



Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Επιστημών Υγείας

Τμήμα Νοσηλευτικής

Επιβλέπων Καθηγητής: Δρ Βασίλειος Ραφτόπουλος

Αντιλήψεις και συμπεριφορές του προσωπικού
για την ασφάλεια των πασχόντων

Όνοματεπώνυμο φοιτητή: Αρτέμης Αθανάση

Αριθμός φοιτητικής ταυτότητας: 2007360199

Πτυχιακή εργασία

Κύπρος 2011

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT:.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	12
ΣΤΟΧΟΙ:.....	12
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	12
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	14
1. Εργαλεία και ερωτηματολόγια	14
2. Αντιλήψεις και συμπεριφορές προσωπικού για την ασφάλεια των πασχόντων.....	19
3. Επίδραση των αντιλήψεων και των συμπεριφορών στην ασφάλεια του πάσχοντος.....	21
4. Παρεμβάσεις για την ασφάλεια των πασχόντων	23
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	25
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ/ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	28
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	30
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	31

Κατάλογος Πινάκων και Γραφημάτων

Πίνακας	Σελίδα
Πίνακας 1: Κυριότερες πηγές στη βιβλιογραφία «Αντιλήψεις και συμπεριφορές του προσωπικού για την ασφάλεια των πασχόντων	14-15
Πίνακας 2: Τα εργαλεία για την αξιολόγηση του υλικού ασφαλείας	19
Γράφημα	Σελίδα
Γράφημα 1: Reason's Swiss Cheese Model (Μοντέλο Ελβετικού Τυριού)	22

Ευχαριστίες

Μου δίνεται η ευκαιρία με την περάτωση της Πτυχιακής μου εργασίας να σημειώσω ότι, είναι ιδιαίτερα δύσκολο και κοπιαστικό να ολοκληρώσεις το έργο που ξεκινάς κάποια στιγμή έχοντας ταυτόχρονα και άλλες υποχρεώσεις που πρέπει να διεκπεραιώσεις. Πολλές φορές είναι μάταιο και άλλες πάλι εφικτό.

Γι' αυτό το λόγο θα πρέπει να ευχαριστήσω θερμά τα δυο πιο όμορφα πλάσματα της ζωής μου την σύζυγο μου Κατερίνα και την κόρη μου Αντριάνα, που με στήριξαν και συνεχίζουν να με στηρίζουν μέχρι το τέλος των σπουδών μου.

Επίσης θα πρέπει να ευχαριστήσω θερμά ιδιαίτερα τον επιβλέποντα καθηγητή μου Δρ Βασίλειο Ραφτόπουλο που στήριξε την προσπάθειά μου να ολοκληρώσω την πτυχιακή εργασία, με καθοδήγησε και μου αφιέρωσε αρκετό από τον πολύτιμο χρόνο του για να φτάσουμε ως εδώ.

Τέλος, ιδιαίτερα πρέπει να ευχαριστήσω τον πατέρα μου και την μητέρα μου για την ηθική τους συμπαράσταση.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ασφάλεια των πασχόντων είναι μια διάσταση της ποιότητας η οποία τα τελευταία χρόνια αποτελεί αντικείμενο έρευνας στο χώρο της υγείας και είναι πεδίο έντονου προβληματισμού και έρευνας. Αυτή η ανησυχία επιτείνεται καθώς τα σύγχρονα Συστήματα Υγείας χαρακτηρίζονται από αυξημένη πολυπλοκότητα με συνέπεια την αύξηση της γραφειοκρατίας και των διοικητικών διαδικασιών ελέγχου του κόστους. Η επιτεινόμενη αυτή πολυπλοκότητα των Συστημάτων Υγείας δημιουργεί ένα πολυεπίπεδο μηχανισμό, σε κάθε επίπεδο του οποίου ελλοχεύει πάντοτε ο κίνδυνος του λάθους.

Σκοπός: Σκοπός στην παρούσα εργασία υπήρξε η διερεύνηση (ανασκόπηση) στο να επικεντρωνόμαστε στην αντίληψη και τις συμπεριφορές που έχει το προσωπικό υγείας κατά τη λειτουργία του νοσηλευτικού ιδρύματος όπου εργάζονται και το αντίκτυπο που αυτή έχει στην ασφάλεια των πασχόντων.

Υλικό και μέθοδος: Για το σκοπό αυτό, ερευνήσαμε την ελληνόγλωσση και ξενόγλωσση βιβλιογραφία σε διεθνής βάσης δεδομένων PUBMED, CINAHL, EMBASE, IATROTEK και Ευροβαρόμετρο για έρευνες της τελευταίας πενταετίας. Επιπλέον πηγή αναζήτησης υπήρξε και το ελληνικό κέντρο τεκμηρίωσης (Αρχείο διδακτορικών διατριβών) με λέξεις κλειδιά patient safety, staff perceptions, medical errors, safety attitudes, staff practices.

Αποτελέσματα: Μέσα από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν αρκετά συστήματα ερωτηματολογίων που επιδιώκουν να αποτιμήσουν την κουλτούρα ασφαλείας στο προσωπικό των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο εργαλείο είναι η μέθοδος SAQ για την οποία υπάρχει εκτενής βιβλιογραφία. Τα δεδομένα τέτοιων ερευνών δείχνουν ότι συχνά οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι υπάρχει μεγάλη ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επίσης οι εργαζόμενοι έχουν αρνητική γνώμη για το κλίμα που διαμορφώνεται στο νοσοκομείο ως προς την αντίδραση στα λάθη. Όμως λόγω της ανθρώπινης φύσης μας το σφάλμα είναι αναπόφευκτο και συνεπώς θα πρέπει να δημιουργηθούν ασφαλιστικές δικλείδες τέτοιες ώστε τα λάθη να προλαμβάνονται και να μην έχουν επιπτώσεις στους ασθενείς, χωρίς να υπάρχει απαξίωση του σφάλματος. Για την απόκτηση όμως κουλτούρας ασφαλείας των πασχόντων το προσωπικό θα πρέπει να αισθάνεται άνετα να συζητά τα περιστατικά όπου η ασφάλεια του πάσχοντα

απειλήθηκε τόσο με τους συνεργάτες όσο και τους προϊσταμένους. Επιπλέον θα πρέπει να ενισχυθεί η οργάνωση σεμιναρίων και μαθημάτων ασφάλειας και να τηρείται ιστορικό σφαλμάτων, ώστε να υπάρχει δυνατότητα ανασκόπησης τους και απόκτησης εμπειρίας.

Συμπεράσματα: Είναι προφανής η ανάγκη να αναγνωριστεί η σπουδαιότητα της κουλτούρας ασφάλειας αλλά και η σπουδαιότητα της γνώμης των επαγγελματιών υγείας για τα θέματα της ασφάλειας καθώς αυτοί αποτελούν τους άμεσους και κύριους φορείς παροχής φροντίδας.

Λέξεις κλειδιά: ασφάλεια των πασχόντων, αντιλήψεις του προσωπικού, ιατρικά λάθη, στάσεις ασφαλείας,πρακτικές προσωπικού.

ABSTRACT:

Background: The safety of patients is one dimension of quality, which in recent years is being investigated in the health field and is of growing concern and research. This concern is exacerbated because the modern Health Systems are characterized by increased complexity resulting in increased bureaucracy and administrative cost control procedures. The complexity is aggravated health systems creates a multilayered mechanism at each level which always lurks the danger of error.

Aim: The purpose of this work was to investigate (review) to focus on the perception and attitudes that have the health personnel in the operation of the hospital where they work and the impact it has on the safety of patients.

Sample and method: For this purpose, we investigated the Greek-speaking and foreign language literature in international database PUBMED, CINAHL, EMBASE, and IATROTEK Eurobarometer surveys for the last five years. In addition to our source was Greek and Documentation Centre (File dissertations) with key words patient safety, staff perceptions, medical errors, safety attitudes, staff practices.

Results: Through the search of the literature revealed that there are several systems of questionnaires that seek to assess the safety culture of the staff of hospitals. The most widely used tool is the method SAQ for which there is an extensive bibliography. The data from such surveys show that workers often feel that there is a need to improve the quality of service. Also, workers have a negative opinion climate that is formed at the hospital in response to errors. But because of our human nature that error is inevitable and will therefore need to create safeguards so that such errors be prevented and have no impact on patients without any impairment of wrong. To obtain a safety culture but ill staff should feel comfortable discussing the circumstances where the patient's safety was threatened both by colleagues and superiors. It should also strengthen the organization of seminars and courses in safety and maintain a history of errors, it is possible to review them and acquisition experience.

Conclusion: There is an obvious need to recognize the importance of safety culture and the importance of the opinions of health professionals on security issues as they are direct and primary care providers.

Keywords: patient safety, staff perceptions, medical errors, safety attitudes, staff practices.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι οργανισμοί παγκοσμίως μεταβάλλονται γοργά με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχουν και ταυτόχρονα την βελτίωση της αποτελεσματικότητας και τη μείωση του κόστους. Οι υπηρεσίες υγείας επηρεάζονται από αυτές τις αλλαγές. Στον χώρο της υγείας, βέβαια, η ανάγκη για τη διασφάλιση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας εμφανίστηκε πολύ πιο πριν εμφανιστεί στις επιχειρήσεις. Από την εποχή του Ιπποκράτη δινόταν ιδιαίτερη έμφαση στη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους πάσχοντες. Ουσιαστικά η πρώτη προσπάθεια για την καταγραφή της κατάστασης της υγείας των πασχόντων αλλά και τη θεραπεία και τον απολογισμό των πεπραγμένων ξεκίνησε το 19^ο αιώνα στην Αγγλία, από τη θεμελιώτρια της νοσηλευτικής, Florence Nightingale που κατέγραψε τη θνησιμότητα των τραυματιών κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού Πολέμου (Nightingale F, 1909).

Η αξιολόγηση και ο έλεγχος θεωρούνταν αναπόσπαστα και σημαντικά κομμάτια του σχεδιασμού, της οργάνωσης και της διοίκησης κάθε υπηρεσίας ή συστήματος υγείας. Με την αξιολόγηση μιας υπηρεσίας υγείας παρέχεται η δυνατότητα επισήμανσης τυχουσών ελλείψεων ή προβλημάτων της υπηρεσίας αλλά και η αντιμετώπισή τους. Ακόμα, καθίσταται εφικτή η τροποποίηση της λειτουργίας της υπηρεσίας προς την κατεύθυνση της επίτευξης των προκαθορισμένων στόχων της και η εισαγωγή νέων εφαρμογών και πρακτικών στη λειτουργία της (Τούντας Γ, 2003). Το τελικό αποτέλεσμα είναι η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και η ορθολογική κατανομή των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων.

Σύμφωνα με τον ευρύτερα αποδεκτό ορισμό η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και παρέχονται με την τρέχουσα επιστημονική γνώση (Donaldson & Donaldson 2003). Η ασφάλεια των πασχόντων είναι μια διάσταση της ποιότητας η οποία τα τελευταία χρόνια αποτελεί αντικείμενο έρευνας με ιδιαίτερη αναφορά στις απόψεις του προσωπικού για την κουλτούρα ασφάλειας στους οργανισμούς τους (Ραφτόπουλος Β, 2009).

Είναι πλέον δεδομένο ότι το ανθρώπινο λάθος είναι ο κύριος παράγοντας ατυχημάτων όχι μόνο στα πλαίσια της βιομηχανίας όπου απαιτείται συνεργασία ανθρώπου-μηχανής, αλλά επίσης και στα πλαίσια της Υγείας και ιδιαίτερα στα

νοσοκομεία (Kohn *et al.*, 1999). Από την άλλη, πρόσφατα, έχει αναγνωριστεί ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με του δομή του Οργανισμού έχουν μεγάλη σημασία για την ασφάλεια των διαδικασιών (Reason, 1993). Επιπλέον έχει αποδειχθεί ότι τα οργανωτικά προβλήματα είναι ο άδηλος παράγοντας όταν παρατηρούνται ανθρώπινα σφάλματα στην πρώτη γραμμή και ότι ο κύριος επιβαρυντικός παράγοντας μεγάλων ατυχημάτων είναι οι ίδιες οργανωτικές δομές που επιβάλουν τις δικλείδες ασφαλείας και επιτρέπουν στα ανθρώπινα σφάλματα να συσσωρευτούν (Reason, 1997).

Σε μια έρευνα με μεγάλο αντίκτυπο της Διεθνούς Υπηρεσίας Ατομικής Ενέργειας [International Atomic Energy Agency –IAEA], περιγράφεται για πρώτη φορά ο όρος *κουλτούρα ασφαλείας (safety culture)* που ορίζεται ως «...το σύνολο των χαρακτηριστικών και συμπεριφορών σε οργανισμούς που καθορίζουν ότι, καθ' υπέρβαση των προτεραιοτήτων, ...τα θέματα ασφαλείας έχουν την προσοχή που αρμόζει στη σημασία τους» (INSAG, 1993). Η αναφορά αυτή συνεχίζει με την παρατήρηση ότι η κουλτούρα ασφαλείας «... αφορά συμπεριφορές αλλά και δομές, συσχετίζει άτομα και οργανισμούς και ορίζει τα προσυμφωνημένα που πρέπει να πληρούνται ώστε να ταυτίζονται ανάλογα οι αντιλήψεις και οι δράσεις». Ο όρος κουλτούρα ασφαλείας έχει πλήρως υιοθετηθεί στη διοίκηση των οργανισμών λαμβάνοντας υπόψη την τροποποίηση των συμπεριφορών των εργαζομένων και των ομάδων. Έτσι η Συμβουλευτική Επιτροπή για την Ασφάλεια των Πυρηνικών Εγκαταστάσεων [Advisory committee on the safety of nuclear installations ACSNI] καθορίζει τον όρο κουλτούρα ασφαλείας ως «.....τη συνισταμένη των ατομικών και ομαδικών αξιών, συμπεριφορών, αντιλήψεων, ικανοτήτων και προτύπων συμπεριφοράς που καθορίζει το επίπεδο δέσμευσης και το ύφος και την αποτελεσματικότητα του Οργανισμού και της διαχείρισης ασφαλείας» (ACSNI, 1993). Με άλλα λόγια, η κουλτούρα ασφαλείας συνδυάζεται όχι μόνο με τη δέσμευση της διοίκησης για την ασφάλεια, το ύφος επικοινωνίας και τους φανερούς κανόνες για την αναφορά λαθών αλλά επίσης και την παροχή κινήτρων στους εργαζόμενους, την ηθική τους ενίσχυση, την αντίληψη των λαθών και τη συμπεριφορά τους ως προς την ίδια τη διοίκηση αλλά επίσης και τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν την ασφάλεια (π.χ. κόπωση, ανάληψη ρίσκων και η παράβαση του πρωτόκολλου των διαδικασιών).

Η ποιότητα στο χώρο της φροντίδας αποτελεί ένα δίπολο: ή υπάρχει ή δεν υπάρχει (Ραφτόπουλος, 2009). Υπό αυτό το πρίσμα, δεν υπάρχει υψηλή και χαμηλή ποιότητα

αλλά υψηλός ή χαμηλός βαθμός επίτευξης των προτύπων που διασφαλίζουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Στις μέρες μας, οι χώρες με εδραιωμένα συστήματα ποιότητας δίνουν προτεραιότητα στην Κλινική Διακυβέρνηση, η οποία έχει σκοπό τη δημιουργία ενός νέου συστήματος υγείας, που διασφαλίζει την εφαρμογή των κλινικών προτύπων ποιότητας και στο οποίο εφαρμόζονται διαδικασίες που συμβάλλουν στη διαρκή βελτίωσή του. Σε αυτό το σύστημα, οι κύριοι άξονες δράσης είναι η ασφάλεια των πασχόντων, το περιβάλλον φροντίδας και η διαχείριση των κινδύνων και των λαθών (Ραφτόπουλος Β, 2007).

Σε μελέτη της Aiken *et al* (1994) έδειξε ότι σε νοσοκομεία που είναι δημοφιλή στο νοσηλευτικό προσωπικό (δηλ. επιθυμούν να εργαστούν σε αυτά) έχουν χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από αντίστοιχα νοσοκομεία με ανάλογους πάσχοντες. Σε άλλη έρευνα, υπάρχει γραμμική συσχέτιση των ποσοστών ικανοποίησης του προσωπικού με την ικανοποίηση των πασχόντων (Weisman CS and Nathanson CA, 1985). Αυτό αυτόματα υποδηλώνει ότι τα χαρακτηριστικά του Οργανισμού π.χ. η αυτονομία του νοσηλευτικού προσωπικού, ο έλεγχος που έχει στις καθημερινές αποφάσεις, η αντίληψη που έχει για τη δομή και τη λειτουργία του επαγγελματικού του χώρου, όχι μόνο συνεισφέρουν στη βελτίωση του νοσοκομείου αλλά και στα τελικά αποτελέσματα. Η θνησιμότητα και τα αξιόπιστα κλινικά δεδομένα είναι μια διάσταση αυτής της αλληλεπίδρασης.

Όσον αφορά στην Ελληνική πραγματικότητα, είναι γνωστό ότι έχουν γίνει διαπιστώσεις για την έλλειψη μηχανισμών ποιότητας και για τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης των πολιτών σε όλα τα επίπεδα του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος και έχουν επανειλημμένα διατυπωθεί τόσο από απλούς πολίτες όσο και από ακαδημαϊκούς ερευνητές και ειδικούς εμπειρογνώμονες (Τσιριντάνη Μ, 2010).

Οι κυριότερες επισημάνσεις έχουν να κάνουν με:

- τη μειωμένη εμπιστοσύνη και τη χαμηλή ικανοποίηση των πασχόντων και των οικογενειών τους σε όλες τις βαθμίδες του Συστήματος Υγείας,
- την έλλειψη προδιαγραφών στην παροχή των υπηρεσιών τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα,
- την έλλειψη υποδομής εξοπλισμού, μέσω και εκπαιδευμένου προσωπικού για την ορθή καταγραφή και συστηματική αξιολόγηση των δεδομένων

των φακέλων υγείας και την τήρηση αξιόπιστων στατιστικών δεδομένων από τα νοσοκομεία και τις άλλες Υπηρεσίες Υγείας,

- την απουσία ευαισθητοποιημένου και εκπαιδευμένου ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού στις αρχές και τις μεθόδους διασφάλιση της ποιότητας,
- την απουσία προγραμμάτων ελέγχου σε όλες τις βαθμίδες του συστήματος παροχής Υπηρεσιών Υγείας,
- την απουσία μηχανισμού διακρίβωσης του βαθμού ικανοποίησης των πασχόντων ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Λιακοπούλου Ε, 2008).

Θα πρέπει οι εργαζόμενοι στα επαγγέλματα υγείας να συμφιλιωθούν με το γεγονός ότι τα λάθη στον χώρο της υγείας αποτελούν ανεπιθύμητο μεν, αναπόφευκτο δε, συνεπακόλουθο της καθημερινής πρακτικής. Η ιατρική άλλωστε, όπως και όλοι οι επιστημονικοί κλάδοι, δε διεκδικεί κανένα αλάθητο: ιατρική και λάθος είναι έννοιες συνυφασμένες, αφού οι επιστημονικές θεωρίες χωρίς τα λάθη και το βάσανο της επιβεβαίωσης ή της διάψευσης δεν μπορούν να ελεγχθούν και να αξιολογηθούν. Οι επιστημονικές θεωρίες χρειάζονται ίσως περισσότερο τη διάψευση του λάθους από την επιβεβαίωση του ορθού (κατά τις ισχύουσες επιστημολογικές θεωρίες) προκειμένου να κριθούν, αλλά και για να παράγουν νέα επιστημονική γνώση. Μην ξεχνούμε άλλωστε τον αφορισμό ότι το 50% των ιατρικών γνώσεων απαξιώνεται εντός μίας δεκαετίας (Κεραμάρης ΝΧ, 2008).

Επίσης, τα σύγχρονα Συστήματα Υγείας χαρακτηρίζονται από την αυξημένη πολυπλοκότητα, ως αποτέλεσμα των αυξανόμενων απαιτήσεων του κοινού, της έκρηξης της ιατρικής γνώσης, αλλά και συνακόλουθα του κόστους της ιατρικής περίθαλψης, με συνέπεια την αύξηση της γραφειοκρατίας και των διοικητικών διαδικασιών ελέγχου του κόστους. Η επιτεινόμενη αυτή πολυπλοκότητα των Συστημάτων Υγείας δημιουργεί ένα «πολυώροφο οικοδόμημα», σε κάθε επίπεδο του οποίου ελλοχεύει πάντοτε ο κίνδυνος του λάθους. Η πιθανότητα λάθους, όσο μικρή και αν είναι, αθροίζεται σε κάθε επίπεδο, οπότε επί παραδείγματι αν σε κάθε επίπεδο ενός «δεκαώροφου» Συστήματος Υγείας υπάρχει η όντως αμελητέα πιθανότητα του 1% για εμφάνιση λάθους, στο σύνολο του Συστήματος η αθροιστική πιθανότητα εμφάνισης λάθους προσεγγίζει το 10%. Η λεγόμενη «συστημική» θεώρηση του ιατρικού λάθους αποτελεί μία παραγνωρισμένη και υποεκτιμημένη πλευρά των ιατρικών λαθών. Η

ατομική απόδοση συνδέεται με την εμφάνιση ατομικών λαθών, ενώ η συστημική αντίδραση ενός οργανισμού συνδέεται με την εμφάνιση συνθηκών «μειωμένης αντίδρασης» στα πιθανά λάθη, που είναι μαθηματικά βέβαιο ότι μπορούν να εμφανισθούν σε κάποιο επίπεδο λειτουργίας του συστήματος (Κεραμάρης ΝΧ, 2008).

Από τα παραπάνω είναι λοιπόν εμφανές ότι ο έλεγχος και η αξιολόγηση της ποιότητας είναι απαραίτητες διαδικασίες ώστε να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται τα προβλήματα των υπηρεσιών υγείας και αυτές μέσα από το σύστημα αυτό να βελτιώνονται και να εξελίσσονται.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση (ανασκόπηση) των αντιλήψεων και συμπεριφοράς του προσωπικού για την ασφάλεια των πασχόντων.

ΣΤΟΧΟΙ:

Η διερεύνηση της αντίληψης σε διάφορες επαγγελματικές ομάδες στο χώρο της υγείας την έννοια της ασφάλειας των πασχόντων και τις δράσεις που αναλαμβάνουν για τη διασφάλισή της. Θα σχολιαστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν αυτή την αντίληψη καθώς και τους παράγοντες εκείνους που δυσχεραίνουν την εφαρμογή της. Επιπλέον θα διερευνηθούν τα εργαλεία που υπάρχουν διαθέσιμα για την καταγραφή της αντίληψης ασφαλείας, το σχεδιασμό τους, και η χρησιμότητά που έχουν αυτά στη χάραξη πολιτικών τόσο στο συγκεκριμένο χώρο όπου διεξάγονται όσο και συνολικότερα σε επίπεδο υπουργείου και θεσμών. Τέλος θα συζητηθούν οι περιορισμοί που έχουν τα εργαλεία/ ερωτηματολόγια και τα συμπεράσματα που μπορεί να συναχθούν από αυτά.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για να προσεγγίσουμε θέματα που αφορούν στις αντιλήψεις και τις συνακόλουθες πρακτικές του νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και τη σημασία που αυτές έχουν για την ασφάλεια του πάσχοντα, ερευνήσαμε την ελληνόγλωσση και ξενόγλωσση βιβλιογραφία με κατάλληλα κριτήρια, που περιγράφονται διεξοδικά παρακάτω. Κοιτάξαμε σε πηγές διεθνής βάσης δεδομένων όπως **PUBMED**, **CINAHL**, **EMBASE** και **ΙΑΤΡΟΤΕΚ**. Άλλη πηγή αποτέλεσε και το **Ευρωβαρόμετρο** της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επιπλέον πηγή αναζήτησης υπήρξε και το **Ελληνικό κέντρο τεκμηρίωσης** (Αρχείο διδακτορικών διατριβών).

Η έρευνα στο PubMed έγινε στην **αγγλική γλώσσα** με λέξεις κλειδιά και χρονικό περιορισμό **5 χρόνων**:

«Staff perceptions» AND « «Patient Safety»	αριθμός δημοσιεύσεων: 75
«Staff attitudes» AND « «Patient Safety»	αριθμός δημοσιεύσεων: 8
«Staff practices» AND « «Patient Safety»	αριθμός δημοσιεύσεων: 3
«Public perceptions» AND « «Patient Safety»	αριθμός δημοσιεύσεων: 1
«Public opinion» AND « «Patient Safety»	αριθμός δημοσιεύσεων: 7

Από αυτές τις έρευνες μελετήθηκε η περίληψη τους και τελικά περιλήφθηκαν όσες έρευνες θεωρήθηκαν σχετικές με το θέμα. Επιπλέον αναζητήθηκαν και έρευνες που βρίσκονταν ως αναφορές σε αυτή τη βιβλιογραφία ασχέτως χρονικού περιορισμού και μόνο με βάση τη σχετικότητα και τη σημασία του άρθρου.

Η έρευνα στα Ελληνικά (Google Scholar) έγινε με χρήση των λέξεων χωρίς χρονικό περιορισμό δημοσίευσης των ερευνών αυτών:

«Αντίληψη προσωπικού» και «Ασφάλεια Πάσχοντα»	αριθμός δημοσιεύσεων: 82
«Αντίληψη προσωπικού» και «Ασφάλεια Πασχόντων»	αριθμός δημοσιεύσεων: 66
«Πρακτικές προσωπικού» και «Ασφάλεια Πάσχοντα»	αριθμός δημοσιεύσεων: 50
«Πρακτικές προσωπικού» και «Ασφάλεια Πασχόντων»	αριθμός δημοσιεύσεων: 133

Και πάλι, από αυτές τις έρευνες, μελετήθηκε η περίληψη τους και τελικά περιλήφθηκαν όσες έρευνες θεωρήθηκαν σχετικές με το θέμα. Επιπλέον αναζητήθηκαν και έρευνες που βρίσκονταν ως αναφορές σε αυτή τη βιβλιογραφία ασχέτως χρονικού περιορισμού και μόνο με βάση τη σχετικότητα και τη σημασία του άρθρου.

Τέλος, έρευνες του Ευρωβαρόμετρου σχετικά με την Υγεία και την αντίληψη του κοινού και του προσωπικού συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα εργασία.

Συνολικά από αυτές τις διαδικασίες επιλογής συγκεντρώθηκαν περίπου 200 άρθρα που καλύπτουν το θέμα τόσο από την πλευρά του προσωπικού όσο και από την πλευρά του κοινού και αφορά στην ασφάλεια του πάσχοντα. Οι περισσότερες αυτών είναι ανασκοπήσεις της υπάρχουσας βιβλιογραφίας. Από αυτές τελικά περιελήφθησαν στην παρούσα μελέτη 37 ερευνητικές εργασίες, με βάση τη σχετικότητά τους με την

εργασία, την ημερομηνία δημοσίευσής τους σύμφωνα με το κριτήριο μας (τελευταία 5ετία).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. Εργαλεία και ερωτηματολόγια

Παρά το μεγάλο ενδιαφέρον για τον τομέα της υγείας, υπάρχουν λίγα εργαλεία για την αξιολόγηση των σημαντικών παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και την κουλτούρα ασφάλειας. Κάποια από αυτά που χρησιμοποιούνται, αναλύονται παρακάτω.

Πίνακας 1: Κυριότερες πηγές στη βιβλιογραφία «Αντιλήψεις και συμπεριφορές του προσωπικού για την ασφάλεια των πασχόντων»

A/A	Συγγραφείς Χρόνος εργασίας	Είδος μελέτης Εργαλείο	Δείγμα	Κύρια ευρήματα
1.	Ραφτόπουλος B,2007	Ανασκόπηση	Δεν υπάρχει	Η ανεπαρκής στελέχωση των νοσοκομείων και η ανεπαρκής ενημέρωση για τους επαγγελματικούς κινδύνους αποτελούν τροχοπέδη στην μετεξέλιξη και την ποιοτική ανάπτυξη των νοσηλευτικών παροχών
2.	Nieva & Sorra, 2003	Ανασκόπηση	Δεν υπάρχει	Η δημιουργία φιλοσοφίας ασφάλειας απαιτεί τη δημιουργία εργαλείων μέτρησης μέτρησής τους.
3.	Donabedian A, 1988	Ανασκόπηση	Δεν υπάρχει	Ανάλυση της αναγκαιότητας εύρεσης μετρήσιμων παραμέτρων για την εκτίμηση της κουλτούρας ασφάλειας και της ποιότητας
4.	Kohn <i>et al.</i> , 1999	Αναφορά της Επιτροπής Ποιότητας των ΗΠΑ	Δεν υπάρχει	Είναι ανθρώπινα τα ιατρικά σφάλματα και πρέπει να υπάρχουν ασφαλιστικές δικλείδες
5.	Ευροβαρόμετρο	Δημοσίευση της ΕΕ	Δεν υπάρχει	Αναφορά σχετικά με την ασφάλεια των πασχόντων στις χώρες της ΕΕ
6.	Δημητριάδου A,2008	Διδακτορική διατριβή	Δεν υπάρχει	Αξιολογείται η θέση του νοσηλευτή στα συστήματα παροχής υγείας
7.	Λιακοπούλου E,2008	Διπλωματική εργασία	500 ασθενείς στο Νοσοκομείο Ιωαννίνων	Μειωμένος έλεγχος στην παροχή φροντίδας υγείας

8.	Νταντάνα Α, 2010	Διπλωματική εργασία	1088 επαγγελματίες υγείας (476 γιατροί, 596 νοσηλευτές 135 βοηθητικοί	Το προσωπικό θεωρεί το επίπεδο κουλτούρας ασφάλειας ικανοποιητικό με περιθώρια βελτίωσης
9.	Νταντάνα Α, 2010	Διπλωματική εργασία	292 (από τους 450 ερωτώμενους)	Καλό γενικά κλίμα, πρόβλημα η τιμωρητική αντιμετώπιση του σφάλματος
10.	Aiken LH <i>et al.</i> ,1994	Έρευνα	39 νοσοκομεία	Τα νοσοκομεία που προτιμούν οι ασθενείς έχουν 7.7% μικρότερη θνησιμότητα από τα υπόλοιπα
11.	Aiken LH <i>etal.</i> ,2003	Έρευνα	10184 νοσηλευτές σε 168 νοσοκομεία της Πενσυλβάνια ΗΠΑ	Όσο περισσότερο τα χρόνια εκπαίδευσης των νοσηλευτών τόσο χαμηλότερα τα ποσοστά θνησιμότητας πασχόντων
12.	El-Jardali et al,2011	Έρευνα	Δεν υπάρχει	Για την ασφάλεια των πασχόντων σημαντικό είναι η εκπαίδευση όλου του προσωπικού
13.	Groene et al,2010	Έρευνα	Δεν υπάρχει	Η επιβολή πειθαρχικών μέτρων είναι ένας ορθός τρόπος για την τεκμηριωμένη εφαρμογή πρακτικών από το νοσηλευτικό προσωπικό
14.	Meurier CE, 1997	Έρευνα	129 νοσηλευτές για 22 ερωτήσεις	Η ανάληψη ευθύνης για τα σφάλματα είναι δύσκολη και συνεπώς θα πρέπει να υπάρχει «μη-τιμωρητική» πολιτική αναφοράς σφαλμάτων
15.	Sexton JB <i>et al.</i> ,2000	Έρευνα	851 μέλη ιατρικού προσωπικού	Σύγκριση των σφαλμάτων στην αεροπορία και την ιατρική. Πρόβλημα αναφοράς σφαλμάτων και στους δυο τομείς
16.	Sexton JB <i>et al.</i> , 2006	Έρευνα	6 κέντρα υγείας, 203 περιοχές σε 3 χώρες	Το εργαλείο SAQ είναι καλό εργαλείο καταμέτρησης ικανοποίησης και κλίματος ασφάλειας
17.	Κάργα Μ, 2008	Έρευνα	565 νοσηλευτές ΠΕ ΤΕ	87% θυμούνται προσωπικό σφάλμα
18.	Χατζημιχαηλίδου Σ,2010	Έρευνα	287 φοιτήτριες 18-35 ετών, Νοσηλευτικής Μαιευτικής	Η ανεπαρκής γνώση από τους φοιτητές θέτει σε κίνδυνο τους πάσχοντες

Την τελευταία δεκαετία όλο και περισσότερο εντείνονται οι επιστημονικές συζητήσεις όσο αφορά στην έννοια της ποιότητας της φροντίδας υγείας στο χώρο της υγείας, και τα λάθη αποτελούν έναν ποσοτικό δείκτη αξιολόγησης της ποιότητας. Επιπλέον, τα λάθη στο χώρο της υγείας δημιουργούν ηθικά, επιστημονικά, νομικά και πρακτικά ζητήματα τα οποία καλούνται να διαχειριστούν διαφορετικές ομάδες εργαζομένων στο χώρο της υγείας (Κάργα Μ, 2008). Η καταγραφή και η περαιτέρω

μελέτη στο εξωτερικό γίνεται συστηματικά, με ειδικές επιτροπές και συμβούλια ανά επαγγελματική κατηγορία με κύριο σκοπό τον ορισμό των παρεμβάσεων και τον έλεγχο της εφαρμογής του πλαισίου δεοντολογικών αρχών. Η σημασία των λαθών στον χώρο της υγείας κατά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών είναι τόσο μεγάλο που στο Συμβούλιο της Ευρώπης στο πλαίσιο λειτουργίας της Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τη Διαχείριση της Ασφάλειας και της Ποιότητας στην Υγεία (ΕΕΔΑΠΥ) ξεκίνησε το 2005 η διαδικασία δημιουργίας ενιαίου γλωσσάριου όρων που με την ασφάλεια του πάσχοντα.

Ως "ασφάλεια των πασχόντων" νοείται η προστασία των πασχόντων από περιττά προβλήματα ή ενδεχόμενες βλάβες που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη. Η ασφάλεια των πασχόντων αποτελεί ζήτημα που ανησυχεί ιδιαίτερα την Ευρωπαϊκή Ένωση. Όπως σταθερά δείχνουν πρόσφατες έρευνες, σε έναν όλο και μεγαλύτερο αριθμό χωρών, διαπράττονται ιατρικά σφάλματα στο 10% περίπου των περιπτώσεων νοσηλείας σε νοσοκομείο. Στην Ελλάδα και στην Κύπρο μάλιστα φοβούνται σε ποσοστό 83% και 81% αντίστοιχα κάποιο σφάλμα κατά τη νοσηλεία τους. Αυτό το ποσοστό είναι αρκετά υψηλότερο από άλλες χώρες όπως π.χ η Αυστρία (19%) ή η Γερμανία (31%). Το ίδιο συναίσθημα ανασφάλειας μάλιστα παρατηρείται και για την προνοσοκομειακή περίθαλψη (Ευροβαρόμετρο 2010).

Μια μέθοδος καταγραφής των λαθών είναι το ερωτηματολόγιο Meurier (Meurier CE, 1997), που βασίζεται σε λειτουργικό ορισμό της έννοιας του σφάλματος. Ως ιατρικό σφάλμα, κατά Meurier, ορίζεται κάθε αδικαιολόγητη απόφαση, παράλειψη ή πράξη για την οποία το προσωπικό αισθάνεται υπεύθυνο και είχε δυσμενείς ή δυνητικά δυσμενείς συνέπειες για τον ασθενή και η οποία θα μπορούσε να αξιολογηθεί ως μη ορθή από έμπειρους συναδέλφους τη στιγμή που πραγματοποιήθηκε (Κάργα Μ, 2008).

Το Hospital Survey on Patient Safety Culture αφορά στην καταγραφή της κουλτούρας ασφαλείας στα νοσηλευτικά ιδρύματα (Nieva & Sorra, 2003). Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως τόσο στις ΗΠΑ, όσο και στην Ευρώπη (Ολλανδία, Δανία, Ελβετία κ.λπ.), καθώς θεωρείται ότι οι ψυχομετρικές του ιδιότητες είναι επαρκέστερα τεκμηριωμένες σε σύγκριση με αυτές παρόμοιων εργαλείων. Συγκριτικά λοιπόν με άλλα εργαλεία, το ερωτηματολόγιο της νοσοκομειακής έρευνας για την κουλτούρα ασφαλείας πληροί τα παραπάνω κριτήρια καθώς, πρώτον: έχει συνοχή, δεύτερον: είναι εκτενές χωρίς να είναι πολύ μεγάλο και

κουραστικό (μόλις 10 λεπτά απαιτούνται για τη συμπλήρωσή του), τρίτον: είναι περιεκτικό με την έννοια ότι καλύπτει μεγάλο εύρος των περισσότερων διαστάσεων κουλτούρας ασφάλειας που μπορεί κανείς να βρει στη βιβλιογραφία, τέταρτο: ερευνά και καλύπτει τις περισσότερες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας που μπορεί να εργάζονται σε ένα νοσοκομείο και πέμπτο: δίνει τη δυνατότητα συγκρίσεων μεταξύ των διαφορετικών τμημάτων η/και ειδικοτήτων των νοσοκομείων (benchmarking). Λεπτομερέστερα, το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 12 διαστάσεις (κουλτούρας ασφάλειας), οι οποίες είναι οι εξής: Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου, συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου, μεταφορές και διακομιδές πασχόντων εντός του νοσοκομείου, συχνότητα αναφοράς λαθών, μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη, ανοιχτή επικοινωνία, ανάδραση και επικοινωνία για τα λάθη, οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση, προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών σε ό,τι αφορά την ασφάλεια του πάσχοντα, υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του πάσχοντα, στελέχωση, συνολική αντίληψη της ασφάλειας. Οι ανωτέρω διαστάσεις ελέγχονται με 42 ερωτήσεις ομαδοποιημένες σε τέσσερα επίπεδα που είναι τα εξής: επίπεδο νοσηλευτικής μονάδας (τμήματος), επίπεδο νοσοκομείου, επίπεδο αποτελεσμάτων και επίπεδο διαφόρων άλλων μετρήσεων (Shingla AK *et al.*, 2006, Νταντάνα Α, 2010,). Στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο το 70% των ερωτήσεων καλύπτει τη διοίκηση και οργάνωση του νοσοκομείου και συνεπώς κατατάσσεται στην κατηγορία των μάλλον εξειδικευμένων ερωτηματολογίων (Shingla AK *et al.*, 2006).

Το Ερωτηματολόγιο για την Ασφάλεια Πασχόντων της Διοίκησης Υγείας των Βετεράνων (Veterans Health Administration Patient Safety Questionnaire) αποτελείται από 112 ερωτήσεις που καλύπτουν 18 θέματα και βασίζεται σε υπάρχοντα εργαλεία και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Η έμφαση σε αυτό δίνεται στην οργάνωση της διοίκησης, τις συνολικές αντιλήψεις, την ελευθερία στην αναφορά σφαλμάτων και τις διαπροσωπικές σχέσεις. Γενικά δεν αναφέρεται στην ιατρική βιβλιογραφία ως εργαλείο επιλογής (Shingla AK *et al.*, 2006).

Το Ερωτηματολόγιο των Υποθέσεων των Βετεράνων (Veteran Affairs Palo Alto/Stanford PSCI) περιλαμβάνει 89 ερωτήσεις και καλύπτει 18 θεματολογίες. Αναπτύχθηκε με βάση 5 διαφορετικές έρευνες μεταξύ των οποίων και την Hospital Survey on Patient Safety Culture. Περιλαμβάνει ψυχομετρικές δοκιμές σχετικά με την

οργάνωση, την γενικότερη αντίληψη ασφαλείας, τον ανθρώπινο παράγοντα, τις διαπροσωπικές σχέσεις και τη συμμόρφωση με τους κανόνες και τις υποδείξεις. Χρησιμοποιείται στις ΗΠΑ ενώ υπάρχουν και αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία. Τέλος υπάρχει και νεότερη τροποποίησή του ερωτηματολογίου με 45 ερωτήσεις που ονομάζεται Αντίληψη Ασφάλειας σε Υγειονομικές Υπηρεσίες (Patient Safety Climate in Healthcare Organizations –PSCHO)(Shingla AK *et al.*, 2006).

Το Ερωτηματολόγιο για τις Στάσεις για την Ασφαλείας (Safety Attitudes Questionnaire - SAQ) είναι ένα πιο εστιασμένο από το Ερωτηματολόγιο για τις Συμπεριφορές στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire), που προέκυψε από το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται από στην πολιτική αεροπορία, το Ερωτηματολόγιο για τις Συμπεριφορές στη Διαχείριση της Πτήσης (Flight Management Attitudes Questionnaire - FMAQ) (Sexton JB *et al.*, 2000; Thomas EJ *et al.*, 2003). Αποτελεί ένα σημαντικό ψυχομετρικό εργαλείο με κλίμακα έξι σημείων που μελετά την παροχή υπηρεσιών υγείας όπως αντανακλάται στους ανθρώπους πρώτης γραμμής. Σε αυτό το ερωτηματολόγιο έχουν ενσωματωθεί το πλαίσιο εργασίας του Vincent (1998) και το θεωρητικό μοντέλο του Donabedian (1988) για τη μέτρηση της ποιότητας. Έτσι έχει δημιουργηθεί μια σειρά 100 ερωτήσεων που καλύπτουν εννέα θεματικές ενότητες: απόσταση της διοίκησης, επικοινωνία, ομαδική εργασία, εργασία σε συνθήκες στρες, διαχείριση του στρες στα πλαίσια της ομάδας, ηθική κάλυψη, παροχή κινήτρων, ικανοποίηση από τη διοίκηση, αναγνώριση του ανθρώπινου σφάλματος και επιβράβευση της ικανότητας (Shingla AK *et al.*, 2006). Επιπλέον είκοσι ερωτήσεις, που περιλαμβάνονται σε αυτό το ερωτηματολόγιο, αφορούν διοικητές μονάδων και νοσοκομείων, οι οποίοι άλλωστε ενημερώνονται για τα αποτελέσματα τέτοιου είδους ερευνών (Sexton JB *et al.*, 2006). Το SAQ υπάρχει σε παραλλαγές για συγκεκριμένα τμήματα, όπως η ΜΕΘ (ICU), τα χειρουργεία (OR), τις μαιευτικές κλινικές και την προνοσοκομειακή φροντίδα (Modak I *et al.*, 2007). Αποτελεί από τα πλέον αξιόπιστα και διαδεδομένα εργαλεία αξιολόγησης της κουλτούρας ασφαλείας σε υγειονομικούς χώρους (Shingla AK *et al.*, 2006).

Άλλα ερωτηματολόγια που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς χωρίς να έχουν ευρύτερη χρήση είναι η Νοσοκομειακή Έρευνα για την Ασφάλεια των Πασχόντων (AHRQ Hospital Survey on Patient Safety -AHRQ-HSOPS), η Έρευνα των Νοσοκομείων και Κλινικών Allina, η Έρευνα για την Ομαδικότητα και την Ασφάλεια

των Πασχόντων (Teamwork and Patient Safety Attitudes Survey), η Έρευνα για το Κλίμα Ασφάλειας των Πασχόντων κατά την Αναισθησία (Patient Safety Climate in Anesthesia), η Συμπληρωματική Έρευνα των Εκπαιδευομένων (Trainee Supplemental Survey) (Shingla AK *et al.*, 2006).

Όλα τα παραπάνω συνοψίζονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 2: Τα εργαλεία για την αξιολόγηση του υλικού ασφαλείας

Ερωτηματολόγιο	Αρ. Ερωτήσεων	Μέθοδος	Αρ. Διαστάσεων	Πληθυσμός στόχος
Safety Attitudes Questionnaire ICU	63	Κλίμακα Likert	19	όλο το προσωπικό
Veteran Affairs Palo Alto/Stanford Patient Safety Center for Inquiry	89	Κλίμακα Likert	18	όλο το προσωπικό
Veterans health Administration Patient Safety Questionnaire	112	Κλίμακα Likert	18	όλο το προσωπικό
Hospital Safety Culture Questionnaire [ORMAQ]	99	Κλίμακα Likert	14	όλο το προσωπικό
Agency for Healthcare Research and Quality Hospital Survey on Patient Safety	44	Κλίμακα Likert	14	όλο το προσωπικό
Safety Climate Survey	21	Κλίμακα Likert	11	όλο το προσωπικό
Allina Hospitals and Clinics	20	Κλίμακα Likert	8	Προσωπικό κλινικών και νοσοκομείων (δύο τύποι)
Culture of Safety Survey	27	Κλίμακα Likert	8	όλο το προσωπικό
Teamwork and Patient Safety Attitudes Questionnaire	24	Κλίμακα Likert	4	όλο το προσωπικό
Τροποποιημένο ORMAQ	60	Κλίμακα Likert	14	Προσωπικό χειρουργείων
Patient Safety Climate in Anesthesia	54	Κλίμακα Likert	13	Ειδικευμένοι Αναισθησιολόγοι
Trainee Supplemental Survey	41	Κλίμακα Likert	6	Ειδικευόμενοι
Safety Climate Scale	10	Κλίμακα Likert	4	Γιατροί, νοσηλευτές, φαρμακοποιοί

Στην κλίμακα τύπου Likert ο ερωτώμενος καλείται να εκφράσει τον βαθμό συμφωνίας του ως προς μια άποψη.

2. Αντιλήψεις και συμπεριφορές προσωπικού για την ασφάλεια των πασχόντων

Σε έρευνα 1.400 ατόμων που επιλέχθηκαν από μια βάση δεδομένων 22.000 ατόμων που ανήκουν στο προσωπικό υγείας της Στοκχόλμης και περιλάμβανε τόσο γιατρούς όσο και νοσηλευτικό προσωπικό, η πλειοψηφία πιστεύει ότι υπάρχει μεγάλη ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Μάλιστα το 40% των ερωτώμενων ήταν δυσαρεστημένο με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο

τμήμα τους. Αυτά τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι παρόλο που οι πάσχοντες, ως τελικοί αποδέκτες των υπηρεσιών, μπορεί να είναι ευχαριστημένοι, εντούτοις οι επαγγελματίες της υγείας είναι περισσότερο απαιτητικοί (Arnetz BB, 1999). Επιπλέον σε άλλη έρευνα έχει βρεθεί ότι οι πάσχοντες επικέντρωναν σε διαφορετικά θέματα την ποιότητα από τους επαγγελματίες υγείας (Arnetz JE & Arnetz, BB, 1996).

Σε έρευνα που διεξάχθηκε για να αποτιμήσει την κουλτούρα ασφάλειας του πάσχοντα στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Hospital Survey on Patient Safety Culture που αναφέρθηκε παραπάνω. Η επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου, μεταξύ όσων κυκλοφορούν στη διεθνή βιβλιογραφία, για την εκπόνηση αυτής της μελέτης, έγινε με κριτήρια την ικανότητά του να αντλεί πληροφορίες για το θέμα που ερευνά και το εύρος κάλυψης τόσο του θέματος όσο και του πληθυσμού που εξετάζει (Νταντάνα Α, 2010).

Το κύριο εύρημα της έρευνας αυτής ήταν ότι το προσωπικό θεωρεί την απόδοση του νοσοκομείου στον τομέα της ασφάλειας ικανοποιητική. Οι εργαζόμενοι εκτιμούν ότι υπάρχει επαγρύπνηση για τα θέματα της ασφάλειας εντός των νοσηλευτικών τμημάτων και ότι το επίπεδο επικοινωνίας για την ασφάλεια των πασχόντων, τα λάθη και την πρόληψή τους είναι ικανοποιητικό. Επίσης, το προσωπικό κρίνει τη στάση των προϊσταμένων/διευθυντών του θετική ως προς την ασφάλεια. Επιπλέον, το υψηλό ποσοστό θετικών απαντήσεων που δίνεται στην ερώτηση που διερευνά την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας αλλαγών βελτίωσης, δείχνει ότι στα νοσηλευτικά τμήματα γίνεται συζήτηση για τα αποτελέσματα των αλλαγών που εφαρμόζονται, ακόμη κι αν αυτή η συζήτηση δεν αφορά σε επίσημες και με επιστημονική προσέγγιση μετρήσεις αποτελεσμάτων, ως όφειλε.

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

ενισχυθούν, ώστε θα βελτιωθεί περαιτέρω η απόδοση του νοσοκομείου στα θέματα της ασφάλειας (Κάργα Μ, 2008, Νταντάνα Α, 2010).

Άλλη έρευνα με το ερωτηματολόγιο SAQ σε 409 άτομα που απασχολούνται στο περιβάλλον των προνοσοκομειακών από τα οποία μόλις το 29% απάντησε στο ερωτηματολόγιο με τους μισούς να είναι γιατροί, φάνηκαν σημαντικές διαφορές στο σκόρ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων. Οι γιατροί δεν βαθμολογούσαν υψηλά τις διοικητικές υπηρεσίες σε σχέση με τους διοικητικούς που είχαν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης των παρεχόμενων υπηρεσιών τους. Από την άλλη οι νοσηλευτές είχαν την ψηλότερη βαθμολογία σε στρες ενώ οι ιατρικοί βοηθοί το χαμηλότερο. Έπιπλέον οι διοικητικοί και οι νοσηλευτές είχαν καλύτερες βαθμολογίες ως προς την αντίληψη ασφάλειας, χωρίς ωστόσο να είναι στατιστικά σημαντική η διαφορά από τις άλλες ομάδες (Modak I *et al.*, 2007).

3. Επίδραση των αντιλήψεων και των συμπεριφορών στην ασφάλεια του πάσχοντος

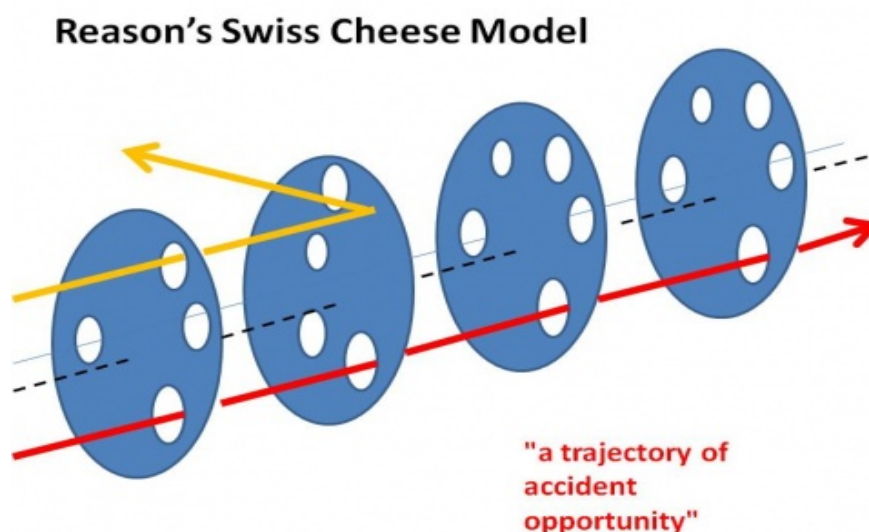
Το προσωπικό στις υπηρεσίες υγείας είναι άνθρωποι, και όπως όλοι οι άνθρωποι κάνουν λάθη. Τόσο στις προσωπικές όσο και στις επαγγελματικές σχέσεις κάνουμε λάθη, ξεχνάμε πράγματα και συνήθως το αντίκτυπο αυτών των παραλήψεων δεν είναι σημαντικό. Εντούτοις στα επαγγέλματα υγείας συχνά τέτοιου είδους παραλήψεις και παραβλέψεις μπορούν να στοιχίσουν ανθρώπινες ζωές.

Η παραδοχή των ανθρώπινων παραγόντων στην οργάνωση και δομή του συστήματος υγείας βοηθά στην:

- κατανόηση των αιτίων που το προσωπικό υγείας κάνει λάθη και ποιοι παράγοντες του συστήματος απειλούν την ασφάλεια των πασχόντων,
- βελτίωση της κουλτούρας ασφαλείας των ομάδων και των συστημάτων,
- ενίσχυση της ομαδικής εργασίας και βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού,
- βελτίωση των συστημάτων ελέγχου και του εξοπλισμού,
- ταυτοποίηση του «τι πήγε στραβά» και πρόβλεψη «τι μπορεί να πάει στραβά»

Αντίληψη της χρησιμότητας κάποιων εργαλείων (όπως αυτά που προαναφέρθηκαν) για την μείωση των ατυχημάτων.

Ένα μοντέλο ανθρώπινων παραγόντων που χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο στον τομέα της υγείας είναι το Μοντέλο του Ελβετικού Τυριού για τα οργανωτικά ατυχήματα (Reason JT, 1990). Αυτό το μοντέλο υποθέτει ότι οποιοδήποτε σύστημα οργάνωσης έχει πολλά επίπεδα άμυνας. Τέτοια παραδείγματα άμυνας είναι ο έλεγχος των φαρμάκων πριν τη χορήγηση, η λίστα πριν την εγχείρηση ή η σημείωση της περιοχής πριν την επέμβαση. Καθένα από αυτά τα επίπεδα άμυνας έχει μικρές «τρύπες» που οφείλονται σε κακό σχεδιασμό, τις διαδικασίες, τον τρόπο λήψης αποφάσεων, την έλλειψη εκπαίδευσης, τους περιορισμένους πόρους κτλ. Αυτές οι «τρύπες» είναι γνωστές ως «λανθάνουσες συνθήκες». Όταν αυτές οι λανθάνουσες συνθήκες ευθυγραμμιστούν σε διαδοχικά επίπεδα άμυνας τότε δημιουργείται ένα παράθυρο για να υπάρξουν συμβάματα και αστοχίες στον πάσχοντα. Οι λανθάνουσες συνθήκες αυξάνουν την πιθανότητα οι επαγγελματίες υγείας να κάνουν «ενεργά σφάλματα», δηλ. σφάλματα κατά την παροχή υπηρεσιών στους πάσχοντες (βλ. παρακάτω εικόνα). Άρα όταν συμβαίνουν τέτοιου είδους λάθη δεν υπάρχει μια μόνο πράξη «υπεύθυνη» (NHS-WalkRounds, 2009).



Μοντέλο Ελβετικού τυριού του Reason. Με κόκκινο η «πορεία» μιας σειράς αστοχιών που ξεφεύγουν μέσα από τις «τρύπες» των διαφόρων επιπέδων άμυνας (με μπλε) ενώ με κίτρινο αστοχίες που αντιμετωπίστηκαν εγκαίρως (Πηγή Reason JT, 1990).

4. Παρεμβάσεις για την ασφάλεια των πασχόντων

Η νοσηλευτική στην εποχή μας είναι μια επιστήμη που χρειάζεται συνδυασμό επιστημονικών και τεχνικών γνώσεων. Η θέση του νοσηλευτικού προσωπικού είναι καθοριστική για την ανάπτυξη θεμάτων όπως η αποδοτικότητα, η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα στο χώρο παροχής υγείας. Η ανάπτυξη κουλτούρας ασφάλειας είναι ένα θέμα που ουσιαστικά εμπεριέχει την ενεργή συμμετοχή των διοικητών των εκάστοτε υπηρεσιών. Επιπλέον σε αντίθεση με άλλους στόχους βελτίωσης δεν είναι ούτε απτός ούτε μετρήσιμος, και συνεπώς φαίνεται ως συγκεχυμένος και απαιτητικός. Συνήθως οι διοικητές υπηρεσιών υγείας όταν μιλούν για θετική κουλτούρα ασφάλειας ουσιαστικά στοχεύουν στην ανάπτυξη οργανισμών ενημερωμένων και ανοικτών όπου θα γίνεται ειλικρινής καταγραφή των σφαλμάτων και θα αποκτάται εμπειρία αποφυγής από αυτά.

Για την απόκτηση όμως κουλτούρας ασφαλείας για τους πάσχοντες απαιτούνται περισσότερα και πιο πολύπλοκα συστατικά. Το προσωπικό θα πρέπει να αισθάνεται άνετα να συζητά τα περιστατικά όπου η ασφάλεια του πάσχοντα απειλήθηκε και να συζητώνται ανοικτά τα θέματα που προκύπτουν από αυτά τα περιστατικά τόσο με τους συνεργάτες όσο και τους προϊσταμένους. Για να είναι εφικτό αυτό θα πρέπει να υπάρχουν εγχειρίδια καθοδήγησης δομημένα και οργανωμένα και θα πρέπει οι προϊστάμενοι να ξεκινούν αυτοσχέδιες συζητήσεις για θέματα ασφάλειας οι οποίες στόχο θα έχουν αφενός να τονίζουν τη σημασία που δίνει η ηγεσία σε αυτά τα θέματα και αφετέρου να δημιουργούν κλίμα ανταλλαγής εμπειριών (El-Jardali, F *et al*, 2011).

Θα πρέπει να υπάρχει επίσης πολιτική αντιμετώπισης λαθών και σφαλμάτων τόσο από το προσωπικό όσο όμως και από τους ίδιους τους πάσχοντες ή τους συγγενείς τους που συχνά παίρνουν πρωτοβουλίες. Το προσωπικό θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα, την εμπιστοσύνη και την υπευθυνότητα να αναφέρει τα περιστατικά και να ειδοποιεί τους αντίστοιχους υπεύθυνους αλλά και να αναφέρει τις παρά λίγο αστοχίες καθώς και τις διαδικασίες με τις οποίες τελικά αντιμετωπίστηκαν. Το επίπεδο επάρκειας του προσωπικού συχνά δεν είναι ενδεικτικό της πιθανότητας αστοχίας συνεπώς τα πειθαρχικά μέτρα και η τιμωρία δεν είναι πάντα η ενδεδειγμένη λύση για την αντιμετώπιση των καταστάσεων. Από την άλλη, σε περιπτώσεις που η γνώση ή η ορθή μέθοδος αντιμετώπισης είναι γνωστά, το προσωπικό όμως για κάποιους λόγους (συνήθεια, ταχύτητα, αμέλεια) αποφασίζει να τις παρακάμπτει συστηματικά τότε τα

πειθαρχικά μέτρα είναι ένας καλός τρόπος επιβολής των σωστών πρακτικών (Groene O *et al.*, 2010).

Επιπλέον το σύστημα θα πρέπει να ενισχύσει την οργάνωση σεμιναρίων και μαθημάτων για την ασφάλεια των πασχόντων και να κρατάει ιστορικό σφαλμάτων οπότε να υπάρχει δυνατότητα ανασκόπησης τους και απόκτησης εμπειρίας από αυτά. Οι κάρτες αναφοράς συμβαμάτων είναι ο καλύτερος τρόπος ελέγχου του τύπου, της σοβαρότητας και της συχνότητας των αστοχιών. Η σύγκριση μεταξύ τους σε τακτικά χρονικά διαστήματα (εξαμηνιαία, ετήσια κτλ) δίνει κάποιο μέτρο της αποτελεσματικότητας των μέτρων που λαμβάνονται και της αποδοτικότητας του προσωπικού. Η χρήση ενός εργαλείου αξιολόγησης της αποδοτικότητας ενδείκνυται ως μέτρο εκτίμησης των παρεμβάσεων βελτίωσης τόσο από το προσωπικό όσο και από τους ίδιους τους ασθενείς (Shingla AK *et al.*, 2006).

Συμπερασματικά, είναι προφανής η ανάγκη να αναγνωριστεί η σπουδαιότητα της κουλτούρας ασφάλειας αλλά και η σπουδαιότητα της γνώμης των επαγγελματιών υγείας για τα θέματα της ασφάλειας καθώς αυτοί αποτελούν τους άμεσους και κύριους φορείς παροχής φροντίδας. Ο συνδυασμός της αποτίμησης κουλτούρας ασφάλειας και της διοίκησης ασφάλειας είναι ένα πεδίο περαιτέρω ανάπτυξης. Οι μηχανισμοί διοίκησης της ασφάλειας καθορίζουν τις πολιτικές, τα σχέδια και τις διαδικασίες ενός οργανισμού, όπως καθορίζουν τις συνήθειες και τις υπευθυνότητες για την πραγματοποίησή τους. Οι μηχανισμοί αυτοί είναι στενά συνδεδεμένοι και αλληλεπιδρούν με τα πρότυπα, τις συμπεριφορές, και τις αντιλήψεις του προσωπικού. Συνεπώς, είναι απαραίτητη η ανάπτυξη έρευνας και στο πεδίο της διοίκησης της ασφάλειας (Groene O *et al.*, 2010).

Τέλος, η ασφάλεια του πάσχοντα, είναι ένας τομέας που απαιτεί άμεση δράση από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς στην παροχή φροντίδας υγείας. Ιδιαίτερα η χώρα μας, η οποία υστερεί στο συγκεκριμένο πεδίο τόσο σε επίπεδο εφαρμογής μηχανισμών ασφάλειας όσο και σε επίπεδο έρευνας του θέματος, είναι ανάγκη να προσανατολιστεί στη λήψη άμεσων μέτρων (Νταντάνα Α, 2010).

Η πρόκληση που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας είναι η ολοκλήρωση των υπηρεσιών σε ένα αποτελεσματικό σύνολο που θα παρέχει βελτιωμένη φροντίδα, περιορίζοντας το κόστος και παρέχοντας ικανοποίηση. Επιτυχημένα νοσοκομεία στο μέλλον θα είναι αυτά που θα συμπεριλάβουν την άποψη

των πασχόντων στο σύστημα αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και θα τη λαμβάνουν υπόψη στη διαδικασία λήψης όλων των διοικητικών και οικονομικών αποφάσεων.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ασφάλεια των πασχόντων κατέχει πρωτεύουσα θέση στην πολιτική της ΕΕ για την υγεία. Το 2005, τα κράτη μέλη θέσπισαν ένα μηχανισμό για τη συζήτηση των θεμάτων που αφορούν στην ασφάλεια των πασχόντων και για την προώθησή τους ως προτεραιότητα στον τομέα της υγειονομικής φροντίδας. Επίσης, με πρωτοβουλία της ομάδας υψηλού επιπέδου για τις υπηρεσίες υγείας και την ιατρική φροντίδα, συστάθηκε μια ομάδα εργασίας για να διευκολύνει και να στηρίζει τα κράτη μέλη στο έργο και τις δραστηριότητές τους. Ενεργά μέλη της ομάδας εργασίας είναι η Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (κυρίως η Παγκόσμια Ένωση για την Ασφάλεια των Πασχόντων), το Συμβούλιο της Ευρώπης, ο ΟΟΣΑ και ευρωπαϊκές ενώσεις πασχόντων, ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, φαρμακοποιών, οδοντιάτρων και νοσοκομείων (WHO, 2005).

Κάθε στάδιο της παροχής φροντίδας εμπεριέχει έως ένα βαθμό κίνδυνο για την ποιότητά της. Οι εκτιμήσεις δείχνουν, ότι στις αναπτυγμένες χώρες ένας στους δέκα πάσχοντες βλάπτεται κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής νοσηλείας, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες, η πιθανότητα βλάβης των πασχόντων στα νοσοκομεία είναι υψηλότερη από ό,τι στα κράτη με αναπτυγμένη βιομηχανία. Ο κίνδυνος σε μερικές οικονομικά αναπτυσσόμενες χώρες είναι τουλάχιστον 20 φορές υψηλότερος από αυτόν στις αναπτυγμένες χώρες (WHO, 2005).

Περίπου 1.4 εκατομμύρια άνθρωποι εμφανίζουν παγκοσμίως νοσοκομειακές λοιμώξεις. Τουλάχιστον 50% του ιατρικού εξοπλισμού στις οικονομικά αναπτυσσόμενες χώρες είναι ακατάλληλο προς χρήση ή μόνο εν μέρει χρησιμοποιήσιμο. Συχνά ο εξοπλισμός δεν χρησιμοποιείται λόγω της έλλειψης δεξιοτήτων ή απαραίτητου υλικού. Κατά συνέπεια, οι διαγνωστικές διαδικασίες ή οι παρεμβάσεις δεν μπορούν να εκτελεστούν. Αυτό οδηγεί σε πλημμελή ή επικίνδυνη διάγνωση ή σε θεραπεία που μπορεί να αποτελέσει απειλή για την ασφάλεια των πασχόντων και μπορεί επίσης να οδηγήσει σε σοβαρό τραυματισμό ή σε θάνατο (WHO, 2005).

Σε μερικές χώρες, το ποσοστό των εγχύσεων που δίνονται με τις σύριγγες ή τις βελόνες που επαναχρησιμοποιούνται, χωρίς αποστείρωση, είναι τόσο υψηλό που φθάνει το 70%. Αυτό εκθέτει εκατομμύρια ανθρώπων στις μολύνσεις. Κάθε έτος, οι επισφαλείς εγχύσεις προκαλούν 1.3 εκατομμύρια θανάτους, πρώτιστα που οφείλονται στους αιματογενώς μεταδιδόμενους παθογόνους μικροοργανισμούς, όπως ο ιός της ηπατίτιδας Β και C και ο HIV (WHO, 2005).

Η χειρουργική επέμβαση είναι μια από τις πιο σύνθετες επεμβάσεις υγείας και υπολογίζεται, ότι περισσότεροι από 100 εκατομμύρια άνθρωποι ετησίως υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση για διαφορετικούς ιατρικούς λόγους. Τα προβλήματα που συνδέονται με τη χειρουργική ασφάλεια στις αναπτυγμένες χώρες αποτελούν το ήμισυ από τα αποφευκτέα δυσμενή γεγονότα που οδηγούν στο θάνατο ή στην αναπηρία.

Ένας επιπλέον σημαντικός παράγοντας που ευθύνεται για την μη ασφάλεια των πασχόντων είναι η έλλειψη νοσηλευτών. Από έρευνες έχει βρεθεί ότι η έλλειψη νοσηλευτών και το επίπεδο εκπαίδευσής τους βαθμολογούνται ως τις σημαντικότερες παραμέτρους που ευθύνονται για την ασφάλεια και τη θνησιμότητα των πασχόντων στα νοσοκομεία. Από πρόσφατες έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι πρωτίστως οι νοσηλευτές έχουν την κύρια ευθύνη για την πρόληψη βλάβης των πασχόντων στο νοσοκομείο (Aiken LH *et al.*, 2003).

Σύμφωνα με έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί από την Κοινή Επιτροπή για τη Διασφάλιση της Οργάνωσης της Υγειονομικής Περίθαλψης [Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization], διαπιστώθηκε ότι η μη σωστή επικοινωνία των επιστημόνων υγείας συνδέεται με σημαντικά ιατρικά λάθη, που αρκετές φορές έχουν οδηγήσει και στο θάνατο του πάσχοντα. Συνεπώς, η επικοινωνία κατά τη διάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να είναι αρκετά αποτελεσματική.

Θεωρητικά κάτι τέτοιο φαίνεται εύκολο, αλλά οι έντονοι ρυθμοί ενός νοσηλευτικού ιδρύματος μετατρέπουν την επικοινωνία μεταξύ των επιστημόνων υγείας σε μια αρκετά δύσκολη και περίπλοκη διαδικασία.

Πράγματι, για να είναι απόλυτα επιτυχής, η επικοινωνία προϋποθέτει την ύπαρξη κάποιων δεξιοτήτων, καθώς και κατανόηση και από τις δυο πλευρές. Οι επιστήμονες υγείας, για τους οποίους η επικοινωνία είναι αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητάς τους, έχουν την δυνατότητα να εκπαιδευτούν πάνω σε αυτή και να

την βελτιώσουν. Πιο συγκεκριμένα, είναι σε θέση να μάθουν πως μπορούν να επικοινωνούν μεταξύ τους ξεκάθαρα, με ακρίβεια και με τέτοιο τρόπο που να μην επηρεάζεται από τους έντονους ρυθμούς της καθημερινότητας.

Τα τελευταία χρόνια, οι χώρες έχουν αναγνωρίσει όλο και περισσότερο τη σημασία της ασφάλειας του πάσχοντα, η οποία αποτελεί θεμελιώδη αρχή της φροντίδας υγείας. Οι βελτιώσεις στην ασφάλεια των πασχόντων απαιτούν μια σειρά από ενέργειες που αποσκοπούν στην ασφαλή εκτέλεση των διαδικασιών, στην περιβαλλοντική ασφάλεια και στη διαχείριση κινδύνων, συμπεριλαμβανομένου του ελέγχου λοιμώξεων, της ασφαλούς χρήσης των φαρμάκων, της ασφάλειας του εξοπλισμού και της ασφαλούς κλινικής πρακτικής. Η ασφάλεια του πάσχοντα είναι ένα σοβαρό παγκόσμιο ζήτημα δημόσιας υγείας και κατέχει πρωτεύουσα θέση στην πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υγεία. Το 2005, τα κράτη μέλη θέσπισαν ένα μηχανισμό για τη συζήτηση των θεμάτων που αφορούν την ασφάλεια των πασχόντων και για την προώθησή τους ως αντικείμενο προτεραιότητας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Έτσι το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο εξέδωσε ψήφισμα για την ασφάλεια των πασχόντων από τις (ενδονοσοκομειακές) λοιμώξεις. *"Τα κράτη μέλη θα πρέπει να θεσπίσουν τα μέσα που θα επιτρέψουν να μειωθεί κατά 20% ο αριθμός των προσώπων που πλήττονται ετησίως στην ΕΕ από ανεπιθύμητα συμβάντα"*, αναφέρει έκθεση διαβούλευσης που ενέκρινε η ολομέλεια του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου.

Στην ελληνική κοινωνία ο ρόλος του νοσηλευτή δεν έχει το κύρος που της αρμόζει και η αλληλεπίδραση με τους πάσχοντες σε καθημερινή βάση τονίζει αυτή την άποψη, ενώ θα πρέπει να τονιστεί και να περιχαρακωθεί η ταυτότητα του νοσηλευτικού προσωπικού ώστε να αντιμετωπίζεται καλύτερα και από τους πάσχοντες. Η προσφορά της επιστήμης νοσηλευτικής, δεν είχε αναγνωριστεί πλήρως και στο πρόσφατο παρελθόν η νοσηλευτική φροντίδα εφαρμοζόταν με ένα τυπολατρικό και μηχανικό τρόπο. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να μη δίνεται έμφαση στον καθορισμό αντικειμενικών σκοπών και στη μέτρηση των αποτελεσμάτων από την άποψη της προόδου της υγείας των πασχόντων. Η ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών ήταν συνδεδεμένη με το χαρακτήρα των νοσηλευτών και ειδικότερα με την υποτακτικότητα και την καρτερικότητα, όπως φαίνεται από τη βιβλιογραφία και τους πρώτους νοσηλευτικούς κώδικες. Όμως το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών, η πρόοδος στην τεχνολογία και στην αξιολόγηση της ιατρικής φροντίδας, οι απαιτήσεις του πληθυσμού

για ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, αλλά και η ανάγκη για αναγνώριση του έργου και της προσφοράς της νοσηλευτικής, επηρέασαν τον τρόπο οργάνωσης της νοσηλευτικής φροντίδας. Μάλιστα έχει βρεθεί ότι η αίσθηση της προκατάληψης έναντι των νοσηλευτών αυξάνει με την αύξηση της μόρφωσης, γεγονός που καταδεικνύει ότι η μεγαλύτερη γνώση δεν αναγνωρίζεται και δημιουργεί μεγαλύτερο αίσθημα ανικανοποίητου στο πλέον καταρτισμένο προσωπικό (Δημητριάδου Α, 2008).

Σύμφωνα με έρευνες που αναφέρονται στην εργασία αυτή κάποιες έχουν να κάνουν, καταρχήν, με το σχεδιασμό των ερωτηματολογίων και κατά πόσο αυτά πρέπει να προσαρμοστούν στα ειδικά χαρακτηριστικά του χώρου εργασίας των ερωτώμενων, αλλά παράλληλα να περιέχουν και παραμέτρους τέτοιες ώστε να είναι συγκρίσιμα με ανάλογα ερωτηματολόγια άλλων ερευνών. Από την άλλη η επιλογή του χώρου όπου θα εφαρμοστούν τα ερωτηματολόγια παίζει καθοριστικό ρόλο π.χ. αν θα είναι πανεπιστημιακό ή γενικό νοσοκομείο, αν είναι αστικό ή επαρχιακό καθώς και η δυναμικότητα των κλινών και η ευρύτητα των αντικειμένων (αριθμός και είδος κλινικών). Επιπλέον θα πρέπει να καθορίζεται η ευρύτητα χρήσης των ερωτηματολογίων αυτών (αν θα απευθύνεται σε όλες τις κλινικές- και θα περιέχει τα ειδικά στοιχεία τους ή θα υπάρχει μια ελάχιστη πλατφόρμα για όλους). Επιπλέον τα χαμηλά ποσοστά απόκρισης που εμφανίζουν και μεγάλες διακυμάνσεις ανάλογα με τις επαγγελματικές ομάδες συχνά καθιστούν το δείγμα μη αντιπροσωπευτικό τόσο του συνόλου του πληθυσμού των εργαζομένων όσο και των μεμονωμένων επαγγελματικών ομάδων. Το βασικό μειονέκτημα των διαθέσιμων ερωτηματολογίων είναι ότι δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα ώστε να πιστοποιείται η ακρίβεια και η χρησιμότητα των συμπερασμάτων τους καθώς δεν είναι πάντα μετρήσιμη ή ορατή η βελτίωση των συνθηκών κατά την εφαρμογή τους. Άλλωστε τα ερωτηματολόγια αυτά δεν χρησιμοποιούνται πολλά χρόνια στην καθημερινή πρακτική των γενικών νοσοκομείων και έτσι δεν υπάρχουν προοπτικές μελέτες που να μετρούν τα σφάλματα και τις παρεμβάσεις πριν και μετά την εφαρμογή τέτοιων ερωτηματολογίων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ/ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι πρακτικές ασφάλειας των πασχόντων είναι καθοριστικής σημασίας για τη λειτουργία και την αξιοπιστία κάθε νοσηλευτικού ιδρύματος. Παρόλο που η ασφάλεια των πασχόντων είναι μέλημα κάθε εργαζομένου στον κλάδο υγείας δεν είναι εύκολη η

αντίληψη της έννοιας της ασφάλειας του πάσχοντός από όλους τους εργαζομένους. Δεδομένου ότι όλες οι επαγγελματικές ομάδες στο χώρο υγείας έχουν διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης, άλλη εκπαίδευση σε συνδυασμό με τις προσωπικές αντιλήψεις, η αντίληψη της ασφάλειας του πάσχοντος δεν είναι τόσο προφανής. Για να υπάρχουν απτά και συγκεκριμένα αποτελέσματα θα πρέπει η ασφάλεια των πασχόντων να αποτελεί σημαντικό και ειδικό μέρος της εκπαίδευσης όλου του προσωπικού στο χώρο υγείας (El-Jardali, F 2011).

Από την άλλη θα πρέπει να χαράζονται πολιτικές σε επίπεδο διοίκησης από τους διευθύνοντες ώστε να υπάρχουν δικλείδες ασφαλείας σε όλα τα επίπεδα, ώστε να αναγνωρίζονται, να καταγράφονται και να αντιμετωπίζονται τα ατομικά σφάλματα σε μια βάση οργάνωσης που δεν τιμωρεί τον σφάλοντα αλλά επισημαίνει την αδυναμία. Αυτή η πολιτική διασφαλίζει ότι ο εργαζόμενος δεν αισθάνεται την ανάγκη να "κρύψει" την αστοχία του αλλά μπορεί να αναλάβει την ευθύνη έγκαιρα και να προληφθεί το σφάλμα που θα έχει πιθανώς επίπτωση στον πάσχοντα. Επιπλέον όταν οι αστοχίες είναι γνωστές είναι ευκολότερο να εντοπιστούν οι διαδικασίες που εμφανίζουν κενά ασφαλείας και να υπάρξουν ουσιαστικές παρεμβάσεις για τη βελτίωσή τους. Όπως έχει ήδη καθιερωθεί στις ΗΠΑ ένα σύστημα «εμπιστευτικής αναφοράς» σφαλμάτων στους Οργανισμούς Ασφάλειας των Πασχόντων (Singla AK *et al.*, 2006) έτσι θα μπορούσε να υπάρχει ένα αντίστοιχο σύστημα στη χώρα μας για την καταγραφή και πιθανώς την αντιμετώπιση συχνών περιστατικών σφαλμάτων στην αντιμετώπιση πασχόντων.

Οι πρακτικές διασφάλισης της ασφάλειας των πασχόντων είναι καθοριστικής σημασίας για τη λειτουργία και αξιοπιστία οποιοδήποτε χώρου παροχής υπηρεσιών υγείας. Παρόλο που η ασφάλεια του πάσχοντα είναι πρώτη προτεραιότητα κάθε εργαζομένου στα νοσοκομεία δεν είναι πάντα εύκολο να γίνει αντιληπτή η έννοια της ασφάλειας του πάσχοντα από όλους με τον ίδιο τρόπο. Δεδομένου μάλιστα ότι οι διάφορες επαγγελματικές ομάδες που συνυπάρχουν σε αυτούς τους χώρους έχουν διαφορετικό μορφωτικό επίπεδο και διαφορετική εκπαίδευση σε συνδυασμό με το προσωπικό σύστημα αξιών καθιστά επισφαλής την υπόθεση ότι "όλοι πασχίζουν για το καλύτερο". Από την παράθεση των παραπάνω στοιχείων είναι εμφανές ότι η αντίληψη της ασφάλειας στον χώρο της υγείας είναι καθοριστικής σημασίας. Εντούτοις εξίσου σημαντική είναι η αποτίμηση αυτής της αντίληψης και συνεπώς η ανάπτυξη των ειδικών εργαλείων/ ερωτηματολογίων. Σε πρόσφατη ανασκόπηση των υπαρχόντων

ερωτηματολογίων φαίνεται ότι δεν υπάρχει μια κοινά αποδεκτή βάση ώστε να υπάρχει δυνατότητα συμφωνίας στους παράγοντες που επηρεάζουν την κουλτούρα ασφαλείας αλλά και δεν είναι δυνατή η μεταξύ τους σύγκριση. Άλλα ερωτηματολόγια λαμβάνουν υπόψη τους τον προσωπικό παράγοντα ενώ άλλα έδιναν έμφαση στη διοικητική οργάνωση (Shingla AK *et al.*, 2006).

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Ένας από τους περιορισμούς της παρούσας συστηματικής ανασκοπήσεις είναι ότι χρησιμοποιήθηκαν μόνο δημοσιευμένες έρευνες στα ελληνικά και τα αγγλικά σε διεθνής βάσης δεδομένων. Ως εκ τούτου ο αναγνώστης καλούται να εξάγει συμπεράσματα γνωρίζοντας το αφού ίσως υπάρχουν μη δημοσιευμένες έρευνες με αντικρουόμενα ευρήματα.

Ένας άλλος περιορισμός είναι ότι οι δημοσιευμένες έρευνες ήταν των τελευταίων 5 ετών. Ως εκ τούτου ο αναγνώστης καλούται να εξάγει τα συμπεράσματα του γνωρίζοντας τα τελευταία δεδομένα που υπάρχουν για την ασφάλεια των πασχόντων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ACSNI, (1993), *Advisory committee on the safety of nuclear installations: Human Factors Study Group Third Report: Organising for safety*. HSE Books, Sheffield.

Aiken, LH Clarke, SP Cheung, RB Sloane, DM Silber, JH (2003), *Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality*, JAMA, 290(12):1617-1623.

Aiken, LH Smith, HL Lake, ET (1994), *Lower medicine mortality among a set of hospitals known for good nursing care*, Med Care 32:771–787.

Arnetz, BB (1999), *Staff perception of the impact of health care transformation on quality of care*, Int J Qual Health Care, 11: 345–351.

Arnetz, JE Arnetz, BB (1996), *The development and application of a patient satisfaction measurement system for hospital wide quality improvement*. Int J Qual Health Care,8:555–566.

Donabedian, A (1988),*The quality of care.How can it be assessed?* JAMA 26:1743-8

Donaldson, LJ Donaldson, RJ (2003), *Essential Public Health*, Petroc Press, Plymouth.

European Commission (2011), 01/03/2009-last update, *patient safety* [Homepage of European Commission], [Online]. Available http://www.ec.europa.eu/health/care/patient_safety [2010, πρόσβαση 25/11] .

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.24:11-45.

Groene, O Klazinga, N Wagner, C Arah, OA Thompson, A Bruneau, C Suñol, R Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe Research Project, (2010), Investigating organizational quality improvement systems, patient empowerment, organizational culture, professional involvement and the quality of care in European hospitals: *the 'Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE)' project*, BMC Health Serv Res.24:10-281.

Nightingale, F (1909), *Florence Nightingale: Measuring Hospital Care Outcomes*. B

INSAG (1993), International Nuclear Safety Advisory Group, Safety Culture, Safety Series 75-INSAG-4. *International Atomic Energy Agency, Vienna*.

Kohn, LT Corrigan, JM and M.S. Donaldson, eds. (1999), *To error is human: Building a safer health system*. National Academy Press, Washington DC.

Meurier, CE (1997),*Learning from errors in nursing practice*,JAdv Nurs.26:111-119.

Modak, I Sexton, JB Lux, TR Helmreich, RL Thomas, EJ (2007), *Measuring safety culture in the ambulatory setting: the safety attitude questionnaire-ambulatory version*, JGIM 22(1): 1-5.

NHS: Walk Rounds, (2009), *Making the safety of patients everyone's highest priority*. Implementin Human Factor in Healthcare: Available <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/> Version 1.2 πρόσβαση 2009.03.28.

Nieva, VF Sora, J (2003), *Safety Culture Assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations*, Qual Saf Health Care; 12(Supp II):ii17-ii23

Reason, J (1997), *Managing the risk of organizational accidents*. Ashgate, Aldershot, UK.

Reason, J (1993), *Managing the management risk: New approaches to organisational safety*. In B. Wilpert and T. Qvale (Eds.), *Reliability and safety in hazardous work systems*. Lawrence Erlbaum Associates, Hove.

Reason, JT (1990). *Human Error*. Cambridge University Press.

Sexton, JB Helmreich, RL Neilands, TB Rowan, K Vella, K Boyden, J Roberts, PR Thomas, EJ, *The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research*, BMC Health Services Researc (2006):6-44

Sexton, JB Thomas, EJ Helmreich, RL (2000), *Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys*, BMJ 320:745-749.

Shingla, AK Kitch, BT Weissman, JS Campell, EG (2006), *Assessing patient safety culture: A review and synthesis of the measurement tools*, J Patient Saf, 2:105-115.

Special Eurobarometer (2010), *Patient safety and quality of healthcare*, 327.

Theodosopoulou E, Raftopoulos V, Krajewska-Kułak E, Wrońska I, Chatzopulu A, Nikolaos T, Kotrotsiou E, Paralikas T, Konstantinou E, Tsavelas G. *A study to ascertain the patients' satisfaction of the quality of hospital care in Greece compared with the patients' satisfaction in Poland*. Adv Med Sci. (2007);52 Suppl 1:136-9.

Thomas, EJ Sexton, JB Helmreich, RL (2003), *Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians*, Crit Care Med, 31(3)

Vincent, CA Taylor-Adams, S Stanhope, N (1998), *Framework for analyzing risk and safety in clinical medicine*, British Medical Journal 316:1154-1157

Weisman CS, Nathanson CA. *Professional satisfaction and client outcomes. A comparative organizational analysis*. Med Care (1985); 23:1179–1192.

World Health Organization (2011), 01/03/2009-last update, *patient safety* [Homepage of World Health Organization], [Online]. Available http://www.who.int/en/topics/patient_safety [2010, πρόσβαση 25/11].

Δημητριάδου, Α (2008), *Επιδημιολογική διερεύνηση των αντιλήψεων για την ταυτότητα και το ρόλο του σύγχρονου νοσηλευτή σε σχέση με την εκπαίδευσή του*. Διδακτορική Διατριβή. Ιατρική Σχολή ΑΠΘ.

Κάργα, Μ (2008), *Η διαχείριση των λαθών από τους Έλληνες νοσηλευτές, Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, Τόμος 2 σελ7-21.

Κεραμάρης, ΝΧ (2008), 11/07/08 *Επιδημιολογία και Επιστημολογία των Ιατρικών Λαθών*. Available <http://www.medtime.gr/content/view/171/49/> [2010, πρόσβαση 25/11].

Λιακοπούλου, Ε (2008), *Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας: Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και το Νοσοκομείο «Χατζηκώστα»*. Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών.

Ντανάνα, Α (2010), *Μέτρηση του κλίματος ασφάλειας των πασχόντων στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου με τη χρήση ερωτηματολογίου*, Διπλωματική Εργασία Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Επιχειρήσεων, Πανεπιστημίου Κύπρου.

Ραφτόπουλος, Β (2009), *Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας : οργάνωση και διοίκηση υπηρεσιών φροντίδας υγείας*.

Ραφτόπουλος, Β (2007), *Ωφελείν ή μη Βλάπτειν: Ασφαλή Περιβάλλοντα Εργασίας και Ποιότητα Φροντίδας*. Νοσηλευτική Τόμος 46 Τεύχος 2: Απρίλιος-Ιούνιος 2007

Τούντας, Γ (2003), *Η έννοια της ποιότητας στην ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας*, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής Τόμος 20, Τεύχος 5 σελ 532-546.

Τσιριντάνη, Μ Γιοβάνης, Α Μπινιώρης, Σ Γούλα, Α, (2010), *Μια Νέα Προσέγγιση στη Μοντελοποίηση της Σχέσης μεταξύ Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίησης Πασχόντων* Νοσηλευτική Τόμος 49, Τεύχος 1, σελ 40–52.