Action in Response to a Sentinel Event.
276. JCAHO 2002b. Revisions to Joint Commission Standards in Support of Patient Safety and Medical Health Care Error Reduction, Oakbrook Terrace,.
277. JCI 2005. PATIENT SAFETY.
278. JENKINS, R. & ELLIOTT, P. 2004. Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *J Adv Nurs*, 48, 622-31.
279. JO, Y. D. & PARK, K. S. 2003. Dynamic management of human error to reduce total risks. *Journal of Loss Prevention on the Process Industries*, 16, 313-321.
280. JOHNSON, W. G., BRENNAN, T. A., NEWHOUSE, J. P., LEAPE, L. L., LAWTHERS, A. G., HIATT, H. H. & WEILER, P. C. 1992. The economic consequences of medical injuries. Implications for a no-fault insurance plan. *Jama*, 267, 2487-92.

281. JOHNSTON, G., CROMBIE, I. K., DAVIES, H. T., ALDER, E. M. & MILLARD, A. 2000. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Qual Health Care*, 9, 23-36.
282. JOHNSTONE, M. J. & KANITSAKI, O. 2006. The ethics and practical importance of defining, distinguishing and disclosing nursing errors: a discussion paper. *Int J Nurs Stud*, 43, 367-76.
283. JOINT COMMISSION RESOURCES 2006. Guidelines for accepting and transcribing verbal or telephone orders. The source. In: RESOURCES, J. C. (ed.).
284. JONES, G. R. 2010. *Organizational Theory, Design, and Change: Text and Cases*, New Jersey, Pearson Prentice Hall.
285. JONES, K., SKINNER, A., XU, L., SUN, J. & MUELLER, K. 2008. The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Tool to Plan and Evaluate Patient Safety Programs. In: (MD), R. (ed.) *Advances in patient safety: New directions and alternative approaches*. US: Agency for Healthcare Research and Quality.
286. JURAN, J. M. 1986. The Quality Trilogy. *Quality Progress*, 19-24.
287. JURAN, J. M. 1988. *Juran on planning for quality*. New York.
288. JURAN, J. M. 1989. *Juran on Leadership for Quality: An executive Handbook* New York, Free Press.
289. JURAN, J. M. & GRYNA, F. M. 1980. *Quality planning and analysis*. New Delhi: McGraw - Hill.
290. KABENE, S. M., ORCHARD, C., HOWARD, J. M., SORIANO, M. A. & LEDUC, R. 2006. The importance of human resources management in health care: a global context. *Human Resources for Health*, 4, 20-20.
291. KAISER FAMILY FOUNDATION 2004. *National survey on consumers' experiences with patient safety and quality information*. Menlo Park,: Agency for Healthcare Research and Quality, Harvard School of Public Health,.
292. KALLIATH, T., ET AL 1999. *A Confirmatory Factor Analysis of the Competing Values Instrument Educational and Psychological Measurement*.
293. KALLIATH, T. & MORRIS, R. 2002. Job satisfaction among nurses: a predictor of burnout levels. *J Nurs Adm*, 32, 648-54.
294. KANTZ, D. 1973. Patterns of Leadership. In: KNUTSON (ed.) *Handbook of Political Psychology*. San Francisco: Jossey - Bass.
295. KAPLAN, S. & GARRICK, B. J. 1981. On The Quantitative Definition of Risk. *Risk Analysis*, 1, 11-27.
296. KASPER, A. S. 1983. The concept of wrongful life in the law. *Women Health*, 8, 81-7.
297. KENNEDY, R. & KIRWAN, B. 1995. The failure mechanisms of safety culture. In: CARNINO, A. & WEIMANN, G. (eds.) *Proceedings of the International Topical Meeting on Safety Culture in Nuclear Installations*. Vienna: American Nuclear Society of Austria.

298. KHO, M. E., PERRI, D., MCDONALD, E., WAUGH, L., ORLICKI, C., MONAGHAN, E. & COOK, D. J. 2009. The climate of patient safety in a Canadian intensive care unit. *J Crit Care*, 24, 469.e7-13.
299. KILFEDDER, C. J., POWER, K. G. & WELLS, T. J. 2001. Burnout in psychiatric nursing. *J Adv Nurs*, 34, 383-96.
300. KIM, I. S., PARK, M., PARK, M. Y., YOO, H. & CHOI, J. 2013. Factors Affecting the Perception of Importance and Practice of Patient Safety Management among Hospital Employees in Korea. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*, 7, 26-32.
301. KIM, J., AN, K., KIM, M. K. & YOON, S. H. 2007. Nurses' perception of error reporting and patient safety culture in Korea. *West J Nurs Res*, 29, 827-44.
302. KING, G. & MARTINEAU, T. 2006. Workforce planning for the health sector Capacity project knowledge sharing.
303. KIRKPATRICK, I. & MARTINEZ-LUCIO, M. 1995. *The politics of quality in the public sector: the management of change*, Routledge.
304. KIZER, K. W. & STEGUN, M. B. 2012. Serious reportable adverse events in health care., *Advances in Patient Safety*, 4.
305. KONSTANTINIDOU, M., NIVOLIANITOU, Z., KIRANOUDIS, C. & MARKATOS, N. 2006. A fuzzy modeling application of CREAM methodology for human reliability analysis. *Reliability Engineering and System Safety*, 91, 706-716.
306. KOSTOVA, T. 1999. Transnational transfer of strategic organizational practices: A contextual perspective. *Academy of Management review*, 24, 308-324.
307. KOTTER, J. 1990 *A Force for Change: How leadership differs from management*, New York, Free Press.
308. KOTTER, J. 2003. Creative ways to empower action to change the organization: cases in point. *Journal of Organizational Excellence*, , 22, 101
309. KRISTENSEN, S. & BARTELS, P. 2007. Patient safety culture: assessment instruments. *Patient safety toolbox*. Hauten.
310. KRISTENSEN, S., BARTELS, P., SABROE, S. & MAINZ, J. 2014. [Patient safety culture can be a driver for high clinical quality.]. *Ugeskr Laeger*, 176.
311. KRISTENSEN, S., MAINZ, J. & BARTELS, P. A. 2007. A patient safety vocabulary: Safety improvement for patients in Europe. *SimPatIE*. Denmark: ESQH.
312. KYDONA CH, K., MALAMIS, G., GIASNETSOVA, T., TSIORA, V. & GRITSI-GEROGIANNI, N. 2010. The level of teamwork as an index of quality in ICU performance. *Hippokratia*, 14, 94-7.
313. LA PORTE, T. R. & ROCHLIN, G. I. 1994. A rejoinder to Perrow. *J Conting Crisis Manage*, 2, 221-227.
314. LANDRIGAN, C. P., PARRY, G. J., BONES, C. B., HACKBARTH, A. D., GOLDMANN, D. A. & SHAREK, P. J. 2010. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N Engl J Med*, 363, 2124-34.

315. LANKSHEAR, A. J., SHELDON, T. A. & MAYNARD, A. 2005. Nurse staffing and healthcare outcomes: a systematic review of the international research evidence. *ANS Adv Nurs Sci*, 28, 163-74.
316. LAPOINTE, N. M. & JOLLIS, J. G. 2003. Medication errors in hospitalized cardiovascular patients. *Arch Intern Med*, 163, 1461-6.
317. LATINO, R. J. 2000. *Automating Root Cause Analysis*, New York,.
318. LAUTERSTEIN, R. H. & MUSTOE, L. F. 1960. Accidents involve people. *Nurs Outlook*, 8, 96-8.
319. LAWRENCE, K. E. A. 2009. Behavioral Complexity in leadership: The psychometric properties of a new instrument to measure behavioral repertoire. *The Leadership Quarterly*, 20, 87-102.
320. LAWTON, R. & PARKER, D. 2002. Barriers to incident reporting in a healthcare system. *Qual Saf Health Care*, 11, 15-8.
321. LAZAROU, J., POMERANZ, B. H. & COREY, P. N. 1998. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *Jama*, 279, 1200-5.
322. LEAPE, L. L. 1994. Error in medicine. *Jama*, 272, 1851-7.
323. LEAPE, L. L. 2000a. Can we make health care safe? Reducing Medical Errors and Improving Patient Safety: Success stories from the Front Lines of Medicines. The Institute Coalition on Health Care - The Institute for Healthcare Improvement.
324. LEAPE, L. L. 2000b. Preventing mishaps team effort, error expert says. *OR Manager*, 16, 1, 12-3.
325. LEAPE, L. L. 2002. Reporting of adverse events. *N Engl J Med*, 347, 1633-8.
326. LEAPE, L. L., BATES, D. W., CULLEN, D. J., COOPER, J., DEMONACO, H. J., GALLIVAN, T., HALLISEY, R., IVES, J., LAIRD, N., LAFFEL, G. & ET AL. 1995. Systems analysis of adverse drug events. ADE Prevention Study Group. *Jama*, 274, 35-43.
327. LEAPE, L. L. & BERWICK, D. M. 2000. Safe health care: are we up to it? *Bmj*, 320, 725-6.
328. LEAPE, L. L., BRENNAN, T. A., LAIRD, N., LAWTHERS, A. G., LOCALIO, A. R., BARNES, B. A., HEBERT, L., NEWHOUSE, J. P., WEILER, P. C. & HIATT, H. 1991. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*, 324, 377-84.
329. LEAPE, L. L., WOODS, D. D., HATLIE, M. J., KIZER, K. W., SCHROEDER, S. A. & LUNDBERG, G. D. 1998. Promoting patient safety by preventing medical error. *Jama*, 280, 1444-7.
330. LEATHERMAN, S., DONALDSON, L. J. & EISENBERG, J. M. 2000. International collaboration: harnessing differences to meet common needs in improving quality of care. *Qual Health Care*, 9, 143-4.
331. LEE, H., HWANG, S., KIM, J. & DALY, B. 2004. Predictors of life satisfaction of Korean nurses. *J Adv Nurs*, 48, 632-41.

332. LEE, H., SONG, R., CHO, Y. S., LEE, G. Z. & DALY, B. 2003. A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. *J Adv Nurs*, 44, 534-45.
333. LEES, P. F. 1996. *Loss prevention in the process industries.*, Reed Educational and Professional Publishing.
334. LEGIDO-QUIGLEY, H., MCKEE, M., WALSH, K., SUNOL, R., NOLTE, E. & KLAZINGA, N. 2008. How can quality of health care be safeguarded across the European Union? *Bmj*, 336, 920-3.
335. LEONARD, M., GRAHAM, S. & BONACUM, D. 2004. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*, 13 Suppl 1, i85-90.
336. LESAR, T. S., BRICELAND, L. & STEIN, D. S. 1997. Factors related to errors in medication prescribing. *Jama*, 277, 312-7.
337. LEWIN, K., LIPPIT, R. & WHITE, R. 1939. Patterns of Aggressive Behavior in Experimentally Created Social Climates. *Journal of Social Psychology*, 10, 271-299.
338. LHABITANT, F.-S. 2001. A new bible for risk management. *Thunderbird International Business Review*, 43, 699-704.
339. LIKERT, R. 1932. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 140, 1-55.
340. LILLEY, L. L. & GUANCI, R. 1994. Now what? After an error. *Am J Nurs*, 94, 18.
341. LIN, Y. H. & MA, S. M. 2009. Willingness of nurses to report medication administration errors in southern Taiwan: a cross-sectional survey. *Worldviews Evid Based Nurs*, 6, 237-45.
342. LINDROOTH, R. C., BAZZOLI, G. J., NEEDLEMAN, J. & HASNAIN-WYNIA, R. 2006. The effect of changes in hospital reimbursement on nurse staffing decisions at safety net and nonsafety net hospitals. *Health Serv Res*, 41, 701-20.
343. LINGARD, L., ESPIN, S., WHYTE, S., REGEHR, G., BAKER, G. R., REZNICK, R., BOHNEN, J., ORSER, B., DORAN, D. & GROBER, E. 2004. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care*, 13, 330-4.
344. LIU, L., SHUAI, M., WANG, Z. & LI, P. 2012. Use-related risk analysis for medical devices based on improved FMEA. *Work*, 41 Suppl 1, 5860-5.
345. LIVINGSTON, A. D., JACKSON, G. & PRIESTLEY, K. 2001. *Root Causes Analysis: Literature Review*. HSE Contract Research Report. 325/2001. . UK.
346. LOCALIO, A. R., LAWTHERS, A. G., BRENNAN, T. A., LAIRD, N. M., HEBERT, L. E., PETERSON, L. M., NEWHOUSE, J. P., WEILER, P. C. & HIATT, H. H. 1991. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. Results of the Harvard Medical Practice Study III. *N Engl J Med*, 325, 245-51.
347. LOHR, K. N., DONALDSON, M. S. & HARRIS-WEHLING, J. 1992. Medicare: a strategy for quality assurance, V: Quality of care in a changing health care environment. *QRB Qual Rev Bull*, 18, 120-6.

348. LORD, C. 1984. Introduction to the Politics, by Aristotle, Chicago, Chicago University Press.
349. LUXEMBOURG DECLARATION ON PATIENT SAFETY 2005. Patient safety - making it happen. In: DG, E. C. (ed.) Health and Consumer Protection.
350. LYONS, M. 2007. Should patients have a role in patient safety? A safety engineering view. *Qual Saf Health Care*, 16, 140-2.
351. MAECHAM, J. 1993. Wisdom and the context of knowledge. In: KUHN, D. & MAECHAM, J. (eds.) Contributions in Human Development. Basel Karger.
352. MAINZ, J. 2003. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care*, 15, 523-30.
353. MANGINO, P. D. 2004. Role of the pharmacist in reducing medication errors. *J Surg Oncol*, 88, 189-94.
354. MANNION, R., DAVIES, H. T. & MARSHALL, M. N. 2005. Cultural characteristics of "high" and "low" performing hospitals. *J Health Organ Manag*, 19, 431-9.
355. MARKOWITZ, J. S., PEARSON, G., KAY, B. G. & LOEWENSTEIN, R. 1981. Nurses, physicians, and pharmacists: their knowledge of hazards of medications. *Nurs Res*, 30, 366-70.
356. MARMOT, M. G. & BELL, R. 2009. How will the financial crisis affect health? *Bmj*, 338, b1314.
357. MASLACH, C. 1982. Burnout: The Cost Of Caring, Prentice-Hall, Inc, Englewood Cliffs NJ.
358. MASLACH, C. & JACKSON, S. 1986. Maslach burnout inventory manual. In: ALTO, P. (ed.) 2nd ed. ed. California: Consulting Psychologists Press,.
359. MASON, D. J. 2004a. When silence kills. *Am J Nurs*, 104, 11.
360. MASON, J. K. 2004b. Wrongful life: the problem of causation. *Med Law Int*, 6, 149-61.
361. MASON, K. & SMITH, M. 1994. Law and Medical Ethics.
362. MAXSON, P. M., DOZOIS, E. J., HOLUBAR, S. D., WROBLESKI, D. M., DUBE, J. A. O., KLIPFEL, J. M. & ARNOLD, J. J. 2011. Enhancing Nurse and Physician Collaboration in Clinical Decision Making Through High-fidelity Interdisciplinary Simulation Training. *Mayo Clinic Proceedings*, 86, 31-36.
363. MAXWELL, R. J. 1992. Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Quality in Health Care*, 1, 171-177.
364. MAYO, A. M. & DUNCAN, D. 2004. Nurse perceptions of medication errors: what we need to know for patient safety. *J Nurs Care Qual*, 19, 209-17.
365. MAZOR, K. M., SIMON, S. R. & GURWITZ, J. H. 2004. Communicating with patients about medical errors: a review of the literature. *Arch Intern Med*, 164, 1690-7.

366. MCCARTHY, D. & BLUMENTHAL, D. 2006. Stories from the sharp end: case studies in safety improvement. *Milbank Q*, 84, 165-200.
367. MCDONALD, S. C. 1994. Total quality management in health care. *J Can Diet Assoc*, 55, 12-4.
368. MCGRAIL, K. A., MORSE, D. S., GLESSNER, T. & GARDNER, K. 2009. “What is Found There”(1): Qualitative Analysis of Physician–Nurse Collaboration Stories. *Journal of General Internal Medicine*, 24, 198-204.
369. MCMANUS, I. C., WINDER, B. C. & GORDON, D. 2002. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet*, 359, 2089-90.
370. MCMURRAY, J. E., LINZER, M., KONRAD, T. R., DOUGLAS, J., SHUGERMAN, R. & NELSON, K. 2000. The work lives of women physicians results from the physician work life study. The SGIM Career Satisfaction Study Group. *J Gen Intern Med*, 15, 372-80.
371. MEARNS, K., O’CONNOR, P. & FLIN, R. 1997. Determining the relationship between safety climate and performance measures in the mining industry. Report to HSE Operations Unit.
372. MEARNS, K., WHITAKER, S. M. & FLIN, R. 2003. Safety climate, safety management practice and safety performance in offshore environments. *Safety Science*, 41, 641-680.
373. MEDMARX 2006.
374. MEHTA, Y., GUPTA, A., TODI, S., MYATRA, S. N., SAMADDAR, D. P., PATIL, V., BHATTACHARYA, P. K. & RAMASUBBAN, S. 2014. Guidelines for prevention of hospital acquired infections. *Indian Journal of Critical Care Medicine : Peer-reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 18, 149-163.
375. MELLO, M. M., STUDDERT, D. M., THOMAS, E. J., YOON, C. S. & BRENNAN, T. A. 2007. Who Pays for Medical Errors? An Analysis of Adverse Event Costs, the Medical Liability System, and Incentives for Patient Safety Improvement. *Journal of Empirical Legal Studies*, 4, 835-860.
376. MERCIER, S. & FIKES, J. 1998. Factors to consider in the delivery of quality services by hospitals. *Hosp Mater Manage Q*, 19, 35-43.
377. MERLLIE, D. & PAOLI, P. 2001. Δέκα χρόνια συνθήκες εργασίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση [Online]. Available: www.disable.gr.
378. MERRY, A. F. & WEBSTER, C. S. 1996. Labelling and drug administration error. *Anaesthesia*, 51, 987-8.
379. MEURIER, C. E. 2000. Understanding the nature of errors in nursing: using a model to analyse critical incident reports of errors which had resulted in an adverse or potentially adverse event. *J Adv Nurs*, 32, 202-7.
380. MEURIER, C. E., VINCENT, C. A. & PARMAR, D. G. 1997. Learning from errors in nursing practice. *J Adv Nurs*, 26, 111-9.

381. MICHEL, P., QUENON, J. L., DJIHOUD, A., TRICAUD-VIALLE, S. & DE SARASQUETA, A. M. 2007. French national survey of inpatient adverse events prospectively assessed with ward staff. *Qual Saf Health Care*, 16, 369-77.
382. MICHELS, P. J., PROBST, J. C., GODENICK, M. T. & PALESCH, Y. 2003. Anxiety and anger among family practice residents: a South Carolina family practice research consortium study. *Acad Med*, 78, 69-79.
383. MILLS D.H., BOYDEN J.S. & RUBAMEN D.S. 1977. Report on The Medical Insurance Feasibility Study. San Francisco.
384. MITSIS, D., KELESI, M. & KAPADOHOS, T. 2012. Factors which affect the occurrence of nursing errors in medication administration and the errors' management. *Rostrum of Asclepius*, 11, 293-312.
385. MITTON, C., DIONNE, F., PEACOCK, S. & SHEPS, S. 2006. Quality and cost in healthcare: a relationship worth examining. *Appl Health Econ Health Policy*, 5, 201-8.
386. MOLIMARD, M., BERNAUD, C., LECHAT, P., BEJAN-ANGOULVANT, T., BENATTIA, C., BENKRITLY, A., BRAUNSTEIN, D., CABUT, S., DAVID, N., FOURRIER-REGLAT, A., GALLET, B., GERSBERG, M., GONI, S., JOLLIET, P., LAMARQUE-GARNIER, V., LE JEUNNE, C., LEURS, I., LIARD, F., MALBEZIN, M., MICALLEF, J. & NGUON, M. 2014. Information and communication on risks related to medications and proper use of medications for healthcare professionals and the general public: precautionary principle, risk management, communication during and in the absence of crisis situations. *Therapie*, 69, 355-66.
387. MONTAGU, D. 2003. Accreditation And Other External Quality Assessment Systems For Healthcare: Review Of Experience And Lessons Learned. London: Department for International Development Health Systems Resource Centre.
388. MOORHEAD, G. & GRIFFIN, R. W. 1995. *Organizational Behaviour*, Boston, Houghton Mifflin Company.
389. MOORMAN, D. W. 2007. Communication, teams, and medical mistakes. *Ann Surg*, 245, 173-5.
390. MORAY, N. & DOUGHERTY, E. M. 1990. Dilemma and the One-sidedness of Human Reliability Analysis. *Reliability Engineering and System Safety*, 29, 337-344.
391. MORIMOTO, T., GANDHI, T. K., SEGER, A. C., HSIEH, T. C. & BATES, D. W. 2004. Adverse drug events and medication errors: detection and classification methods. *Qual Saf Health Care*, 13, 306-14.
392. MOSLEH, A. & CHANG, Y. 2004. Model -based human reliability analysis: prospects and requirements. *Reliability Engineering and System Safety*, 83, 241-253.
393. MULLINS, J. L. 1991. *Management and organizational behavior* Prentice Hall, USA, Financial Timess.
394. NAJJAR, S., HAMDAN, M., BAILLIEN, E., VLEUGELS, A., EUWEMA, M., SERMEUS, W., BRUYNEEL, L. & VANHAECHT, K. 2013. The Arabic version of

- the hospital survey on patient safety culture: a psychometric evaluation in a Palestinian sample. *BMC Health Serv Res*, 13, 193.
395. NARUMI, J. 1991. Analysis of human error in nursing care. *Accident analysis and prevention*, 31, 625-629.
396. NATIONAL CENTER FOR POLICY ANALYSIS. 2009. Medical Errors: US vs UK.
397. NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION 2005. What is a medication error?
398. NATIONAL JOURNAL. 2011. Medical errors cost health care system billions,. Available from: <http://www.nationaljournal.com/healthcare/medical-errors-cost-health-care-system-billions-20110407>.
399. NATIONAL RESEARCH COUNCIL 1980. Assembly of engineering, Committee on flight airworthiness certification procedures. Improving aircraft safety: FAA certification of commercial passenger aircraft. Washington DC: National Academy of Sciences.
400. NAYDUCH, D., MOYLAN, J., SNYDER, B. L., ANDREWS, L., RUTLEDGE, R. & CUNNINGHAM, P. 1994. American College of Surgeons trauma quality indicators: an analysis of outcome in a statewide trauma registry. *J Trauma*, 37, 565-73; discussion 573-5.
401. NEAL, A. & GRIFFIN, A. 2004. Safety climate and safety at work. In: BARLING, J. & FRONE, M. (eds.) *The psychology of workplace safety*. Washington: DC: American Psychological Association.
402. NEEDLEMAN, J., BUERHAUS, P., MATTKE, S., STEWART, M. & ZELEVINSKY, K. 2002. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med*, 346, 1715-22.
403. NEUHAUSER, D. 2002. Ernest Amory Codman MD. *Quality and Safety in Health Care*, 11, 104-105.
404. NIE, Y., MAO, X., CUI, H., HE, S., LI, J. & ZHANG, M. 2013. Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Serv Res*, 13, 228.
405. NIEVA, V. F. & SORRA, J. 2003. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*, 12 Suppl 2, ii17-23.
406. NIGHTINGALE, F. 1860. Notes on Nursing. In: SONS, H. A. (ed.). London.
407. NIX, M. P., COOPEY, M. & CLANCY, C. M. 2006. Quality tools to improve care and prevent errors. *J Nurs Care Qual*, 21, 1-4.
408. NORDIN, A., WILDE-LARSSON, B., NORDSTRÖM, G. & THEANDER, K. 2013. Swedish Hospital Survey on Patient Safety Culture— Psychometric properties and health care staff's perception. *Open Journal of Nursing*, 3, 41-50.
409. NOVINITE, J. 2010. 7000 Bulgarian deaths annually attributed to medical errors. Available from: http://www.novinite.com/view_news.php?id=113282.
410. NULL GARY ET AL 2007. *Death by Medicine*,. Life Extension Foundation,.
411. NUNNALLYN, J. C. 1978. *Psychometric theory*, New York:, McGraw - Hill.

412. O'HAGAN, J., MACKINNON, N. J., PERSAUD, D. & ETCHEGARY, H. 2009. Self-reported medical errors in seven countries: implications for Canada. *Healthc Q*, 12 Spec No Patient, 55-61.
413. O'SHEA, E. 1999. Factors contributing to medication errors: a literature review. *J Clin Nurs*, 8, 496-504.
414. O.VRETVEIT, J. 2002. Improving the quality of health services in developing countries: lessons for the West. *Qual Saf Health Care*, 11, 301-2.
415. OAKLAND, J. S. 1994. *Total Quality Management: The Route to improving Performance*, Oxford, Butterworth - Heinemann.
416. OAKLAND, J. S. & PORTER, L. 1994. *Cases in Total Quality Management*, Oxford, Butterworth - Heinemann.
417. OCCELLI, P., QUENON, J. L., KRET, M., DOMEQCQ, S., DELAPERCHE, F., CLAVERIE, O., CASTETS-FONTAINE, B., AMALBERTI, R., AUROY, Y., PARNEIX, P. & MICHEL, P. 2013. Validation of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire. *Int J Qual Health Care*, 25, 459-68.
418. OECD 2011. *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*.
419. OECD, M., J.; SOEREN, M.; ET AL 2004. Selecting indicators for patient safety at the health systems level in OECD countries. *Health Technical Papers*.
420. OLSEN, E. 2008. *Reliability and Validity of the Hospital Survey on Patient Safety Culture at a Norwegian Hospital*. *Quality and Safety Improvement Research: Methods and Research Practice*, National School of Public Health, . Lisbon: International Quality Improvement Research Network (QIRN), .
421. OPPENHEIM, A. N. 1992. *Questionnaire design, interviewing and attitude measurement*, London, Pinter Publishers Ltd.
422. ORENTLICHER, D. 2000. Medical malpractice: treating the causes instead of the symptoms. *Med Care*, 38, 247-9.
423. OSBORNE, J., BLAIS, K. & HAYES, J. S. 1999. Nurses' perceptions: when is it a medication error? *J Nurs Adm*, 29, 33-8.
424. OUCHI, W. G. & WILKINS, A. L. 1985. *Organizational Culture*. *Annual Review of Sociology* 11, 457-483.
425. OVRETVEIT, J. 2001. Quality evaluation and indicator comparison in health care. *Int J Health Plann Manage*, 16, 229-41.
426. PAINE, L. A., ROSENSTEIN, B. J., SEXTON, J. B., KENT, P., HOLZMUELLER, C. G. & PRONOVOST, P. J. 2010. Assessing and improving safety culture throughout an academic medical centre: a prospective cohort study. *Qual Saf Health Care*, 19, 547-54.
427. PAPADATOU, D., ANAGNOSTOPOULOS, F. & MONOS, D. 1994. Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *Br J Med Psychol*, 67 (Pt 2), 187-99.
428. PAPAKOSTIDI, A. & TSOUKALAS, N. 2012. Quality in health care and its evaluation. *Archives of Hellenic Medicine* 29, 480-488.

429. PARLIAMENTARY. 2009. An open, reporting and learning NHS. Available from: <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200809/cmselect/cmhealth/151/15108.htm>.
430. PATIENT SAFETY RESEARCH. 2007. Shaping the European Agenda [Online]. Available: <http://patientsafetyresearch.org/>.
431. PAWLICKI, T. & MUNDT, A. J. 2007. Quality in radiation oncology. *Med Phys*, 34, 1529–1534.
432. PELEG, A. Y. & HOOPER, D. C. 2010. Hospital-Acquired Infections Due to Gram-Negative Bacteria. *The New England journal of medicine*, 362, 1804-1813.
433. PELIAS, M. Z. 1986. Torts of wrongful birth and wrongful life: a review. *Am J Med Genet*, 25, 71-80.
434. PERPER, J. A. 1994. Life-threatening and fatal therapeutic misadventures. In: BOGNER, M. S. (ed.) *Human Error in Medicine*. Mahwah, NJ;: Lawrence Erlbaum.
435. PERROW, C. 1984. *Normal Accidents*, New York, Basic Books.
436. PETTIGREW, T. F. 1979. Race, ethics, and the social scientist. *Hastings Cent Rep*, 9, 15-8.
437. PETTY, R. E. & KROSNICK, J. A. 1995. *Attitude strength: antecedents and consequences*, Lawrence Erlbaum Associates.
438. PFEFFER, N. & COOTE, A. 1991. *Is Quality Good for You?: A Critical Review of Quality Assurance in Welfare Services*, Institute for Public Policy Research.
439. PFEIFFER, Y. & MANSER, T. 2010. Development of the German version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: Dimensionality and psychometric properties. *Safety Science*, 48, 1452-1462.
440. PINILLA, J., MURILLO, C., CARRASCO, G. & HUMET, C. 2006. Case-control analysis of the financial cost of medication errors in hospitalized patients. *Eur J Health Econ*, 7, 66-71.
441. POLANYI, K. 1957. *Aristotle Discovers the Economy*.
442. PORTO, G. G. 2001. Safety by design: ten lessons from human factors research. *J Healthc Risk Manag*, 21, 43-50.
443. POTYLYCKI, M. J., KIMMEL, S. R., RITTER, M., CAPUANO, T., GROSS, L., RIEGEL-GROSS, K. & PANIK, A. 2006. Nonpunitive medication error reporting: 3-year findings from one hospital's Primum Non Nocere initiative. *J Nurs Adm*, 36, 370-6.
444. PRATKANIS, A. 1989. The cognitive representation of attitudes In: PRATKANIS, A., BRECKLER, S. & GREENWALD, A. (eds.) *Attitude Structure and Function*, Lawrence Erlbaum Associates.
445. PRONOVOST, P. J., WEAST, B., HOLZMUELLER, C. G., ROSENSTEIN, B. J., KIDWELL, R. P., HALLER, K. B., FEROLI, E. R., SEXTON, J. B. & RUBIN, H. R. 2003. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Qual Saf Health Care*, 12, 405-10.

446. QUALITY INTERAGENCY COORDINATION TASK FORCE 2000. Doing what counts for patient safety: Federal actions to reduce medical errors and their impact. Report of the Quality Interagency Coordination Task Force to the President. US.
447. RAFTOPOULOS, V. & THEODOSOPOULOU, T. 2002. Scale validation methodology. Archives of Hellenic Medicine 19, 577-589.
448. RAJU, T. N., KECSKES, S., THORNTON, J. P., PERRY, M. & FELDMAN, S. 1989. Medication errors in neonatal and paediatric intensive-care units. Lancet, 2, 374-6.
449. RAMIREZ, A. J., GRAHAM, J., RICHARDS, M. A., CULL, A., GREGORY, W. M., LEANING, M. S., SNASHALL, D. C. & TIMOTHY, A. R. 1995. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. Br J Cancer, 71, 1263-9.
450. RASMUSSEN, J. 1982. Human Errors. A taxonomy for describing human malfunction in Industrial Installations. Journal of Occupational Accidents., 4, 331-333.
451. RASMUSSEN, J. 1983. Skills, Rules, Knowledge: Signals, Signs and Symbols and other distinctions in Human Performance Models. IEEE Trans. Syst. Man Cybern.
452. RASMUSSEN, J. 1998. Major accident Prevention: What is the basic Research issue? In: Lydersen, Hamsen, Sandtorv, Rotterdam: Balkema. , Safety and Relianility.
453. RAVIOLA, G., MACHOKI, M., MWAIKAMBO, E. & GOOD, M. J. 2002. HIV, disease plague, demoralization and "burnout": resident experience of the medical profession in Nairobi, Kenya. Cult Med Psychiatry, 26, 55-86.
454. REASON, J. 1990. Human Error, Cambridge University Press.
455. REASON, J. 1995. Understanding adverse events: human factors. Qual Health Care, 4, 80-9.
456. REASON, J. 1998. Achieving a safe culture: theory and practice. Work and Stress, 12, 293-306.
457. REASON, J. 2000. Human error: models and management. Bmj, 320, 768-70.
458. REASON, J. 2004. Beyond the organisational accident: the need for "error wisdom" on the frontline. Qual Saf Health Care, 13 Suppl 2, ii28-33.
459. REASON, J. 2005. Safety in the operating theatre - Part 2: human error and organisational failure. Qual Saf Health Care, 14, 56-60.
460. REED, D. & KEMMERLY, S. A. 2009. Infection Control and Prevention: A Review of Hospital-Acquired Infections and the Economic Implications. The Ochsner Journal, 9, 27-31.
461. REEVES, C. A. & BEDNAR, D. A. 1994. Defining Quality: Alternatives and Implications. The Academy of Management Review, 19, 419-445.
462. REPORT TO THE UK PATIENT SAFETY SUMMIT. 2005. Available: <http://www.eph.org/spip.php?article2046>.
463. RICE, R. B. 2003. Patient safety: who guards the patient. Online J Issues Nurs, 8, 1.

464. RIGBY, K. D. & LITT, J. C. 2000. Errors in health care management: what do they cost? *Qual Health Care*, 9, 216-21.
465. ROBERTS, J. S., COALE, J. G. & REDMAN, R. R. 1987. A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. *Jama*, 258, 936-40.
466. ROBERTS, K. H. 1990. Some characteristics of high reliability organizations. *Org. Sci*, 1, 160-177.
467. ROBERTS, K. H., ROUSSEAU, D. M. & LA PORTE, T. R. 1994. The culture of high reliability: Quantitative and qualitative assessment aboard nuclear powered aircraft carriers. *J High Tech Manage Res*, 5, 141-161.
468. ROBINSON, G. E. 2004. STUDENTJAMA. Career satisfaction in female physicians. *Jama*, 291, 635.
469. ROCHLIN, G. I., LAPORTE, T. R. & ROBERTS, K. H. 1987. The self-designing high reliability organization. Aircraft carrier flight operations at sea. *Naval War College Review*, 42, 76-90.
470. ROGERS, A. E., HWANG, W. T., SCOTT, L. D., AIKEN, L. H. & DINGES, D. F. 2004. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Aff (Millwood)*, 23, 202-12.
471. ROLEN, M. 1955. The nurse's role in accident prevention. *Nurs Outlook*, 3, 588-90.
472. ROSEMAN, C. & BOOKER, J. M. 1995. Workload and environmental factors in hospital medication errors. *Nurs Res*, 44, 226-30.
473. ROSENBERG, M. & HOVLAND, C. 1960. *Attitude organization and change*, New Haven.
474. ROSENTHAL, M. 1999. How doctors think about medical mishaps. In: ROSENTHAL, M., ; MULCAHY, L.; LLOYD - BOSTOCK, S., (ed.) *Medical mishaps: Pieces of the puzzle*. Buckingham: Open Uuniversity Press.
475. ROSS, L. M., WALLACE, J. & PATON, J. Y. 2000. Medication errors in a paediatric teaching hospital in the UK: five years operational experience. *Arch Dis Child*, 83, 492-7.
476. ROTHSCHILD, J. M., LANDRIGAN, C. P., CRONIN, J. W., KAUSHAL, R., LOCKLEY, S. W., BURDICK, E., STONE, P. H., LILLY, C. M., KATZ, J. T., CZEISLER, C. A. & BATES, D. W. 2005. The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. *Crit Care Med*, 33, 1694-700.
477. ROUSSEAU, D. M. 1990. Assessing Organisational Culture: The Case for Multiple Methods In: SCHNEIDER (ed.) *Organisational Climate and Culture*. Oxford: JosseyBass.
478. ROYAL COLLEGE OF NURSING 1995. *Clinical Guidelines: What you need to know*. London: RGN.
479. RUNCIMAN, W. B. 2006. Shared meanings: preferred terms and definitions for safety and quality concepts. *Med J* 184, 41.

480. RYAN, T. G. 1988. Task Analysis - Linked Approach for Integrating the Human Factors in Reliability Assessments of Nuclear Power Plants (TALENT). Reliability Engineering and System safety, 22, 219-234.
481. RYAN, T. G. 1990. Human Reliability Analysis - Why not turn to the human factors community? Reliability Engineering and System Safety, 29, 345-358.
482. SACKETT, D. L. & STRAUS, S. E. 1998. Finding and applying evidence during clinical rounds: the "evidence cart". Jama, 280, 1336-8.
483. SAFREN, M. A. & CHAPANIS, A. 1960. A critical incident study of hospital medication errors. Hospitals, 34, 32-4; passim.
484. SAILLY, M. & VOLKOFF, S. 1990. Vieillesse de la main-d oeuvre et Adequation Previsionnelle des Postes"le Cas des ouvriers du Montage dans L'Automobile. Formation et Emploi, 29, 66-81.
485. SALONIEMI, A. & OKSANEN, H. 1998. Accidents and fatal accidents - some paradoxes. Safety Science, 29, 59-66.
486. SALTA, K. & TZOUGRAKI, C. 2004. Attitudes toward chemistry among 11th grade students in high schools in Greece. Science Education, 88, 535-547.
487. SAMMER, C. E., LYKENS, K., SINGH, K. P., MAINS, D. A. & LACKAN, N. A. 2010. What is patient safety culture? A review of the literature. J Nurs Scholarsh, 42, 156-65.
488. SARAC, C., FLIN, R., MEARNES, K. & JACKSON, J. 2011. Hospital survey on patient safety culture: psychometric analysis on a Scottish sample. BMJ Quality & Safety, 20, 842-848.
489. SCALLY, G. & DONALDSON, L. J. 1998. The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. Bmj, 317, 61-5.
490. SCHEIN, E. H. 2006. Organizational Culture and Leadership, Wiley.
491. SCHELBRED, A. B. & NORD, R. 2007. Nurses' experiences of drug administration errors. J Adv Nurs, 60, 317-24.
492. SCHIFF, G. D. & RUCKER, T. D. 2001. Beyond structure-process-outcome: Donabedian's seven pillars and eleven buttresses of quality. Jt Comm J Qual Improv, 27, 169-74.
493. SCHIMMEL, E. M. 1964. The hazards of hospitalization. Ann Intern Med, 60, 100-10.
494. SCHLOSSBERG, E. 1958. 16 Safeguards against medication errors. Hospitals, 32, 62 passim.
495. SCHOEN, C., OSBORN, R., DOTY, M. M., BISHOP, M., PEUGH, J. & MURUKUTLA, N. 2007. Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. Health Aff (Millwood), 26, w717-34.
496. SCHULMEISTER, L. 1999. Chemotherapy medication errors: descriptions, severity, and contributing factors. Oncol Nurs Forum, 26, 1033-42.

497. SCHWEIGER, B. 2001. Quality Policy in the Health Care Systems of the EU Accession countries In: GENERATIONS, F. M. O. S. S. A. (ed.). Vienna.
498. SCHWOEBEL, A. & CREELY, J. 2010. Improving the safety of neonatal care through the development and implementation of a staff-focused delta team. *J Perinat Neonatal Nurs*, 24, 81-7.
499. SCHYVE, P. M. 2000. The evolution of external quality evaluation: observations from the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Int J Qual Health Care*, 12, 255-8.
500. SCOTT, R. D. 2009. The Direct Medical Costs of Healthcare-Associated Infections in US Hospitals and the Benefits of Prevention. In: POLOCK, D. A. & STONE, P. W. (eds.) Division of Healthcare Quality Promotion. London [UK]: National Center for Preparedness, Detection, and Control of Infectious Diseases, Coordinating Center for Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention.
501. SCOTT, T., MANNION, R., DAVIES, H. & MARSHALL, M. 2003. The quantitative measurement of organizational culture in health care: a review of the available instruments. *Health Serv Res*, 38, 923-45.
502. SENST, B. L., ACHUSIM, L. E., GENEST, R. P., COSENTINO, L. A., FORD, C. C., LITTLE, J. A., RAYBON, S. J. & BATES, D. W. 2001. Practical approach to determining costs and frequency of adverse drug events in a health care network. *Am J Health Syst Pharm*, 58, 1126-32.
503. SEXTON, J. B., BERENHOLTZ, S. M., GOESCHEL, C. A., WATSON, S. R., HOLZMUELLER, C. G., THOMPSON, D. A., HYZY, R. C., MARSTELLER, J. A., SCHUMACHER, K. & PRONOVOST, P. J. 2011. Assessing and improving safety climate in a large cohort of intensive care units. *Crit Care Med*, 39, 934-9.
504. SEXTON, J. B., HELMREICH, R. L., NEILANDS, T. B., ROWAN, K., VELLA, K., BOYDEN, J., ROBERTS, P. R. & THOMAS, E. J. 2006a. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6, 44-44.
505. SEXTON, J. B., HOLZMUELLER, C. G., PRONOVOST, P. J., THOMAS, E. J., MCFERRAN, S., NUNES, J., THOMPSON, D. A., KNIGHT, A. P., PENNING, D. H. & FOX, H. E. 2006b. Variation in caregiver perceptions of teamwork climate in labor and delivery units. *J Perinatol*, 26, 463-70.
506. SEXTON, J. B., MAKARY, M. A., TERSIGNI, A. R., PRYOR, D., HENDRICH, A., THOMAS, E. J., HOLZMUELLER, C. G., KNIGHT, A. P., WU, Y. & PRONOVOST, P. J. 2006c. Teamwork in the operating room: frontline perspectives among hospitals and operating room personnel. *Anesthesiology*, 105, 877-84.
507. SEXTON, J. B., THOMAS, E. J. & HELMREICH, R. L. 2000. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *Bmj*, 320, 745-9.
508. SHANAFELT, T. D., BRADLEY, K. A., WIPF, J. E. & BACK, A. L. 2002. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*, 136, 358-67.

509. SHANNON, H. S., MAYR, J. & HAINES, T. 1997. Overview of the relationship between organizational and workplace factors and injury rates. *Safety Science* 26, 201-217.
510. SHEEHY, G. 1994. Quality leadership: what does it look like? *National Productivity Review*, 13.
511. SHEPS, C. G. 1961. DECISION MAKING IN HOSPITAL ADMINISTRATION AND MEDICAL CARE. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 51, 789-789.
512. SHERIF, C. & SHERIF, M. 1967. Attitude Ego - Involvement and change In: SONS, J. W. A. (ed.). The Pennsylvania State University.
513. SHERMAN, H., CASTRO, G., FLETCHER, M., HATLIE, M., HIBBERT, P., JAKOB, R., KOSS, R., LEWALLE, P., LOEB, J., PERNEGER, T., RUNCIMAN, W., THOMSON, R., VAN DER SCHAAF, T. & VIRTANEN, M. 2009. Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework. *Int J Qual Health Care*, 21, 2-8.
514. SHERMAN, H. L., J.; JCAHO 2005. Project to develop the international patient safety taxonomy: updated review of the literature 2003 - 2005. Final report.
515. SHOJANIA, K. G. & DIXON-WOODS, M. 2013. 'Bad apples': time to redefine as a type of systems problem? *BMJ Qual Saf*, 22, 528-31.
516. SHREVE, J., VAN DEN BOS, J. & GRAY, T. E. A. 2010. The economic measurement of medical errors. .
517. SICOTTE, C., ET AL 1998. A conceptual framework for the analysis of health care organizations performance. *Health Services Management Research* 11, 24-48.
518. SIGN 50 2001. A guideline developers' handbook.
519. SIMPSON, R. L. 2005. Patient and nurse safety: how information technology makes a difference. *Nurs Adm Q*, 29, 97-101.
520. SINGLA, A. K., KITCH, B. T., WEISSMAN, J. S. & CAMPBELL, E. G. 2006. Assessing patient safety culture: a review and synthesis of the measurement tools. *J Patient Saf*, 2, 105-115.
521. SMITH, A. M., ORTIGUERA, S. A., LASKOWSKI, E. R., HARTMAN, A. D., MULLENBACH, D. M., GAINES, K. A., LARSON, D. R. & FISHER, W. 2001. A preliminary analysis of psychophysiological variables and nursing performance in situations of increasing criticality. *Mayo Clin Proc*, 76, 275-84.
522. SMITH, R. & HOGG, M. 2009. *A Social Identity Theory of Attitudes* Prislín: Sent Eagly.
523. SMITS, M., CHRISTIAANS-DINGELHOFF, I., WAGNER, C., WAL, G. & GROENEWEGEN, P. P. 2008. The psychometric properties of the 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' in Dutch hospitals. *BMC Health Serv Res*, 8, 230.
524. SMITS, M., WAGNER, C., SPREEUWENBERG, P., VAN DER WAL, G. & GROENEWEGEN, P. P. 2009. Measuring patient safety culture: an assessment of the

- clustering of responses at unit level and hospital level. *Qual Saf Health Care*, 18, 292-6.
525. SORRA, J., FAMOLARO, T. & DYER, N., ET AL. 2009. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2009 Comparative Database Report. Rockville, MD: AHRQ; 2009. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHS 290200710024C, No. 09-0030) ed. US.
526. SORRA, J., FAMOLARO, T., DYER, N., NELSON, D. & KHANNA, K. 2010. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2010 user comparative database report US.
527. SORRA, J., FAMOLARO, T. & DYER, N. E. A. 2012. 2012 User Comparative Database Report: Hospital Survey on Patient Safety Culture In: QUALITY, A. F. H. R. A. (ed.). Rockville, MD. .
528. SORRA, J. S. & NIEVA, V. F. 2004. Hospital survey on patient safety culture, (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004),. In: QUALITY, A. F. H. R. A. (ed.) Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality ed. USA.
529. SPECIAL EUROBAROMETER 2006. Medical Errors,. In: COMMISSION, E. (ed.) 241 / Wave 64.1 & 64.3 – TNS Opinion & Social,.
530. STAKEHOLDERS'S POSITION PAPER ON PATIENT SAFETY 2005.
531. STEEL, K., GERTMAN, P. M., CRESCENZI, C. & ANDERSON, J. 1981. Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *N Engl J Med*, 304, 638-42.
532. STEIN, J. T. 2009. Backdoor eugenics: the troubling implications of certain damages awards in wrongful birth and wrongful life claims. *Seton Hall Law Rev*, 40, 1117-68.
533. STERCHI, L. S. 2007. Perceptions that affect physician-nurse collaboration in the perioperative setting. *Aorn j*, 86, 45-57.
534. STIEVANO, A., JURADO, M. G., ROCCO, G. & SASSO, L. 2009. A new information exchange system for nursing professionals to enhance patient safety across Europe. *J Nurs Scholarsh*, 41, 391-8.
535. STUDDERT, D. M., THOMAS, E. J., BURSTIN, H. R., ZBAR, B. I., ORAV, E. J. & BRENNAN, T. A. 2000. Negligent care and malpractice claiming behavior in Utah and Colorado. *Med Care*, 38, 250-60.
536. STUMP, L. S. 2000. Re-engineering the medication error-reporting process: removing the blame and improving the system. *Am J Health Syst Pharm*, 57 Suppl 4, S10-7.
537. SUDMAN, S. 1985. Mail Surveys of Reluctant Professionals. *Evaluation Review*, 9, 349-359.
538. SUNOL, R., VALLEJO, P., THOMPSON, A., LOMBARTS, M. J., SHAW, C. D. & KLAZINGA, N. 2009. Impact of quality strategies on hospital outputs. *Qual Saf Health Care*, 18 Suppl 1, i62-8.
539. SWAIN, A. D. 1990. Human reliability analysis: Need, Status, Trends and Limitations. *Reliability Engineering and System Safety*, 29, 301-313.

540. TAGUCHI, G., ELSAYED, E. A. & HSIANG, T. 1989. Quality Engineering in Production Systems, McGraw - Hill.
541. TALBOT, C. 2008. Measuring public value: A competitive value approach. 1-26.
542. TALIB, F., RAHMAN, Z. & AZAM, M. 2011. Best practices of total quality management implementation in health care settings. Health Mark Q, 28, 232-52.
543. TANAKA, I., KIMURA, T., UTSUNOMIYA, S., UNO, K., ENDO, T., TANI, M., FUJITA, Y., KURIMOTO, A., MIKAMI, A., KISHIMOTO, N., NARIKUNI, K., KAWAMURA, M., KUBO, S., MAEYAMA, K., ISHIGAKI, N., TSUKUMOTO, T., NISHIMURA, Y., MORITA, A., SHONO, M. & MORITA, M. Studies of Operator Human Reliability Using Training Simulator (1)-(5). 1989 Fall Meeting on the Atomic Energy Society of Japan, 1989 Tokai, Japan,. Atomic Energy Society of Japan, 18-22.
544. TAXIS, K. & BARBER, N. 2003. Ethnographic study of incidence and severity of intravenous drug errors. Bmj, 326, 684.
545. TECHNICA 1989. Evaluation of the Human Contribution to Pipework and In - Line Equipment Failure Frequencies. London: UK Health and Safety Executive.
546. TEIGER, C. & VILLATTE, R. 1987. Conditions de travail et vieillissement différentiel. Travail et Emploi, 16, 37-46.
547. THE HEALTH FOUNDATION 2011. Evidence scan: Measuring safety culture. UK.
548. THE NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION & COUNCIL, F. A. 2003. National agenda for action: Patients and families in patient safety. US.
549. THE TELEGRAPH. 2008. Nine out of ten preventable deaths in the NHS are not reported.
550. THE TELEGRAPH. 2008a. Report finds 350 surgery errors every day.
551. THE TELEGRAPH. 2010. List of mistakes that should never happen in NHS is extended.
552. THE TELEGRAPH. 2011. Hospitals to be stripped of payment for mistakes which should 'never ever' happen,. Available from: <http://www.telegraph.co.uk/news/politics/conservative/8343350/Hospitals-to-be-stripped-of-payment-for-mistakes-which-should-never-ever-happen.html>.
553. THE TELEGRAPH. 2012. Hundreds of patient subjected to NHS blunders that should never happen.
554. THE TELEGRAPH. 2013. Hundreds of patients have operations on wrong body part,.
555. THOMAS, E. J., SEXTON, J. B. & HELMREICH, R. L. 2003. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. Crit Care Med, 31, 956-9.
556. THOMAS, E. J., STUDDERT, D. M., BURSTIN, H. R., ORAV, E. J., ZEENA, T., WILLIAMS, E. J., HOWARD, K. M., WEILER, P. C. & BRENNAN, T. A. 2000a. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care, 38, 261-71.

557. THOMAS, E. J., STUDDERT, D. M., NEWHOUSE, J. P., ZBAR, B. I., HOWARD, K. M., WILLIAMS, E. J. & BRENNAN, T. A. 1999. Costs of medical injuries in Utah and Colorado. *Inquiry*, 36, 255-64.
558. THOMAS, E. J., STUDDERT, D. M., RUNCIMAN, W. B., WEBB, R. K., SEXTON, E. J., WILSON, R. M., GIBBERD, R. W., HARRISON, B. T. & BRENNAN, T. A. 2000b. A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and the USA. I: Context, methods, casemix, population, patient and hospital characteristics. *Int J Qual Health Care*, 12, 371-8.
559. THOMSON, R., LUETTEL, D., HEALEY, F. & SCOBIE, S. 2007. The fifth report from the patient safety observatory safer care for the avutely ill patient: learning from serious incidents. UK: The National Patient Safety Agency.
560. THURSTONE, L. L. 1928. Attitudes Can Be Measured. *American Journal of Sociology*, 33, 529-554.
561. THURSTONE, L. L. & CHAVE, E. J. 1929. The measurement of attitude. Chicago: University of Chicago Press.
562. TIANYUAN, Y. & NENGQUAN, W. 2009. A Review of Study on the Competing Values Framework. *International Journal of Business and Management*, 4, 37-42.
563. TINMANN SVIK, R. & HOVDEN, J. 2003. Safety diagnosis criteria - development and testing. *Safety Science*, 41, 575-590.
564. TISSOT, E., CORNETTE, C., DEMOLY, P., JACQUET, M., BARALE, F. & CAPELLIER, G. 1999. Medication errors at the administration stage in an intensive care unit. *Intensive Care Med*, 25, 353-9.
565. TODT, O. & LUJAN, J. L. 2014. Analyzing precautionary regulation: do precaution, science, and innovation go together? *Risk Anal*, 34, 2163-73.
566. TOWSE, A. & DANZON, P. 1999. Medical negligence and the NHS: an economic analysis. *Health Economics*, 8, 93-101.
567. TUCKER, J. L. 1988. Wrongful life: a new generation. *J Fam Law*, 27, 673-96.
568. TYLOR, E. B. 1871. Primitive culture: researches into the development of mythology, philosophy, religion, art, and custom.
569. UNGER, J. P., MARCHAL, B. & GREEN, A. 2003. Quality standards for health care delivery and management in publicly oriented health services. *Int J Health Plann Manage*, 18 Suppl 1, S79-88.
570. UNITED STATES PHARMACOPEIA 1997. Definition of medication errors. Quality review: a publication of the USP Practitioners' Reporting Network.
571. UNRUH, K. T. & PRATT, W. 2007. Patients as actors: the patient's role in detecting, preventing, and recovering from medical errors. *Int J Med Inform*, 76 Suppl 1, S236-44.
572. VAHEY, D. C., AIKEN, L. H., SLOANE, D. M., CLARKE, S. P. & VARGAS, D. 2004. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care*, 42, Ii57-66.
573. VAN COTT, H. 1994. Human errors: Their causes and reductions, Hillsdale, NJ: Erlbaum.

574. VAN DER SCHAAF, J. & BEERKENS, R. G. 2006. A model for foam formation, stability, and breakdown in glass-melting furnaces. *J Colloid Interface Sci*, 295, 218-29.
575. VEATCH, R. M. 1989. *Cross cultural perspectives in medical ethics readings.*, Boston, Jones and Bartlett Publishers; .
576. VERBEKE, W., VOLGERING, M. & HESSELS, M. 1998. Exploring the conceptual expansion within the field of organizational behavior: Organizational climate and organizational culture *Journal of Management Studies*, 35, 303-329.
577. VERNEZ, D., BUCHS, D. & PIERREHUMBERT, G. 2003. Perspectives in the use of coloured Petri Nets for Risk Analysis and Accident Modelling. *Safety Science*, 41, 445-463.
578. VERSCHOOR, K. N., TAYLOR, A., NORTHWAY, T. L., HUDSON, D. G., VAN STOLK, D. E., SHEARER, K. J., MCDOUGALL, D. L. & MILLER, G. 2007. Creating a safety culture at the Children's and Women's Health Centre of British Columbia. *J Pediatr Nurs*, 22, 81-6.
579. VESALIUS, A. 1543 *De Humani Corporis Fabrica*. J Oporini, .
580. VINCENT, C., NEALE, G. & WOLOSHYNOWYCH, M. 2001. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ : British Medical Journal*, 322, 517-519.
581. VINCENT, C., TAYLOR-ADAMS, S. & STANHOPE, N. 1998. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *Bmj*, 316, 1154-7.
582. VINCENT, C., YOUNG, M. & PHILLIPS, A. 1994. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet*, 343, 1609-13.
583. VINCENT, C. A. 1989. Research into medical accidents: a case of negligence? *Bmj*, 299, 1150-3.
584. VINCENT, C. A. & COULTER, A. 2002. Patient safety: what about the patient? *Qual Saf Health Care*, 11, 76-80.
585. VINCENT, C. A., PINCUS, T. & SCURR, J. H. 1993. Patients' experience of surgical accidents. *Qual Health Care*, 2, 77-82.
586. VISSER, M. R., SMETS, E. M., OORT, F. J. & DE HAES, H. C. 2003. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Cmaj*, 168, 271-5.
587. VISSER, P. S. & MIRABILE, R. R. 2004. Attitudes in the social context: The impact of social network composition on individual-level attitude strength. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 779-795.
588. VLAYEN, A., HELLINGS, J., CLAES, N., PELEMAN, H. & SCHROOTEN, W. 2012. A nationwide hospital survey on patient safety culture in Belgian hospitals: setting priorities at the launch of a 5-year patient safety plan. *BMJ Qual Saf*, 21, 760-7.
589. VON THADEN, T. L. & GIBBONS, A. M. 2008. *The Safety Culture Indicator Scale Measurement System (SCISMS)* Washington: Office of Aviation Research and Development.

590. VOZIKIS, A. & RIGA, M. 2012. Patterns of Medical Errors: A Challenge for Quality Assurance in the Greek Health System. In: SAVSAR, M. (ed.) Quality Assurance and Management, In Tech. Croatia.
591. WACHTER, R. M. 2004. The end of the beginning: patient safety five years after 'to err is human'. Health Aff (Millwood), Suppl Web Exclusives, W4-534-45.
592. WAGNER, C., SMITS, M., SORRA, J. & HUANG, C. C. 2013. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. Int J Qual Health Care, 25, 213-21.
593. WAKEFIELD, B. J., WAKEFIELD, D. S., UDEN-HOLMAN, T. & BLEGEN, M. A. 1998. Nurses' perceptions of why medication administration errors occur. Medsurg Nurs, 7, 39-44.
594. WALTERS, J. A. 1992. Nurses' perceptions of reportable medication errors and factors that contribute to their occurrence. Appl Nurs Res, 5, 86-8.
595. WANTED IN ROME. 2006. Medical errors kills Italians. Available from: <http://www.wantedinrome.com/news/2290/medical-errors-kill-italians.html>.
596. WATERSON, P., GRIFFITHS, P., STRIDE, C., MURPHY, J. & HIGNETT, S. 2010. Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: findings from the UK. Qual Saf Health Care, 19, e2.
597. WEAR, D. & KECK-MCNULTY, C. 2004. Attitudes of female nurses and female residents toward each other: a qualitative study in one U.S. teaching hospital. Acad Med, 79, 291-301.
598. WEED, D. L. 1994. Science, ethics guidelines, and advocacy in epidemiology. Ann Epidemiol, 4, 166-71.
599. WEED, D. L. & MCKEOWN, R. E. 2001. Ethics in epidemiology and public health I. Technical terms. J Epidemiol Community Health, 55, 855-7.
600. WEINGART, S. N., MCL WILSON, R., GIBBERD, R. W. & HARRISON, B. 2000. Epidemiology of medical error. Western Journal of Medicine, 172, 390-393.
601. WETHERTON, A. R., COREY, T. S., BUCHINO, J. J. & BURROWS, A. M. 2003. Fatal intravenous injection of potassium in hospitalized patients. Am J Forensic Med Pathol, 24, 128-31.
602. WHETTEN, D. & CAMERON, K. 1996. Organizational Effectiveness and Quality: The Second Generation,, New York, Agathon Press.
603. WHO 1986. Glossary of Terms prepared for European Training Course on Quality Assurance. Geneva.
604. WHO 1993. Continuous quality improvement: A proposal national policy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, .
605. WHO 2002. Fifty - Fifth World Health Assembly. Res. WHA55.18.
606. WHO 2003. Executive board. Quality of care: patient safety. In: SECRETARIAT, R. B. T. (ed.).
607. WHO 2004. The launch for the World Alliance for patient safety. Washington DC.

608. WHO 2005a. World Alliance for patient safety In: ORGANIZATION., W. H. (ed.) WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. From information to action. Geneva, Switzerland.
609. WHO 2005b. News release. Launch of the WHO Collaborating Center on patient safety solutions.
610. WHO 2006a. London Declaration. Patients for Patient Safety
611. WHO Patient Safety, .
612. WHO 2006b. News release. The WHO Collaborating Centre on patient safety (solutions), the World Alliance for patient safety and the commonwealth Fund. Announce Action on patient safety.
613. WHO 2007a. World Alliance for patient safety. The conceptual framework for the International Classification for patient safety. Version 1.0 for use in the field testing (ICPS).
614. WHO 2008a. World Alliance for patient safety 2008. Summary of the evidence on patient safety: implications for research.
615. WHO 2008b. WHO patient safety curriculum guide to medical schools. Expert Consensus Meeting Report.
616. WHO 2008c. World Alliance for patient safety. Research for patient safety. Better knowledge for safer care.
617. WHO 2009. World Alliance for patient safety. The conceptual framework for the international classification for patient safety.
618. WHO 2013. Patients for Patient Safety Newsletters,.
619. WIEBE, E. R., KACZOROWSKI, J. & MACKAY, J. 2012. Why are response rates in clinician surveys declining? Canadian Family Physician, 58, e225-e228.
620. WILKINSON, A. & WILLMOTT, H. 1995. Making Quality Critical: New Perspectives on Organizational Change, International Thomson Business Press.
621. WILLIAMS, C. A., SMITH, M. & YOUNG, P. 1995. Risk management and insurance, McGraw-Hill College.
622. WILLIAMS, R. 1981. Culture, Glasgow, Fontana Press.
623. WILLIAMSON, A. & FEYER, A. M. 1990. Behavioural Epidemiology as a Tool for Accident Research Journal of Occupational Accidents, 12, 207-222.
624. WILLIAMSON, A., FEYER, A. M., CAIRNS, D. & BIANCOTTI, D. 1997. The development of a measure of safety climate: The role of safety perceptions and attitudes. Safety Science, 25, 15-27.
625. WILSON, B. S. 1978. Medication error policy. Superv Nurse, 9, 53-6.
626. WILSON, J. 1998. Clinical governance. Br J Nurs, 7, 987-8.
627. WILSON, R. M., HARRISON, B. T., GIBBERD, R. W. & HAMILTON, J. D. 1999. An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust, 170, 411-5.

628. WILSON, R. M., RUNCIMAN, W. B., GIBBERD, R. W., HARRISON, B. T., NEWBY, L. & HAMILTON, J. D. 1995. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust*, 163, 458-71.
629. WOLF, Z. R., HAAKENSEN, D. A., JABLONSKI, R. A. & MCGOLDRICK, T. B. 1995. Nurses' perceptions of harmful outcomes from medication errors. *Medsurg Nurs*, 4, 460-7, 471.
630. WOLFF, J. 2014. The precautionary attitude: asking preliminary questions. *Hastings Cent Rep*, 44 Suppl 5, S27-8.
631. WOOLF, S. H., KUZEL, A. J., DOVEY, S. M. & PHILLIPS, R. L., JR. 2004. A string of mistakes: the importance of cascade analysis in describing, counting, and preventing medical errors. *Ann Fam Med*, 2, 317-26.
632. WU, A. W. 2000. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *Bmj*, 320, 726-7.
633. WU, A. W., CAVANAUGH, T. A., MCPHEE, S. J., LO, B. & MICCO, G. P. 1997. To tell the truth: ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients. *J Gen Intern Med*, 12, 770-5.
634. WU, A. W., FOLKMAN, S., MCPHEE, S. J. & LO, B. 1991. Do house officers learn from their mistakes? *Jama*, 265, 2089-94.
635. WUENSCH, K. 2005. What is a Likert scale? and how do you pronounce "Likert". In: UNIVERSITY, E. C. (ed.).
636. YARMOHAMMADIAN, M. H., ABADI, T. N., TOFIGHI, S. & ESFAHANI, S. S. 2014. Performance improvement through proactive risk assessment: Using failure modes and effects analysis. *J Educ Health Promot*, 3, 28.
637. YATES, G. R., BERND, D. L., SAYLES, S. M., STOCKMEIER, C. A., BURKE, G. & MERTI, G. E. 2005. Building and sustaining a systemwide culture of safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 31, 684-9.
638. YULE, S. 2003. Safety culture and safety climate: A review of the literature. *Industrial Psychology Research Centre*, 1-26.
639. ZAREI, M., EMADI, F., FALLAH, K. & ZAREI, H. 2014. Patient Safety Culture: Nurses' Attitude in Marvdasht Shahid Motahary Hospital, 1392 *Patient Saf Qual Improv.* , 2, 53-57
640. ZEGERS, M., DE BRUIJNE, M. C., WAGNER, C., HOONHOUT, L. H., WAAIJMAN, R., SMITS, M., HOUT, F. A., ZWAAN, L., CHRISTIAANS-DINGELHOFF, I., TIMMERMANS, D. R., GROENEWEGEN, P. P. & VAN DER WAL, G. 2009. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Qual Saf Health Care*, 18, 297-302.
641. ZHANG, J., PATEL, V. L. & JOHNSON, T. R. 2002. Medical error: is the solution medical or cognitive? *J Am Med Inform Assoc*, 9, S75-7.
642. ZHU, J., LI, L., LI, Y., SHI, M., LU, H., GARNICK, D. W. & WEINGART, S. N. 2012. What constitutes patient safety culture in Chinese hospitals? *Int J Qual Health Care*, 24, 250-7.

643. ZIKOS, D., LIASKOS, J., DIOMIDOUS, M. & MANTAS, J. 2009. Collection and sharing of information on patient safety education and training in Europe. In: ADLASSNIG, K.-P., ET AL (ed.) Medical Information in a United and healthy Europe. European Federation for Medical Informatics ed.: IOS Press.
644. ZINN, C. 1995. 14,000 preventable deaths in Australian hospitals. *Bmj*, 310, 1487.
645. ZOHAR, D. 1980. Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications. *J Appl Psychol*, 65, 96-102.
646. ZOHAR, D., LIVNE, Y., TENNE-GAZIT, O., ADMI, H. & DONCHIN, Y. 2007. Healthcare climate: a framework for measuring and improving patient safety. *Crit Care Med*, 35, 1312-7.
647. ZWARENSTEIN, M., RICE, K., GOTLIB-CONN, L., KENASZCHUK, C. & REEVES, S. 2013. Disengaged: a qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. *BMC Health Services Research*, 13, 494-494.
648. ΖΑΒΛΑΝΟΣ, Μ. 2002. Οργανωτική συμπεριφορά, Αθήνα, Σταμούλης.
649. ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ, Λ. Τα λάθη των μαθητών στη γραπτή έκφραση και ο ρόλος τους στη διαδικασία της διδασκαλίας και μάθησης. Μάθηση και διδασκαλία της ελληνικής ως μητρικής και ως δεύτερης γλώσσας. , 2000 Ρέθυμνο. Ατραπός, 203-221.
650. ΑΛΕΞΙΑΔΗΣ, Α. & ΧΑΜΑΛΙΔΟΥ - ΑΛΕΞΙΑΔΟΥ, Α. 1996. Εισαγωγή στο Ιατρικό Δίκαιο: ιατρική ευθύνη και δεοντολογία, ιατρική νομοθεσία και νομολογία, Θεσσαλονίκη, Δημόπουλος.
651. ΑΝΔΡΟΥΛΙΔΑΚΗ - ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗ, Ι. 1993. Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς - Συμβολή στη διακρίβωση της αστικής ιατρικής ευθύνης, Αθήνα-Κομοτηνή, Σάκκουλα.
652. ΒΛΙΑΜΟΣ, Σ. Οικονομική ανάλυση των ιατρικών λαθών. Ιατρικά Λάθη, Νομικές, Ηθικές, Κοινωνικές και Οικονομικές Διαστάσεις,, 2007 Αθήνα. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Επιτροπή Εκπαίδευσης και Έρευνας.
653. ΓΑΛΑΝΗΣ, Π. 2012. Χρησιμοποιώντας το κατάλληλο ερωτηματολόγιο στις επιδημιολογικές μελέτες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29, 744-755.
654. ΓΑΛΑΝΗΣ, Π. 2013. Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30, 97-110.
655. ΓΚΟΤΟΒΟΣ, Α. Ε. 1997. Παιδαγωγική αλληλεπίδραση:Επικοινωνία και κοινωνική μάθηση στο σχολείο. , Αθήνα, Gutenberg. .
656. ΓΩΓΟΣ, Κ., ΚΑΪΦΑ - ΓΚΜΠΑΝΤΙ, Μ., ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Λ. & ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ, Κ. 2010. Η ιατρική ευθύνη στην πράξη. Νομολογιακές τάσεις της τελευταίας δεκαετίας, Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη.
657. ΔΕΡΒΙΤΣΙΩΤΗΣ, Κ. Ν. 2001. Ανταγωνιστικότητα με Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, Αθήνα, INTERBOOKS.
658. ΔΕΣΠΟΤΟΠΟΥΛΟΣ, Κ. 2000. Φιλοσοφίας εγκώμιον, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

659. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ - ΠΑΝΤΕΚΑ, Α., ΦΟΥΝΤΟΥΚΗ, Α., ΘΕΟΦΑΝΙΔΗΣ, Δ. & ΝΤΙΟ, Ε. 2010. Διερεύνηση του νοσηλευτικού εργασιακού κλίματος με χρήση δεικτών ομοιο-και ετερο-επαγγελματικής συνεργασίας. Νοσηλευτική, 49, 91-100.
660. ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ 2001. Σύσταση Σ.Ε.Υ.Υ.Π.
661. ΚΑΛΑΜΠΟΥΚΑ - ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ, Π. 2011. Η προστασία του ασθενούς ως καταναλωτή, Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη.
662. ΚΑΡΓΑ, Μ., ΚΑΛΑΦΑΤΗ, Μ., ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, Μ., ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ, Λ. & ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ, Χ. 2008. Η διαχείριση των λαθών από τους Έλληνες νοσηλευτές. Κοινωνία, Οικονομία, Υγεία, 2, 5-6.
663. ΚΟΚΟΛΑΚΗΣ, Ε. 1994. Ποινική εκτίμηση των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων Αθήνα, Σάκκουλας Α.
664. ΚΟΤΣΙΑΝΟΣ, Α. 1976. Η ιατρική ευθύνη : αστική, ποινική, Θεσσαλονίκη, Υιοί Μ. Τριανταφύλλου.
665. ΚΟΥΣΟΥΛΟΣ, Γ. 2013. Αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών όπως την αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές σε δημόσιο νοσοκομείο της Κύπρου. In: ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ, Α. (ed.).
666. ΚΥΡΑΝΟΥ - ΤΣΙΠΤΣΙΟΥ, Σ. 2014. Ασφάλιση αστικής ιατρικής ευθύνης, Αθήνα, Σάκκουλα.
667. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ., ΛΙΟΝΗΣ, Χ., ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ, Κ. & ΤΣΑΚΟΣ, Γ. 2003. Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Θεμέλιο.
668. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. & ΜΠΕΑΖΟΓΛΟΥ, Τ. 2000. Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας για την υγεία: Μια απόπειρα για τη συνολική προσέγγιση της υγειονομικής μεταρρύθμισης. In: ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Ι., ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ, Ε. & ΜΠΕΑΖΟΓΛΟΥ, Τ. (eds.) Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας για την υγεία. Αθήνα: Θεμέλιο.
669. ΚΥΡΙΤΣΗ, Ε. 2009. Νοσοκομειακή περίθαλψη και ασφάλεια των ασθενών. Νοσηλευτική, 48, 5-6.
670. ΚΩΣΤΑΓΙΟΛΑΣ, Π., ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ, Δ. & ΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΥ, Μ. 2008. Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Αθήνα, Παπασωτηρίου.
671. ΛΕΞΙΚΟ ΤΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΝΕΟΕΛΛΗΝΙΚΗΣ 2007. Λεξικό της Κοινής Νεοελληνικής. Ίδρυμα Μανόλη Τριανταφυλλίδη,.
672. ΛΕΟΝΤΑΡΗ, Μ. 2010. Ασφαλιστικό Δίκαιο, Αθήνα, Πάμισος
673. ΛΕΩΝ, Γ., ΠΑΠΕΤΑ, Α. & ΒΟΖΙΚΗΣ, Ο. 2012. 22ο Συνέδριο της Διεθνούς Ακαδημίας Ιατροδικαστών
674. ΛΙΑΧΟΠΟΥΛΟΥ, Α., ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΙΔΗ, Π., ΣΑΡΙΔΗ, Μ., ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, Μ. & ΜΠΙΡΜΠΑΣ, Κ. 2012. Καταγραφή και συσχέτιση των σφαλμάτων που διαπράττονται στη χειρουργική αίθουσα με αιτιολογικούς παράγοντες. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης, 5, 38-59.
675. ΜΑΓΚΙΡΗΣ, Β. 1996. Rene Descartes (1596-1650): Νέοι δρόμοι για την Επιστήμη και τη Φιλοσοφία, Περισκόπιο της Επιστήμης.

676. ΜΑΙΝΑ, Α. & ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ, Δ. 1997. Το νοσοκομείο ως οργάνωση. Το Σύγχρονο Νοσοκομείο, 3, 24-32.
677. ΜΙΧΟΠΑΝΟΥ, Ν. & ΜΟΝΙΟΥ, Α. 2010. Τα λάθη στην κλινική πράξη. Νοσοκομειακά Χρονικά, 72, 380-385.
678. ΜΠΑΜΠΙΝΙΩΤΗΣ, Γ. Δ. 2002. Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας. Β' ed. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε.
679. ΜΠΕΗΣ, Ε., ΚΑΛΑΒΡΟΣ, Κ. & ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΣ, Κ. 1999. Δικονομία των Ιδιωτικών Διαφορών, Αθήνα, Eunomia Verlag - Σάκκουλας, Α.
680. ΜΠΟΥΡΑΝΤΑΣ, Δ. 2002. Μάνατζμεντ, Θεωρητικό υπόβαθρο - σύγχρονες πρακτικές, Αθήνα, Μπένοσ.
681. ΝΙΚΑΣ, Ν. 2003. Πολιτική Δικονομία τόμος Ι, Θεσσαλονίκη, Σάκκουλας.
682. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, Β. 2007. Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Αθήνα, Παπαζήσης.
683. ΠΑΠΑΝΟΥΤΣΟΣ, Ε. Π. 1943. Σοφιστές και Σωκράτης . Το ήθικό πρόβλημα στην αρχαία ελληνική φιλοσοφία, Νέα Έστια.
684. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΥ - ΚΟΛΛΙΑ, Ε. 2008. Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες και συνεντεύξεις. Open education - The Journal for open and distance educational technology 4, 72-81.
685. ΠΛΕΥΡΗΣ, Α. 2007. Η Ποινική Ευθύνη στην Ιατρική πράξη, Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη.
686. ΠΟΛΛΑΛΗΣ, Γ., ΒΟΖΙΚΗΣ, Α. & ΡΗΓΑ, Μ. 2010. Ποιοτικά χαρακτηριστικά των ιατρικών Σφαλμάτων: Ερευνητικά ευρήματα από την Ελλάδα. Το Βήμα του Ασκληπιού, 11, 577-592.
687. ΡΑΠΤΗ, Μ. 2002. Τα λάθη των μαθητών και ο ρόλος τους στη διαδικασία της μάθησης., Αθήνα, Gutenberg.
688. ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ, Β. 2009. Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας : οργάνωση και διοίκηση υπηρεσιών φροντίδας υγείας., Λευκωσία.
689. ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΥ, Β. 2011. Η Ποινική Αντιμετώπιση του Ιατρικού Σφάλματος, Αθήνα - Θεσσαλονίκη, Σάκκουλα.
690. ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ, Α. 1991. Μεθοδολογία έρευνας. Εφαρμογές στο χώρο της υγείας, , Αθήνα, Zymel.
691. ΣΠΑΡΟΣ, Λ. 2003. Μετα - επιδημιολογία ή εφαρμοσμένη ιατρική έρευνα. Αιτιογνωστική, Διαγνωστική, Προγνωστική, Βήτα.
692. ΣΥΝΗΓΟΡΟΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ 2006. Ετήσια Έκθεση του Συνηγόρου του Πολίτη., Αθήνα.
693. ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ, Κ. 2003. Αστική Ιατρική Ευθύνη, Θεσσαλονίκη, Σάκκουλας.
694. ΦΡΑΓΚΟΥΔΑΚΗ, Α. 1987. Γλώσσα και Ιδεολογία., Αθήνα, Εκδόσεις Οδυσσέας.
695. ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ - ΑΓΓΕΛΙΔΟΥ, Ρ. 2014. Ιδιωτικό Ασφαλιστικό Δίκαιο, Αθήνα - Θεσσαλονίκη, Σάκκουλας Α.

Βιβλιογραφία

696. ΧΑΤΖΗΣΤΕΦΑΝΟΥ, Κ. 1980. Η Σωκρατική θέση για την αρετή στον Πρωταγόρα του Πλάτωνα Ζήνων.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Ποιότητα και Ασφάλεια στην Υγεία:

Αξιολόγηση της Κουλτούρας Ασφάλειας του Ασθενούς σε Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία στην Ελλάδα

Το νοσοκομείο στο οποίο εργάζεστε συμμετέχει στην διεξαγωγή έρευνας που διενεργείται.

Σκοπός της μελέτης είναι να καταγράψει τις απόψεις των Επαγγελματιών Υγείας σχετικά με ζητήματα ασφάλειας του ασθενούς, ιατρικών λαθών και την αναφορά δυσμενών συμβάντων εντός του νοσοκομείου.

Θα θέλαμε να σας παρακαλέσουμε να λάβετε μέρος σε αυτή την έρευνα απαντώντας το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί το οποίο αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς σε ένα νοσοκομείο στο σύνολο του αλλά και σε επιμέρους Μονάδες του νοσοκομείου (το εργαλείο αυτό δημιουργήθηκε από την Agency for Healthcare Research and Quality και μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στην ελληνική πραγματικότητα από την ερευνήτρια).

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι **εθελοντική**. Οι απαντήσεις σας θα είναι ανώνυμες και άκρως εμπιστευτικές και δεν θα είναι δυνατόν να αναγνωριστεί η ταυτότητά σας από τις απαντήσεις. Δεν θα επιτραπεί σε καμία περίπτωση στους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας καθώς και την Διοίκηση να έχουν πρόσβαση στις απαντήσεις σας. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ανέρχεται περίπου στα 10-15 λεπτά.

Η έρευνα αυτή συντονίζεται από το Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου στα πλαίσια διεξαγωγής διδακτορικής διατριβής.

Σας ευχαριστούμε θερμά για την συνεργασία.

Κυριάκος Σουλιώτης

Επίκουρος Καθηγητής Πολιτικής Υγείας

Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής

Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Βασιλική Καπάκη

Υποψήφια Διδάκτωρ

Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής

Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Ως «**δυσμενές συμβάν**» ορίζεται κάθε είδους λάθος, σφάλμα, ατυχές γεγονός, ατύχημα, παράλειψη ή απόκλιση από την ασφαλή νοσηλεία του ασθενούς, ανεξάρτητα αν επέφερε ή όχι βλάβη στον ασθενή.

Ως «**ασφάλεια ασθενούς**» ορίζεται η αποφυγή και πρόληψη τραυματισμών του ασθενούς ή δυσμενών συμβάντων που είναι απόρροια των διαδικασιών παροχής φροντίδας υγείας.

Μέρος Α: Εργασιακό Περιβάλλον / Μονάδα

Στην παρούσα έρευνα, ως «**Εργασιακό Περιβάλλον / Μονάδα**» εκλαμβάνεται το γραφείο, τμήμα, τομέας ή κλινική του νοσοκομείου που εργάζεστε.

Σε ποιο Εργασιακό Περιβάλλον / Τομέα/ Μονάδα εργάζεστε; Σημειώστε με V την απάντησή σας.

1. Σε διαφορετικές Μονάδες μέσα στο νοσοκομείο

2. Παθολογικός Τομέας
 - i. Παθολογικό
 - ii. Αιματολογικό
 - iii. Γαστρεντερολογικό
 - iv. Νεφρολογικό
 - v. Πνευμονολογικό
 - vi. Ρευματολογικό
 - vii. Αιμοδυναμικό
 - viii. Καρδιολογικό
 - ix. Δερματολογικό
 - x. Ενδοκρινολογικό
 - xi. Νευρολογικό
 - xii. Ογκολογικό
 - xiii. Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε.....

3. Χειρουργικός Τομέας
 - i. Χειρουργικό
 - ii. Αναισθησιολογικό
 - iii. Ορθοπαιδικό
 - iv. Καρδιοχειρουργικό
 - v. Νευροχειρουργικό
 - vi. Ουρολογικό
 - vii. Γναθοχειρουργικό
 - viii. Θωρακοχειρουργικό
 - ix. Οδοντιατρικό
 - x. Οφθαλμολογικό
 - xi. Πλαστική χειρουργική
 - xii. ΩΡΛ
 - xiii. Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε.....

4. Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)
5. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)
6. Εργαστηριακός Τομέας
- i. Αιμοδοσία
 - ii. Αιμοπαθολογοανατομικό
 - iii. Ακτινοδιαγνωστικό
 - iv. Ανοσολογίας – Ιστοσυμβατότητας
 - v. Αξονικός Τομογράφος
 - vi. Βιοχημικό
 - vii. Κυτταρολογικό
 - viii. Μικροβιολογικό
 - ix. Νεφροπαθολογιοανατομικό
 - x. Πυρηνική ιατρική
 - xi. Φαρμακείο
 - xii. Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε.....
7. Ψυχιατρικός Τομέας
8. Κοινωνική Υπηρεσία
9. Αποκατάσταση
10. Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε:.....

Παρακαλώ υποδηλώστε την συμφωνία ή την διαφωνία σας με τις παρακάτω προτάσεις σχετικά με το Εργασιακό Περιβάλλον / Μονάδα σας. Κυκλώστε την απάντησή σας.

Στο Εργασιακό Περιβάλλον / Μονάδα σας...	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1. Οι εργαζόμενοι υποστηρίζουν ο ένας τον άλλον	1	2	3	4	5
2. Υπάρχει επαρκές προσωπικό για τη διεκπεραίωση της εργασίας	1	2	3	4	5
3. Όταν υπάρχει μεγάλος όγκος εργασίας που πρέπει να γίνει άμεσα, το προσωπικό εργάζεται ομαδικά για την ολοκλήρωση της	1	2	3	4	5
4. Υπάρχει σεβασμός ανάμεσα στους εργαζομένους	1	2	3	4	5
5. Το προσωπικό εργάζεται περισσότερες ώρες από αυτές που διασφαλίζουν ασφαλή φροντίδα για τον ασθενή	1	2	3	4	5
6. Το προσωπικό εργάζεται δυναμικά για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς	1	2	3	4	5

Στο Εργασιακό Περιβάλλον / Μονάδα σας...	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
7. Αξιοποιείται περισσότερο προσωρινό προσωπικό από αυτό που διασφαλίζει την ασφαλή φροντίδα του ασθενούς	1	2	3	4	5
8. Το προσωπικό αισθάνεται ότι τα λάθη του μπορεί να χρησιμοποιηθούν εναντίον του	1	2	3	4	5
9. Τα λάθη οδήγησαν σε θετικές αλλαγές	1	2	3	4	5
10. Από τύχη δεν συμβαίνουν σοβαρά λάθη	1	2	3	4	5
11. Όταν υπάρχει μεγάλος φόρτος εργασίας παρέχεται βοήθεια από άλλες Μονάδες	1	2	3	4	5
12. Όταν δηλώνεται ένα δυσμενές συμβάν, υπάρχει η αίσθηση ότι καταγράφεται το άτομο και όχι το καθαυτό συμβάν	1	2	3	4	5
13. Όταν γίνονται αλλαγές για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς, αξιολογείται η αποτελεσματικότητά τους	1	2	3	4	5
14. Το προσωπικό εργάζεται όπως σε «κατάσταση κρίσης» προσπαθώντας να κάνει πολλά πράγματα γρήγορα	1	2	3	4	5
15. Η ασφάλεια του ασθενούς αποτελεί προτεραιότητα ακόμα και όταν υπάρχει φόρτος εργασίας	1	2	3	4	5
16. Το προσωπικό ανησυχεί ότι τα λάθη του καταγράφονται στο προσωπικό του φάκελο	1	2	3	4	5
17. Υπάρχει πρόβλημα ασφάλειας του ασθενούς	1	2	3	4	5
18. Οι διαδικασίες διεκπεραίωσης της εργασίας και το σύστημα εν γένει συμβάλλει στην πρόληψη δυσμενών συμβάντων	1	2	3	4	5

Μέρος Β: Ο Προϊστάμενος / Διευθυντής της Μονάδας σας

Παρακαλώ υποδηλώστε την συμφωνία ή την διαφωνία σας με τις παρακάτω προτάσεις σχετικά με τον Προϊστάμενο / Διευθυντή της Μονάδας σας. Κυκλώστε την απάντησή σας.

Ο Προϊστάμενος / Διευθυντής σας...	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1. Επιβραβεύει το προσωπικό με καλά λόγια όταν τηρούνται οι διαδικασίες ασφαλούς φροντίδας του ασθενούς	1	2	3	4	5
2. Λαμβάνει σοβαρά υπόψη του τις προτάσεις του προσωπικού για βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς	1	2	3	4	5
3. Παροτρύνει το προσωπικό να εργάζεται γρηγορότερα όταν υπάρχει υπερβολικός φόρτος	1	2	3	4	5

Ο Προϊστάμενος / Διευθυντής σας...	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
εργασίας και πίεση, ακόμη και όταν παραβλέπονται σημαντικές διαδικασίες ασφάλειας του ασθενούς					
4. Παραβλέπει επαναλαμβανόμενα προβλήματα ασφάλειας του ασθενούς	1	2	3	4	5

Μέρος Γ: Επικοινωνία

Πόσο συχνά τα παρακάτω γεγονότα λαμβάνουν χώρα στο Εργασιακό Περιβάλλον/Μονάδα σας. Κυκλώστε την απάντησή σας.

Στο Εργασιακό Περιβάλλον / Μονάδα σας...	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
1. Γίνεται συστηματική αξιολόγηση των αλλαγών που τίθενται σε εφαρμογή, βάσει δυσμενών συμβάντων που έχουν αναφερθεί	1	2	3	4	5
2. Το προσωπικό μιλάει ελεύθερα όταν διαπιστώσει κάτι που επιδρά αρνητικά στη φροντίδα υγείας του ασθενούς	1	2	3	4	5
3. Το προσωπικό ενημερώνεται συχνά για τα δυσμενή συμβάντα που λαμβάνουν χώρα	1	2	3	4	5
4. Το προσωπικό μπορεί ελεύθερα να αμφισβητήσει τις αποφάσεις ή τις ενέργειες των ανωτέρων του	1	2	3	4	5
5. Το προσωπικό συζητά τρόπους πρόληψης δυσμενών συμβάντων ώστε να μην επαναληφθούν	1	2	3	4	5
6. Το προσωπικό φοβάται να ρωτήσει, όταν κάτι δεν φαίνεται σωστό	1	2	3	4	5

Μέρος Δ: Συχνότητα Αναφοράς Δυσμενών Συμβάντων

Στο Εργασιακό Περιβάλλον/Μονάδα σας όταν λάβουν χώρα οι ακόλουθες περιπτώσεις δυσμενών συμβάντων πόσο συχνά αναφέρονται; Κυκλώστε την απάντησή σας.

Όταν συμβεί ένα λάθος.....	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
1.αλλά εντοπιστεί και διορθωθεί πριν επηρεάσει τον ασθενή	1	2	3	4	5
2.αλλά δεν έχει πιθανότητα να βλάψει τον ασθενή	1	2	3	4	5
3.που θα μπορούσε να βλάψει τον ασθενή, αλλά δεν τον επηρέασε	1	2	3	4	5

Μέρος Ε: Εκτίμηση Συνολικής Ασφάλειας Ασθενούς

Παρακαλώ αξιολογήστε το επίπεδο ασφάλειας του ασθενούς συνολικά στο Εργασιακό Περιβάλλον/Μονάδα σας επιλέγοντας με V την απάντηση που σας εκφράζει.

1. Άριστο
2. Πολύ Καλό

3. Καλό
4. Μέτριο
5. Κακό

Μέρος ΣΤ: Το Νοσοκομείο σας

Παρακαλώ υποδηλώστε την συμφωνία ή την διαφωνία σας με τις παρακάτω προτάσεις σχετικά με το Νοσοκομείο στο οποίο εργάζεστε. Κυκλώστε την απάντησή σας.

Στο Νοσοκομείο σας...	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1. Η Διοίκηση εξασφαλίζει εργασιακό κλίμα που προάγει την ασφάλεια του ασθενούς	1	2	3	4	5
2. Υπάρχει ελλιπής συντονισμός μεταξύ των Μονάδων	1	2	3	4	5
3. Η μεταφορά ασθενούς από τη μία Μονάδα στην άλλη συνήθως συνοδεύεται από προβλήματα	1	2	3	4	5
4. Υπάρχει καλή συνεργασία ανάμεσα στις Μονάδες όταν αυτό απαιτείται	1	2	3	4	5
5. Συχνά, σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία του ασθενούς χάνονται κατά την αλλαγή της βάρδιας	1	2	3	4	5
6. Η συνεργασία με το προσωπικό άλλων Μονάδων είναι συχνά δυσάρεστη	1	2	3	4	5
7. Συχνά παρουσιάζονται διάφορα προβλήματα κατά την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των Μονάδων	1	2	3	4	5
8. Η ασφάλεια του ασθενούς αποτελεί κύρια προτεραιότητα για την Διοίκηση	1	2	3	4	5
9. Η Διοίκηση δείχνει να ενδιαφέρεται για την ασφάλεια του ασθενούς μόνο μετά από την αναφορά κάποιου δυσμενούς συμβάντος	1	2	3	4	5
10. Οι Μονάδες συνεργάζονται καλά μεταξύ τους για την παροχή άριστης ποιοτικά φροντίδας υγείας στον ασθενή	1	2	3	4	5
11. Η αλλαγή βάρδιας είναι προβληματική για τον ασθενή	1	2	3	4	5

Μέρος Ζ: Αναφερόμενα Δυσμενή Συμβάντα

Τους τελευταίους 12 μήνες πόσα δυσμενή συμβάντα έχετε αναφέρει; Επιλέξτε με V την απάντηση που σας εκφράζει.

1. Καμία αναφορά

- 2. 1-2 αναφορές
- 3. 3-5 αναφορές
- 4. 6-10 αναφορές
- 5. 11-20 αναφορές
- 6. 21 αναφορές και άνω

Μέρος Η: Δημογραφικά Στοιχεία

Οι κάτωθι πληροφορίες θα βοηθήσουν στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Επιλέξτε με *✓* την απάντηση που σας εκφράζει.

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

2. Ηλικία..... έτη

3α. Ποια είναι η βασική σας εκπαίδευση;

- 1. Δευτεροβάθμια (Δ.Ε.)
- 2. Τριτοβάθμια Τεχνολογική (Τ.Ε.)
- 3. Τριτοβάθμια Πανεπιστημιακή (Π.Ε.)

3β. Άλλες σπουδές:

- 1. Ειδικότητα
- 2. Μεταπτυχιακές σπουδές
- 3. Διδακτορικό δίπλωμα
- 4. Ειδικότητα και Μεταπτυχιακές σπουδές
- 5. Ειδικότητα και Διδακτορικό δίπλωμα
- 6. Μεταπτυχιακές σπουδές και Διδακτορικό δίπλωμα
- 7. Κανένα από τα παραπάνω

4. Το Νοσοκομείο το οποίο εργάζεστε τι νομικού καθεστώτος είναι:

- 1. Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ)
- 2. Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ)

5. Το Νοσοκομείο το οποίο εργάζεστε είναι:

- 1. Γενικό
- 2. Ειδικό
- 3. Ογκολογικό
- 4. Πανεπιστημιακό
- 5. Ψυχιατρικό

6. Το Νοσοκομείο το οποίο εργάζεστε έχει:

- 1. Μέχρι 99 κλίνες

- 2. Από 100 μέχρι 250 κλίνες
- 3. Από 251 μέχρι 400 κλίνες
- 4. 400 κλίνες και άνω

7. Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο;

8. Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στη συγκεκριμένη Μονάδα;

9. Συνήθως πόσες ώρες την εβδομάδα εργάζεστε στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο; ώρες

10. Τι θέση κατέχετε στο νοσοκομείο που εργάζεστε;

- 1. Ειδικευόμενος ιατρός
- 2. Ειδικός ιατρός
- 3. ΠΕ Νοσηλεύτης
- 4. ΤΕ Νοσηλεύτης
- 5. ΔΕ Βοηθός Νοσηλεύτη
- 6. ΥΕ Βοηθητικό προσωπικό
- 7. Φυσιοθεραπευτής, Εργοθεραπευτής, Λογοθεραπευτής
- 8. Ψυχολόγος
- 9. Κοινωνικός Λειτουργός
- 10. Φαρμακοποιός
- 11. Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε.....

11. Από την θέση που κατέχετε ως εργαζόμενος στο συγκεκριμένο νοσοκομείο έχετε συνήθως άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή;

- 1. ΝΑΙ, συνήθως έχω άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή
- 2. ΟΧΙ, συνήθως ΔΕΝ έχω άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή

12. Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στην παρούσα ειδικότητα ή επάγγελμα;

Μέρος Θ: Σχόλια

Παρακαλώ να καταγράψετε ελεύθερα τυχόν σχόλια και παρατηρήσεις σχετικά με ζητήματα ασφάλειας του ασθενούς, ιατρικών λαθών και την αναφορά δυσμενών συμβάντων εντός του νοσοκομείου σας.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....
Σας ευχαριστούμε πολύ για την συνεργασία!