

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Η κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών σε ένα γενικό περιφερειακό νοσοκομείο

ΣΚΟΠΟΣ Η διερεύνηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών σε ένα γενικό επαρχιακό νοσοκομείο της Ελλάδας. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Το εργαλείο που επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθεί ήταν η ελληνική μετάφραση του Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), ενός ερωτηματολογίου που αναπτύχθηκε για τη μέτρηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών. Στην έρευνα συμπεριλήφθηκαν 287 επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου. Το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS), έκδοση 23.0 χρησιμοποιήθηκε για τη διενέργεια της στατιστικής ανάλυσης της έρευνας, περιλαμβάνοντας τα περιγραφικά δεδομένα και τον έλεγχο αξιοπιστίας των παραμέτρων ασφάλειας. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Το ποσοστό συμμετοχής στην έρευνα ήταν 70,3%. Το μεγαλύτερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων αναφορικά με την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών συγκέντρωσαν οι παράγοντες που σχετίζονταν με τις προσδοκίες και τις δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών (54,6%), την οργανωσιακή μάθηση-συνεχή βελτίωση (52,1%) και τη συνολική αντίληψη της ασφάλειας (50,1%), ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά αφορούσαν στους παράγοντες που σχετίζονταν με τη στελέχωση (17,5%), τη μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη (20,5%) και τη συνεργασία-ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου (32,9%). Θετικά με την κουλτούρα ασφάλειας σχετίστηκαν το καλύτερο εκπαιδευτικό επίπεδο και η μικρή ηλικία των εργαζομένων, ενώ οι εργαζόμενοι στη μονάδα εντατικής θεραπείας του νοσοκομείου είχαν θετικότερη κουλτούρα ασφάλειας. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Υπάρχουν εμφανείς αδυναμίες στη λειτουργία του νοσοκομείου, με τα σημαντικότερα προβλήματα να εντοπίζονται στον τρόπο διοίκησής του και στις εργασιακές συνθήκες που επικρατούν σε αυτό. Για τον λόγο αυτόν κρίνεται αναγκαία η ανάπτυξη πρωτοβουλιών από τη διοίκηση για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας των επαγγελματιών υγείας.

Τα ιατρικά λάθη και τα δυσμενή συμβάντα αποτελούν συχνό φαινόμενο κατά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών διεθνώς, τόσο σε επίπεδο ιδιωτικής όσο και σε επίπεδο δημόσιας περίθαλψης.¹ Ως ιατρικό λάθος ορίζεται «η πράξη ή η παράλειψη του επαγγελματία υγείας, στο στάδιο του σχεδιασμού ή της υλοποίησης της παροχής φροντίδας υγείας, η οποία συνέβαλε ή θα μπορούσε να συμβάλει στην περαιτέρω επιβάρυνση αφ' ενός της κατάστασης της υγείας του ασθενούς και αφ' ετέρου του συστήματος παροχής υγειονομικής φροντίδας»,² ενώ, σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής (ΗΠΑ), ως δυσμενές συμβάν ορίζεται η εντοπισμένη βλάβη ή η επιπλοκή που προκαλείται στους ασθενείς από την ιατρική φροντίδα, δεν οφείλεται στην υποκείμενη νόσο του ασθενούς και οδηγεί σε αναπηρία, σε παρατεταμένη νοσηλεία του ασθενούς στο νοσοκομείο, ακόμη και σε

θάνατο.³ Η ανάπτυξη κουλτούρας ασφάλειας μέσα σε έναν οργανισμό συμβάλλει στη μείωση των λαθών και των δυσμενών συμβάντων που πλήττουν πρωτίστως τους ασθενείς.⁴ Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), τα τελευταία έτη, σε διεθνές επίπεδο, οι ψυχικές ή οι σωματικές βλάβες που καταγράφονται κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας είναι αυξημένες λόγω περιορισμένων μέτρων και πολιτικών ασφάλειας κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα το 20–40% των συνολικών χρημάτων που δαπανώνται για την υγεία παγκοσμίως να οφείλεται στη χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.⁵ Πιο συγκεκριμένα, στις ανεπτυγμένες χώρες ένας στους 10 ασθενείς βλάπτεται από κάποιο δυσμενές συμβάν κατά την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης, ποσοστό το οποίο στις αναπτυσσόμενες χώρες ανέρχεται στο 8%. Τα αίτια πρόκλησης των δυσμενών αυτών συμβάντων μπορούν

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2020, 37(4):480–489
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2020, 37(4):480–489

Ε. Αγγελή,¹
Β. Καπάκη²

¹Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

²Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος

Patient safety culture
in a peripheral general hospital

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρητηρίου

Αναφορά και διαχείριση λαθών
Δυσμενή συμβάντα
Ελληνικό νοσοκομείο
Ιατρικά και νοσηλευτικά λάθη
Κουλτούρα ασφάλειας ασθενούς

Υποβλήθηκε 19.7.2019
Εγκρίθηκε 20.12.2019

να προβλεφθούν στην πρώτη περίπτωση στο 50% των συμβάντων, ενώ στη δεύτερη στο 83%. Έτσι, ο ΠΟΥ θέτει ως κύρια προτεραιότητά του σε παγκόσμιο επίπεδο την ασφάλεια των ασθενών, ορίζοντας την έννοιά της ως προφύλαξη των ασθενών από τις βλάβες που μπορούν να προβλεφθούν κατά τη διάρκεια της παροχής ιατρικής περίθαλψης.⁶ Όσον αφορά στα ελληνικά δεδομένα, «η πλειοψηφία των Ελλήνων πολιτών (78%)» τονίζουν ότι συντρέχει μεγάλος κίνδυνος οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) να υποστούν κάποια βλάβη. Υψηλό ποσοστό των Ελλήνων πολιτών αμφισβητεί τις συνθήκες ασφάλειας στο δημόσιο σύστημα υγείας ενώ φαίνεται επιτακτική η ανάγκη ανάπτυξης στρατηγικών για την ασφάλεια των ασθενών στα ελληνικά νοσοκομεία.⁸ Σε μια περίοδο μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, είναι αναγκαία η περαιτέρω έρευνα της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών στα ελληνικά νοσοκομεία με στόχο τη βελτίωσή της. Για τον λόγο αυτόν εκπονήθηκε η παρούσα έρευνα, με σκοπό τη διερεύνηση της κουλτούρας ασφάλειας του υπό μελέτη νοσοκομείου και των παραγόντων που την επηρεάζουν.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σχεδιασμός μελέτης και επιλογή δείγματος

Εκπονήθηκε μια συγχρονική μελέτη από τον Φεβρουάριο έως και τον Απρίλιο του 2019 σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Πελοποννήσου με τη χρήση ερωτηματολογίου. Ο μελετώμενος πληθυσμός περιλάμβανε 287 συμμετέχοντες, που αποτελούσαν το προσωπικό του νοσοκομείου, και το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 70,3% (202/287). Απαραίτητη προϋπόθεση για να συμπεριληφθούν οι επαγγελματίες υγείας στην έρευνα ήταν να είναι κλινικοί επαγγελματίες υγείας και εργαζόμενοι του νοσοκομείου. Από το δείγμα αποκλείστηκαν τα διοικητικά στελέχη (διοικητικοί υπάλληλοι) και η τεχνική υπηρεσία, οι άμισθοι εκπαιδευόμενοι και οι φοιτητές ιατρικής και νοσηλευτικής σχολής.

Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο το οποίο επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθεί ήταν η ελληνική εκδοχή⁹ του "Hospital Survey on Patient Safety Culture" (HSOPSC),¹⁰ που διατηρεί τη μορφή και τη δομή του πρωτότυπου. Θεωρείται ότι οι ψυχομετρικές του ιδιότητες τεκμηριώνονται πληρέστερα αναλογικά με άλλες παρεμφερών εργαλείων.¹¹ Το ερωτηματολόγιο προσεγγίζει την κουλτούρα ασφάλειας μέσα από τις εξής 12 διαστάσεις: Τη συνεργασία μεταξύ διαφορετικών τμημάτων του νοσοκομείου και τη συνεργασία στο εσωτερικό των τμημάτων, τις μετακινήσεις των ασθενών στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου, την ανάδραση και τη συζήτηση σχετικά με τα λάθη, την αναφορά των δυσμενών συμβάντων και τις επιπτώσεις που επιφέρουν στους εργαζόμενους, τη στελέχωση των τμημάτων από προσωπικό, τις ενέργειες των προϊσταμένων-διευθυντών για την

ασφάλεια του ασθενούς, τη στάση της διοίκησης σε θέματα που αφορούν σε ασφάλεια, τη συνεχή μάθηση και βελτίωση και, τέλος, την ευρύτερη αντίληψη της ασφάλειας. Οι εν λόγω παράμετροι της κουλτούρας ελέγχονται με 42 ερωτήσεις κλειστού τύπου, οι περισσότερες από τις οποίες είναι τοποθετημένες σε πεντάβαθμη κλίμακα και υπάρχει διαβάθμιση απαντήσεων ανάλογα με τον βαθμό συμφωνίας σε αυτές, με το (1) να σημαίνει «διαφωνώ απόλυτα» και το (5) «συμφωνώ απόλυτα», ενώ συμπεριλαμβάνεται και η ουδέτερη στάση (3) «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ». Οι ερωτήσεις που σχετίζονται με την επικοινωνία και την αναφορά δυσμενών συμβάντων μπορούν να απαντηθούν σε μια πεντάβαθμη κλίμακα με διαβαθμίσεις από το (1) «ποτέ» έως το (5) «πάντα». Στο τέλος του ερωτηματολογίου υπάρχει μια ερώτηση ανοικτού τύπου ώστε οι συμμετέχοντες να διατυπώνουν την άποψή τους αναφορικά με ζητήματα ασφάλειας ελεύθερα. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο προκειμένου να εξασφαλιστεί η εμπιστευτικότητα των συμμετεχόντων.

Όσον αφορά στην αξιοπιστία του ερωτηματολογίου, οι συντελεστές εσωτερικής συνάφειας Cronbach's alpha για τις παραμέτρους ασφάλειας ασθενούς κυμαίνονταν από 0,6–0,87, γεγονός που δηλώνει αποδεκτή έως αρκετά καλή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

Ηθικά θέματα

Οι ερευνητές ενημέρωσαν εκτενώς τους συμμετέχοντες για τον σκοπό της μελέτης και το περιεχόμενο των ερωτηματολογίων, καθώς και για τη διασφάλιση της προστασίας των προσωπικών τους δεδομένων. Για τη διεξαγωγή της έρευνας ελήφθη η έγγραφη άδεια από το επιστημονικό και το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου, ενώ η χρήση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε έπειτα από άδεια των δημιουργών του.

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 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 δύο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή εφαρμόστηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών που δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δύο κατηγορικών

μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (Chi-square test), ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας κατηγορικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης εφαρμόστηκε ο έλεγχος χ^2 για τάση (Chi-square trend test). Στην περίπτωση που η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν ποσοτική μεταβλητή η οποία 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). Στη συγκεκριμένη περίπτωση, 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 κατά την οποία 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). Στην περίπτωση αυτή, ακολουθήθηκε η μέθοδος της πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise logistic 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. Η ανάλυση των δεδομένων διενεργήθηκε με το Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS), έκδοση 23.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Οι περισσότεροι εργαζόμενοι ήταν γυναίκες (71,3%), απόφοιτοι Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος/Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΤΕΙ/ΑΕΙ) (82,7%), είχαν και άλλες σπουδές (57,4%), εργάζονταν ως νοσηλεύτες τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕ) (31,2%) και έρχονταν σε επαφή με τους ασθενείς (89,1%).

Επιπρόσθετα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων εργάζονταν στον παθολογικό τομέα σε ποσοστό 35,2% και ακολουθούσε ο χειρουργικός τομέας με ποσοστό 28,8%. Ο μέσος αριθμός ετών προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ήταν 11,2 έτη και ο μέσος αριθμός ετών προϋπηρεσίας στη συγκεκριμένη κλινική ήταν τα 7,6 έτη, ενώ ο μέσος αριθμός ετών προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο επάγγελμα ήταν τα 1,3 έτη.

Όσον αφορά στις παραμέτρους ασφάλειας του ασθενούς στο νοσοκομείο, τη χειρότερη κουλτούρα ασφάλειας, σύμφωνα με τα μέσα ποσοστά, εμφάνισε ο παράγοντας που αφορούσε στη «στελέχωση» (17,5%), ακολουθούμενος από τη «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» (20,5%), τη «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων

του νοσοκομείου» (32,9%), την «υποστήριξη της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας» (33,8%) και τη «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων» (37,8%), ενώ την καλύτερη κουλτούρα ασφάλειας, σύμφωνα με τα μέσα ποσοστά, εμφάνισε ο παράγοντας που αφορούσε στις «προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών» (54,6%), ακολουθούμενος από την «οργανωσιακή μάθηση-συνεχή βελτίωση» (52,1%), τη «συνολική αντίληψη της ασφάλειας» (50,1%), την «ανοικτή επικοινωνία» (45,5%), τη «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου» (45,4%) και την «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» (43,1%).

Το 9,9% των εργαζομένων αξιολόγησαν το επίπεδο ασφάλειας των ασθενών συνολικά στο εργασιακό περιβάλλον ως άριστο, το 38,1% ως πολύ καλό, το 32,7% ως καλό, το 17,3% ως μέτριο και το 2% ως κακό. Το 37,8% των εργαζομένων ανέφεραν τους τελευταίους 12 μήνες ένα ή περισσότερα δυσμενή συμβάντα, ενώ το 62,2% δεν ανέφερε κανένα δυσμενές συμβάν.

Στους πίνακες 2 και 3 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και στα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και στους παράγοντες της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών, ενώ στον πίνακα 4 παρουσιάζονται οι αντίστοιχες πολυμεταβλητές αναλύσεις. Συνολικά, θετικά με την κουλτούρα ασφάλειας σχετίστηκαν το καλύτερο εκπαιδευτικό επίπεδο, η ύπαρξη επί πλέον σπουδών (μεταπτυχιακές, διδακτορικές) από τους επαγγελματίες υγείας και η μικρότερη ηλικία των εργαζομένων. Όσον αφορά στα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, οι νοσηλεύτες και οι άλλοι εργαζόμενοι είχαν καλύτερη κουλτούρα ασφάλειας αναφορικά με την «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» σε σχέση με τους ιατρούς, ενώ οι εργαζόμενοι στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) είχαν καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «ανοικτή επικοινωνία» σε σχέση με τους εργαζόμενους των υπόλοιπων τμημάτων. Επίσης, η καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «ανοικτή επικοινωνία», τις «μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου», την «ανατροφοδότηση» και την «οργανωσιακή μάθηση-συνεχή βελτίωση» σχετιζόταν με καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με τις «προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια», ενώ η καλύτερη κουλτούρα όσον αφορά στην «ανοικτή επικοινωνία», στη «στελέχωση» και στην «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» σχετιζόταν με καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με τη «μη τιμωρητική δράση στα λάθη». Τέλος, η καλύτερη κουλτούρα σχετικά με την «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη», τις «προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια» και τη «μη τιμωρητική δράση

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του μελετώμενου πληθυσμού.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά	n	Ποσοστό
<i>Φύλο</i>		
Ανδρες	58	28,7
Γυναίκες	144	71,3
<i>Ηλικία (έτη)</i>	42,4	9,9
<i>Εκπαιδευτικό επίπεδο</i>		
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	35	17,3
ΤΕΙ	84	41,6
ΑΕΙ	83	41,1
<i>Άλλες σπουδές</i>		
Ειδικότητα	46	40,7
Μεταπτυχιακό δίπλωμα	52	46
Διδακτορικό δίπλωμα	15	13,3
<i>Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο</i>	11,2	10,6
<i>Έτη προϋπηρεσίας στη συγκεκριμένη κλινική</i>	7,6	8,7
<i>Ωρες εργασίας ανά εβδομάδα</i>	46,8	14,2
<i>Θέση</i>		
Ειδικευόμενος ιατρός	27	13,4
Ειδικός ιατρός	42	20,8
ΠΕ νοσηλεύτης	10	5
ΤΕ νοσηλεύτης	63	31,2
ΔΕ βοηθός νοσηλεύτη	28	13,9
ΥΕ βοηθητικό προσωπικό	2	1
Επισκέπτης υγείας	4	2
Βοηθός/τεχνολόγος ιατρικών εργαστηρίων και παρασκευαστές	16	7,9
Μαία	4	2
Ραδιολόγος ή χειριστής ιατρικών συσκευών	6	3
<i>Επαφή με τους ασθενείς από τη συγκεκριμένη θέση εργασίας</i>		
Ναι	180	89,1
Όχι	22	10,9
<i>Ωρες επαφής με τους ασθενείς ανά εβδομάδα</i>	15,1	10,7
<i>Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο επάγγελμα</i>	1,3	3,6
<i>Τομέας εργασίας</i>		
Ανοικτά τμήματα	149	73,9
Παθολογικός*	71	35,2
Χειρουργικός**	54	26,8
ΤΕΠ	24	11,9
Κλειστά τμήματα***	63	31,5

* Γενική Παθολογική, Αιματολογική, Νεφρολογική, Πνευμονολογική, Καρδιολογική, Δερματολογική, άλλη

** Γενική Χειρουργική, Ορθοπαιδική, Ουρολογική, Οφθαλμολογική, Ωτορινολαρυγγολογική, άλλη

*** Εργαστηριακός, Αιμοδοσία, Αιμοπαθολογοανατομικό, Ακτινοδιαγνωστικό, Βιοχημικό, Αξονικός Τομογράφος, Αναισθησιολογική

ΤΕΙ: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, ΑΕΙ: Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, ΠΕ: Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, ΤΕ: Τεχνολογικής εκπαίδευσης, ΔΕ: Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ΥΕ: Υποχρεωτικής εκπαίδευσης, ΤΕΠ: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Πίνακας 2. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις βαθμολογίες στους παράγοντες ασφάλειας ασθενών.

Χαρακτηριστικό	Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων			Ανοικτή επικοινωνία			Μη τιμωρητική δράση στα λάθη		
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Τιμή p	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Τιμή p	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,7*			0,7*			0,7*
Ανδρες	3,1	0,9		3,3	0,6		2,7	0,7	
Γυναίκες	3,2	1,0		3,4	0,7		2,7	0,7	
Ηλικία		0,05**	0,5**		-0,02**	0,6**		-0,2**	0,01**
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,1***	0,2***		-0,1***	0,1***		-0,01***	0,9***
Άλλες σπουδές			0,6*			0,7*			0,5*
Ναι	3,2	0,9		3,4	0,7		2,7	0,7	
Όχι	3,1	1,0		3,4	0,6		2,7	0,7	
Έτη προϋπηρεσίας στο νοσοκομείο		0,01***	0,9***		-0,02***	0,7***		-0,2***	0,02***
Έτη προϋπηρεσίας στην κλινική		0,01***	0,9***		-0,01***	0,9***		-0,14***	0,05***
Ωρες εργασίας/εβδομάδα		0,01***	0,5***		-0,1***	0,05***		-0,01***	0,6***
Θέση			0,6 [†]			0,4 [†]			0,8 [†]
Ιατροί	3,2	0,8		3,3	0,7		2,7	0,7	
Νοσηλεύτες	3,2	1,0		3,4	0,7		2,7	0,8	
Άλλοι	3,1	1,1		3,4	0,6		2,7	0,6	
Επαφή με τους ασθενείς			0,9**			0,6**			0,8**
Ναι	3,2	0,9		3,4	0,7		2,7	0,7	
Όχι	3,1	0,9		3,4	0,9		2,7	0,6	
Τομέας εργασίας			0,43 [†]			0,1 [†]			0,2 [†]
Παθολογικός	3,0	0,9		3,3	0,6		2,8	0,7	
Χειρουργικός	3,1	1,0		3,2	0,7		2,7	0,7	
ΤΕΠ	3,1	0,7		3,3	0,8		2,5	0,7	
ΜΕΘ	3,3	1,0		3,8	0,7		2,2	0,8	
Εργαστηριακός	3,4	1,0		3,5	0,8		2,8	0,6	
Ψυχιατρικός	3,4	1,2		3,5	0,7		2,9	0,6	
Ανοικτή επικοινωνία		0,16**	0,02**		0,4**	<0,001**		0,2**	0,01**
Ανατροφοδότηση/επικοινωνία για τα λάθη		0,4**	<0,001**		0,6**	<0,001**		0,2**	<0,001**
Οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση		0,3**	<0,001**		0,2**	<0,001**		0,2**	<0,001**
Συνεργασία/ομαδική εργασία τμημάτων		0,1**	0,1**		0,2**	0,01**		0,2**	<0,001**
Μη τιμωρητική δράση στα λάθη		0,1**	0,1**		0,2**	<0,001**		0,2**	<0,001**
Προσδοκίες/δράση προϊσταμένων		0,1**	0,1**		0,4**	<0,001**		0,4**	0,03**
Στελέχωση		0,1**	0,05**		0,02**	0,8**		0,4**	<0,001**
Υποστήριξη της διοίκησης		0,2**	0,03**		0,3**	<0,001**		0,3**	<0,001**
Συνεργασία/ομαδική εργασία τμημάτων		0,2**	<0,001**		0,4**	<0,001**		0,2**	<0,001**
Μεταφορές ασθενών εντός του νοσοκομείου		0,04**	0,6**		0,2**	<0,001**		0,1**	0,1**
Συνολική αντίληψη της ασφάλειας		0,2**	0,01**		0,2**	0,02**		0,3**	<0,001**

* Έλεγχος t. ** Συντελεστής συσχέτισης Pearson. *** Συντελεστής συσχέτισης Spearman. [†] Ανάλυση διασποράς

ΤΕΠ: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ΜΕΘ: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Πίνακας 3. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και στις βαθμολογίες στους παράγοντες ασφάλειας ασθενών.

Χαρακτηριστικό	Προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών			Υποστήριξη διοίκησης σε θέματα ασφάλειας		
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Τιμή p	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,8*			0,6*
Άνδρες	3,4	0,7		3,0	0,8	
Γυναίκες	3,4	0,7		3,0	0,8	
Ηλικία		-0,1**	0,1**		-0,03**	0,6**
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,04***	0,5***		-0,2***	0,001***
Άλλες σπουδές			0,04*			0,1*
Ναι	3,5	0,7		3,0	0,8	
Όχι	3,3	0,6		3,1	0,8	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		-0,1***	0,1***		0,01***	0,9***
Έτη προϋπηρεσίας στη συγκεκριμένη κλινική		-0,1***	0,1***		-0,01***	0,8***
Ωρες εργασίας ανά εβδομάδα		-0,08***	0,3***		-0,2***	0,002***
Θέση			0,8 [#]			0,001 [#]
Ιατροί	3,5	0,7		2,7	0,9	
Νοσηλεύτες	3,5	0,7		3,1	0,8	
Άλλοι	3,4	0,6		3,2	0,7	
Επαφή με τους ασθενείς			0,2**			0,1**
Ναι	3,5	0,7		3,0	0,9	
Όχι	3,3	0,6		3,2	0,6	
Τομέας εργασίας			0,9 [#]			0,2 [#]
Παθολογικός	3,5	0,7		3,1	0,9	
Χειρουργικός	3,4	0,6		2,9	0,8	
ΤΕΠ	3,4	0,8		2,8	0,9	
ΜΕΘ	3,4	0,8		2,6	0,9	
Εργαστηριακός	3,4	0,6		3,2	0,7	
Ψυχιατρικός	3,6	0,7		3,2	0,8	
Ανοικτή επικοινωνία		0,4**	0,01**		0,3**	<0,001**
Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη		0,5**	<0,001**		0,4**	<0,001**
Οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση		0,4**	<0,001**		0,4**	<0,001**
Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου		0,3**	<0,001**		0,5**	<0,001**
Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη		0,2**	<0,001**		0,4**	<0,001**
Στελέχωση		0,2**	<0,001**		0,3**	<0,001**
Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας		0,3**	<0,001**		0,3**	<0,001**
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου		0,4**	<0,001**		0,4**	<0,001**
Μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου		0,3**	0,1**		0,4**	<0,001**
Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων		0,1**	0,1**		0,2**	<0,001**
Συνολική αντίληψη της ασφάλειας		0,4**	<0,001**		0,5**	<0,001**

* Έλεγχος t. ** Συντελεστής συσχέτισης Pearson. ***Συντελεστής συσχέτισης Spearman. [#] Ανάλυση διασποράς
 ΤΕΠ: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ΜΕΘ: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Πίνακας 4. Στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα των πολλαπλών γραμμικών παλινδρομήσεων με εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες στους παράγοντες ασφάλειας ασθενών.

Βαθμολογίες στους παράγοντες ασφάλειας ασθενών	Ανεξάρτητες μεταβλητές	b	95% ΔΕ για τον b	Τιμή p
Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων	Βαθμολογία «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»	0,5	0,3–0,7	<0,001
	Βαθμολογία «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση»	0,3	0,02–0,5	0,033
	Εκπαιδευτικό επίπεδο	0,2	0,01–0,3	0,034
Ανοικτή επικοινωνία	Βαθμολογία «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»	0,5	0,4–0,6	<0,001
	Βαθμολογία «μη τιμωρητική δράση στα λάθη»	0,1	0,04–0,3	0,01
	Βαθμολογία «προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων για την ασφάλεια»	0,2	0,1–0,3	<0,001
	ΜΕΘ	0,05	0,004–0,1	0,027
Μη τιμωρητική δράση στα λάθη	Βαθμολογία «ανοικτή επικοινωνία»	0,2	0,03–0,3	0,015
	Βαθμολογία «στελέχωση»	0,3	0,2–0,5	<0,001
	Βαθμολογία «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου»	0,2	0,1–0,3	0,001
	Ηλικία	-0,01	(-0,02)–(-0,004)	0,006
Προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών	Βαθμολογία «ανοικτή επικοινωνία»	0,2	0,09–0,3	0,002
	Βαθμολογία «μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»	0,2	0,04–0,3	0,011
	Βαθμολογία «ανατροφοδότηση»	0,2	0,1–0,3	0,006
	Βαθμολογία «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση»	0,2	0,003–0,3	0,046
	Άλλες σπουδές	0,3	0,1–0,4	0,002
Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας	Βαθμολογία «ανατροφοδότηση»	0,2	0,1–0,3	0,013
	Νοσηλευτές σε σχέση με ιατρούς	0,1	0,03–0,3	0,016
	Βαθμολογία «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων»	0,4	0,2–0,5	<0,001
	Βαθμολογία «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη»	0,3	0,1–0,4	<0,001

95% ΔΕ: Διάστημα εμπιστοσύνης 95%, ΜΕΘ: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

στα λάθη» σχετιζόταν με καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «ανοικτή επικοινωνία».

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της έρευνας ανέδειξαν σημαντικά συμπεράσματα σχετικά με την κουλτούρα ασφάλειας που έχει αναπτυχθεί στο υπό μελέτη νοσοκομείο. Στην παρούσα έρευνα κυρίαρχο εύρημα αποτέλεσε το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι αξιολόγησαν συνολικά το επίπεδο ασφάλειας των ασθενών στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ως ικανοποιητικό, με την πλειοψηφία των συμμετεχόντων να το χαρακτηρίζουν από άριστο έως πολύ καλό. Το προσωπικό θεώρησε τη στάση των προϊσταμένων/διευθυντών του θετική ως προς την ασφάλεια ασθενών, ενώ η εν λόγω παράμετρος κατείχε την πρώτη θέση του μέσου ποσοστού θετικών απαντήσεων στο συγκεκριμένο νοσοκομείο. Το εύρημα αυτό αναδεικνύεται και σε άλλες παρόμοιες έρευνες που

διεξήχθησαν στην Ελλάδα⁸ και στη Ρουμανία,¹² όπως και σε μια μελέτη που διενεργήθηκε ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ στο Ιράν, στην οποία η στάση των προϊσταμένων/διευθυντών συγκέντρωσε σε μεγάλο ποσοστό τον μεγαλύτερο αριθμό θετικών απαντήσεων σε σχέση με τις άλλες παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών.¹³ Σε αντιδιαστολή με τις απόψεις των εργαζομένων απέναντι στους προϊσταμένους και στους διευθυντές των τμημάτων, το προσωπικό φάνηκε να διατηρεί επιφυλάξεις αναφορικά με τη στάση της διοίκησης στα θέματα της ασφάλειας, γεγονός που αναδεικνύει τη δυσκολία της να υπάρξει αρκετά υποστηρικτική απέναντι στους εργαζόμενους και να τους πείσει ως προς τη δέσμευσή της σε θέματα ασφάλειας. Μια πιθανή αιτιολογία σε αυτό θα μπορούσε να είναι η ανεπαρκής γνώση και εκπαίδευση των διοικητικών στελεχών αναφορικά με θέματα τα οποία σχετίζονται με την ασφάλεια, παράμετρος που λειτουργώντας συνδυαστικά με την έλλειψη προσωπικού σε διάφορα τμήματα του νοσοκομείου και τον αυξημένο φόρτο εργασίας του

υπόλοιπου προσωπικού δυσχεραίνει την ορθή διαχείριση των ζητημάτων της ασφάλειας. Ο ρόλος της ηγεσίας είναι καθοριστικός στη δημιουργία μιας θετικής κουλτούρας ασφάλειας, καθώς οριοθετεί τη στρατηγική, τον τρόπο οργάνωσης και τις διαδικασίες που καθιερώνουν την ασφάλεια των ασθενών.¹⁴

Επίσης, το προσωπικό εκτίμησε ότι δεν υπήρχε η επιθυμητή επαγρύπνηση για τα θέματα της ασφάλειας εντός του νοσοκομείου και θεώρησε το επίπεδο επικοινωνίας για την ασφάλεια των ασθενών ανεπαρκές. Είναι γνωστό από την υπάρχουσα βιβλιογραφία ότι η δυσχερής επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων παροχής υπηρεσιών υγείας είναι βασικός αιτιολογικός παράγοντας πρόκλησης λαθών και δυσμενών συμβάντων.¹⁵

Ακόμη, τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι οι εργαζόμενοι είχαν αρνητική άποψη σχετικά με το κλίμα που δημιουργείται στο νοσοκομείο ως προς την αντίδραση στα λάθη και πίστευαν ότι το περιβάλλον ήταν εχθρικό προς τους ίδιους όταν έκαναν λάθη. Τα σχετικά ευρήματα υποστηρίζονται από την υπάρχουσα βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία βασικές αιτίες για τις οποίες αναστέλλεται η αναφορά των λαθών από τους εργαζόμενους των υπηρεσιών υγείας είναι ο φόβος για επικείμενες επαγγελματικές κυρώσεις, οι ποινικές διώξεις και ο φόβος αρνητικών αντιδράσεων από το υπόλοιπο προσωπικό.¹⁶⁻¹⁸ Τα προαναφερθέντα ευρήματα ενδεχομένως αιτιολογούν έως έναν βαθμό και τα χαμηλά ποσοστά αναφοράς δυσμενών συμβάντων των εργαζομένων στους ανωτέρους τους, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι το τελευταίο έτος δεν έκαναν κάποια αναφορά. Έρευνες σε άλλες χώρες πιθανολογούν ότι οι επαγγελματίες υγείας δυσκολεύονται να αναφέρουν δυσμενή συμβάντα και λάθη επώνυμα λόγω του φόβου των επικείμενων συνεπειών και του χαρακτηρισμού τους ως μη ικανούς.¹⁹

Αποθαρρυντικά είναι τα αποτελέσματα που σχετίζονται με τη στελέχωση του νοσοκομείου σε προσωπικό, καθώς η παράμετρος αυτή είχε τη χαμηλότερη βαθμολογία των εργαζομένων όσον αφορά στην κουλτούρα ασφάλειας. Η υποστελέχωση, σύμφωνα με ποικίλες μελέτες, αυξάνει την πιθανότητα λαθών και σφαλμάτων που θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί.^{20,21} Αντίθετα, η επάρκεια προσωπικού συνδέεται με τη μείωση του ποσοστού εμφάνισης λαθών στη φαρμακευτική αγωγή και με την ικανοποίηση των ασθενών.²²

Όσον αφορά στα δημογραφικά δεδομένα των επαγγελματιών υγείας που παρουσίασαν στατιστικά σημαντική σχέση με την κουλτούρα ασφάλειας ασθενών, οι εργαζόμενοι της ΜΕΘ εμφάνισαν καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «ανοικτή επικοινωνία» σε σχέση με τους εργαζόμενους

στα άλλα τμήματα. Από τη διεθνή βιβλιογραφία, υψηλές βαθμολογίες σε παραμέτρους της ασφάλειας ασθενών σημειώθηκαν και σε άλλες έρευνες που διεξήχθησαν σε ΜΕΘ, στο εξωτερικό,²³ αλλά και στην Κύπρο.²⁴ Αυτό πιθανόν οφείλεται στη σοβαρότητα της κατάστασης των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ.

Επίσης, στην παρούσα έρευνα οι νοσηλευτές και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας εμφάνισαν μεγαλύτερο ποσοστό θετικών απαντήσεων στις παραμέτρους κουλτούρας ασφάλειας σε σχέση με τους ιατρούς, εύρημα που επιβεβαιώνεται και σε άλλες μελέτες στην Ελλάδα^{8,25} και διεθνώς, όπως σε μια πολυκεντρική μελέτη σε 32 νοσοκομεία της Κίνας.²⁶ Το φαινόμενο αυτό πιθανόν να οφείλεται στον αυξημένο χρόνο που αφιερώνουν οι νοσηλευτές στη φροντίδα ασθενών.

Διαφοροποίηση σε σχέση με την υπάρχουσα βιβλιογραφία^{26,27} παρουσιάζει το καλύτερο εκπαιδευτικό επίπεδο και οι επιπρόσθετες σπουδές των εργαζομένων αναφορικά με την κουλτούρα ασφάλειας, αφού στην παρούσα έρευνα φαίνεται να σχετίζονται με αυξημένες βαθμολογίες στους παράγοντες ασφάλειας ασθενών και άρα με καλύτερη κουλτούρα ασφάλειας. Σε προγενέστερη μελέτη στην Ελλάδα, αντίθετα, το καλύτερο εκπαιδευτικό επίπεδο των εργαζομένων συνδέθηκε αρνητικά με την κουλτούρα ασφάλειας ασθενών.³ Ενδεχομένως, η απόκτηση γνώσεων συμβάλλει στη συνειδητοποίηση της ανάγκης διαμόρφωσης κουλτούρας ασφάλειας.

Τέλος, η μείωση της ηλικίας των εργαζομένων σχετίστηκε με αύξηση της βαθμολογίας σε παραμέτρους ασφάλειας ασθενών, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τη διεθνή βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία οι νεότεροι επαγγελματίες υγείας παρουσιάζουν χαμηλότερη βαθμολογία στις παραμέτρους ασφάλειας ασθενών.^{28,29} Μια πιθανή ερμηνεία είναι η έλλειψη εργασιακής εμπειρίας, που αυξάνει την πιθανότητα επιτέλεσης λάθους και ενισχύει την ευαισθητοποίηση των εν λόγω ατόμων στην ασφάλεια ασθενών.

Η παρούσα μελέτη είχε αρκετούς περιορισμούς, με σημαντικότερο το γεγονός ότι αποτελεί μια συγχρονική μελέτη που δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιακών σχέσεων, αλλά μόνο πιθανολογικών σχέσεων με το ενδεχόμενο σφάλματος. Η εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων σχετικά με την κουλτούρα ασφάλειας ασθενών στα ελληνικά νοσοκομεία χρήζει περαιτέρω μελετών με μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων, ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες τυχαίου σφάλματος. Επίσης, στη συγκεκριμένη έρευνα δεν συμπεριλήφθηκαν επαγγελματίες που εργάζονταν στο νοσοκομείο αλλά δεν σχετίζονταν άμεσα με την παροχή ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης, όπως είναι οι διοικητικοί και οι τεχνικοί υπάλληλοι του νοσοκομείου, οι οποίοι ενδέ-

χεται να έχουν διαφοροποιημένες αντιλήψεις όσον αφορά στα θέματα ασφάλειας ασθενών. Τέλος, αναφορικά με τη συμμετοχή στην παρούσα έρευνα, αυτή δεν είχε υποχρεωτικό χαρακτήρα. Έτσι, είναι πιθανόν οι συμμετέχοντες να είχαν μεγαλύτερη ευαισθησία για θέματα που αφορούν στην ασφάλεια των ασθενών, άρα ενδέχεται να υπάρχει συστηματικό σφάλμα.

Συμπερασματικά, η παρούσα έρευνα αποτέλεσε μια προσπάθεια προσέγγισης της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών σε ένα γενικό επαρχιακό νοσοκομείο της Ελλάδας σε μια περίοδο σημαντικών μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας. Η διενέργεια παρόμοιων μελετών είναι απαραίτητη προκειμένου να είναι δυνατή η εξαγωγή

ασφαλέστερων συμπερασμάτων. Αδιαμφισβήτητα, όμως, ο πολυδιάστατος χαρακτήρας της κουλτούρας ασφάλειας, που εμπεριέχει μηχανισμούς της διοίκησης και χαρακτηριστικά των εργαζομένων τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο κλινικής, απαιτούν συνδυασμένες ενέργειες από όλους τους εμπλεκόμενους προκειμένου να επιτευχθεί το βέλτιστο αποτέλεσμα για τους ασθενείς.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστίες σε όλους τους συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας, η συμβολή των οποίων ήταν απαραίτητη για την ολοκλήρωσή της.

ABSTRACT

Patient safety culture in a peripheral general hospital

E. ANGELI,¹ V. KAPAKI²

¹School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, ²Faculty of Political and Social Sciences, University of the Peloponnese, Korinthos, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2020, 37(4):480–489

OBJECTIVE Investigation of patient safety culture in a peripheral general hospital in Greece. **METHOD** The study was conducted with 287 healthcare workers of the hospital. The tool used for the study was the Greek translation of the "Hospital Survey on Patient Safety Culture", a rigorously designed questionnaire for measuring inpatient safety culture. The Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS), version 23.0 was used for statistical analysis of the survey data, including descriptive statistics and reliability testing of safety parameters. **RESULTS** The response rate of the healthcare workers was 202/287 (70.3%). The highest mean scores were recorded in the categories: Supervisor/manager expectations and actions promoting patient safety (54.6%), organizational learning-continuous improvement (52.1%), and general understanding of safety (50.1%), while the lowest mean scores were for: staffing (17.5%), non-punitive response to errors (20.5%), and teamwork across units (32.9%). A positive relationship was demonstrated between higher education level and younger age of healthcare workers and patient safety culture. The healthcare workers in the intensive care unit (ICU) exhibited the best safety culture. **CONCLUSIONS** Safety deficits were revealed in the hospital functioning, with the most significant problems being identified in management and working conditions. Administrative initiatives are needed to improve working conditions for healthcare professionals.

Key words: Adverse events, Error reporting, Greek hospital, Medical and nursing error, Patient safety culture

Βιβλιογραφία

1. ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Α. Αναφορά ιατρικών σφαλμάτων και ασφάλεια ασθενών: Η ορθή προσέγγιση του σφάλματος και ο ρόλος του νομικού πλαισίου της ιατρικής ευθύνης. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2015, 32:354–363
2. ΚΑΠΑΚΗ Β. Ποιότητα και ασφάλεια στην υγεία: Αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς σε δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα. Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος, 2015
3. INSTITUTE OF MEDICINE (IOM) COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA. In: Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds) *To err is human: Building a safer health system*. National Academies Press (US), Washington, DC, 2000
4. COOPER D. Towards a model of safety culture. *Safety Science* 2000, 36:111–136
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The third WHO global patient safety challenge: Medication without harm. Patient safety, 2014. Available at: <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en>

6. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 10 facts on patient safety 2014. Available at: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/
7. EUROBAROMETER. Report: Patient safety and quality of care. Special Eurobarometer no 411/wave EB80.2. EU, 2014
8. KAPAKI V, SOULIOTIS K. Patient safety culture in Greece: Narrowing the gap between the principles of patient safety culture and current clinical practice. In: Williams E (ed) *Patient safety and management: Perspectives, principles and emerging issues*. Nova Sci Publ Inc, 2017:87–117
9. KAPAKI V, SOULIOTIS K. Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): Findings from Greece. In: Firstenberg MS, Stawicki SP (eds) *Vignettes in patient safety*. Vol 2, 2017:171–189. Available at: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.6999>
10. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Hospital survey on patient safety culture. AFHRA, Rockville, MD, 2004:35–39
11. MADSEN MD. *Improving patient safety: Safety culture and patient safety ethics*. Riso National Laboratory, Roskilde, 2006:26–27
12. TEREANU C, GHELASE MS, SAMPIETRO G, FURTUNESCU FL, DRAGOESCU A, MOLNAR A ET AL. Measuring patient safety culture in Romania using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *Curr Health Sci J* 2017, 43:31–40
13. ZAREI M, EMADI F, FALLAH K, ZAREI H. Patient safety culture: Nurses' attitude in Marvdasht Shahid Motahary hospital. *Journal of Patient Safety and Quality Improvement* 2014, 2:53–57
14. YATES GR, BERND DL, SAYLES SM, STOCKMEIER CA, BURKE G, MERTIG E. Building and sustaining a systemwide culture of safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2005, 31:684–689
15. LEONARD M, GRAHAM S, BONACUM D. The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care* 2004, 13(Suppl 1):i85–i90
16. CHIANG HY, LIN SY, HSU SC, MA SC. Factors determining hospital nurses' failures in reporting medication errors in Taiwan. *Nurs Outlook* 2010, 58:17–25
17. LIN YH, MA SM. Willingness of nurses to report medication administration errors in Southern Taiwan: A cross-sectional survey. *Worldviews Evid Based Nurs* 2009, 6:237–245
18. MAYO AM, DUNCAN D. Nurse perceptions of medication errors: What we need to know for patient safety. *J Nurs Care Qual* 2004, 19:209–217
19. POTYLYCKI MJ, KIMMEL SR, RITTER M, CAPUANO T, GROSS L, RIEGEL-GROSS K ET AL. Non-punitive medication error reporting: 3-years findings from one hospital's Primum Non Nocere initiative. *J Nurs Adm* 2006, 36:370–376
20. AIKEN LH, SLOANE DM, BRUYNEEL L, VAN DER HEEDE K, GRIFFITHS P, BUSSE R ET AL. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *Lancet* 2014, 383:1824–1830
21. CHO E, SLOANE DM, KIM EY, KIM S, CHOI M, YOO IY ET AL. Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: An observational study. *Int J Nurs Stud* 2014, 52:535–542
22. BLEGEN MA, GOODE CJ, REED L. Nurse staffing and patient outcomes. *Nurs Res* 1998, 47:43–50
23. ZHOU P, BAI F, TANG HQ, BAI J, LI M, XUE D. Patient safety climate in general public hospitals in China: Differences associated with department and job type based on a cross-sectional survey. *BMJ Open* 2018, 8:e0156044
24. RAFTOPOULOS V, PAVLAKIS A. Safety climate in 5 intensive care units: A nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire. *J Crit Care* 2013, 28:51–61
25. ΚΑΡΓΑ Μ, ΚΑΛΑΦΑΘΗ Μ, ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Μ, ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Λ, ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ Χ. Η διαχείριση των λαθών από τους Έλληνες νοσηλευτές. *Κοινωνία, Οικονομία, Υγεία* 2008, 2:5–6
26. NIE Y, MAO X, CUI H, HE S, LI J, ZHANG M. Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Serv Res* 2013, 13:228
27. BODUR S, FILIZ E. 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* 2010, 10:28
28. ABDOU HA, SABER KM. A baseline assessment of patient safety culture among nurses at Student University Hospital. *World Journal of Medical Sciences* 2011, 6:17–26
29. THOMAS EJ, SEXTON JB, HELMREICH RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med* 2003, 31:956–959

Corresponding author:

E. Angeli, 29 Mitilinis street, 173 41 Athens, Greece

e-mail: elena_aggeli@hotmail.com