



Σχολή Κοινωνικών Επιστημών
Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Διπλωματική Εργασία
Διερεύνηση της κουλτούρας ασφάλειας σε Χειρουργεία του
Ιδιωτικού τομέα

Ευτυχία Δήμα

Επιβλέπων καθηγητής: Ιωάννης Αποστολάκης

Πάτρα, Ιούνιος 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας Ευτυχίας Δήμα που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



Διερεύνηση της κουλτούρας ασφάλειας σε Χειρουργεία του
ιδιωτικού τομέα

Ευτυχία Δήμα

Επιτροπή Επίβλεψης Πτυχιακής / Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

Ιωάννης Αποστολάκης,

Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Μέλος ΣΕΠ ΕΑΠ

Συν-Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Ευστρατία Μούρτου

Μέλος ΣΕΠ ΕΑΠ

Πάτρα, Ιούνιος 2026

Ευχαριστίες & Αφιέρωση

Θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα καθηγητή, κ. Ιωάννη Αποστολάκη, για την πολύτιμη καθοδήγηση και υποστήριξή του κατά την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Ευχαριστώ θερμά τον κ. Αναστάσιο Μαχαίρα, Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του Metropolitan General και καθηγητή Χειρουργικής ΕΚΠΑ, και τον Επίκουρο Καθηγητή Χειρουργικής ΕΚΠΑ κ. Παντελή Αντωνάκη, για τη σταθερή υποστήριξη και τις καίριες συμβουλές τους.

Ευχαριστώ επίσης το Metropolitan General και το Metropolitan Hospital για τη διευκόλυνση της διεξαγωγής της μελέτης, καθώς και το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για τη συμμετοχή και συνεργασία του.

Τέλος, εκφράζω την ευγνωμοσύνη μου και αφιερώνω την παρούσα διπλωματική εργασία στην οικογένειά μου για τη συνεχή συμπαράσταση και κατανόησή της.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί βασική διάσταση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και συνδέεται άμεσα με την οργανωσιακή κουλτούρα των νοσοκομείων. Η ανάπτυξη θετικής κουλτούρας ασφάλειας συμβάλλει στον εντοπισμό αδυναμιών, στη μείωση των ανεπιθύμητων συμβάντων και στη βελτίωση της φροντίδας, ιδιαίτερα στα απαιτητικά χειρουργικά τμήματα.

Σκοπός: Η διερεύνηση της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών σε χειρουργικά τμήματα δύο ιδιωτικών νοσοκομείων και η ανάλυση των διαφορών μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε ποσοτική, διατομεακή μελέτη με το ερωτηματολόγιο Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Συμμετείχαν 161 επαγγελματίες υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, λοιπό προσωπικό) από τα Νοσοκομεία Metropolitan General και Metropolitan Hospital (συνολική δύναμη: 650 άτομα). Η στατιστική ανάλυση περιλάμβανε περιγραφική στατιστική, έλεγχο αξιοπιστίας (Cronbach's alpha), μη παραμετρικούς ελέγχους (Mann-Whitney U και Kruskal-Wallis H) και υπολογισμό σύνθετων δεικτών ασφάλειας.

Αποτελέσματα: Οι υψηλότερες βαθμολογίες σημειώθηκαν στην οργανωσιακή μάθηση/συνεχή βελτίωση ($M=3,57$, $SD=0,65$) και στη συνολική αντίληψη για την ασφάλεια ($M=3,52$, $SD=0,70$). Αντιθέτως, χαμηλότερες βαθμολογίες καταγράφηκαν στην επάρκεια προσωπικού ($M=2,44$, $SD=0,62$) και στη μη τιμωρητική αντιμετώπιση λαθών ($M=2,71$, $SD=0,66$). Στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίστηκαν στην ομαδική συνεργασία ($p < 0,001$), όπου ιατροί και νοσηλευτές υπερείχαν (μέση τιμή: 3,50) έναντι των λοιπών ειδικοτήτων (3,00). Στις προσδοκίες του προϊσταμένου ($p = 0,018$), ιατροί και λοιπό προσωπικό σημείωσαν υψηλότερη μέση τιμή (3,50) από τους νοσηλευτές (3,25). Το δείγμα αποτελείτο κατά πλειοψηφία από γυναίκες (54,7%) και νοσηλευτές (48,4%), με μέση ηλικία τα 41,41 έτη ($SD=11,90$). Η συχνότητα αναφοράς συμβάντων ήταν μέτρια ($M=3,33$, $SD=0,93$).

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα υποδεικνύουν μέτριο επίπεδο κουλτούρας ασφάλειας με περιθώρια βελτίωσης στη στελέχωση και τη μη τιμωρητική κουλτούρα. Η ενίσχυση της

εκπαίδευσης, της επικοινωνίας και των συστημάτων αναφοράς συμβάντων κρίνεται απαραίτητη για την αναβάθμιση της ασφάλειας των ασθενών.

Λέξεις – Κλειδιά

κουλτούρα ασφάλειας ασθενών, HSOPSC, χειρουργείο, ποιότητα υπηρεσιών υγείας, ασφάλεια ασθενών.

Investigation of safety culture in private sector operating rooms

Eftychia Dima

Abstract

Introduction: Patient safety is a fundamental dimension of healthcare service quality and is directly linked to the organizational culture of hospitals. Developing a positive safety culture contributes to identifying weaknesses, reducing adverse events, and improving care, particularly within demanding surgical departments.

Objective: To investigate the patient safety culture in the surgical departments of two private hospitals and to analyze the differences among professional groups.

Methodology: A quantitative, cross-sectional study was conducted using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) questionnaire. Participants included 161 healthcare professionals (physicians, nurses, and other staff) from the Metropolitan General and Metropolitan Hospitals (total workforce: 650 individuals). Statistical analysis included descriptive statistics, reliability testing (Cronbach's alpha), non-parametric tests (Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis H), and the calculation of composite safety scores.

Results: The highest scores were observed in "Organizational Learning-Continuous Improvement" ($M=3.57$, $SD=0.65$) and "Overall Perceptions of Patient Safety" ($M=3.52$, $SD=0.70$). Conversely, lower scores were recorded in "Staffing" ($M=2.44$, $SD=0.62$) and "Nonpunitive Response to Errors" ($M=2.71$, $SD=0.66$). Statistically significant differences were found in "Teamwork Within Units" ($p < 0.001$), where physicians and nurses outperformed other specialties (mean score: 3.50 vs. 3.00). Regarding "Supervisor/Manager Expectations" ($p = 0.018$), physicians and other staff recorded a higher mean score (3.50) than nurses (3.25). The majority of the sample consisted of women (54.7%) and nurses (48.4%), with a mean age of 41.41 years ($SD=11.90$). The "Frequency of Events Reported" was moderate ($M=3.33$, $SD=0.93$).

Conclusions: The findings indicate a moderate level of safety culture, with room for improvement in staffing and nonpunitive culture. Strengthening education, communication, and event reporting systems is deemed essential for upgrading patient safety.

Keywords

patient safety culture, HSOPSC, surgical departments, healthcare quality, patient safety.

Περιεχόμενα

Περίληψη	v
Abstract	vii
Περιεχόμενα	viii
Κατάλογος Εικόνων / Σχημάτων	xi
Κατάλογος Πινάκων	xii
Συντομογραφίες & Ακρωνύμια	xiii
Εισαγωγή	1
1. Κουλτούρα Ασφάλειας και Ασφάλεια Ασθενών στο Πλαίσιο της Ποιότητας	4
1.1 Ποιότητα στην υγεία και η θέση της ασφάλειας	4
1.2 Ορισμοί και εννοιολογικό πλαίσιο	4
1.2.1 Ορισμός ασφάλειας ασθενών	4
1.2.2 Ποιότητα και συστημική προσέγγιση της ασφάλειας	6
1.2.3 Η έννοια του λάθους και του ανεπιθύμητου συμβάντος	7
1.2.4 Διαχωρισμός σφάλματος, βλάβης, κινδύνου	8
1.3 Η εξέλιξη της έννοιας της κουλτούρας ασφάλειας	10
1.4 Διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας	12
1.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την κουλτούρα ασφάλειας	14
1.6 Ο ρόλος της διοίκησης και της ηγεσίας στην ασφάλεια	15
1.6.1 Προτυποποίηση διαδικασιών	16
1.7 Αναφορά λαθών και κουλτούρα δικαιοσύνης	17
1.7.1 Εμπόδια στην αναφορά λαθών	18
1.7.2 Σύγχρονες προσεγγίσεις στην αναφορά λαθών	19
1.7.3 Η θεωρία των σάπιων μήλων στη συστημική προσέγγιση	19
2. Το Χειρουργικό Περιβάλλον και η Ασφάλεια	20
2.1 Οργάνωση και λειτουργία χειρουργείου	20
2.1.1 Χώροι και υποδομές	21
2.1.2 Ροή ασθενών	22
2.1.3 Τυποποιημένες διαδικασίες	23
2.2 Πολυεπιστημονική χειρουργική ομάδα, ρόλοι και ευθύνες	24
2.3 Πηγές κινδύνου και ανεπιθύμητα συμβάντα στη χειρουργική	24
2.4 Επικοινωνία στο χειρουργείο και εργαλεία βελτίωσης	25
2.5 WHO Surgical Safety Checklist (SSC)	26
2.6 Διεθνείς δείκτες ασφάλειας στη χειρουργική	27

3. Ο Ιδιωτικός Τομέας Υγείας και η Κουλτούρα Ασφάλειας	29
3.1 Χαρακτηριστικά των ιδιωτικών νοσοκομείων	29
3.2 Προκλήσεις ασφάλειας στον ιδιωτικό τομέα	30
3.3 Πρακτικές διασφάλισης ποιότητας	31
4. Εργαλεία Αξιολόγησης της Κουλτούρας Ασφάλειας	35
4.1 Επισκόπηση εργαλείων αξιολόγησης	35
4.2 Hospital Survey on Patient Safety Culture.....	36
4.2.1 Ιστορικό και θεωρητικό υπόβαθρο	36
4.2.2 Διαστάσεις του ερωτηματολογίου	37
4.2.3 Η χρήση στην Ελλάδα και διεθνώς.....	38
4.3 Safety Attitudes Questionnaire	38
4.3.1 Βασικά χαρακτηριστικά	38
4.3.2 Διαφορές των εργαλείων SAQ και HSOPSC	39
4.4 Πλεονεκτήματα και περιορισμοί των εργαλείων	40
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ.....	Error! Bookmark not defined.
4.5 Ανάλογες και αντίστοιχες μελέτες με αυτήν του ειδικού μέρους	42
4.5.1 Διεθνείς μελέτες.....	42
4.5.2 Ελληνικές μελέτες.....	44
4.5.3 Σύνοψη ευρημάτων και ερευνητικά κενά.....	46
5. Ειδικό Μέρος.....	48
5.1 Σκοπός και Στόχοι.....	48
5.2 Ερευνητικά Ερωτήματα	48
5.3 Πληθυσμός και Δείγμα της Μελέτης.....	48
5.4 Ερευνητικά Εργαλεία.....	50
5.5 Μέθοδος συλλογής των δεδομένων.....	51
5.6 Στατιστικές τεχνικές.....	51
5.7 Τήρηση της δεοντολογίας	53
5.8 Προετοιμασία των δεδομένων.....	54
5.9 Αποτελέσματα	54
5.9.1 Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος.	54
5.9.2 Αξιοπιστία ερωτηματολογίου.	56
5.9.3 Περιγραφική ανάλυση των διαστάσεων της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών	56
5.9.4 Σύγκριση της κουλτούρας ασφάλειας μεταξύ επαγγελματικών ομάδων.....	58
5.9.5 Επίδραση της εργασιακής εμπειρίας στην κουλτούρα ασφάλειας.	58
5.9.6 Διαφορές στις διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών ως προς το φύλο.	59
5.9.7 Ποσοστιαία ανάλυση βαθμολογίας διαστάσεων της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών.....	60
5.9.8 Συνολική αξιολόγηση ασφάλειας ασθενών και συχνότητα αναφοράς συμβάντων.....	60
5.10 Συζήτηση	61
5.11 Συμπεράσματα.....	66
5.12 Περιορισμοί.....	68
5.13 Πολιτικές Υγείας.....	68
Βιβλιογραφία.....	70
Ελληνική Βιβλιογραφία	70

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	72
Παραρτήματα	82
Παράρτημα Α: WHO Surgical Safety Checklist	82
Παράρτημα Β: Ηλεκτρονική αλληλογραφία για τη χρήση του ερωτηματολογίου HSOPSC στην ελληνική γλώσσα από την κ. Καπάκη	83
Παράρτημα Γ: Έγκριση χρήσης ερωτηματολογίου HSOPSC από ΑΗΡQ.....	84
Παράρτημα Δ: Έγκριση διεξαγωγής έρευνας από Επιστημονικό Συμβούλιο Metropolitan General και Metropolitan Hospital.....	85
Παράρτημα Ε: Ερωτηματολόγιο έρευνας (HSOPSC).....	87

Κατάλογος Εικόνων / Σχημάτων

Εικόνα 1. Το μοντέλο του ελβετικού τυριού που διατυπώθηκε το 1997 από τον Reason (Reason 1997).....	11
---	----

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Συγκριτική παρουσίαση μελετών κουλτούρας ασφάλειας ασθενών	46
Πίνακας 2. Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά δείγματος	Error! Bookmark not defined.
Πίνακας 3. Μέσες τιμές των 12 διαστάσεων της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών (HSOPSC)	Error! Bookmark not defined.
Πίνακας 4. Σύγκριση μέσω τιμών διαστάσεων HSOPSC ανά επαγγελματική κατηγορία	Error! Bookmark not defined.

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
ISO	International Organization for Standardization
JCI	Joint Commission International
MAGNET	Magnet Recognition Program
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
WHO	World Health Organization

Εισαγωγή

Η κουλτούρα ασφάλειας είναι μια έννοια στο χώρο της υγείας που αντιπροσωπεύει ένα σύνολο αξιών, συμπεριφορών και στάσεων. Το νοσηλευτικό, ιατρικό και διοικητικό προσωπικό την ενστερνίζεται στο εργασιακό περιβάλλον προκειμένου να εκτελεστεί με ορθό τρόπο οποιαδήποτε επεμβατική και χειρουργική ενέργεια. Δεν ορίζεται ως τεχνοκρατική διαδικασία διότι απαιτεί ενσυναίσθηση και επαγγελματική ακεραιότητα, (Sorra and Nieva, 2004; Makary, M.A. et al., 2006). Τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς η ενίσχυση της κουλτούρας ασφάλειας είναι επιτακτική ανάγκη για την μείωση των δυσμενών συμβάντων και τον περιορισμό των λαθών. Ένα φαινόμενο που έχει παρατηρηθεί έντονα είναι ο φόβος των υπαλλήλων να κάνουν αναφορές σφαλμάτων στη διοίκηση με πρόσχημα τον στιγματισμό. Η προκατάληψη αυτή παρεμποδίζει την εξασφάλιση πρακτικών που είναι ωφέλιμες για τον ασθενή (Vincent, 2010).

Στο περιβάλλον του χειρουργείου έχουν παρατηρηθεί εμπόδια όπως: τα μεγάλα ποσοστά σε ανεπιθύμητα συμβάντα, η κακή επικοινωνία μεταξύ των μελών της χειρουργικής ομάδας, η ένταση εντός του χώρου του χειρουργείου και η έλλειψη σεβασμού και συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων (Κουτελέκος, 2017). Απαραίτητη προϋπόθεση για την ομαλή λειτουργία στο χειρουργικό περιβάλλον είναι η δημιουργία καλού εργασιακού κλίματος, η αλληλοκατανόηση, σεβασμό απέναντι στον συνάδελφο και τον ασθενή, καθώς και την προώθηση της ανοιχτής και ειλικρινούς επικοινωνίας. Άλλη μια βασική συνιστώσα είναι η εκπαίδευση ιδίως των νέων συνάδελφων αλλά και η ενεργή μάθηση των επαγγελματιών υγείας μέσα από την συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Η αντιμετώπιση των λαθών πρέπει να γίνεται με μη τιμωρητικά μέσα όπως η ανατροφοδότηση, η συζήτηση και εφαρμογή νέων πρακτικών που καλλιεργούν την κουλτούρα ασφάλειας (Marx, 2001; Reason, 2000).

Ο ιδιωτικός τομέας γενικότερα αλλά και ειδικότερα στο ελλαδικό χώρο πρωτοπορεί στην ενσωμάτωση νέων τεχνολογιών, στην υιοθέτηση διεθνών πρακτικών αλλά και στην αξιοποίηση πληροφοριακών συστημάτων, στη δημιουργία και κατασκευή νοσοκομειακών και ξενοδοχειακών υποδομών (El-Jardali, et al., 2011, Επιτροπή Ανταγωνισμού, 2025). Τα ιδιωτικά νοσοκομεία και θεραπευτήρια διαθέτουν τμήματα ποιότητας που σκοπός τους είναι να εξασφαλίζουν ασφαλή και ποιοτική παροχή υπηρεσιών. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω των διοικήσεων που χρησιμοποιούν συστήματα αξιολόγησης αλλά και επιστημονικά εργαλεία όπως το Hospital Survey on Patient Safety Culture (Hameed, et al., 2021)

Στον ιδιωτικό τομέα υγείας στην Ελλάδα, αρκετές μονάδες έχουν υιοθετήσει διεθνή πρότυπα ποιότητας, κυρίως μέσω πιστοποιήσεων ISO (ISO 2015). Οι πιστοποιήσεις αυτές παρέχονται από **διαπιστευμένους φορείς πιστοποίησης**, οι οποίοι ελέγχουν τα οργανωτικά συστήματα και τις διαδικασίες διασφάλισης ποιότητας. Παράλληλα, ένας περιορισμένος αλλά σημαντικός αριθμός νοσοκομειακών δομών στην Ελλάδα έχει λάβει τη διεθνή διαπίστευση από τον Joint Commission International (JCI). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το Νοσοκομείο Υγεία, το οποίο υπήρξε το πρώτο ίδρυμα στη χώρα που έλαβε και διατηρεί τη διεθνή διαπίστευση JCI Gold Seal of Approval, ενώ αντίστοιχες υψηλές πιστοποιήσεις και διεθνή πρότυπα διαθέτουν και άλλοι μεγάλοι οργανισμοί, όπως η Ευρωκλινική Αθηνών και το Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center. Ο JCI αποτελεί έναν διεθνώς αναγνωρισμένο οργανισμό αξιολόγησης, ο οποίος εξειδικεύεται στην αυστηρή πιστοποίηση της ασφάλειας και της ποιότητας των δομών υγείας παγκοσμίως (Joint Commission International 2020; ΕΣΥΔ, 2023).

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ελληνικό νοσοκομείο εγγεγραμμένο στο American Nurses Credentialing Center (ANCC). Ως αποτέλεσμα, καμία μονάδα υγείας στην Ελλάδα δεν έχει λάβει την πιστοποίηση MAGNET (American Nurses Credentialing Center, 2023).

Η πιστοποίηση MAGNET αποτελεί ένα διεθνές πλαίσιο αξιολόγησης που εστιάζει αποκλειστικά στη νοσηλευτική ποιότητα και απονέμεται από το ANCC. Το συγκεκριμένο πρότυπο δεν περιορίζεται σε διοικητικά κριτήρια, αλλά αξιολογεί τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων, εφαρμόζουν τεκμηριωμένες πρακτικές και συμβάλλουν στη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών.

Οργανισμοί που φέρουν τη διάκριση MAGNET χαρακτηρίζονται από ενισχυμένη επαγγελματική αυτονομία, διαρκή εκπαίδευση του προσωπικού και κουλτούρα συνεχούς βελτίωσης, στοιχεία που συνδέονται διεθνώς με καλύτερα κλινικά αποτελέσματα και υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης ασθενών (ISO, 2015; ISO, 2022; Joint Commission International, 2025; Alkhenizan and Shaw, 2011).

Η διαπίστευση JCI αντιπροσωπεύει το κορυφαίο πρότυπο για την ασφάλεια και την ποιότητα στις δομές υγείας, καθώς προϋποθέτει αυστηρούς ελέγχους και κανόνες με σκοπό την εξασφάλιση μιας εξατομικευμένης και ολιστικής παροχής φροντίδας. Στα βασικά κριτήρια αυτής της διαπιστευτικής διαδικασίας περιλαμβάνονται η συνεχιζόμενη

εκπαίδευση των εργαζομένων, καθώς και η αναφορά συμβάντων με τρόπο εποικοδομητικό και μη τιμωρητικό, ενισχύοντας παράλληλα τη διαφάνεια (Joint Commission International, 2025).

Η ύπαρξη τέτοιων διαπιστεύσεων (της επίσημης βεβαίωσης από έναν αρμόδιο εθνικό ή διεθνή οργανισμό ότι μια μονάδα υγείας διαθέτει την τεχνική επάρκεια και την ικανότητα να εφαρμόζει συγκεκριμένα πρότυπα) και η ένταξη σε διεθνή δίκτυα ποιότητας δεν είναι μόνο τεκμήριο επιτυχίας, αλλά λειτουργεί ως κινητήριος δύναμη για αυτοβελτίωση. Αυτό προϋποθέτει ενεργή συμμετοχή όλου του προσωπικού, ενισχύει τη συλλογική ευθύνη και κατοχυρώνει διαρκείς κύκλους ανάπτυξης και αναθεώρησης, ενώ ταυτόχρονα καλλιεργεί κλίμα εμπιστοσύνης στους ασθενείς (Marx, 2001; Vincent, 2011).

Παρά τις αντικειμενικές προκλήσεις η εξισορρόπηση επιχειρηματικών στόχων με ταυτόχρονη εξασφάλιση της ασφάλειας, η παγίωση κουλτούρας δικαιοσύνης (just culture), η εξατομίκευση της φροντίδας και η αντιμετώπιση του φαινομένου της εμπορευματοποίησης της υγείας, οι σύγχρονες ιδιωτικές κλινικές και θεραπευτήρια στην Ελλάδα και διεθνώς αναδεικνύουν πως η ολιστική υιοθέτηση της κουλτούρας ασφάλειας με διεθνή πρότυπα είναι εφικτή και αναγκαία (Επιτροπή Ανταγωνισμού, 2025; Joint Commission International, 2025; El-Jardali, et al., 2011).

Εν κατακλείδι, η διερεύνηση της κουλτούρας ασφάλειας στα χειρουργεία του ιδιωτικού τομέα αναδεικνύει τις συνεχιζόμενες εξελίξεις και τις βέλτιστες πρακτικές στη διαχείριση ασφάλειας, επισημαίνει την ανάγκη ενίσχυσης των επαγγελματιών, την προώθηση του δημόσιου διάλογου για την ποιότητα υγείας και αναβαθμίζει την ασφάλεια, την εμπειρία και την εμπιστοσύνη του ασθενούς (Vincent, 2010; WHO, 2020).

1. Κουλτούρα Ασφάλειας και Ασφάλεια Ασθενών στο Πλαίσιο της Ποιότητας

1.1 Ποιότητα στην υγεία και η θέση της ασφάλειας

Η ασφάλεια των ασθενών εξασφαλίζεται μέσω της ποιοτικής φροντίδας. Η πρόληψη είναι το οικοδόμημα ενός συστήματος υγείας που εδραιώνει την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Ο άμεσος στόχος είναι η αποφυγή των ανεπιθύμητων συμβάντων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας περιγράφει την ασφάλεια ως ένα πολυδιάστατο σύστημα μέτρων που δημιουργεί συνθήκες εργασίας χωρίς λάθη, ιδιαίτερα σε χώρους υγειονομικού ενδιαφέροντος, όπως ο χώρος των χειρουργείων με δικλίδες ασφάλειας (το πρωτόκολλο WHO Surgical Safety Checklist (World Health Organization, 2009)). Η δημιουργία κουλτούρας ασφάλειας εσωκλείει συστημικούς και ανθρωποκεντρικούς παράγοντες όπως η επικοινωνία και η ομαδική εργασία. Ο χώρος των χειρουργείων στον ιδιωτικό τομέα στοχεύει στη μείωση λαθών που προκύπτουν από ανθρώπινο παράγοντα, στη βελτιστοποίηση των διαδικασιών αλλά και στη δημιουργία υγιούς ανταγωνισμού.

1.2 Ορισμοί και εννοιολογικό πλαίσιο

1.2.1 Ορισμός ασφάλειας ασθενών

Ο Avedis Donabedian (1919-2000), αρμενικής καταγωγής γεννημένος στη Βηρυτό, υπήρξε κορυφαίος καθηγητής Δημόσιας Υγείας στο Πανεπιστήμιο του Μίσιγκαν και θεωρείται ο «πατέρας» της μελέτης της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη. Η συνεισφορά του στο πεδίο της διοίκησης υπηρεσιών υγείας είναι θεμελιώδης, καθώς ήταν ο πρώτος που επιχείρησε να ορίσει και να μετρήσει την ποιότητα με συστηματικό τρόπο (Best and Neuhauser, 2004).

Το 1966, ο Donabedian παρουσίασε ένα εννοιολογικό πλαίσιο για την αξιολόγηση της ποιότητας, το οποίο αργότερα εξελίχθηκε στο παγκοσμίως αναγνωρισμένο μοντέλο «Δομή - Διαδικασία - Αποτέλεσμα» (Donabedian, 1988). Σύμφωνα με αυτό το τρίπτυχο, η ποιότητα δεν είναι μια αφηρημένη έννοια, αλλά το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης τριών παραμέτρων:

1. Δομή (Structure): Περιλαμβάνει τα στατικά στοιχεία του συστήματος υγείας, όπως οι κτιριακές εγκαταστάσεις, ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, οι διοικητικές δομές

- και, κυρίως, τα προσόντα και η επάρκεια του ανθρώπινου δυναμικού (Donabedian, 1988).
2. Διαδικασία (Process): Αφορά το σύνολο των ενεργειών που λαμβάνουν χώρα κατά την παροχή φροντίδας. Περιλαμβάνει τη διάγνωση, τη θεραπευτική αγωγή, την εφαρμογή πρωτοκόλλων (όπως το *WHO Surgical Safety Checklist*) και την επικοινωνία μεταξύ ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενούς (World Health Organization, 2009).
 3. Αποτέλεσμα (Outcome): Αναφέρεται στις μεταβολές στην κατάσταση υγείας του ασθενούς που μπορούν να αποδοθούν στην παρεχόμενη φροντίδα, καθώς και στον βαθμό ικανοποίησης του ασθενούς από τις υπηρεσίες που έλαβε (Donabedian, 1988).

Η βασική θέση του Donabedian είναι ότι η καλή δομή αυξάνει την πιθανότητα μιας καλής διαδικασίας, η οποία με τη σειρά της αυξάνει την πιθανότητα ενός θετικού αποτελέσματος. Ωστόσο, ο ίδιος επισήμανε ότι μια επαρκής δομή μπορεί να στελεχώνεται από ικανό προσωπικό, αλλά οι οργανωσιακές αδυναμίες ενδέχεται να υπονομεύουν τη συνολική ποιότητα της φροντίδας (Donabedian, 1966).

Συνεπώς, η κουλτούρα ασφάλειας αναδεικνύεται ως μια πολυδιάστατη έννοια που διατρέχει ολόκληρο το μοντέλο του Donabedian. Το πρώτο βασικό στοιχείο είναι η δομή και η λειτουργία ενός συστήματος. Το δεύτερο είναι η επικοινωνία που διατηρούν οι επαγγελματίες υγείας μεταξύ τους, η τήρηση των πρωτοκόλλων και η αποφυγή ανεπιθύμητων συμβάντων (Sammer et al., 2010; Singer and Vogus, 2013). Στο χειρουργικό περιβάλλον το φαινόμενο αυτό είναι πιο έντονο, καθώς οι γρήγοροι ρυθμοί εργασίας, η στενή συνεργασία μεταξύ των ειδικοτήτων και ο αυξημένος κίνδυνος ανεπιθύμητων συμβάντων καθιστούν απαραίτητη την ανάπτυξη μιας σταθερής κουλτούρας ασφάλειας, με στόχο τον περιορισμό των λαθών και τη διατήρηση υψηλής ποιότητας φροντίδας (Pronovost, et al., 2006; Haynes et al., 2009).

Στο τρίπτυχο του Donabedian η δομή σχετίζεται με τη φροντίδα και την τοποθετεί στη βάση της ποιότητας. Η δομή περιλαμβάνει τις υποδομές, τα κτίρια, τους χώρους, την υγιεινή, την πρόσβαση, την ασφάλεια του ασθενή, τον ιατροτεχνικό εξοπλισμό, τον εργαστηριακό εξοπλισμό, το ανθρώπινο δυναμικό (ιατρονοσηλευτικό προσωπικό) την οργάνωση, τη διοίκηση τα πρωτόκολλα, τη διαθεσιμότητα πόρων, τη χρηματοδότηση, τις πολιτικές υγείας

και ασφάλειας. Η καλή δομή μέσα σε ένα σύστημα υγείας συμβάλλει στην τήρηση των σωστών διαδικασιών ενώ η κακή δομή μπορεί να έχει καλό προσωπικό αλλά να διατηρεί χαμηλή την ποιότητα. Η κουλτούρα ασφάλειας λειτουργεί υποστηρικτικά, καθώς ένα περιβάλλον που ενθαρρύνει τη συνεργασία, τη σαφή κατανομή ρόλων και την αναφορά συμβάντων δημιουργεί τις προϋποθέσεις για ασφαλέστερη πρακτική (Donabedian, 1988; Sammer et al., 2010).

Η φάση της διαδικασίας πραγματεύεται τη σχέση παρόχου με ασθενή. Η διαδικασία ως μέρος του τρίπτυχου μοντέλου διαθέτει τις κλινικές πράξεις (διάγνωση, θεραπεία, επεμβάσεις) τους σωστούς, εγκύρους και αξιόπιστους διαγνωστικούς ελέγχους, την πιστή τήρηση των κατευθυντήριων οδηγιών, τις evidence based πρακτικές, τον συντονισμό, την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση, την θεραπεία και την πρόληψη λοιμώξεων. Η διαδικασία πρεσβεύει την πραγματική ποιότητα. Στην περίπτωση των χειρουργείων, η κουλτούρα ασφάλειας επηρεάζει άμεσα τη καθημερινή συμπεριφορά της ομάδας: πώς γίνεται η επικοινωνία, πώς τηρούνται τα πρωτόκολλα, αν εφαρμόζονται εργαλεία όπως η χειρουργική λίστα ελέγχου του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας και σε ποιο βαθμό υπάρχει ουσιαστική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών (Haynes et al., 2009; Singer & Vogus, 2013).

Το κριτήριο του αποτελέσματος έχει αντίκτυπο στην υγεία του ασθενή. Ο Donabedian το αξιολογεί ως το πιο κρίσιμο διότι σχετίζεται με τα κλινικά αποτελέσματα, τη λειτουργική κατάσταση του ασθενή, την ποιότητα ζωής του, την ικανοποίησή του, την ασφάλεια του αλλά την οικονομική επιβάρυνση που υφίστανται. Έρευνες έχουν δείξει ότι όταν μια ομάδα διαθέτει καλά εδραιωμένη κουλτούρα ασφάλειας, μειώνονται τα ανεπιθύμητα συμβάντα, οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις και άλλες επιπλοκές, ενώ βελτιώνονται συνολικά τα κλινικά αποτελέσματα και η εμπειρία του ασθενούς (Pronovost et al., 2006; Singer & Vogus, 2013).

1.2.2 Ποιότητα και συστημική προσέγγιση της ασφάλειας

Η συστημική προσέγγιση είναι εξίσου σημαντική, διότι τα συστήματα υγείας συχνά λανθασμένα θεωρούν ότι η ποιότητα αποτελεί αποκλειστικά ατομική υπόθεση και ευθύνη των επαγγελματιών υγείας. Σε ένα περιβάλλον όπου καλλιεργείται θετική κουλτούρα ασφάλειας, ενισχύονται η συνεργασία, η ανοιχτή επικοινωνία και η συνεχής μάθηση. Τα λάθη δεν αντιμετωπίζονται με τιμωρητική διάθεση, αλλά αναλύονται συστηματικά, ώστε να βελτιώνονται οι διαδικασίες και οι κλινικές πρακτικές (Sorra, & Nieva 2004; Marx, 2001). Η εκπαιδευτική και μη τιμωρητική κουλτούρα στους οργανισμούς υγείας έχει τη

δυνατότητα να βελτιώνει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και να επηρεάζει θετικά τα αποτελέσματα των ασθενών και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών. Η εφαρμογή συστημικών εργαλείων, όπως διαδικασίες ελέγχου, πρωτόκολλα ασφάλειας και ηλεκτρονικά συστήματα παρακολούθησης, ενισχύει τη διαφάνεια, επιτρέπει τον έγκαιρο εντοπισμό κρίσιμων τομέων που απαιτούν παρεμβάσεις και συμβάλλει στη σταδιακή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Braithwaite et al., 2017; Marx, 2001).

1.2.3 Η έννοια του λάθους και του ανεπιθύμητου συμβάντος

Στους υγειονομικούς χώρους, το λάθος αναφέρεται ως κάθε ενέργεια ή παράλειψη των επαγγελματιών υγείας που αποκλίνει από τα καθιερωμένα κλινικά πρότυπα και τείνει να οδηγεί σε ανεπιθύμητα συμβάντα (Reason, 1990/2000). Τα συμβάντα αυτά αφορούν πιθανές βλάβες που συμβαίνουν στον ασθενή και όχι επιπλοκές που σχετίζονται με την πορεία της νόσου, όπως π.χ. οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις. Οι διεθνείς μελέτες έχουν δείξει ότι περίπου το 3–17% των νοσηλευόμενων ασθενών έχει βιώσει τουλάχιστον ένα τέτοιο συμβάν (Zegers et al., 2011 ; Leape, 1994).

Η αναφορά λαθών αποτελεί ίσως το κρίσιμότερο εργαλείο για την πρόληψη και την αποτροπή επαναλαμβανόμενων περιστατικών. Η διαδικασία διερεύνησης λαθών και η δυνατότητα συλλογικής μάθησης οδηγούν στην ανάλυση βαθύτερων αιτίων (root cause analysis). Τα στατιστικά στοιχεία αναδεικνύουν ότι στην Ελλάδα τα ποσοστά αναφοράς παραμένουν χαμηλά (10–20%), λόγω του φόβου της τιμωρίας, της έλλειψης θεσμικών πλαισίων προστασίας και της ανεπαρκούς ανάπτυξης κουλτούρας ασφάλειας (Καπάκη, 2015; Αγγελή & Καπάκη, 2020). Η τιμωρητική αντίληψη δεν επιτρέπει την αντιμετώπιση του λάθους συλλογικά, αλλά το μετατοπίζει σε ατομικό επίπεδο. Η προσέγγιση αυτή αποδίδει το λάθος αποκλειστικά στον ανθρώπινο παράγοντα, αγνοώντας τις πολύπλευρες συστημικές αιτίες, περιορίζοντας έτσι την αποτελεσματική διαχείρισή του (Raftopoulos and Pavlakis, 2013)

Η φιλοσοφία της δίκαιης κουλτούρας (just culture) ενθαρρύνει τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν αστοχίες, λάθη και συμβάντα, καθώς γνωρίζουν ότι ο οργανισμός θα τα αντιμετωπίσει με δικαιοσύνη, διαφάνεια και έμφαση στη μάθηση, αντί να επικεντρώνεται στην επιβολή ευθυνών (Marx, 2001). Σε παγκόσμιο επίπεδο, τα νοσοκομεία που εφαρμόζουν κουλτούρα δικαιοσύνης εμφανίζουν 2–3 φορές υψηλότερα ποσοστά

αναφορών και μείωση έως 30% σε επαναλαμβανόμενα συμβάντα (Αναστασίου, 2017). Σε αντίστοιχη ελληνική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της Εθνικής Στρατηγικής για την Ασφάλεια των Ασθενών στην Ελλάδα (Υπουργείο Υγείας, 2025) επισημαίνεται η ανάγκη για ασφαλή, μη τιμωρητικά συστήματα αναφοράς, ώστε να θεμελιωθεί μια κουλτούρα διαρκούς βελτίωσης.

Η αναφορά, για να χαρακτηριστεί αποτελεσματική, χρειάζεται την ενεργή στήριξη της διοίκησης, τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση, την εύκολη και αποτελεσματική διαδικασία καταγραφής λαθών και συμβάντων, την κατηγοριοποίηση προτεραιοτήτων μέσω οργανωμένων συστημάτων αναφοράς, καθώς και τη συνεχή ανατροφοδότηση (Singer et al., 2009). Η ουσιαστική επιτυχία των συστημάτων υγείας είναι η μετάβαση από την κουλτούρα επίρριψης ευθυνών στην κουλτούρα μάθησης. Η διαδικασία αυτή πρέπει να είναι σταδιακή και να παρέχει χρόνο προσαρμογής. Έχει παρατηρηθεί ότι οι οργανισμοί με ώριμες πρακτικές αναφοράς και συνεχή βελτίωση εμφανίζουν μείωση ανεπιθύμητων συμβάντων της τάξης του 15–40% (Agency for Healthcare Research and Quality, 2019; Profit et al., 2016).

1.2.4 Διαχωρισμός σφάλματος, βλάβης, κινδύνου

Ο Reason (1990) διαχωρίζει τις εννοιές (σφάλμα, βλάβη, κίνδυνος) όχι μόνο ως προς το αποτέλεσμα, αλλά κυρίως ως προς τη μηχανική τους (πως και γιατί συνέβησαν). Ο σαφής διαχωρισμός τους αποτελεί θεμέλιο για την ανάπτυξη μιας συνεκτικής κουλτούρας ασφάλειας. Οι έννοιες αυτές ορίζονται εκτενώς ως εξής :

Σφάλμα (Error): Σύμφωνα με τον Reason, το σφάλμα ορίζεται ως η αποτυχία των προγραμματισμένων ενεργειών να επιτύχουν το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Χαρακτηρίζεται ως μια πράξη που αποκλίνει από το ορθό, όπως η λανθασμένη χορήγηση φαρμάκου ή η παράλειψη εφαρμογής πρωτοκόλλων. Ο Reason διακρίνει τα σφάλματα σε ενεργείς αποτυχίες (active failures), που είναι τα άμεσα λάθη των υγειονομικών (π.χ. λάθος μετάγγιση), και προκύπτουν συχνά από συνθήκες όπως η επαγγελματική εξουθένωση ή η κακή επικοινωνία.

Βλάβη (Harm): Αντιπροσωπεύει την πραγματική ζημιά ή επίπτωση που υφίσταται ο ασθενής, ο εξοπλισμός ή οι διαδικασίες. Η βλάβη είναι το τελικό αποτέλεσμα όταν ο

κίνδυνος και το σφάλμα ευθυγραμμιστούν, όπως για παράδειγμα μια αλλεργική αντίδραση σε αντιβιοτικό που χορηγήθηκε λανθασμένα.

Κίνδυνος (Risk): Ορίζεται ως η πιθανότητα εμφάνισης ενός αρνητικού αποτελέσματος ή βλάβης. Στο πλαίσιο του συστημικού μοντέλου, ο κίνδυνος ταυτίζεται με τις λανθάνουσες συνθήκες (latent conditions), δηλαδή τις προϋπάρχουσες αδυναμίες του συστήματος (π.χ. έλλειψη προσωπικού, ελαττωματικός εξοπλισμός) που αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης σφαλμάτων (Reason, 1990/2000).

Βασική προϋπόθεση είναι να μην συγχέεται το σφάλμα με τη βλάβη, ώστε να μην αποδίδεται τιμωρητική ευθύνη για ένα τυχαίο λάθος. Παράλληλα, η σύγχυση ανάμεσα σε κίνδυνο και σφάλμα δυσχεραίνει την αποτελεσματική αντιμετώπιση συστημικών προβλημάτων. Ο σαφής διαχωρισμός αυτών των εννοιών ενισχύει την πρόληψη και τη θωράκιση του συστήματος υγείας (Reason, 1990/2000).

Το εργαλείο αξιολόγησης Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) της Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ (AHRQ, 2019) αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο που χαρτογραφεί την κουλτούρα ασφάλειας σε έναν οργανισμό. Μέσω της συμπλήρωσής του αποτυπώνεται η αντίληψη του προσωπικού σχετικά με την ασφάλεια, τα σημεία που λειτουργούν αποτελεσματικά, τα προβληματικά πεδία, καθώς και τα επίπεδα φόβου αναφοράς λαθών και οι περιοχές αυξημένου κινδύνου. Αντίστοιχα, η εφαρμογή του WHO Surgical Safety Checklist αποτελεί μια λίστα ασφάλειας που χρησιμοποιείται στο χειρουργείο πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την επέμβαση. Έχει αποδειχθεί ότι η χρήση της μειώνει τα χειρουργικά λάθη, τις λοιμώξεις, τις επιπλοκές και τη θνητότητα, προάγοντας τη διατμηματική συνεργασία, την επικοινωνία και την τήρηση κρίσιμων σταδίων προετοιμασίας (Haynes et al., 2009; Makary et al., 2006). Τα εργαλεία Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) και WHO Surgical Safety Checklist δεν αποτελούν απλές λίστες ή διαδικασίες αξιολόγησης, αλλά ολοκληρωμένα συστήματα που προωθούν την τυποποίηση διαδικασιών, τη διαφάνεια, την εκπαίδευση του προσωπικού και τη συμμετοχή της διοίκησης.

Τα εργαλεία Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) και WHO Surgical Safety Checklist έχουν ιδιαίτερη αξία σε περιβάλλοντα υψηλού κινδύνου, όπως τα χειρουργεία, οι μονάδες εντατικής θεραπείας και τα τμήματα τεχνητού νεφρού, όπου η

πολυπλοκότητα, η ένταση της εργασίας και η ανάγκη συνεργασίας πολλών ειδικοτήτων αυξάνουν την πιθανότητα σφαλμάτων. Έρευνα έχει αναδείξει ότι η ισχυρή κουλτούρα ασφάλειας στα κλειστά τμήματα συμβάλλει στη βελτίωση της ομαδικής λειτουργίας, στην ορθή εκτέλεση των διαδικασιών, στη μείωση των επιπλοκών και στην ενίσχυση της αναφοράς λαθών με στόχο τη διόρθωσή τους (Καλμανίδου, 2025).

1.3 Η εξέλιξη της έννοιας της κουλτούρας ασφάλειας

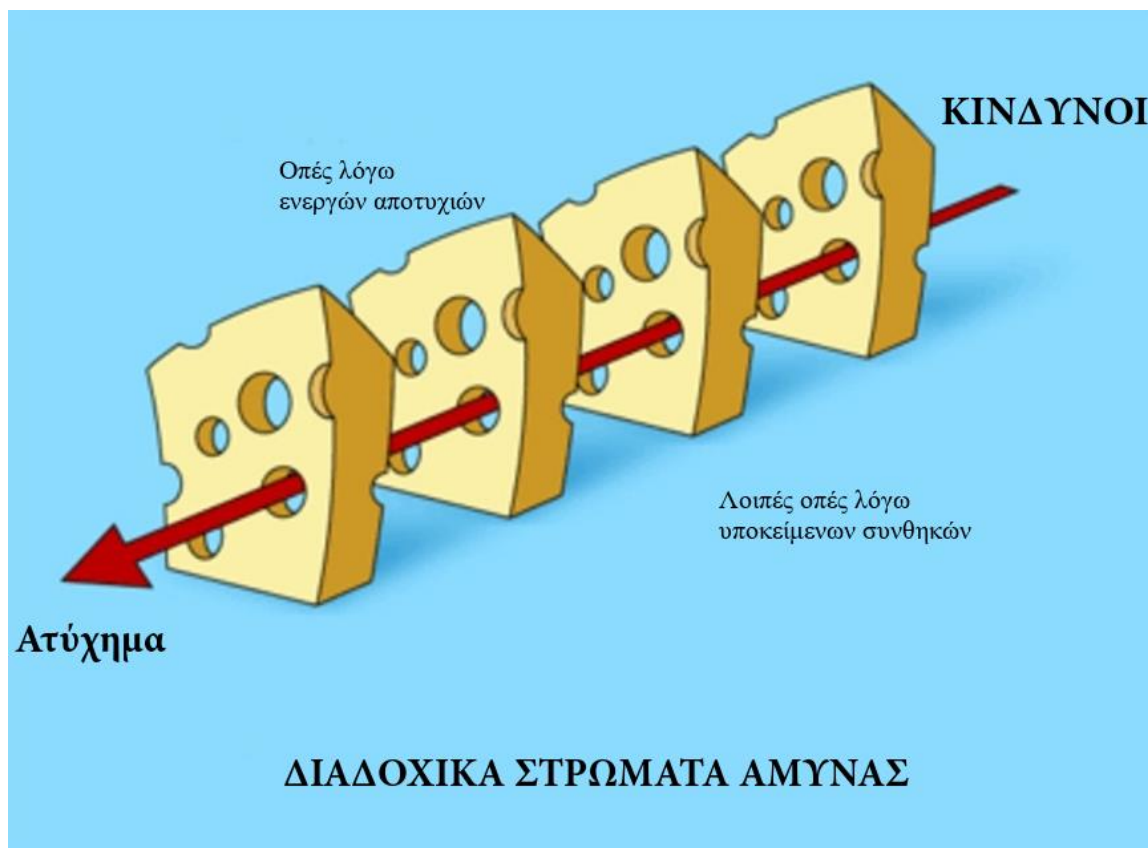
Η εξέλιξη της έννοιας της κουλτούρας ασφάλειας άρχισε να διαμορφώνεται τη δεκαετία του 1980, μετά από μεγάλα βιομηχανικά ατυχήματα, όπως το πυρηνικό ατύχημα στο Τσερνόμπιλ (1986), και στη συνέχεια επεκτάθηκε στο χώρο της υγειονομικής φροντίδας. Το γεγονός αυτό ευαισθητοποίησε τους ειδικούς, οδηγώντας στην κατανόηση ότι τα ατυχήματα δεν οφείλονται αποκλειστικά σε ατομική ευθύνη, αλλά σε συστημικές παραλείψεις και σφάλματα. Ο Kohn et al. (2000) εισήγαγε την έννοια των «οργανωτικών παθογενειών», δηλαδή των κρυφών αδυναμιών που αναπτύσσονται εντός ενός οργανισμού, ενώ ο Reason (1990/1997) παρουσίασε το μοντέλο του ελβετικού τυριού.

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, ένα σύστημα διαθέτει πολλαπλά επίπεδα άμυνας, όπως πρωτόκολλα, ελέγχους και διαδικασίες. Κάθε επίπεδο περιλαμβάνει «οπές» (αδυναμίες), και όταν αυτές ευθυγραμμιστούν, μπορεί να προκύψει ένα σοβαρό συμβάν. Η προσέγγιση αυτή αναδεικνύει τη σημασία των συστημικών σφαλμάτων (Reason, 2000).

Η θεωρητική αυτή προσέγγιση συνέβαλε στη μετατόπιση των οργανισμών υγείας από τη λογική του «ποιος φταίει» στη λογική του «τι στο σύστημα δεν λειτούργησε», προωθώντας μια πιο ώριμη και θετική κουλτούρα ασφάλειας. Οι οργανισμοί αναγνώρισαν την ανάγκη βελτίωσης των διαδικασιών, ενίσχυσης της επικοινωνίας, εκπαίδευσης του προσωπικού και παροχής κινήτρων για την αναφορά συμβάντων (Reason, 1997).

Το μοντέλο του Reason θεωρείται ιδιαίτερα αποτελεσματικό σε περιβάλλοντα υψηλής πολυπλοκότητας, όπως τα χειρουργεία, όπου συνεργάζονται επαγγελματίες από πολλές ειδικότητες, οι ρυθμοί είναι έντονοι και οι τεχνικές απαιτήσεις υψηλές, αυξάνοντας την πιθανότητα σφαλμάτων. Το λάθος σπάνια αποτελεί μεμονωμένο περιστατικό· συνήθως αποτελεί την έκφραση συσσωρευμένων συστημικών αδυναμιών, όπως η πίεση χρόνου, η κόπωση, η ανεπαρκής επικοινωνία και η μη τήρηση πρωτοκόλλων. Η αντίληψη αυτή έχει

επηρεάσει τα συστήματα αναφοράς συμβάντων, τη χρήση checklists, την ομαδική επικοινωνία και τη σύγχρονη κουλτούρα ασφάλειας.



Εικόνα 1. Το μοντέλο του ελβετικού τυριού που διατυπώθηκε το 1997 από τον Reason (Reason, 1997)

Η έννοια της κουλτούρας ασφάλειας εξελίχθηκε παράλληλα με τη θεωρία των High Reliability Organizations (HROs) (Weick & Roberts, 1993). Οργανισμοί, όπως τα πυρηνικά εργοστάσια, ανέπτυξαν την ικανότητα να λειτουργούν με υψηλά επίπεδα ασφάλειας. Η ασφάλεια σε τέτοιους οργανισμούς προϋποθέτει κοινή νοοτροπία, επαγγελματισμό, συνεχή μάθηση και ομαδικότητα. Σημαντικό ορόσημο για το χώρο της υγείας αποτέλεσε η έκθεση To Err is Human (Kohn, et al., 2000), η οποία ανέδειξε ότι χιλιάδες άνθρωποι στις ΗΠΑ πεθαίνουν από αποτρέψιμα ιατρικά λάθη, προκαλώντας έντονο προβληματισμό σχετικά με τις ευθύνες και τις αναγκαίες συστημικές αλλαγές.

Τα εργαλεία αξιολόγησης, όπως το Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), το Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) και το Patient Safety Climate in Healthcare

Organizations (PSCHO), συμβάλλουν στην παρακολούθηση της κουλτούρας ασφάλειας και έχουν αναδείξει διαφορές ακόμη και μεταξύ μονάδων του ίδιου νοσοκομείου (Pronovost et al., 2005). Επιπλέον, η σύγχρονη θεωρία Safety-II (Hollnagel, 2014) υπογραμμίζει ότι η ασφάλεια δεν περιορίζεται στην αποφυγή λαθών, αλλά σχετίζεται με την ικανότητα ενός συστήματος να επιτυγχάνει επιθυμητά αποτελέσματα ακόμη και υπό συνθήκες πολυπλοκότητας. Η προσέγγιση αυτή δίνει έμφαση στην προσαρμοστικότητα, την ανθεκτικότητα, τη συνεχή ανατροφοδότηση και την ενδυνάμωση των ομάδων. Δεν εστιάζει μόνο στις αποκλίσεις, αλλά και στους μηχανισμούς που επιτρέπουν στο σύστημα να επιτυγχάνει σταθερά θετικά αποτελέσματα.

Στην Ελλάδα, το ενδιαφέρον για την κουλτούρα ασφάλειας ενισχύθηκε σημαντικά μετά το 2010, με ιδιαίτερη έμφαση στην εφαρμογή δομημένων διαδικασιών, την εκπαίδευση του προσωπικού και τη συστηματική αναφορά συμβάντων, με στόχο τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας (Καπάκη, 2015). Το επίκεντρο της σύγχρονης προσέγγισης εστιάζεται στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τη λειτουργία αξιόπιστων συστημάτων αναφοράς λαθών, στοιχεία που θεωρούνται κρίσιμα για την ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών (Αγγελή & Καπάκη, 2020). Παράλληλα η Εθνική Στρατηγική για την Ποιότητα της Φροντίδας και την Ασφάλεια των Ασθενών 2025–2030 (Υπουργείο Υγείας, 2024) προωθεί την υιοθέτηση διεθνών προτύπων και δίνει έμφαση στην ανάπτυξη μιας δίκαιης κουλτούρας (just culture), η οποία απομακρύνεται από την τιμωρητική προσέγγιση του παρελθόντος.

1.4 Διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας

Η διεθνής πρακτική αξιοποίησης της κουλτούρας ασφάλειας στηρίζεται σε θεωρητικά μοντέλα και εργαλεία που βοηθούν τους οργανισμούς να κατανοήσουν σε ποιο επίπεδο βρίσκονται και πώς μπορούν να βελτιωθούν. Οι διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας ομαδοποιούνται και παρέχουν εργαλεία μέτρησης για διαφορετικά επίπεδα ανάλυσης. Τα πιο γνωστά εργαλεία είναι το HSOPSC και το SAQ, καθένα από τα οποία διαθέτει διαφορετική προσέγγιση και εστίαση.

Το Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) καλύπτει 12 κύριες διαστάσεις, οι οποίες μπορούν να χωριστούν σε:

- **Outcome measures:** περιλαμβάνουν τη συνολική αντίληψη ασφάλειας και τη συχνότητα αναφοράς συμβάντων, δηλαδή τα αποτελέσματα που επιτυγχάνει ένας

οργανισμός στον τομέα της ασφάλειας.

- **Independent measures:** αφορούν την ομαδική εργασία εντός και μεταξύ των μονάδων, την υποστήριξη από τη διοίκηση, την ανοιχτή επικοινωνία, το μη τιμωρητικό περιβάλλον, την ηγεσία της μονάδας, την επάρκεια προσωπικού, την προώθηση της ασφάλειας και τη διαχείριση των λαθών.

Αυτός ο διαχωρισμός προσφέρει μια ολιστική εικόνα του οργανισμού, επιτρέπει τη σύγκριση και την παρακολούθηση της προόδου και διευκολύνει τη διαδικασία benchmarking (Sorra & Nieva, 2004; AHRQ, 2019).

Το Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) εστιάζει σε έξι (6) βασικές διαστάσεις: το κλίμα ομαδικής εργασίας, το κλίμα ασφάλειας, τις αντιλήψεις για τη διοίκηση, την αναγνώριση του στρες, την ικανοποίηση από την εργασία και τις εργασιακές συνθήκες. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο σε κλινικά περιβάλλοντα υψηλής έντασης, όπως τα χειρουργεία, όπου οι στάσεις και οι αντιλήψεις του προσωπικού επηρεάζουν άμεσα την ασφάλεια (Sexton et al., 2006).

Η εφαρμογή αυτών των εργαλείων σε ιδιωτικά χειρουργεία παρουσιάζει πλεονεκτήματα, όπως καλύτερο εξοπλισμό και ταχύτερες διοικητικές διαδικασίες, αλλά και προκλήσεις. Συγκεκριμένα, οι εμπορικές πιέσεις και ο φόβος βλάβης της φήμης μπορούν να περιορίσουν τη διαφάνεια και την αναφορά συμβάντων, ενώ το υψηλό κόστος επένδυσης σε πρωτοβουλίες ασφάλειας αποτελεί πρόσθετο περιοριστικό παράγοντα (Sexton et al., 2006).

Για την αποτελεσματική εφαρμογή της κουλτούρας ασφάλειας στα ιδιωτικά χειρουργεία προτείνονται ορισμένες βασικές πρακτικές (Αγγελή & Καπάκη, 2020):

- **Ολιστική προσέγγιση:** Συνδυαστική χρήση του HSOPSC για οργανωσιακή ανάλυση και του SAQ για τη διερεύνηση στάσεων και ομαδικότητας, συμπληρωμένη με ποιοτικές μεθόδους (όπως συνεντεύξεις και ομάδες εστίασης) για καλύτερη ερμηνεία των δεδομένων.

- **Έμφαση στη μη τιμωρητικότητα και στην ψυχολογική ασφάλεια:**

Διαμόρφωση πολιτικών που προστατεύουν το προσωπικό από τιμωρητικές συνέπειες και ενθαρρύνουν τη μάθηση.

- **Εκπαίδευση και συνεχής επανεκπαίδευση:** Τακτικές εκπαιδεύσεις σε θέματα επικοινωνίας, διαχείρισης σφαλμάτων και CRM (Crew Resource Management).

- **Δείκτες και benchmarking:** Χρήση δεικτών εισροών (π.χ. στελέχωση, πόροι), διαδικασιών (π.χ. συχνότητα αναφοράς) και αποτελεσμάτων (π.χ. ανεπιθύμητα συμβάντα, δείκτες αντίληψης ασφάλειας), με καθορισμένα χρονοδιαγράμματα αξιολόγησης.
- **Ενσωμάτωση αλλαγών:** Ενσωμάτωση των ευρημάτων σε στρατηγικά σχέδια βελτίωσης της ποιότητας.

Η κουλτούρα ασφάλειας αποτελεί μια δυναμική και πολυδιάστατη έννοια, που συνδυάζει αξίες, συμπεριφορές και οργανωσιακές δομές. Η αποτελεσματική εφαρμογή της στα ιδιωτικά χειρουργεία προϋποθέτει τη χρήση επικυρωμένων εργαλείων μέτρησης, αξιόπιστες διαδικασίες αξιολόγησης, ισχυρή δέσμευση της διοίκησης, συνεχή μάθηση και πολιτικές που προάγουν τη μη τιμωρητική προσέγγιση (Υπουργείο Υγείας, 2025; Aletras et al., 2020).

1.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την κουλτούρα ασφάλειας

Η κουλτούρα ασφάλειας συγκροτείται από ένα σύμπλεγμα οργανωτικών, ανθρώπινων και περιβαλλοντικών παραγόντων. Οι δομές και οι διαδικασίες του οργανισμού, όπως η επάρκεια και η κατανομή του προσωπικού, η διαθεσιμότητα των πόρων και η σαφήνεια των κλινικών πρωτοκόλλων, διαμορφώνουν σε μεγάλο βαθμό την ικανότητά του να εντοπίζει και να διαχειρίζεται κινδύνους, καθώς και να προλαμβάνει την εμφάνιση λαθών (Καπάκη, 2015; Αγγελή & Καπάκη, 2020; Aletras et al., 2020).

Παράλληλα, οι στάσεις και οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας ως προς την ασφάλεια επηρεάζουν άμεσα τόσο την καθημερινή τους πρακτική όσο και την προθυμία τους να αναγνωρίζουν και να αναφέρουν ανεπιθύμητα συμβάντα. Η αναγνώριση και η διαχείριση του επαγγελματικού στρες, η εμπιστοσύνη στη διοίκηση και η ενίσχυση της διεπιστημονικής συνεργασίας έχουν συσχετιστεί με ευνοϊκό κλίμα ασφάλειας και μείωση της πιθανότητας σφαλμάτων (Αντωνάκος και συν., 2021; Aletras et al., 2020).

Ιδιαίτερη σημασία έχει και ο τρόπος με τον οποίο το σύστημα αντιμετωπίζει τα σφάλματα. Η ύπαρξη μη τιμωρητικής κουλτούρας ενθαρρύνει την ανοιχτή αναφορά συμβάντων και διευκολύνει τη συλλογική μάθηση από αυτά, σε αντίθεση με τιμωρητικές προσεγγίσεις που οδηγούν σε απόκρυψη λαθών (Πετρής, 2023; Aletras et al., 2020). Επιπλέον, η κουλτούρα

ασφάλειας δεν διαμορφώνεται μόνο εντός του οργανισμού, αλλά επηρεάζεται από κανονιστικές ρυθμίσεις, πρότυπα ποιότητας, διαδικασίες διαπίστευσης και μηχανισμούς σύγκρισης επιδόσεων, οι οποίοι θέτουν συγκεκριμένα κριτήρια και δημιουργούν κίνητρα για συνεχή βελτίωση (Υπουργείο Υγείας, 2025; Επιτροπή Ανταγωνισμού, 2025).

Τέλος, η συστηματική εκπαίδευση και η διαρκής ευαισθητοποίηση του προσωπικού σε θέματα διαχείρισης κινδύνου, κλινικής επικοινωνίας και αναφοράς συμβάντων αποτελούν βασικό μοχλό για την ενίσχυση μιας θετικής κουλτούρας ασφάλειας. Μέσω στοχευμένων προγραμμάτων επιμόρφωσης και ανατροφοδότησης, οι επαγγελματίες υγείας αποκτούν τις γνώσεις και τις δεξιότητες που απαιτούνται για τη συνεχή βελτίωση των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων φροντίδας (Αναστασίου 2017; Raftopoulos and Pavlakis 2013).

1.6 Ο ρόλος της διοίκησης και της ηγεσίας στην ασφάλεια

Η ηγεσία και η διοίκηση διαδραματίζουν κομβικό ρόλο στη διαμόρφωση και τη διατήρηση της κουλτούρας ασφάλειας σε έναν οργανισμό υγείας. Όταν η διοίκηση δεσμεύεται έμπρακτα για την ασφάλεια των ασθενών, διατυπώνει με σαφήνεια τις πολιτικές και τις προτεραιότητές της και ευθυγραμμίζει τους στρατηγικούς στόχους με τις καθημερινές πρακτικές, διαμορφώνεται ένα εργασιακό περιβάλλον στο οποίο η ασφάλεια αναδεικνύεται σε κεντρική αξία και όχι σε αποσπασματική δραστηριότητα (Καπάκη, 2015; Αγγελή & Καπάκη, 2020).

Η ηγεσία ασκεί άμεση επίδραση σε σημαντικές οργανωτικές παραμέτρους, συμπεριλαμβανομένων της διάθεσης και της κατανομής των πόρων, της στελέχωσης των τμημάτων και της αναθεώρησης των κλινικών πρωτοκόλλων. Παράλληλα, η ενεργός συμμετοχή της στη διερεύνηση των σφαλμάτων και η θεσμοθέτηση μη τιμωρητικών πρακτικών ενισχύουν την ψυχολογική ασφάλεια των επαγγελματιών υγείας και διευκολύνουν την ανοικτή συζήτηση και την αναφορά των συμβάντων (Πετρής, 2023; Αντωνάκος και συν., 2021).

Επιπρόσθετα, η διοίκηση φέρει την κύρια ευθύνη για τον σχεδιασμό, την υλοποίηση και την παρακολούθηση συστημάτων αναφοράς συμβάντων, καθώς και για την αξιοποίηση των δεδομένων τους με στόχο τη βελτίωση των διαδικασιών και τη συστηματική πρόληψη μελλοντικών σφαλμάτων (Υπουργείο Υγείας, 2025). Η σταθερή υποστήριξη από τη

διοίκηση συνδέεται με την ανάπτυξη ηγετικών δεξιοτήτων σε όλα τα επίπεδα του προσωπικού, ενισχύοντας την αίσθηση υπευθυνότητας, την αποτελεσματική επικοινωνία και τη διεπιστημονική συνεργασία, στοιχεία που αποτελούν θεμέλιο για τη θετική κουλτούρα ασφάλειας και την επίτευξη υψηλών προδιαγραφών φροντίδας (Raftopoulos and Pavlakis 2013).

Η ηγεσία ασκεί άμεση επίδραση σε σημαντικές οργανωτικές παραμέτρους, συμπεριλαμβανομένων της διάθεσης και της κατανομής των πόρων, της στελέχωσης των τμημάτων και της αναθεώρησης των κλινικών πρωτοκόλλων. Παράλληλα, η ενεργός συμμετοχή της στη διερεύνηση των σφαλμάτων και η θεσμοθέτηση μη τιμωρητικών πρακτικών ενισχύουν την ψυχολογική ασφάλεια των επαγγελματιών υγείας και διευκολύνουν την ανοικτή συζήτηση και την αναφορά των συμβάντων (Πετρής, 2023; Αντωνάκος και συν., 2021).

Επιπρόσθετα, η διοίκηση φέρει την κύρια ευθύνη για τον σχεδιασμό, την υλοποίηση και την παρακολούθηση συστημάτων αναφοράς συμβάντων, καθώς και για την αξιοποίηση των δεδομένων τους με στόχο τη βελτίωση των διαδικασιών και τη συστηματική πρόληψη μελλοντικών σφαλμάτων (Υπουργείο Υγείας, 2025). Η σταθερή υποστήριξη από τη διοίκηση συνδέεται με την ανάπτυξη ηγετικών δεξιοτήτων σε όλα τα επίπεδα του προσωπικού, ενισχύοντας την αίσθηση υπευθυνότητας, την αποτελεσματική επικοινωνία και τη διεπιστημονική συνεργασία, στοιχεία που αποτελούν θεμέλιο για τη θετική κουλτούρα ασφάλειας και την επίτευξη υψηλών προτύπων φροντίδας (Raftopoulos and Pavlakis 2013).

1.6.1 Προτυποποίηση διαδικασιών

Η προτυποποίηση των διαδικασιών αποτελεί βασικό εργαλείο της διοίκησης για τη διασφάλιση συνεπών και ασφαλών κλινικών πρακτικών. Η θέσπιση σαφώς καθορισμένων πρωτοκόλλων, οδηγιών και ροών εργασίας μειώνει την πιθανότητα ανθρώπινου σφάλματος, περιορίζει τις ανεπιθύμητες αποκλίσεις και ενισχύει την ομοιομορφία των πρακτικών μεταξύ διαφορετικών μονάδων και τμημάτων (Vincent, 2010 ; Raftopoulos and Pavlakis 2013).

Στο πλαίσιο των ιδιωτικών χειρουργείων, η προτυποποίηση συνδέεται στενά με την αποδοτική αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων και του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, ενώ παράλληλα διευκολύνει τη συστηματική παρακολούθηση δεικτών ποιότητας και την έγκαιρη ανάδειξη περιοχών που απαιτούν στοχευμένες παρεμβάσεις βελτίωσης (Επιτροπή Ανταγωνισμού, 2025; Υπουργείο Υγείας, 2025). Με αυτόν τον τρόπο, η συνεπής εφαρμογή προκαθορισμένων διαδικασιών δεν συμβάλλει μόνο στην ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών, αλλά και στην ορθολογική οργάνωση και την ομαλή λειτουργία του χειρουργείου.

1.7 Αναφορά λαθών και κουλτούρα δικαιοσύνης

Η αναφορά λαθών αποτελεί θεμελιώδες στοιχείο για τη διασφάλιση της ασφάλειας των ασθενών, καθώς επιτρέπει τη συστηματική καταγραφή, αναγνώριση και διερεύνηση των σφαλμάτων που ανακύπτουν στην κλινική πρακτική. Η μετάβαση από την παραδοσιακή κουλτούρα επίρριψης ευθυνών θα πρέπει να πάμε σε ένα πλαίσιο μάθησης και συστημικών βελτιώσεων το οποίο συνιστά βασική αρχή της κουλτούρας δικαιοσύνης (Just Culture). Η προσέγγιση αυτή δεν συνεπάγεται κατάργηση της λογοδοσίας, αλλά διαχωρίζει με σαφήνεια τα αναπόφευκτα ή μη σκόπιμα λάθη από τις σοβαρές παραβιάσεις κανόνων. Όπως επισημαίνει ο Marx (2001), η Just Culture συνδυάζει τη δικαιοσύνη με την υπευθυνότητα, δημιουργώντας ένα περιβάλλον όπου οι επαγγελματίες μπορούν να αναφέρουν λάθη χωρίς φόβο τιμωρίας, εφόσον δεν υπάρχει συνειδητή ή απερίσκεπτη παραβίαση κανόνων.

Στο πλαίσιο αυτό, η θεωρία του Reason (1997) για το «μοντέλο του ελβετικού τυριού» αναδεικνύει ότι τα περισσότερα σφάλματα απορρέουν από αθροιστικές συστημικές αδυναμίες και όχι από ατομικές παραλείψεις. Αντίστοιχα, ο Vincent (2010) υπογραμμίζει ότι η συστηματική αναφορά και ανάλυση των συμβάντων συμβάλλει στην κατανόηση τόσο των άμεσων αιτιών όσο και των βαθύτερων οργανωτικών παραγόντων που τα τροφοδοτούν. Η αποτελεσματική λειτουργία μιας κουλτούρας δικαιοσύνης συνδέεται με αύξηση του όγκου των αναφορών, μεγαλύτερη διαφάνεια, περιορισμό των επαναλαμβανόμενων σφαλμάτων και ενίσχυση της εμπιστοσύνης μεταξύ του προσωπικού και της διοίκησης. Διεθνείς μελέτες δείχνουν ότι τα νοσοκομεία που εφαρμόζουν μη τιμωρητικά συστήματα αναφοράς εμφανίζουν 2–3 φορές υψηλότερα ποσοστά αναφορών και σημαντική μείωση των ανεπιθύμητων συμβάντων (Καλαμανίδου, 2025, Αναστασίου, 2017).

1.7.1 Εμπόδια στην αναφορά λαθών

Η ασφάλεια των ασθενών συνιστά θεμελιώδη προϋπόθεση για τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας και αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Στο σύγχρονο σύνθετο υγειονομικό περιβάλλον, η μείωση των σφαλμάτων και η πρόληψη των ανεπιθύμητων συμβάντων προϋποθέτουν ολιστική και συστημική προσέγγιση, η οποία εστιάζει τόσο στις οργανωτικές αδυναμίες όσο και στην καλλιέργεια ισχυρής κουλτούρας ασφάλειας. Η εφαρμογή στοχευμένων στρατηγικών και η ενεργός συμμετοχή όλων των επαγγελματιών υγείας σε πρακτικές ασφάλειας είναι κρίσιμες για την επίτευξη υψηλών προτύπων φροντίδας και την προστασία των ασθενών από αποτρέψιμους κινδύνους.

Παρά τη σημαντικότητα των συστημάτων αναφοράς, η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας σε αυτά παραμένει περιορισμένη, ιδίως στο ελληνικό νοσοκομειακό περιβάλλον. Η κυριότερη ανασταλτική παράμετρος είναι ο φόβος πειθαρχικών κυρώσεων ή κοινωνικού στιγματισμού, ο οποίος τροφοδοτείται από παγιωμένα πρότυπα ατομικής ευθύνης και κουλτούρας ενοχοποίησης (Αγγελή & Καπάκη, 2020). Η αίσθηση ότι η διοίκηση δεν παρέχει σαφή και έμπρακτη προστασία σε όσους αναφέρουν σφάλματα περιορίζει τη διάθεση για διαφάνεια, ενώ ο φόβος βλάβης της επαγγελματικής φήμης ή πρόκλησης συγκρούσεων με συναδέλφους εντείνει την απροθυμία υποβολής αναφορών (Καπάκη, 2015). Περαιτέρω εμπόδια αποτελούν η ελλιπής γνώση των υφιστάμενων διαδικασιών, η ανεπαρκής εκπαίδευση και η ασάφεια σχετικά με τα περιστατικά που χρήζουν επίσημης καταγραφής.

Σε διεθνές επίπεδο, καταγράφονται ανάλογες δυσκολίες, οι οποίες συχνά ενισχύονται από οργανωτικούς παράγοντες. Η έλλειψη χρόνου, η πολυπλοκότητα και η δυσχρηστία των ηλεκτρονικών πλατφορμών, η απουσία συστηματικής ανατροφοδότησης προς τους αναφέροντες και η διάχυτη αίσθηση ότι «τίποτα δεν αλλάζει» μετά την αναφορά των συμβάντων οδηγούν σε σημαντική μείωση της συμμετοχής (Sorra & Nieva, 2004; Pronovost et al., 2006). Η διεθνής βιβλιογραφία αναδεικνύει ότι η έλλειψη απλών, δομημένων και, κατά προτίμηση, ανώνυμων συστημάτων αναφοράς συμβάλλει στη συστηματική υποδήλωση περιστατικών, με αποτέλεσμα να χάνεται κρίσιμη πληροφορία για την πρόληψη σφαλμάτων. Η ανεπαρκής κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας στη διάκριση μεταξύ σφάλματος, παρακείμενο σφάλμα (near miss) και ανεπιθύμητο συμβάν

(adverse event) δυσχεραίνει την κατανόηση της σημασίας ακόμη και μικρών συμβάντων για τη βελτίωση της ασφάλειας (Singer et al., 2009; Singer and Vogus, 2013).

1.7.2 Σύγχρονες προσεγγίσεις στην αναφορά λαθών

Οι σύγχρονες προσεγγίσεις στην αναφορά λαθών εστιάζουν στην ανάπτυξη συστημάτων που αξιοποιούν ψηφιακές πλατφόρμες, δυνατότητες ανώνυμης καταγραφής και συστηματική ανατροφοδότηση προς το προσωπικό (WHO, 2020; Nilsson & Gustavsson, 2024). Η αξιοποίηση δομημένων εργαλείων, όπως το Hospital Survey on Patient Safety Culture και το Safety Attitudes Questionnaire, καθιστά δυνατή τη συστηματική αποτύπωση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ασφάλεια και την αναφορά των σφαλμάτων. Τα εργαλεία αυτά παρέχουν δείκτες για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας πολιτικών που σχετίζονται με την έννοια της Just Culture, προσφέροντας τεκμηριωμένη βάση για στοχευμένες παρεμβάσεις (Agency for Healthcare Research and Quality, 2019; Sexton et al., 2006).

Παράλληλα, η συστηματική εκπαίδευση του προσωπικού στις διαδικασίες αναφοράς και η ενίσχυση της ψυχολογικής ασφάλειας αναδεικνύονται σε καίριους παράγοντες για την επιτυχή εφαρμογή των παραπάνω πρακτικών. Η υιοθέτηση αρχών της κουλτούρας δικαιοσύνης, όπως διατυπώθηκαν από τον Marx (2001), και ενισχύονται από σύγχρονες εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες (Υπουργείο Υγείας, 2025), συμβάλλει στη διαμόρφωση ενός περιβάλλοντος όπου οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να αναφέρουν περιστατικά χωρίς φόβο τιμωρίας, εστιάζοντας στη μάθηση και τη βελτίωση των συστημάτων.

1.7.3 Η θεωρία των σάπιων μήλων στη συστημική προσέγγιση

Η διαχείριση των σφαλμάτων στην υγειονομική περίθαλψη αντιμετωπιζόταν παραδοσιακά με ατομοκεντρική οπτική, γνωστή ως «θεωρία των σάπιων μήλων» (bad apples theory). Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, τα ανεπιθύμητα περιστατικά αποδίδονταν κυρίως σε λίγους «ανεπαρκείς» ή απρόσεκτους επαγγελματίες υγείας (Reason, 2000; Leape, 1994). Οι παρεμβάσεις αυτές εστιάζουν στον εντοπισμό και την τιμωρητική διαχείριση των ατόμων, παραβλέποντας τις βαθύτερες οργανωτικές αδυναμίες που συμβάλλουν στην εκδήλωση των σφαλμάτων (Kohn et al., 2000; Reason, 2000; Leape, 1994).

Μια τέτοια λογική ενισχύει την κουλτούρα επίρριψης ευθυνών (blame culture), τροφοδοτεί τον φόβο πειθαρχικών συνεπειών και αποθαρρύνει την αναφορά λαθών, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα με έντονη ιεραρχία, όπως τα χειρουργεία. Η σύγχρονη έρευνα δείχνει ότι τα περισσότερα σφάλματα συνδέονται με συστημικά προβλήματα, όπως ανεπαρκείς διαδικασίες, ελλιπή εκπαίδευση, δυσλειτουργική επικοινωνία και υπερβολικό φόρτο εργασίας (Reason, 2000; Vincent, 2010;).

Η μετάβαση σε συστημική προσέγγιση αποτέλεσε καίριο σημείο για την ανάπτυξη της κουλτούρας ασφάλειας. Στο πλαίσιο αυτό, εργαλεία όπως το HSOPSC και το SAQ συμβάλλουν στην αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας και στην ανάδειξη οργανωσιακών αδυναμιών (Sorra & Nieva, 2004; Singer et al., 2009).

Η φιλοσοφία της Just Culture ασκεί κριτική στη λογική των «κακών μήλων», καθώς συγχέει την επικίνδυνη συμπεριφορά με τα αναπόφευκτα ανθρώπινα λάθη (Marx, 2001; Dekker, 2012). Αντί της αναζήτησης ενόχων, προωθεί τη διερεύνηση των αιτίων και την ανάπτυξη κλίματος εμπιστοσύνης (Vincent, 2010 ; WHO, 2020).

Στα ιδιωτικά χειρουργεία, η πίεση για απόδοση και η προσωπική φήμη των επαγγελματιών μπορεί να περιορίζουν την ανοικτή συζήτηση λαθών. Η υιοθέτηση της κουλτούρας δικαιοσύνης αποτελεί κρίσιμη προϋπόθεση για την ενίσχυση της ασφάλειας. Έρευνες δείχνουν ότι περιβάλλοντα με συλλογική μάθηση και μη τιμωρητική προσέγγιση επιτυγχάνουν υψηλότερα επίπεδα ασφάλειας (Makary et al., 2006; El-Jardali et al., 2011; Hameed et al., 2021).

2. Το Χειρουργικό Περιβάλλον και η Ασφάλεια

2.1 Οργάνωση και λειτουργία χειρουργείου

Το χειρουργικό περιβάλλον προϋποθέτει μεθοδική και αποδοτική λειτουργία, ώστε να διασφαλίζεται η ασφάλεια του ασθενούς και τα θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα των επεμβάσεων (Καπάκη, 2015). Η οργάνωση αυτή δεν αφορά μόνο τη διαμόρφωση των φυσικών χώρων, αλλά περιλαμβάνει τη θέσπιση σαφών και τεκμηριωμένων διαδικασιών, τη διαρκή εκπαίδευση και υποστήριξη του προσωπικού, καθώς και τη συστημική συμμόρφωση με διεθνώς αναγνωρισμένα πρότυπα ασφάλειας (Υπουργείο Υγείας, 2025). Παράλληλα, η ορθολογική αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων και η τυποποίηση των

κλινικών και διοικητικών ροών λειτουργούν προληπτικά, περιορίζοντας την πιθανότητα ανεπιθύμητων συμβάντων και αναβαθμίζοντας συνολικά την ποιότητα της παρεχόμενης χειρουργικής φροντίδας.

2.1.1 Χώροι και υποδομές

Οι υποδομές του χειρουργικού τομέα οργανώνονται σε καθαρούς και μη στείρους χώρους, ώστε να αποτρέπεται η επιμόλυνση και να διατηρείται ένα ελεγχόμενο και ασφαλές περιβάλλον για τις επεμβάσεις (Karathanasi et al., 2012). Ο χειρουργικός θάλαμος διαθέτει υψηλής αποδοτικότητας φίλτρα σωματιδίων αέρα (High-Efficiency Particulate Air -HEPA), ισχυρό φωτισμό LED, ρυθμιζόμενα ηλεκτρονικά χειρουργικά τραπέζια και συστήματα συνεχούς παρακολούθησης των ζωτικών λειτουργιών. Οι μονάδες αποστείρωσης περιλαμβάνουν αυτόκλειστους κλιβάνους ατμού και ειδικούς χώρους φύλαξης εργαλείων, ενώ οι χώροι προεγχειρητικής προετοιμασίας (pre-op holding) υποστηρίζουν την πλήρη κλινική εκτίμηση και την ασφαλή ταυτοποίηση των ασθενών. Οι μονάδες μεταναισθητικής φροντίδας (Post Anesthesia Care Unit – PACU) είναι εξοπλισμένες με σύγχρονα συστήματα παρακολούθησης (monitoring) και υποδομές υποστήριξης ζωής. Η λειτουργία τους συμμορφώνεται με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2020; AORN, 2023) και τα διεθνή πρότυπα του οργανισμού διαπίστευσης Joint Commission International (JCI, 2025), ο οποίος ορίζει τις προδιαγραφές για την ασφάλεια και την ποιότητα της φροντίδας σε παγκόσμιο επίπεδο.

Η σύγχρονη σχεδίαση και λειτουργική οργάνωση του χειρουργείου στηρίζεται στη διαίρεση του χώρου σε διακριτές ζώνες, ώστε να ελέγχεται συστηματικά η κίνηση προσωπικού, υλικών και ασθενών και να περιορίζεται η διασταυρούμενη μόλυνση (AORN 2023; WHO, 2023). Η ζωνοποίηση αυτή έχει αναδειχθεί σε βασικό θεμέλιο της ασφαλούς χειρουργικής πρακτικής και δομείται γύρω από τρεις (3) κύριες κατηγορίες χώρων.

α) Μη περιορισμένη ζώνη (Unrestricted Zone)

Περιλαμβάνει τα περιφερειακά σημεία του χειρουργείου, όπως η είσοδος, η γραμματεία, οι χώροι αναμονής και τα αποδυτήρια του προσωπικού, όπου δεν ισχύουν αυστηροί περιορισμοί πρόσβασης. Στην περιοχή αυτή δεν απαιτείται ειδικός προστατευτικός ρουχισμός, όμως τηρούνται οι βασικοί κανόνες υγιεινής και ελέγχου λοιμώξεων (AORN, 2023; ΕΣΔΔ, 2019).

β) Μερικώς περιορισμένη ζώνη (Semi-restricted Zone)

Η πρόσβαση επιτρέπεται μόνο σε εξουσιοδοτημένο προσωπικό που φέρει στολή χειρουργείου, σκουφάκι και κατάλληλα υποδήματα. Στη ζώνη αυτή εντάσσονται οι διάδρομοι του χειρουργείου, οι χώροι προετοιμασίας υλικού και οι διαδρομές μεταφοράς αποστειρωμένων εργαλείων, όπου η εφαρμογή συγκεκριμένων κανόνων μειώνει τη μεταφορά μικροβιακού φορτίου προς τις πιο ευαίσθητες περιοχές (AORN, 2023; ΕΣΔΔ 2019).

γ) Πλήρως περιορισμένη ή στείρα ζώνη (Restricted Zone)

Αντιστοιχεί στον κεντρικό πυρήνα του χειρουργείου και περιλαμβάνει τους χειρουργικούς θαλάμους, τους χώρους αναισθησίας και τις άμεσες περιοχές προετοιμασίας του ασθενούς. Σε αυτή τη ζώνη απαιτείται πλήρης προσωπικός προστατευτικός εξοπλισμός (στολή, μάσκα κεφαλής και υποδημάτων), εφαρμόζονται αυστηρά πρωτόκολλα ασηψίας και διατηρείται θετική πίεση αέρα με ενισχυμένο έλεγχο μικροβιακής επιβάρυνσης, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα (AORN, 2023 ; ΕΣΔΔ, 2019)

Η δημιουργία και η ορθή λειτουργία των παραπάνω ζωνών δεν αποτελεί απλώς χωροταξική ρύθμιση, αλλά ουσιαστικό μηχανισμό ασφάλειας. Ρυθμίζοντας τη διακίνηση καθαρού και δυνητικά μολυσμένου υλικού, περιορίζεται η πιθανότητα επιμόλυνσης και ενισχύεται η ποιότητα και η αξιοπιστία της φροντίδας σε κάθε στάδιο της χειρουργικής πορείας του ασθενούς. (AORN, 2023 ; ΕΣΔΔ, 2019)

2.1.2 Ροή ασθενών

Η οργανωμένη και συνεχής ροή των ασθενών μέσα στο χειρουργικό τμήμα αποτελεί θεμελιώδη παράμετρο για την αποτροπή επιμόλυνσης και τη μείωση της πιθανότητας ανεπιθύμητων συμβάντων, καθώς περιορίζει τις περιττές μετακινήσεις και τις επαφές με μολυσμένα υλικά (Αγγελή & Καπάκη, 2020). Οι ασθενείς μεταφέρονται σταδιακά από τον χώρο της προεγχειρητικής προετοιμασίας στη στείρα ζώνη του χειρουργείου και στη συνέχεια στην ανάνηψη, με συστηματικό έλεγχο ώστε να αποφεύγονται διασταυρώσεις μεταξύ καθαρών και δυνητικά μολυσμένων ροών (ΕΣΔΔ, 2019).

Η αξιοποίηση εξειδικευμένου λογισμικού προγραμματισμού (scheduling) συμβάλλει ουσιαστικά στη βέλτιστη οργάνωση του χειρουργικού προγράμματος, προσφέροντας

ακριβή κατανομή των επεμβάσεων και συνεχή παρακολούθηση του χρόνου. Μέσα από τέτοια συστήματα μειώνονται οι καθυστερήσεις κατά περίπου 20–30%, περιορίζονται τα σφάλματα στην ταυτοποίηση των ασθενών και ενισχύεται ο έλεγχος των λοιμώξεων, καθώς οι ροές γίνονται πιο προβλέψιμες και τυποποιημένες (Πετρής, 2023; ΕΣΔΔ, 2019).

2.1.3 Τυποποιημένες διαδικασίες

Η θέσπιση και η συνεπής εφαρμογή τυποποιημένων διαδικασιών αποτελεί κεντρικό μηχανισμό για την εξασφάλιση σταθερής ποιότητας και αξιοπιστίας στη φροντίδα των ασθενών, ιδιαίτερα στο σύνθετο περιβάλλον του χειρουργείου (ΕΣΔΔ, 2019).

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο Κατάλογος Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO Surgical Safety Checklist), ο οποίος δομεί τη διαδικασία σε σαφή, διαδοχικά βήματα. Η συστηματική χρήση του διασφαλίζει ότι κρίσιμες ενέργειες και έλεγχοι δεν παραλείπονται σε κανένα στάδιο της χειρουργικής πορείας του ασθενούς (WHO, 2008; Federal Ministry of Health Germany and WHO, 2017).

Ο κατάλογος οργανώνεται σε τρεις (3) βασικές χρονικές φάσεις:

Sign In: πριν την αναισθησία, επιβεβαιώνεται η ταυτότητα του ασθενούς, η ορθότητα της επέμβασης και της περιοχής, η συναίνεση, η λειτουργία του εξοπλισμού και οι κίνδυνοι αεραγωγού ή αιμορραγίας (Federal Ministry of Health Germany and WHO, 2017 ;ΕΣΔΔ, 2019).

Time Out: πριν την τομή, γίνεται τελική επιβεβαίωση από όλη την ομάδα, ανασκόπηση κρίσιμων κινδύνων και έλεγχος αντιβιοπροφύλαξης (Federal Ministry of Health Germany and WHO, 2017 ;ΕΣΔΔ, 2019).

Sign Out: πριν την έξοδο, γίνεται καταμέτρηση εργαλείων/σπόγγων/βελονών, σήμανση δειγμάτων και καταγραφή προβλημάτων (Federal Ministry of Health Germany and WHO, 2017 ;ΕΣΔΔ, 2019).

Η τυποποιημένη αυτή δομή ενισχύεται από τη διαδικασία Post-op Debriefing, μια σύντομη ανασκόπηση μετά την επέμβαση, όπου η ομάδα αξιολογεί την πορεία του περιστατικού και καταγράφει σημεία βελτίωσης. Η πρακτική αυτή ενισχύει την κουλτούρα συνεχούς

μάθησης και συμβάλλει στη συστηματική διόρθωση επαναλαμβανόμενων αστοχιών (Cook et al., 2015).

Τα διαθέσιμα δεδομένα δείχνουν ότι η πιστή εφαρμογή τυποποιημένων πρωτοκόλλων, ιδιαίτερα των χειρουργικών καταλόγων, συνδέεται με μείωση των ανεπιθύμητων συμβάντων που μπορεί να φτάσει το 30% έως 50% (Dinesh et al., 2018; Cook et al., 2015).

Αυτό αναδεικνύει όχι μόνο τη λειτουργική αλλά και την κλινική σημασία τους και ενισχύει το επιχείρημα υπέρ της καθολικής υιοθέτησής τους στις χειρουργικές μονάδες.

2.2 Πολυεπιστημονική χειρουργική ομάδα, ρόλοι και ευθύνες

Το χειρουργείο αποδίδει λειτουργικά και βασίζεται στη στενή συνεργασία μιας πολυεπιστημονικής ομάδας, στην οποία συμμετέχουν χειρουργοί, αναισθησιολόγοι, νοσηλευτικό προσωπικό, τεχνολόγοι και βοηθοί. Οι ρόλοι των μελών της ομάδας είναι: α) η συστηματική προετοιμασία και τακτοποίηση των χειρουργικών εργαλείων πριν από την επέμβαση, β) η συνεχής παρακολούθηση και αξιολόγηση των ζωτικών σημείων του ασθενούς κατά την επέμβαση, γ) η άμεση κλινική και τεχνική υποστήριξη του χειρουργού σε όλη τη διάρκεια της διαδικασίας. Ο συντονισμός της ομάδας ενισχύεται μέσω προεγχειρητικών briefing και της τήρησης κοινών πρωτοκόλλων, όπως η λίστα ελέγχου του παγκοσμίου οργανισμού υγείας (WHO surgical safety checklist). Η εφαρμογή αυτών των εργαλείων συνδέεται με μείωση των λαθών και βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών στο χειρουργείο (Cook et al., 2015; ΕΣΔΔ, 2019; Λιαχοπούλου και συν., 2012).

2.3 Πηγές κινδύνου και ανεπιθύμητα συμβάντα στη χειρουργική

Στο χειρουργικό περιβάλλον, οι κύριες πηγές κινδύνου αφορούν σφάλματα στην ταυτοποίηση του ασθενούς, όπως επεμβάσεις σε λανθασμένη ανατομική περιοχή (wrong-site surgery), λοιμώξεις από ανεπαρκώς αποστειρωμένα εργαλεία και δυσλειτουργίες του εξοπλισμού. Ανεπιθύμητες ενδοεγχειρητικές καταστάσεις, όπως σοβαρές αιμορραγίες ή η ακούσια παραμονή χειρουργικών εργαλείων στο σώμα του ασθενούς, εκτιμάται ότι συμβαίνουν περίπου σε μία περίπτωση ανά εκατό χειρουργεία. Η χρήση δομημένων checklists έχει τεκμηριωθεί ότι περιορίζει σημαντικά τη συχνότητα τέτοιων επεισοδίων (WHO, 2020; Λιαχοπούλου και συν., 2012). Στην ελληνική πραγματικότητα, η εμφάνιση ανεπιθύμητων συμβάντων τείνει να είναι συχνότερη, γεγονός που αποδίδεται κυρίως στην

υποστελέχωση και στη συνεχή έλλειψη πόρων των νοσοκομείων (Αντωνάκος και συν., 2021; Λιαχοπούλου και συν., 2012).

2.4 Επικοινωνία στο χειρουργείο και εργασία βελτίωσης

Η ουσιαστική και δομημένη επικοινωνία μεταξύ των μελών της χειρουργικής ομάδας αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την ασφάλεια των ασθενών, ενώ διαδικασίες όπως η παύση ασφάλειας (time-out) και η απολογιστική ενημέρωση (debriefing) επιτρέπουν την επαλήθευση κάθε σταδίου της επέμβασης και έχουν συσχετιστεί με μείωση των λαθών κατά περίπου 30% (Nwosu et al., 2022). Η αποτελεσματική συνεργασία προϋποθέτει ανοικτό, μη ιεραρχικό διάλογο, ιδίως σε ομάδες που δραστηριοποιούνται σε περιβάλλοντα υψηλού κινδύνου ενώ η ελλιπής επικοινωνία έχει αποδοθεί σε περίπου 70% των ανεπιθύμητων συμβάντων στο χειρουργείο (Καλμανίδου, 2025).

Η ομαδική επικοινωνία στο χειρουργείο συνιστά θεμέλιο λίθο για την προστασία του ασθενούς και ενισχύεται μέσω τυποποιημένων εργαλείων, όπως το SBAR Situation / Κατάσταση: Background / Ιστορικό: Assessment / Αξιολόγηση: Recommendation / Σύσταση. και η ενημερωτική συνάντηση (briefings) τα οποία έχουν σχεδιαστεί για να διευκολύνουν τη διακίνηση κρίσιμων πληροφοριών μεταξύ των μελών της ομάδας (IHI, 2023).

Το SBAR παρέχει ένα σαφές και σταθερό πλαίσιο δομημένης επικοινωνίας, μειώνοντας τα σφάλματα κατά τη μεταβίβαση πληροφοριών, ιδιαίτερα κατά τις αλλαγές βάρδιας ή τη διακομιδή ασθενών μεταξύ τμημάτων (Randmaa et al., 2014). Μέσω αυτού, τα μέλη της ομάδας καθοδηγούνται να παρουσιάζουν με σαφήνεια την τρέχουσα κατάσταση του ασθενούς, το ιστορικό, την κλινική τους εκτίμηση και τις προτεινόμενες παρεμβάσεις. Οι ενημερωτικές συναντήσεις (briefings), δηλαδή σύντομες αλλά στοχευμένες συναντήσεις πριν από κάθε χειρουργείο, ενισχύουν τη συλλογική επίγνωση της ομάδας, ευθυγραμμίζουν τους στόχους και συμβάλλουν στην πρόληψη λαθών. Ο συνδυασμός SBAR και των ενημερωτικών συναντήσεων καλλιεργεί μια κουλτούρα αποτελεσματικής επικοινωνίας που μειώνει σημαντικά τις πιθανότητες σφαλμάτων και συνδέεται με ασφαλέστερα χειρουργικά αποτελέσματα (Müller et al., 2018).

2.5 WHO Surgical Safety Checklist (SSC)

Το WHO Surgical Safety Checklist-SSC (βλ. **Παράρτημα Α**) παρουσιάστηκε το 2009 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 2009) στο πλαίσιο της πρωτοβουλίας “Safe Surgery Saves Lives” και έκτοτε έχει αναδειχθεί σε βασικό εργαλείο ενίσχυσης της ασφάλειας στις χειρουργικές πράξεις. Βασίστηκε σε διεθνή δεδομένα που έδειξαν ότι σχεδόν οι μισές χειρουργικές επιπλοκές μπορούν να προληφθούν μέσω βελτιωμένης επικοινωνίας, τυποποίησης των διαδικασιών και ενδυνάμωσης της συνεργασίας της ομάδας στο χειρουργείο, με σκοπό το συστηματικό έλεγχο κρίσιμων σημείων κάθε επέμβασης και τη μείωση λαθών και ανεπιθύμητων συμβάντων (Weiser and Haynes 2018; Woodman, 2016).

Το SSC οργανώνεται σε τρεις (3) διαδοχικές φάσεις που αντιστοιχούν σε κομβικές χρονικές στιγμές της χειρουργικής διαδικασίας. Στο Sign In, πριν από την έναρξη της αναισθησίας, επιβεβαιώνονται η ταυτότητα του ασθενούς, ο τύπος και η ανατομική περιοχή της επέμβασης, τυχόν αλλεργίες, η ετοιμότητα του απαιτούμενου εξοπλισμού και οι πιθανές επιπλοκές, όπως δυσχέρεια αεραγωγού ή αυξημένος κίνδυνος αιμορραγίας (Woodman, 2016).

Κατά το Time Out, αμέσως πριν από την τομή, η ομάδα διακόπτει κάθε άλλη δραστηριότητα και επαναξιολογεί συλλογικά κρίσιμες παραμέτρους, όπως το ακριβές σημείο επέμβασης, τη χορήγηση προφυλακτικών αντιβιοτικών και τη σαφή κατανομή ρόλων. Στο Sign Out, πριν από την έξοδο του ασθενούς από το χειρουργείο, πραγματοποιείται τελική καταμέτρηση εργαλείων και υλικών, καταγραφή τυχόν επιπλοκών, ορθή σήμανση των δειγμάτων και επιβεβαίωση των μετεγχειρητικών οδηγιών (Woodman, 2016).

Διεθνώς έχει τεκμηριωθεί ότι η σταθερή και ολοκληρωμένη χρήση του SSC συνδέεται με μείωση σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων της τάξης του 30–40% και μπορεί να περιορίσει τη μετεγχειρητική θνησιμότητα έως και κατά 40%, ιδίως σε νοσοκομεία με περιορισμένους πόρους, όπου η τυποποίηση των διαδικασιών έχει μεγαλύτερη επίδραση (Weiser and Haynes 2018; Woodman, 2016).

Παράλληλα, η εφαρμογή του checklist ενισχύει την κουλτούρα συλλογικής ευθύνης και ασφάλειας, βελτιώνει την επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών και μειώνει παρερμηνείες ή διακοπές που οδηγούν σε σφάλματα, ενώ παράλληλα ενδυναμώνει το νοσηλευτικό προσωπικό μέσω της ισότιμης συμμετοχής όλων των μελών της ομάδας στη διαδικασία. (Weiser and Haynes, 2018; Woodman, 2016).

Η διάδοση του SSC είναι σχεδόν παγκόσμια, ωστόσο ο βαθμός και η ποιότητα εφαρμογής διαφέρουν ανάλογα με την κουλτούρα, το επίπεδο εκπαίδευσης και την οργανωτική ωριμότητα κάθε συστήματος υγείας. Στην Ελλάδα, αν και το εργαλείο έχει ενταχθεί στην καθημερινή πρακτική πολλών νοσοκομείων, η καθολική, συστηματική και συνεπής χρήση του εξακολουθεί να αποτελεί ζητούμενο, με τις υπάρχουσες μελέτες να καταγράφουν μέτρια συμμόρφωση και να υπογραμμίζουν την ανάγκη για εντατικότερη εκπαίδευση, συστηματική παρακολούθηση και περαιτέρω ενίσχυση της κουλτούρας ασφάλειας. (Weiser and Haynes, 2018; Woodman, 2016).

2.6 Διεθνείς δείκτες ασφάλειας στη χειρουργική

Η διασφάλιση της ασφάλειας στη χειρουργική προϋποθέτει οργανωμένη συλλογή και ανάλυση δεικτών που αποτυπώνουν τόσο τα ανεπιθύμητα συμβάντα όσο και τα κλινικά αποτελέσματα. Κεντρικοί δείκτες είναι οι λοιμώξεις χειρουργικής τομής (Surgical Site Infections), τα περιστατικά επέμβασης σε λανθασμένο σημείο (wrong-site surgery), οι μετεγχειρητικές επιπλοκές, τα θρομβωτικά επεισόδια, καθώς και τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας (Kohn et al., 2000; Weiser and Haynes, 2018; Woodman, 2016).

Η συστηματική παρακολούθηση αυτών των δεδομένων διευκολύνει τον έγκαιρο εντοπισμό προβλημάτων, την εφαρμογή διορθωτικών δράσεων και τη συμμόρφωση με διεθνή πρότυπα ασφάλειας.

Η αξιοποίηση δεικτών επιτρέπει την εφαρμογή συγκριτικής αξιολόγησης (benchmarking) μεταξύ νοσοκομείων. Διεθνή πλαίσια, όπως τα πρότυπα του **οργανισμού διαπίστευσης** Joint Commission International (JCI), δεν αποτελούν απλώς εργαλεία πιστοποίησης, αλλά αυστηρές απαιτήσεις για **τη διαπίστευση** της συνολικής ποιότητας και ασφάλειας του οργανισμού (Braithwaite et al., 2017; JCI, 2020). Η συμμόρφωση με αυτά τα πρότυπα διασφαλίζει τη συνεχή παρακολούθηση κρίσιμων δεικτών και την ενίσχυση της πολιτικής

ασφάλειας. Επιπλέον, η ενσωμάτωση ηλεκτρονικών συστημάτων καταγραφής ανεπιθύμητων συμβάντων και η εφαρμογή του WHO Surgical Safety Checklist συμβάλλουν στη μείωση λαθών και επαναλαμβανόμενων επιπλοκών (Weiser and Haynes, 2018; Woodman, 2016; WHO, 2020).

Οι δείκτες δεν περιορίζονται μόνο σε ποσοτικά μεγέθη, αλλά περιλαμβάνουν και ποιοτικές παραμέτρους, όπως την εκτίμηση της κουλτούρας ασφάλειας, την ποιότητα επικοινωνίας και συνεργασίας μέσα στη χειρουργική ομάδα, καθώς και το βαθμό συμμόρφωσης με διαδικασίες όπως τα checklists και η τυποποιημένη μεταβίβαση πληροφοριών μεταξύ βαρδιών (Randmaa et al., 2014; Müller et al., 2018). Μέσα από την επεξεργασία αυτών των στοιχείων, τα νοσοκομεία μπορούν να αναγνωρίζουν οργανωτικές αδυναμίες, να σχεδιάζουν στοχευμένες παρεμβάσεις και να αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των μέτρων που εφαρμόζουν.

Οι κλασικοί δείκτες, όπως τα περιστατικά με χειρουργική επέμβαση σε λάθος σημείο (wrong-site surgery), λειτουργούν ως καίρια εργαλεία πρόληψης σοβαρών συμβάντων, καθώς επιτρέπουν έγκαιρη παρέμβαση και βελτίωση τόσο των κλινικών διαδικασιών όσο και της επικοινωνίας εντός της ομάδας (Kohn et al., 2000; Weiser and Haynes, 2018)

Η συστηματική παρακολούθηση των λοιμώξεων χειρουργικού πεδίου (Surgical Site Infections) αποτυπώνει την αποτελεσματικότητα των μέτρων πρόληψης λοιμώξεων, ενώ η διερεύνηση των περιστατικών wrong-site surgery προάγει την τυποποίηση των βημάτων και την αυστηρή τήρηση των checklists. Παράλληλα, η καταγραφή και ανάλυση των μετεγχειρητικών επιπλοκών παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και την επάρκεια των διαθέσιμων πόρων, υποστηρίζοντας στοχευμένες βελτιωτικές δράσεις (Woodman, 2016).

Η συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking) επιτρέπει στα ιδρύματα να συγκρίνουν τις επιδόσεις τους με εκείνες άλλων οργανισμών, αναδεικνύοντας τομείς που χρειάζονται βελτίωση και διευκολύνοντας την υιοθέτηση επιτυχημένων πρακτικών. Η διαπίστευση (accreditation) JCI αποτελεί μια επίσημη διαδικασία κατά την οποία ένας ανεξάρτητος, διεθνής οργανισμός αξιολογεί και αναγνωρίζει ότι ένα ίδρυμα υγείας πληροί συγκεκριμένες, προηγμένες απαιτήσεις. Σε αντίθεση με την απλή πιστοποίηση (certification) μεμονωμένων διαδικασιών, η διαπίστευση αυτή αντιπροσωπεύει μια

ολιστική και εθελοντική δέσμευση για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας. Η όλη διαδικασία βασίζεται σε αυστηρά διεθνή πρότυπα ασφάλειας των ασθενών και ποιότητας της φροντίδας, τα οποία διαμορφώνονται, θεσπίζονται και επικαιροποιούνται από τον ίδιο τον οργανισμό (Joint Commission International, 2025). Η συστηματική αξιοποίηση της συγκριτικής αξιολόγησης, υποστηρίζει τη στρατηγική διοίκηση, επιτρέπει την προσαρμογή των διαδικασιών στις τοπικές ανάγκες και ενδυναμώνει την κουλτούρα ασφάλειας, διασφαλίζοντας τη βιωσιμότητα των παρεμβάσεων βελτίωσης (Braithwaite et al., 2017; Joint Commission International, 2025).

3. Ο Ιδιωτικός Τομέας Υγείας και η Κουλτούρα Ασφάλειας

3.1 Χαρακτηριστικά των ιδιωτικών νοσοκομείων

Τα ιδιωτικά νοσοκομεία, σε σύγκριση με τα δημόσια, χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού ανά κλίνη και συντομότερη μέση διάρκεια νοσηλείας (Average Length of Stay – ALoS), γεγονός που διευκολύνει την πιο στενή παρακολούθηση των ασθενών και την αποδοτικότερη οργάνωση της φροντίδας (ΠΑΣΟΝΟΠ, 2024). Συχνά διαθέτουν σύγχρονα τεχνολογικά συστήματα, ανακαινισμένες υποδομές και υπηρεσίες υψηλής εξειδίκευσης, ιδιαίτερα σε χειρουργικούς και διαγνωστικούς τομείς, απευθυνόμενα κυρίως σε ασθενείς με υψηλότερη οικονομική δυνατότητα (Επιτροπή Ανταγωνισμού, 2025). Η έντονη ανταγωνιστική πίεση συμβάλλει στην ενίσχυση της ικανοποίησης των ασθενών και στη βελτίωση της συνολικής εμπειρίας εξυπηρέτησης.

Παρά τα πλεονεκτήματα που προσφέρουν, οι μονάδες αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις λόγω των αυξημένων λειτουργικών τους εξόδων και των περιορισμένων αποζημιώσεων από τον ΕΟΠΥΥ. Αυτές οι συνθήκες δημιουργούν ανισότητες στην πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες και ασκούν πίεση στη χρηματοοικονομική βιωσιμότητα των μονάδων (Hameed et al., 2021). Επιπλέον, παραμένουν ζητήματα που σχετίζονται με την ποιότητα της επικοινωνίας, την επαρκή αναφορά σφαλμάτων και το επίπεδο διαφάνειας. Συνεπώς, ενώ τα ιδιωτικά θεραπευτήρια παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες και συμβάλλουν στην αποσυμφόρηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, καθίσταται αναγκαία η περαιτέρω ενίσχυση μηχανισμών ρύθμισης και διασφάλισης της ασφάλειας.

Η λειτουργία τους διέπεται από κερδοσκοπικό προσανατολισμό, με έμφαση σε υπηρεσίες υψηλής ζήτησης αλλά και στην ταχεία διαχείριση περιστατικών. Οι οικονομικοί πόροι προέρχονται συνήθως από τον ΕΟΠΥΥ, ιδιωτικά ασφαλιστήρια συμβόλαια και την ίδια συμμετοχή των ασθενών, στοιχείο που επηρεάζει τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Επιτροπή Ανταγωνισμού, 2025). Η αυξημένη στελέχωση και η μικρότερη διάρκεια νοσηλείας διευκολύνουν την ομαλή ροή περιστατικών και περιορίζουν τις καθυστερήσεις, ωστόσο συχνά δυσχεραίνουν μακροπρόθεσμες επενδύσεις σε συστήματα ασφάλειας και βελτίωσης ποιότητας (ΠΑΣΟΝΟΠ, 2024).

Η παρεχόμενη φροντίδα δομείται γύρω από ένα πελατοκεντρικό μοντέλο, με έμφαση στην ταχύτητα εξυπηρέτησης, την ευγένεια του προσωπικού και τη χρήση σύγχρονων και άνετων εγκαταστάσεων. Η αξιοποίηση ψηφιακών εφαρμογών και πληροφοριακών συστημάτων ενισχύει την εμπειρία του ασθενούς και βελτιώνει την οργάνωση των υπηρεσιών. Ο ανταγωνισμός ωθεί τα ιδιωτικά νοσοκομεία να επενδύουν σε καινοτόμες τεχνολογίες και προγράμματα ποιότητας, συμβάλλοντας στη βελτίωση της ασφάλειας και της αξιοπιστίας (Hameed et al., 2021; ΠΑΣΟΝΟΠ, 2024).

3.2 Προκλήσεις ασφάλειας στον ιδιωτικό τομέα

Αν και σε ορισμένες περιπτώσεις η αναλογία νοσηλευτών ανά κλίνη είναι υψηλή, τα ιδιωτικά νοσοκομεία συχνά αντιμετωπίζουν έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού, εξαιτίας της υψηλής επαγγελματικής κινητικότητας, του ανταγωνισμού στους μισθούς και του εντατικού φόρτου εργασίας. Η απουσία συστηματικών, μακροχρόνιων προγραμμάτων εκπαίδευσης στην ασφάλεια περιορίζει την ικανότητα των επαγγελματιών να χειρίζονται πολύπλοκες κλινικές καταστάσεις, γεγονός που αυξάνει την πιθανότητα επικοινωνιακών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων συμβάντων (ΠΑΣΟΝΟΠ 2024).

Η πίεση για ταχεία διακίνηση περιστατικών και μεγιστοποίηση της οικονομικής αποδοτικότητας συνδέεται με αυξημένα επίπεδα εργασιακού στρες, burnout και κόπωσης, καθώς και με μείωση της προσοχής, με αποτέλεσμα να ενισχύεται ο κίνδυνος λαθών στην επικοινωνία και τον συντονισμό. Διεθνείς έρευνες επισημαίνουν ότι αυτές οι συνθήκες συναντώνται εντονότερα στον ιδιωτικό σε σχέση με το δημόσιο τομέα υγείας (El-Jardali et al., 2011; Hameed et al., 2021).

Ο έντονος οικονομικός προσανατολισμός, σε συνδυασμό με τις περιορισμένες αποζημιώσεις από τον ΕΟΠΥΥ, ωθεί τα ιδιωτικά νοσοκομεία σε πολιτικές συγκράτησης κόστους, οι οποίες ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά τη συντήρηση του εξοπλισμού, τις επενδύσεις σε τεχνολογίες ασφάλειας, την επαρκή στελέχωση και τα προγράμματα εκπαίδευσης (Επιτροπή Ανταγωνισμού, 2025; ΠΑΣΟΝΟΠ, 2024). Αυτή η δυναμική μπορεί να οδηγήσει σε ανισορροπίες, με πιθανό αποτέλεσμα τη σχετική υποβάθμιση της ασφάλειας σε κλινικούς τομείς με χαμηλότερη κερδοφορία.

3.3 Πρακτικές διασφάλισης ποιότητας

Η διασφάλιση ποιότητας στα ιδιωτικά νοσοκομεία αποτελεί κεντρικό μηχανισμό ενίσχυσης της ασφάλειας των ασθενών. Σε διεθνές επίπεδο, οι βασικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν:

- Την **πιστοποίηση (certification)** κατά τα πρότυπα **ISO** (ISO 9001, ISO 15189), τα οποία ορίζουν διεθνή κριτήρια για τη διαχείριση ποιότητας και τις εργαστηριακές διαδικασίες (ISO, 2015).
- Τη **διαδικασία διαπίστευσης (accreditation)** από τον οργανισμό **Joint Commission International (JCI)**, η οποία αποτελεί μια συνολική αξιολόγηση της κλινικής ικανότητας και της συμμόρφωσης του νοσοκομείου σε εξειδικευμένα διεθνή πρότυπα ασφάλειας (JCI, 2020).
- Το **Magnet Recognition Program** του ANCC, που επικεντρώνεται στην αριστεία του νοσηλευτικού προσωπικού (ANCC, 2023).

Το ISO 9001 θεσπίζει ένα ολοκληρωμένο σύστημα διαχείρισης ποιότητας, δομημένο γύρω από τον κύκλο PDCA (Plan–Do–Check–Act), ενισχύοντας την τυποποίηση διαδικασιών, τη συστημική προσέγγιση της διαχείρισης κινδύνων και τη συνεχή βελτίωση (ISO, 2015). Στο ελληνικό ιδιωτικό νοσοκομειακό περιβάλλον λειτουργεί και ως στοιχείο ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος, μειώνοντας λειτουργικά σφάλματα και αναβαθμίζοντας την εμπειρία των ασθενών (Επιτροπή Ανταγωνισμού, 2025).

Το ISO 15189 εστιάζει στα ιατρικά εργαστήρια, διασφαλίζοντας τεχνική επάρκεια, αξιοπιστία των αποτελεσμάτων και αποτελεσματική διαχείριση κινδύνου σε όλα τα στάδια της εργαστηριακής διαδικασίας (ISO, 2022). Η εφαρμογή του έχει συσχετιστεί με μείωση εργαστηριακών λαθών κατά 20–30% και με ενίσχυση της εμπιστοσύνης των κλινικών

ομάδων στα παρεχόμενα αποτελέσματα (Plebani, 2022), ενώ η πορεία προς την πιστοποίηση, διάρκειας περίπου 9–12 μηνών, συνοδεύεται από αισθητή βελτίωση της οργάνωσης και της διαφάνειας (ISO, 2015).

Η διαπίστευση JCI αναγνωρίζεται διεθνώς ως ένα από τα πιο ολοκληρωμένα πλαίσια αξιολόγησης νοσοκομείων, με κύρια έμφαση στην ασφάλεια των ασθενών, τη διαχείριση κινδύνων και την ποιότητα φροντίδας, όπως αυτά αποτυπώνονται σε 15 διεθνή πρότυπα (Joint Commission International, 2025). Η διαδικασία περιλαμβάνει GAP analysis, εκπαίδευση προσωπικού, δοκιμαστικούς ελέγχους (mock surveys) και τριήμερη επιτόπια αξιολόγηση, με ισχύ πιστοποίησης τριών ετών. Νοσοκομεία με JCI καταγράφουν μείωση επιπλοκών της τάξης του 15–25%, βελτιωμένη επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και υψηλή συμμόρφωση με πρωτόκολλα ασφάλειας (Alkhenizan & Shaw, 2011). Στα ελληνικά ιδιωτικά θεραπευτήρια, η JCI συμβάλλει τόσο στην αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών όσο και στην ενίσχυση του ιατρικού τουρισμού (Επιτροπή Ανταγωνισμού, 2025).

Το Magnet Recognition Program του American Nurses Credentialing Center εστιάζει στην αριστεία της νοσηλευτικής πρακτικής και στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, δομημένο σε πέντε (5) βασικούς πυλώνες (ANCC, 2023):

1. **Μετασχηματιστική Ηγεσία** (Transformational Leadership)
2. **Δομική Ενδυνάμωση** (Structural Empowerment)
3. **Υποδειγματική Επαγγελματική Πρακτική** (Exemplary Professional Practice)
4. **Νέα Γνώση και Καινοτομία** (New Knowledge & Innovation)
5. **Εμπειρικά Ποιοτικά Αποτελέσματα** (Empirical Quality Outcomes)

Τα νοσοκομεία με Magnet αναγνώριση εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης προσωπικού, χαμηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης και βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα (Drenkard, 2010; Nilsson & Gustavsson, 2024), ενώ η διαδικασία πιστοποίησης διάρκειας 4–5 ετών απαιτεί συστηματική συλλογή δεδομένων, συνεχή εκπαίδευση και επιτόπια αξιολόγηση. Το JCI δίνει προτεραιότητα στην κλινική ασφάλεια και στην ενίσχυση της οργανωτικής κουλτούρας ποιότητας, με εκτιμώμενο κόστος περίπου €100.000–300.000 και τεκμηριωμένη κλινική ωφέλεια μέσω μείωσης επιπλοκών κατά 15–25% (Alkhenizan & Shaw, 2011; Joint Commission International, 2025). Το Magnet,

αντίστοιχα, εστιάζει κυρίως στην ανάπτυξη και διατήρηση υψηλής ποιότητας προσωπικού, με διάρκεια διαδικασίας 4–5 έτη και κόστος περίπου €200.000–500.000, προσφέροντας σημαντικά οφέλη όσον αφορά την ασφάλεια, την εργασιακή ικανοποίηση και τη συγκράτηση του προσωπικού (Drenkard, 2010 ; Nilsson & Gustavsson, 2024).

Η διεθνής και η ελληνική βιβλιογραφία συγκλίνουν στο ότι τα συστήματα πιστοποίησης ποιότητας αποτελούν κρίσιμο μοχλό αναβάθμισης της απόδοσης των νοσοκομείων, βελτιώνοντας την ποιότητα φροντίδας, ενισχύοντας την οργανωτική μάθηση και οδηγώντας σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα. Νεότερες μελέτες, όπως αυτή των Gurisch & Kleine (2024), αναδεικνύουν τις διακριτές στοχεύσεις των συστημάτων: τα πρότυπα ISO δίνουν έμφαση στη δομή και στη διαχείριση διαδικασιών, ενώ η Joint Commission International και το Magnet Recognition Program εστιάζουν κυρίως σε κλινικούς δείκτες και νοσηλευτικά αποτελέσματα. Η συμπληρωματικότητα αυτή ενισχύει τη λογική της συσώρευσης πιστοποιήσεων, σύμφωνα με την οποία ο συνδυασμός ετερογενών προτύπων μπορεί να οδηγήσει σε συνολικά υψηλότερα επίπεδα ποιότητας και ασφάλειας. (Gurisch 2024).

Η πολυκεντρική έρευνα 73 ευρωπαϊκών νοσοκομείων των Alkhenizan, and Shaw (2011) τεκμηριώνει ότι η υιοθέτηση ISO και JCI συνδέεται με αύξηση περίπου 25% σε κρίσιμους δείκτες διαχείρισης ποιότητας, όπως η οριζόντια επικοινωνία, η διαλειτουργικότητα των υπηρεσιών και η συστηματική τήρηση κλινικών πρωτοκόλλων. Αντίστοιχα, στη διαγνωστική και εργαστηριακή δραστηριότητα, η μελέτη SLIPTA–JCI (2023) δείχνει ότι τα εργαστήρια που έφτασαν στο επίπεδο "5-star SLIPTA" εμφάνισαν συμμόρφωση της τάξης του 85% με τα πρότυπα της JCI. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει την ισχυρή συνέργεια μεταξύ ISO 15189 και JCI, αποδεικνύοντας ότι η επίτευξη της ανώτατης εργαστηριακής ποιότητας (ISO) καλύπτει αυτόματα το μεγαλύτερο μέρος των απαιτήσεων για τη νοσοκομειακή διαπίστευση (JCI). Τα δεδομένα αυτά υποδηλώνουν ότι η συνδυασμένη εφαρμογή προτύπων διεθνούς εμβέλειας μπορεί να λειτουργήσει ως καταλύτης για ολοκληρωμένα συστήματα διασφάλισης ποιότητας (WHO, 2023).

Στο πεδίο της νοσηλευτικής, η βιβλιογραφία για τα Magnet νοσοκομεία καταγράφει χαμηλότερη θνησιμότητα, βελτιωμένα nurse-sensitive outcomes και υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού, στοιχείο που αναδεικνύει τον κομβικό ρόλο

της νοσηλευτικής αριστείας στη συνολική ποιότητα φροντίδας. Μελέτες όπως του Nilsson & Gustavsson (2024) αναδεικνύουν ότι τα Magnet περιβάλλοντα συνδέονται με καλύτερη στελέχωση, αυξημένη αυτονομία των νοσηλευτών και ευνοϊκότερο κλίμα ασφάλειας, που με τη σειρά τους περιορίζουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Έτσι, το Magnet δεν λειτουργεί μόνο ως σήμα αναγνώρισης, αλλά και ως δομημένο μοντέλο μετασχηματισμού της νοσηλευτικής πρακτικής.

Στη χώρα μας, οι πιστοποιήσεις ποιότητας έχουν αναπτυχθεί κυρίως στον ιδιωτικό τομέα, όπου τα νοσοκομεία παρουσιάζουν καλύτερες επιδόσεις σε συγκεκριμένους δείκτες ποιότητας σε σχέση με τα δημόσια, μεταξύ άλλων λόγω της συστηματικής υιοθέτησης προτύπων όπως τα ISO. Η Επιτροπή Ανταγωνισμού (2025) επισημαίνει ότι οι ελληνικές ιδιωτικές κλινικές επενδύουν στις πιστοποιήσεις τόσο ως εργαλείο marketing και ενίσχυσης της φήμης όσο και ως όχημα διεθνοποίησης, με την επιτυχή όμως βιωσιμότητά τους να προϋποθέτει σταθερό θεσμικό και χρηματοδοτικό πλαίσιο υποστήριξης. Παράλληλα, η Καπάκη (2015) υπογραμμίζει ότι η κουλτούρα ασφάλειας στα ιδιωτικά νοσοκομεία εμφανίζεται πιο ώριμη, γεγονός που διευκολύνει την υιοθέτηση απαιτητικών προτύπων όπως το Magnet.

Συνοψίζοντας, η διεθνής εμπειρία αναδεικνύει τον κατεξοχήν συμπληρωματικό ρόλο των διαφορετικών σχημάτων πιστοποίησης. Τα ISO προσφέρουν το βασικό υπόβαθρο για την τυποποίηση και τεκμηρίωση των διαδικασιών, η Joint Commission International επικεντρώνεται στην ασφάλεια των ασθενών και στη συμμόρφωση με διεθνή κλινικά πρότυπα, ενώ το Magnet Recognition Program ενδυναμώνει τη νοσηλευτική ηγεσία και προάγει την κουλτούρα αριστείας στο προσωπικό. Παρότι πρόκειται για διαφορετικά εργαλεία και προσεγγίσεις, συγκλίνουν στον κοινό στόχο της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών και της ασφάλειας των ασθενών. Ο συνδυασμός των προτύπων αυτών συνδέεται, σύμφωνα με οικονομικές αναλύσεις, με απόδοση επένδυσης ROI (Απόδοση Επένδυσης - Return on Investment) της τάξης του 15–30%, μέσω της μείωσης των ανεπιθύμητων συμβάντων, της βελτίωσης των κλινικών αποτελεσμάτων και της ενίσχυσης της φήμης των οργανισμών υγείας. Στην ελληνική πραγματικότητα, τα πρότυπα ISO παραμένουν η πιο διαδεδομένη επιλογή, ενώ Joint Commission International και Magnet υιοθετούνται κυρίως από μεγάλα, καλά χρηματοδοτούμενα ιδρύματα, γεγονός που

αναδεικνύει τις υφιστάμενες δομικές ανισότητες και τις διαφοροποιήσεις πρόσβασης στην ποιότητα εντός του συστήματος υγείας.

4. Εργαλεία Αξιολόγησης της Κουλτούρας Ασφάλειας

4.1 Επισκόπηση εργαλείων αξιολόγησης

Η αποτίμηση της κουλτούρας ασφάλειας στις υπηρεσίες υγείας στηρίζεται κυρίως σε δομημένα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, τα οποία διερευνούν τις αντιλήψεις των επαγγελματιών για την επικοινωνία, την αναφορά λαθών, το στυλ ηγεσίας και τη συνεργατικότητα μέσα στις ομάδες (Nieva & Sorra, 2003; Singer et al., 2009; Waterson et al., 2019). Τα εργαλεία αυτά έχουν καθιερωθεί διεθνώς και συχνά αποτελούν το απαραίτητο πρώτο βήμα πριν από τον σχεδιασμό και την εφαρμογή στοχευμένων παρεμβάσεων για την ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών σε νοσοκομεία και λοιπές δομές υγείας (Profit et al., 2012; Vincent, 2010).

Τα κυριότερα μέσα μέτρησης της κουλτούρας ασφάλειας ομαδοποιούνται σε τρεις (3) βασικές κατηγορίες. Πρώτον, τα ερωτηματολόγια γενικής κουλτούρας, όπως το HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture) και το SAQ (Safety Attitudes Questionnaire), αποτυπώνουν ολιστικά το προφίλ ασφάλειας ενός οργανισμού και επιτρέπουν συγκρίσεις μεταξύ νοσοκομείων ή χωρών (Sorra & Nieva, 2003; Sexton et al., 2006).

Δεύτερον, υπάρχουν εξειδικευμένα εργαλεία που αναπτύσσονται για συγκεκριμένα περιβάλλοντα, όπως ΜΕΘ ή χειρουργεία, ώστε να αναδεικνύονται οι ιδιαίτερες πηγές κινδύνου και οι απαιτήσεις κάθε κλινικής οντότητας (Nwosu et al., 2022).

Τρίτον, τα εργαλεία μικτής μεθοδολογίας συνδυάζουν ποσοτικά ερωτηματολόγια με ποιοτικές τεχνικές, όπως συνεντεύξεις και ομάδες εστίασης (focus groups), προσφέροντας βαθύτερη κατανόηση των υποκειμενικών παραγόντων που διαμορφώνουν την κουλτούρα ασφάλειας (Waterson et al., 2019) όπως προκύπτει από τη μελέτη που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό BMC Health Services Research.

Η πλειονότητα των ερωτηματολογίων χρησιμοποιεί κλίμακες τύπου Likert για να αποτυπώσει είτε τη συχνότητα συγκεκριμένων συμπεριφορών είτε το επίπεδο συμφωνίας με δηλώσεις σχετικές με την ασφάλεια. Η ψυχομετρική ποιότητα αυτών των εργαλείων

τεκμηριώνεται μέσω δεικτών όπως ο Cronbach's alpha, που επιτρέπει τον έλεγχο της εσωτερικής συνοχής, και η παραγοντική ανάλυση, που εξασφαλίζει τη δομική εγκυρότητα (Tavakol & Dennick, 2011; Waterson et al., 2019). Για να χρησιμοποιηθούν σε διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα, απαιτείται αυστηρή διαδικασία διαπολιτισμικής προσαρμογής, η οποία περιλαμβάνει μετάφραση εμπρός-πίσω, πιλοτική εφαρμογή και εκτενή ψυχομετρικό έλεγχο, σύμφωνα με διεθνώς αποδεκτές οδηγίες (Beaton et al., 2000; Waterson et al., 2019; Olsen et al., 2024; Pevet et al., 2023).

Η επιλογή του κατάλληλου εργαλείου μέτρησης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Καθοριστικό στοιχείο είναι ο σκοπός της αξιολόγησης, δηλαδή αν στοχεύει σε μια σφαιρική εικόνα για ολόκληρο το νοσοκομείο ή σε λεπτομερή διερεύνηση συγκεκριμένης κλινικής μονάδας (Singer et al., 2009). Εξίσου σημαντική είναι η ύπαρξη επικυρωμένης μετάφρασης στη γλώσσα και στο πολιτισμικό πλαίσιο εφαρμογής, ώστε να διασφαλίζεται ότι τα ερωτήματα γίνονται κατανοητά και διατηρούν το ίδιο νοηματικό βάρος με το πρωτότυπο (Olsen et al., 2024; Pevet et al., 2023; Liu et al., 2024). Προτεραιότητα δίνεται στην ενίσχυση των δεξιοτήτων του προσωπικού, στην εφαρμογή βελτιστοποιημένων διαδικασιών και στη λειτουργία ενός διαφανούς συστήματος αναφοράς σφαλμάτων (Waterson et al., 2019; Profit et al., 2016).

Στο ελληνικό περιβάλλον, η ερευνητική δραστηριότητα επικεντρώνεται κυρίως σε μεταφρασμένες και προσαρμοσμένες εκδοχές των HSOPSC και SAQ, οι οποίες έχουν εφαρμοστεί σε διαφορετικούς τύπους νοσοκομείων, κλινικών και τμημάτων. Οι μελέτες αυτές δείχνουν ότι τα συγκεκριμένα εργαλεία επιτρέπουν όχι μόνο την αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης, αλλά και την παρακολούθηση των μεταβολών της κουλτούρας ασφάλειας στο χρόνο, διευκολύνοντας τόσο τις εσωτερικές συγκρίσεις μεταξύ τμημάτων όσο και τη σύγκριση με διεθνή δεδομένα (Αγγελή & Καπάκη, 2020; Aletras 2020; Αντωνάκος και συν., 2021; Πετρήs, 2023; Raftopoulos and Pavlakis 2013; Καπάκη, 2015).

4.2 Hospital Survey on Patient Safety Culture

4.2.1 Ιστορικό και θεωρητικό υπόβαθρο

Το ερωτηματολόγιο HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture) αναπτύχθηκε από την AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), βασιζόμενο σε θεωρητικά μοντέλα οργανωσιακής κουλτούρας και ιδιαίτερα στη θεωρία του Reason για το

«συστημικό μοντέλο» του ανθρώπινου σφάλματος, το οποίο εστιάζει στις λανθάνουσες συνθήκες που ευνοούν την εμφάνιση λαθών (Reason, 1990; Reason, 1997; Reason, 2000; Sorra & Nieva, 2004; AHRQ, 2019).

Κύριος στόχος του εργαλείου είναι η αποτύπωση των αντιλήψεων, στάσεων και συμπεριφορών των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών, αναδεικνύοντας τόσο τις ισχυρές όσο και τις αδύναμες πτυχές της οργανωσιακής κουλτούρας (Reason, 1990; Reason, 1997; Reason, 2000; Sorra & Nieva, 2003; AHRQ, 2019).

Παράλληλα, το HSOPSC λειτουργεί ως εργαλείο διοίκησης ποιότητας, καθώς επιτρέπει τη συστηματική αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας σε επίπεδο τμήματος, κλινικής ή νοσοκομείου, υποστηρίζοντας τον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς τους (Singer et al., 2009; Profit et al., 2016).

Η χρήση του εργαλείου έχει συσχετιστεί στη βιβλιογραφία με τη βελτίωση της οργανωσιακής απόδοσης και τη μείωση των ανεπιθύμητων συμβάντων, ενισχύοντας συνολικά την ασφάλεια των ασθενών.

4.2.2 Διαστάσεις του ερωτηματολογίου

Η αρχική μορφή του HSOPSC (έκδοση 1.0) αποτελείται από 42 ερωτήματα, τα οποία κατανέμονται σε 12 διαστάσεις που εξετάζουν καίριες πτυχές της κουλτούρας ασφάλειας, όπως η ομαδικότητα εντός της μονάδας, η διαφάνεια της επικοινωνίας, η ανατροφοδότηση από τα λάθη, η μη τιμωρητική στάση απέναντι στα σφάλματα και ο βαθμός δέσμευσης της διοίκησης στα ζητήματα ασφάλειας (Waterson et al., 2019; Olsen et al., 2024). Σκοπός της δομής αυτής είναι η συστηματική αποτύπωση τόσο των διαπροσωπικών σχέσεων όσο και των οργανωσιακών χαρακτηριστικών που επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών.

Στην αναθεωρημένη έκδοση HSOPSC 2.0, οι αρχικές διαστάσεις έχουν αναδιαρθρωθεί, χωρίς ωστόσο να αλλοιώνεται ο βασικός προσανατολισμός του εργαλείου, ο οποίος αφορά την καταγραφή των αντιλήψεων σχετικά με την αναφορά συμβάντων, τον φόρτο εργασίας, την ηγεσία και το υποστηρικτικό κλίμα ασφάλειας (Olsen et al., 2024; Waterson et al., 2019). Η νέα έκδοση συνοδεύεται από βελτιωμένα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά, με αυξημένη εσωτερική συνοχή και ισχυρότερη δομική εγκυρότητα, γεγονός που ενισχύει την

αξιοπιστία των ευρημάτων και επιτρέπει ακριβέστερες συγκρίσεις μεταξύ μονάδων, νοσοκομείων και χωρών.

4.2.3 Η χρήση στην Ελλάδα και διεθνώς

Σε διεθνές επίπεδο, το HSOPSC έχει εδραιωθεί ως ένα από τα πιο διαδεδομένα εργαλεία αποτύπωσης της κουλτούρας ασφάλειας, με μεταφρασμένες και σταθμισμένες εκδοχές σε πλήθος χωρών, όπως η Σουηδία, η Νορβηγία, η Βραζιλία, η Αυστρία και η Τουρκία (Waterson et al., 2019; Olsen et al., 2024; Dimova et al., 2022; Suryani & Lindayani, 2024; Liu et al., 2024).

Στο ελληνικό περιβάλλον, μελέτες σε νοσοκομεία και μονάδες εντατικής θεραπείας που αξιοποίησαν προσαρμοσμένες εκδοχές του HSOPSC ανέδειξαν κρίσιμες ζώνες ευαλωτότητας, όπως η μη τιμωρητική αντιμετώπιση των λαθών και τα προβλήματα επαρκούς στελέχωσης. Παράλληλα, τα ευρήματα αναδεικνύουν διαφοροποιήσεις μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών δομών, τόσο ως προς την αντίληψη της διοικητικής στήριξης σε θέματα ασφάλειας όσο και ως προς το επίπεδο ομαδικότητας και επικοινωνίας. Το γεγονός αυτό αναδεικνύει τις δομικές ανισότητες και τις διαφορετικές οργανωσιακές κουλτούρες που συνυπάρχουν στο ελληνικό σύστημα υγείας (Raftopoulos and Pavlakis 2013; Καπάκη, 2015; Αγγελή & Καπάκη, 2020; Aletras et al., 2020; Πετρήs, 2023; El-Jardali et al., 2011).

4.3 Safety Attitudes Questionnaire

4.3.1 Βασικά χαρακτηριστικά

Το Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) αποτελεί ένα από τα πιο διαδεδομένα και αξιόπιστα εργαλεία αποτύπωσης των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ασφάλεια των ασθενών σε περιβάλλοντα υψηλού κινδύνου. Αρχικά σχεδιάστηκε από τους Sexton et al. (2006) με αφετηρία τον χώρο της αναισθησιολογίας και στη συνέχεια προσαρμόστηκε και εφαρμόστηκε σε ευρύ φάσμα κλινικών μονάδων, όπως μονάδες εντατικής θεραπείας, χειρουργεία και τμήματα επειγόντων περιστατικών.

Το ερωτηματολόγιο αποτυπώνει έξι (6) βασικές διαστάσεις του κλίματος ασφάλειας σε μια κλινική μονάδα:

- **Κλίμα συνεργασίας (Teamwork Climate):** Εστιάζει στην ποιότητα της συνεργασίας και της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας, καθώς και στον βαθμό αμοιβαίου σεβασμού και υποστήριξης.
- **Κλίμα ασφάλειας (Safety Climate):** Αποτυπώνει κατά πόσο το προσωπικό αντιλαμβάνεται ότι ο οργανισμός θέτει την ασφάλεια των ασθενών ως προτεραιότητα έναντι άλλων στόχων, όπως η παραγωγικότητα ή το κόστος.
- **Εργασιακή ικανοποίηση (Job Satisfaction):** Αφορά το συνολικό αίσθημα ικανοποίησης, υπερηφάνειας και δέσμευσης των εργαζομένων απέναντι στο έργο τους και στην ομάδα τους.
- **Αντιλήψεις για τη διοίκηση (Perceptions of Management):** Αξιολογεί τον βαθμό εμπιστοσύνης στη διοίκηση, καθώς και την αίσθηση ότι αυτή υποστηρίζει το προσωπικό και λαμβάνει σοβαρά υπόψη τα ζητήματα ασφάλειας.
- **Εργασιακές συνθήκες (Working Conditions):** Εξετάζει την επάρκεια υποδομών, εξοπλισμού και πόρων, καθώς και τη σαφήνεια των διαδικασιών που υποστηρίζουν την ασφαλή κλινική πρακτική.
- **Αναγνώριση του στρες (Stress Recognition):** Αξιολογεί τον βαθμό επίγνωσης των επαγγελματιών ότι η κόπωση, η πίεση χρόνου και το άγχος μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την κλινική κρίση και την απόδοσή τους.

Η τυπική μορφή του SAQ περιλαμβάνει περίπου 30–40 προτάσεις τύπου Likert πενταβάθμιας κλίμακας, οι οποίες επιτρέπουν την ποσοτική αποτίμηση των επιμέρους διαστάσεων του κλίματος ασφάλειας. Οι κλίμακες του ερωτηματολογίου έχουν παρουσιάσει υψηλή εσωτερική συνοχή και ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες σε πλήθος γλωσσικών και πολιτισμικών προσαρμογών, γεγονός που διευκολύνει τις συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών τμημάτων και νοσοκομείων (Sexton et al., 2006; Nwosu et al., 2022; Yavuz et al., 2023) όπως προκύπτει από τη μελέτη που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό BMC Health Services Research. Η ευρεία εφαρμογή του SAQ σε μονάδες εντατικής θεραπείας, χειρουργεία και τμήματα επειγόντων έχει αναδείξει την αξία του ως πρακτικού εργαλείου παρακολούθησης της κουλτούρας ασφάλειας σε βάθος χρόνου.

4.3.2 Διαφορές των εργαλείων SAQ και HSOPSC

Παρότι το SAQ και το HSOPSC έχουν κοινό στόχο τη διερεύνηση της κουλτούρας ασφάλειας, διαφοροποιούνται ουσιαστικά σε ορισμένα κρίσιμα χαρακτηριστικά. Οι

διαφορές αυτές αφορούν τόσο τη θεωρητική τους εστίαση όσο και τον τρόπο δόμησης, καθώς και τα πεδία εφαρμογής τους.

Εννοιολογική εστίαση: Το HSOPSC δίνει έμφαση στην ευρύτερη οργανωσιακή κουλτούρα και στις δομές του νοσοκομείου, ενώ το SAQ εστιάζει περισσότερο στις ατομικές αντιλήψεις και στο κλίμα που διαμορφώνεται εντός των ομάδων επαγγελματιών υγείας (Nieva & Sorra, 2003; Sexton et al., 2006; Singer et al., 2009).

Δομή και έκταση: Το HSOPSC αποτελεί πιο αναλυτικό εργαλείο, με πάνω από 42 ερωτήματα καταναμημένα σε 12 διαστάσεις, σε αντίθεση με το SAQ που περιλαμβάνει περίπου 30 ερωτήματα σε 6 διαστάσεις, στοιχείο που το καθιστά ιδιαίτερα λειτουργικό σε τμήματα με αυξημένο φόρτο εργασίας (Waterson et al., 2019; Pevec et al., 2023).

Πεδία εφαρμογής: Το HSOPSC χρησιμοποιείται κυρίως για τη χαρτογράφηση της κουλτούρας ασφάλειας σε επίπεδο ολόκληρου νοσοκομείου, ενώ το SAQ έχει καθιερωθεί κυρίως σε περιβάλλοντα υψηλού κινδύνου, όπως οι ΜΕΘ, όπου απαιτείται πιο λεπτομερής αποτύπωση του κλίματος ασφάλειας (Makary et al., 2006; Nwosu et al., 2022; Yavuz et al., 2023).

Στην ελληνική πραγματικότητα, μεταφρασμένες και πολιτισμικά προσαρμοσμένες εκδοχές του SAQ έχουν εφαρμοστεί σε χειρουργικά τμήματα και ΜΕΘ. Η πρακτική αυτή διευκολύνει τη συγκριτική αποτίμηση της κουλτούρας ασφάλειας των ελληνικών νοσοκομείων σε σχέση με διεθνή πρότυπα και αναδεικνύει πεδία που χρήζουν στοχευμένων παρεμβάσεων (Karathanasi et al., 2012; Raftopoulos and Pavlakis 2013; Πετρής, 2023).

4.4 Πλεονεκτήματα και περιορισμοί των εργαλείων

Πλεονεκτήματα

Πρώτον, τόσο το HSOPSC όσο και το SAQ διαθέτουν ισχυρή ψυχομετρική τεκμηρίωση, με αποδεδειγμένη αξιοπιστία και εγκυρότητα σε διαφορετικές χώρες, γεγονός που καθιστά εφικτή τη σύγκριση αποτελεσμάτων μεταξύ διαφορετικών νοσοκομείων και συστημάτων υγείας (Waterson et al., 2019; Olsen et al., 2024; Dimova et al., 2022).

Επιπλέον, τα δύο ερωτηματολόγια είναι ιδιαίτερα φιλικά προς τη χρήση, καθώς μπορούν να διανεμηθούν τόσο σε έντυπη μορφή (HSOPSC) όσο και σε ηλεκτρονική μορφή (SAQ), διευκολύνοντας τη συλλογή μεγάλου αριθμού απαντήσεων (Aletas et al, 2020; Αντωνάκος και συν., 2021; Πετρή, 2023).

Ένα ακόμη σημαντικό πλεονέκτημα είναι η τεκμηριωμένη συσχέτιση των αντιλήψεων που αποτυπώνονται μέσω των εργαλείων με κρίσιμους δείκτες ποιότητας και ασφάλειας της φροντίδας, προσφέροντας έτσι μια αξιόπιστη βάση για τον σχεδιασμό και την παρακολούθηση προτύπων και πιστοποιήσεων (Profit et al., 2016; Kelly et al., 2011; Nilsson & Gustavsson, 2024).

Τέλος, η ευρεία διεθνής χρήση τους επιτρέπει την ανάπτυξη μηχανισμών benchmarking, καθώς τα ίδια ερωτηματολόγια μπορούν να αξιοποιηθούν σε διαφορετικά νοσοκομεία και χώρες, υποστηρίζοντας συγκρίσεις σε διεθνές επίπεδο, καθώς και την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας παρεμβάσεων βελτίωσης.

Περιορισμοί

Παρά τα παραπάνω πλεονεκτήματα, τα εργαλεία αυτά εμφανίζουν ορισμένους εγγενείς περιορισμούς. Καταρχάς, βασίζονται αποκλειστικά σε αυτοαναφερόμενες απαντήσεις του προσωπικού, οι οποίες ενδέχεται να επηρεάζονται από κοινωνικά επιθυμητές στάσεις ή από ανησυχίες σχετικά με την ανωνυμία, ιδίως σε αυστηρά ιεραρχημένα εργασιακά περιβάλλοντα (Waterson et al., 2019) όπως τεκμηριώνεται στη μελέτη που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό BMC Health Services Research.

Επιπρόσθετα, η διαπολιτισμική και γλωσσική προσαρμογή των ερωτηματολογίων δεν αποτελεί απλή διαδικασία. Η δομή των παραγόντων και η ερμηνεία των ερωτήσεων μπορεί να διαφοροποιούνται ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο (π.χ. Βραζιλία, Αυστρία, Σκανδιναβία κ.ά.), γεγονός που απαιτεί προσεκτική διαδικασία μετάφρασης, πιλοτικής εφαρμογής και ψυχομετρικού ελέγχου (Dimova et al., 2022; Olsen et al., 2024; Liu et al., 2024).

Τέλος, τα ερωτηματολόγια αυτά δεν μπορούν να υποκαταστήσουν τις ποιοτικές προσεγγίσεις ή την εις βάθος ανάλυση πραγματικών συμβάντων. Η βιβλιογραφία

υπογραμμίζει ότι για μια ολοκληρωμένη κατανόηση της κουλτούρας ασφάλειας απαιτούνται μικτές μεθοδολογίες, οι οποίες συνδυάζουν ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα (Waterson et al., 2019; Vincent, 2010; WHO, 2020).

4.5 Ανάλογες και αντίστοιχες μελέτες με αυτήν του ειδικού μέρους

4.5.1 Διεθνείς μελέτες

Στη μελέτη τους, οι **Profit et al. (2016)** επιχείρησαν να συγκρίνουν δύο από τα πλέον διαδεδομένα εργαλεία μέτρησης της κουλτούρας ασφάλειας, το Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) και το Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Η έρευνα διεξήχθη σε δείγμα 44 Μονάδων Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) στην Καλιφόρνια των ΗΠΑ, με τη συμμετοχή 2.073 επαγγελματιών υγείας (νοσηλευτές 72%, ιατροί 10% και αναπνευστικοί θεραπευτές 14%) και εξαιρετικά υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης, το οποίο έφτασε το 62,9% (Profit et al., 2016).

Αναφορικά με την εσωτερική συνοχή, όλες οι χρησιμοποιούμενες κλίμακες εμφάνισαν ικανοποιητικούς δείκτες, με τον συντελεστή Cronbach's alpha να κυμαίνεται μεταξύ 0,71 και 0,86. Η στατιστική ανάλυση ανέδειξε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των δύο εργαλείων, τόσο ως προς τη διάσταση της ασφάλειας ($r = 0,72, p < 0,001$) όσο και ως προς την ομαδική εργασία ($r = 0,67, p < 0,001$). Παράλληλα, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στα επίπεδα κουλτούρας μεταξύ των 44 μονάδων ($p < 0,001$). Ειδικότερα, στο SAQ ο μέσος όρος θετικών απαντήσεων για την ομαδικότητα ανήλθε σε 65,8% και για την ασφάλεια σε 65,2%, ενώ στο HSOPSC η «Ομαδική εργασία εντός των μονάδων» συγκέντρωσε 74% και η «Επικοινωνία για σφάλματα» 49,2% (Profit et al., 2016).

Επιπροσθέτως, η μελέτη ανέδειξε ότι συγκεκριμένοι δημογραφικοί και οργανωσιακοί παράγοντες επηρεάζουν τις αντιλήψεις των εργαζομένων. Οι γυναίκες, το μη ιατρικό προσωπικό, καθώς και οι επαγγελματίες με προϋπηρεσία άνω του έτους, έτειναν να αξιολογούν χαμηλότερα την κουλτούρα ασφάλειας. Αντίστοιχη τάση παρατηρήθηκε και σε μεγαλύτερες μονάδες με αυξημένο αριθμό κλινών (Profit et al., 2016).

Το πλέον κρίσιμο εύρημα της έρευνας, είναι ότι παρά την υψηλή συσχέτιση, τα δύο εργαλεία δεν παράγουν ταυτόσημα αποτελέσματα. Χαρακτηριστικά, το 50% των μονάδων κατετάγη σε διαφορετικό τεταρτημόριο ανάλογα με το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε,

γεγονός που υποδηλώνει ότι το SAQ και το HSOPSC δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται εναλλακτικά χωρίς προσεκτική ερμηνεία των δεδομένων (Profit et al., 2016).

Σε μια από τις πλέον κλασικές μελέτες στον τομέα της κουλτούρας ασφάλειας, οι **Makary et al. (2006)** διερεύνησαν τις αντιλήψεις για την ομαδική εργασία στο περιβάλλον του χειρουργείου. Η έρευνα είχε δείγμα 60 νοσοκομείων στις ΗΠΑ, με τη συμμετοχή 2.135 επαγγελματιών υγείας (ποσοστό ανταπόκρισης 77,1%), συμπεριλαμβανομένων χειρουργών, αναισθησιολόγων, νοσηλευτών χειρουργείου και μαιών αναισθησίας (Makary et al., 2006).

Χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), οι ερευνητές ζήτησαν από το προσωπικό να αξιολογήσει την ποιότητα της συνεργασίας τόσο με συναδέλφους της ίδιας ειδικότητας όσο και με άλλες επαγγελματικές ομάδες. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν σημαντικές αποκλίσεις στις αντιλήψεις ανάλογα με τον ρόλο των εργαζομένων. Συγκεκριμένα, οι πιο έντονες και στατιστικά σημαντικές διαφορές καταγράφηκαν στις αξιολογήσεις των ιατρών σε σύγκριση με τις εκτιμήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού, με τους χειρουργούς ($F[4, 2058] = 41,73, p < 0,001$) και τους αναισθησιολόγους ($F[4, 1990] = 53,15, p < 0,001$) να αντιλαμβάνονται διαφορετικά τα επίπεδα συνεργασίας και επικοινωνίας (Makary et al., 2006).

Το πλέον αξιοσημείωτο εύρημα της μελέτης αφορά στο χάσμα μεταξύ χειρουργών και νοσηλευτών. Ενώ οι χειρουργοί αξιολόγησαν τη συνεργασία με τους συναδέλφους τους ως «υψηλή» ή «πολύ υψηλή» σε ποσοστό 85%, οι νοσηλευτές αξιολόγησαν τη συνεργασία τους με τους χειρουργούς ως αντίστοιχου επιπέδου μόνο στο 48% των περιπτώσεων. Αυτή η διαφοροποίηση υποδηλώνει ότι οι ιατροί τείνουν να αντιλαμβάνονται την ομαδική εργασία ως ικανοποιητική, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό τη θεωρεί συχνά μέτρια (Makary et al., 2006).

Οι συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι οργανισμοί υγείας πρέπει να χρησιμοποιούν επιστημονικά εργαλεία, όπως το SAQ, για να εντοπίζουν αυτά τα «χάσματα» μεταξύ των ειδικοτήτων. Η κατανόηση αυτών των αποκλίσεων είναι ζωτικής σημασίας για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων που στοχεύουν στη βελτίωση της επικοινωνίας και, κατ' επέκταση, της ασφάλειας των ασθενών, δεδομένου ότι τα σφάλματα επικοινωνίας αποτελούν μία από τις βασικές αιτίες ανεπιθύμητων συμβάντων (Makary et al., 2006).

Μια εκτενής μελέτη που αναδεικνύει τη σημασία του οργανωσιακού περιβάλλοντος στην ποιότητα της φροντίδας και την ευημερία του προσωπικού είναι αυτή των Kelly, McHugh και Aiken (2011). Η έρευνα επικεντρώθηκε στη σύγκριση νοσοκομείων με πιστοποίηση Magnet (μοντέλο αριστείας που προάγει υποστηρικτικά εργασιακά περιβάλλοντα για τους νοσηλευτές) με μη πιστοποιημένα νοσοκομεία. Το δείγμα περιλάμβανε 26.276 νοσηλευτές άμεσης φροντίδας σε 567 νοσοκομεία οξείας φροντίδας σε τέσσερις πολιτείες των ΗΠΑ (Kelly et al., 2011).

Για την αξιολόγηση του εργασιακού περιβάλλοντος χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα PES-NWI, ενώ η επαγγελματική εξουθένωση μετρήθηκε μέσω της υποκλίμακας συναισθηματικής εξάντλησης του Maslach Burnout Inventory (MBI). Τα νοσοκομεία Magnet εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά καλύτερο εργασιακό περιβάλλον σε σχέση με τα υπόλοιπα ($t = -5,29$, $p < 0,001$) (Kelly et al., 2011).

Επιπλέον, οι νοσηλευτές στα νοσοκομεία Magnet είχαν 18% λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν εργασιακή δυσαρέσκεια ($p < 0,05$) και 13% λιγότερες πιθανότητες να αναφέρουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης ($p < 0,05$). Ένα ακόμη σημαντικό εύρημα αφορά την εκπαίδευση, καθώς τα νοσοκομεία Magnet διέθεταν σημαντικά υψηλότερο ποσοστό νοσηλευτών με πανεπιστημιακό τίτλο σπουδών Bachelor of Science in Nursing (BSN) ή ανώτερο ($t = -2,27$, $p < 0,05$) (Kelly et al., 2011).

Συμπερασματικά, η έρευνα των Kelly et al. τεκμηριώνει ότι η επένδυση σε ένα θετικό εργασιακό περιβάλλον και η υιοθέτηση προτύπων κουλτούρας ασφάλειας συνδέονται άμεσα με τη μείωση του burnout και την αύξηση της ικανοποίησης του προσωπικού. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν ότι η κουλτούρα ασφάλειας δεν αφορά μόνο την προστασία του ασθενούς, αλλά αποτελεί και κρίσιμο παράγοντα διατήρησης του ανθρώπινου δυναμικού (Kelly et al., 2011).

4.5.2 Ελληνικές μελέτες

Μία από τις πλέον σημαντικές μελέτες για την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα είναι αυτή της **Καπάκη (2015)**. Η έρευνα διεξήχθη σε ευρύ δείγμα 12 δημόσιων νοσοκομείων (γενικών και ειδικών) της Αττικής και της περιφέρειας,

με τη συμμετοχή 810 επαγγελματιών υγείας διαφόρων ειδικοτήτων (ιατροί, νοσηλευτές, φαρμακοποιοί κ.ά.) και ποσοστό ανταπόκρισης 58,9% (Καπάκη, 2015).

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν η ελληνική σταθμισμένη εκδοχή του ερωτηματολογίου Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) του οργανισμού AHRQ, προκειμένου να αναλυθούν οι στάσεις των εργαζομένων και η συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι οι παράμετροι με το υψηλότερο ποσοστό θετικών απαντήσεων ήταν οι «Προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων» (64%) και η «Οργανωσιακή μάθηση και συνεχής βελτίωση» (55,6%) (Καπάκη, 2015).

Αντίθετα, τα χαμηλότερα επίπεδα θετικής αξιολόγησης εντοπίστηκαν στη «Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» (18,5%), στη «Στελέχωση» (24,2%) και στην «Υποστήριξη της διοίκησης» (30,2%). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα ότι το 40,1% των συμμετεχόντων δεν ανέφερε κανένα δυσμενές συμβάν κατά το τελευταίο έτος, γεγονός που συνδέεται με το χαμηλό επίπεδο μη τιμωρητικής κουλτούρας (Καπάκη, 2015).

Τα συμπεράσματα της μελέτης υπογραμμίζουν ότι η κουλτούρα ασφάλειας στα ελληνικά νοσοκομεία δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ιδιαίτερα θετική, καθώς ο συνολικός μέσος όρος θετικών απαντήσεων ανήλθε μόλις στο 42,6%. Η ερευνήτρια τονίζει την επιτακτική ανάγκη ανάπτυξης στρατηγικών που θα προωθούν την ανοιχτή επικοινωνία και τη δημιουργία περιβάλλοντος χωρίς φόβο τιμωρίας, με στόχο τη βελτίωση της αναφοράς λαθών και της ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Καπάκη, 2015).

Μια σύγχρονη προσέγγιση στην αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας στην Ελλάδα αποτελεί η μελέτη του **Πετρή (2023)**, η οποία επικεντρώθηκε σε περιβάλλοντα υψηλής επικινδυνότητας, όπως τα τμήματα αιμοδοσίας και οι κλινικές μεταγγίσεων. Η έρευνα διεξήχθη σε τέσσερα Γενικά Περιφερειακά Νοσοκομεία της 6ης ΥΠΕ, με τη συμμετοχή 177 επαγγελματιών υγείας (ιατρών και νοσηλευτών) που εμπλέκονται στη διαδικασία της μετάγγισης αίματος και παραγώγων του (Πετρή, 2023).

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το διεθνώς αναγνωρισμένο εργαλείο HSOPSC, ενώ η στατιστική επεξεργασία πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS v29.0. Τα ευρήματα της μελέτης ανέδειξαν σημαντικές προκλήσεις, καθώς οι διαστάσεις με τα χαμηλότερα ποσοστά θετικών απαντήσεων ήταν η «Στελέχωση» (22%) και η «Μη

τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» (22,8%). Αντίθετα, η «Συνολική αντίληψη για την ασφάλεια των ασθενών» βαθμολογήθηκε με σχετικά ικανοποιητικό ποσοστό 57,4% (Πετρή, 2023).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι στατιστικές συσχετίσεις που προέκυψαν από την επαγωγική επεξεργασία. Διαπιστώθηκε ότι η «συχνότητα αναφοράς των λαθών» επηρεάζεται άμεσα από την ποιότητα της επικοινωνίας, καθώς αυξάνεται κατά 0,31 μονάδες για κάθε μονάδα αύξησης του παράγοντα «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη». Επιπλέον, εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με την ηλικία των συμμετεχόντων στην παράμετρο της «Οργανωσιακής μάθησης και συνεχούς βελτίωσης» ($U = 3145$, $z = -2,265$, $p = 0,023$) (Πετρή, 2023).

Τα συμπεράσματα της μελέτης Πετρή (2023) υπογραμμίζουν ότι η έλλειψη ουσιαστικού ενδιαφέροντος από τις διοικήσεις των νοσοκομείων για θέματα ασφάλειας λειτουργεί ανασταλτικά στην ελεύθερη έκφραση του προσωπικού. Παρά τις δυσκολίες αυτές, οι επαγγελματίες υγείας καταβάλλουν προσπάθειες για την αναγνώριση και καταγραφή των δυσμενών συμβάντων, με στόχο τη διαρκή βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών (Πετρή, 2023).

4.5.3 Σύνοψη ευρημάτων και ερευνητικά κενά

Από τη συγκριτική ανάλυση των μελετών προκύπτουν τρία (3) σταθερά μοτίβα: (α) Η υποστελέχωση και η επικράτηση τιμωρητικής κουλτούρας (ή τα χαμηλά επίπεδα μη τιμωρητικής αντιμετώπισης των λαθών) αποτελούν τα πιο προβληματικά πεδία με τις χαμηλότερες βαθμολογίες θετικών απαντήσεων σε όλες σχεδόν τις χώρες. (β) η ιεραρχική θέση επηρεάζει σημαντικά την αντίληψη της ομαδικότητας, και (γ) τα υποστηρικτικά οργανωσιακά μοντέλα (π.χ. Magnet) συνδέονται με καλύτερα επαγγελματικά και κλινικά αποτελέσματα.

Πίνακας 1. Συγκριτική παρουσίαση μελετών κουλτούρας ασφάλειας ασθενών

Συγγραφείς (Έτος)	Δείγμα (N) & Πλαίσιο	Εργαλείο / Μεταβλητές	Κύρια Ευρήματα / Στατιστικά αποτελέσματα	Συμπεράσματα
Profit et al. (2016)	2.073 Επ. Υγείας (44 MENN, ΗΠΑ)	HSOPSC & SAQ	Ισχυρή συσχέτιση ($r=0,72$) μεταξύ των εργαλείων. Η επικοινωνία για	Τα εργαλεία SAQ και HSOPSC είναι συμπληρωματικά αλλά όχι ταυτόσημα.

			σφάλματα στο 49,2%.	
Makary et al. (2006)	2.135 Επ. Υγείας (60 Νοσ., ΗΠΑ)	SAQ και (ομαδική συνεργασία)	Χάσμα αντίληψης: 85% θετική από ιατρούς vs 48% από νοσηλευτές (p<0,001).	Η ιεραρχική θέση επηρεάζει καθοριστικά την αντίληψη της ομαδικότητας.
Kelly et al. (2011)	26.276 Νοσηλευτές (567 Νοσ., ΗΠΑ)	PES-NWI & MBI (επαγγελματική εξουθένωση)	Magnet hospitals: -18% εργασιακή δυσανεμία και -13% επαγγελματική εξουθένωση (p<0,05).	Η οργανωσιακή αριστεία (Magnet) προστατεύει την υγεία του προσωπικού.
Καπάκη (2015)	810 Επ. Υγείας (12 Νοσ., Ελλάδα)	HSOPSC	Μη τιμωρητική αντίδραση στο λάθος: 18,5% (το χαμηλότερο σκορ). Συνολική κουλτούρα 42,6%.	Ανάγκη για μετάβαση από την κουλτούρα της «ενοχής» στην κουλτούρα της «μάθησης».
Πετρήs (2023)	177 Επ. Υγείας (6η ΥΠΕ, Ελλάδα)	HSOPSC	Στελέχωση 22% (χαμηλό). Η επικοινωνία αυξάνει την αναφορά λαθών κατά 0,31 μονάδες.	Η υποστελέχωση αποτελεί το κύριο εμπόδιο για την ασφάλεια στην επαρχία.

Συνολικά, οι ανωτέρω μελέτες αναδεικνύουν ότι η κουλτούρα ασφάλειας επηρεάζεται συστηματικά από οργανωσιακούς παράγοντες (στελέχωση, διοικητική υποστήριξη), επαγγελματικές ιεραρχίες και επίπεδα επικοινωνίας. Παρά την πληθώρα διεθνών δεδομένων, η ελληνική βιβλιογραφία παραμένει περιορισμένη γεγονός που αναδεικνύει την ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης σε ειδικά κλινικά περιβάλλοντα, όπως αυτό της παρούσας έρευνας.

5. Ειδικό Μέρος

5.1 Σκοπός και Στόχοι

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση και η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών (Patient Safety Culture) στο περιβάλλον του χειρουργείου, στον ιδιωτικό τομέα. Η μελέτη επικεντρώνεται στην αποτύπωση των αντιλήψεων του προσωπικού αναφορικά με τη διαχείριση του εργασιακού περιβάλλοντος, την ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και τον βαθμό στον οποίο οι υφιστάμενες διαδικασίες διασφαλίζουν την αποφυγή σφαλμάτων.

Ως ερευνητικοί στόχοι ετέθησαν:

1. Η ποσοτική αποτίμηση των 12 διαστάσεων της κουλτούρας ασφάλειας μέσω του σταθμισμένου εργαλείου HSOPSC.
2. Η συγκριτική ανάλυση των διαστάσεων της κουλτούρας ασφάλειας ως προς το φύλο, την εργασιακή εμπειρία και την επαγγελματική κατηγορία - ιδιότητα.
3. Η συνολική αξιολόγηση της ασφάλειας των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας και η καταγραφή της συχνότητα αναφοράς δυσμενών συμβάντων στα οικεία τμήματα.

5.2 Ερευνητικά Ερωτήματα

Προκειμένου να επιτευχθούν οι παραπάνω στόχοι, η έρευνα διενεργήθηκε ούτως ώστε να απαντήσει στα ακόλουθα ερωτήματα:

- **ΕΕ1:** Ποιο είναι το διαμορφωμένο επίπεδο κουλτούρας ασφάλειας ασθενών στο χειρουργικό και συναφές διαγνωστικό περιβάλλον των υπό μελέτη νοσοκομείων;
- **ΕΕ2:** Ποιες διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών εμφανίζουν τις υψηλότερες και ποιες τις χαμηλότερες τιμές;
- **ΕΕ3:** Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στις διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων;
- **ΕΕ4:** Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στις διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών ως προς την εργασιακή εμπειρία;

- **EE5:** Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στις διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών ως προς το φύλο;
- **EE6:** Πώς αξιολογούνται από τους εργαζομένους οι διαστάσεις της επικοινωνίας και της συνεργασίας στο πλαίσιο της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών;
- **EE7:** Πώς αξιολογούν συνολικά οι εργαζόμενοι το επίπεδο ασφάλειας των ασθενών;
- **EE8:** Ποια είναι η συχνότητα αναφοράς δυσμενών συμβάντων από τους εργαζομένους;

5.3 Πληθυσμός και Δείγμα της Μελέτης

Στην παρούσα μελέτη εντάχθηκε το σύνολο των εργαζομένων που στελεχώνουν τον χώρο του χειρουργείου τομέα δύο ιδιωτικών νοσοκομείων στην Αθήνα, του Metropolitan Hospital και του Metropolitan General. Συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες στην μελέτη ήταν οι χειρουργοί όλων των ειδικοτήτων καθώς και εργαζόμενοι στο Χειρουργείο, στο Αναισθησιολογικό τμήμα, στο τμήμα Αποστείρωσης και στο τμήμα Απεικονίσεων/Αγγειογράφου.

Κριτήρια Ένταξης και Αποκλεισμού (Inclusion/Exclusion Criteria)

- Κριτήρια Ένταξης:
 - Επαγγελματίες υγείας ηλικίας άνω των 18 ετών, όλων των βαθμίδων και ειδικοτήτων που εργάζονται ή συμμετέχουν ενεργά στο χώρο του χειρουργείου με πλήρη ή μερική απασχόληση.
 - Χορήγηση έγγραφης συγκατάθεσης στη μελέτη μετά από ενημέρωση
- Κριτήρια Αποκλεισμού:
 - Εργαζόμενοι με διάρκεια προϋπηρεσίας μικρότερη του ενός (1) μηνός στο συγκεκριμένο τμήμα. Η επιλογή αυτή βασίστηκε στη βιβλιογραφική παραδοχή ότι απαιτείται ένα ελάχιστο χρονικό διάστημα προσαρμογής ώστε ο εργαζόμενος να αφομοιώσει την κουλτούρα και τις εσωτερικές διαδικασίες του οργανισμού (AHRQ, 2016).
 - Άρνηση ή υπαναχώρηση χορήγησης έγγραφης συγκατάθεσης

5.4 Ερευνητικά Εργαλεία

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε ως ερευνητικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) του Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) και συγκεκριμένα η ελληνική προσαρμογή του (Καπάκη 2015).

Το HSOPSC αποτελεί ένα διεθνώς αναγνωρισμένο εργαλείο αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα και αποτυπώνει τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 42 ερωτήσεις που κατανέμονται σε 12 διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών: ομαδική συνεργασία εντός της μονάδας, προσδοκίες και ενέργειες προϋσταμένου για την προώθηση της ασφάλειας ασθενών, οργανωσιακή μάθηση και συνεχής βελτίωση, υποστήριξη της διοίκησης για την ασφάλεια ασθενών, συνολικές αντιλήψεις για την ασφάλεια ασθενών, ανατροφοδότηση και επικοινωνία σχετικά με τα λάθη, ανοιχτή επικοινωνία, συχνότητα αναφοράς συμβάντων, ομαδική συνεργασία μεταξύ μονάδων, επάρκεια προσωπικού, μεταβιβάσεις ασθενών και αλλαγές βάρδιας και μη τιμωρητική αντιμετώπιση λαθών. Οι απαντήσεις δίνονται σε πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert (1=διαφωνώ απόλυτα έως 5=συμφωνώ απόλυτα ή 1=ποτέ έως 5=πάντα, ανάλογα με την ερώτηση).

Η ελληνική έκδοση του εργαλείου παρουσιάζει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες, με αποδεκτή εσωτερική συνοχή των επιμέρους διαστάσεων σύμφωνα με μελέτες επικύρωσης, γεγονός που τεκμηριώνει την καταλληλότητά του για χρήση στον ελληνικό νοσοκομειακό χώρο (Αγγελή 2020; Καπάκη 2015).

Επιπλέον, συλλέχθηκαν περιορισμένα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (επαγγελματική ιδιότητα, συνολικά έτη προϋπηρεσίας, έτη εργασίας στο τμήμα και τμήμα εργασίας). Η περιορισμένη καταγραφή δημογραφικών στοιχείων κρίθηκε απαραίτητη για τη διασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων και τη συμμόρφωση με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR), ενισχύοντας παράλληλα την ειλικρίνεια των απαντήσεων.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με έντυπα ερωτηματολόγια όπως περιγράφεται αναλυτικά στη συνέχεια.

5.5 Μέθοδος συλλογής των δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο Νοεμβρίου 2025 έως Φεβρουαρίου 2026. Η χορήγηση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε αποκλειστικά σε έντυπη μορφή, σύμφωνα με τις μεθοδολογικές οδηγίες του AHRQ και τις συστάσεις εφαρμογής του HSOPSC σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα. Η επιλογή της έντυπης μορφής συνέβαλε στη διευκόλυνση της συμμετοχής επαγγελματιών με περιορισμένη πρόσβαση σε ηλεκτρονικά μέσα κατά τη διάρκεια της εργασίας τους.

Συνολικά διανεμήθηκαν περίπου 200 ερωτηματολόγια (περίπου 100 σε κάθε νοσοκομείο αριθμός που είναι πολύ κοντά σε αυτών των δυνητικά συμμετεχόντων με βάση τα κριτήρια που τέθηκαν), εκ των οποίων συλλέχθηκαν 161 συμπληρωμένα, διαμορφώνοντας το ποσοστό ανταπόκρισης στο 80,5%. Το ποσοστό μη ανταπόκρισης (~20%) αποδίδεται κυρίως στον αυξημένο φόρτο εργασίας, στον περιορισμένο διαθέσιμο χρόνο κατά τη διάρκεια των βαρδιών και σε μεμονωμένες περιπτώσεις μη επιστροφής των ερωτηματολογίων.

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν ιδιοχείρως στους επαγγελματίες των νοσοκομείων Metropolitan General και Metropolitan Hospital. Μετά τη συμπλήρωσή τους, τα ερωτηματολόγια επιστρέφονταν απευθείας στην ερευνήτρια, χωρίς τη μεσολάβηση τρίτων, ώστε να διασφαλιστεί η εμπιστευτικότητα των απαντήσεων.

5.6 Στατιστικές τεχνικές

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS Statistics v 29.0.2.0. Αρχικά εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική για τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά. Οι κατηγορικές μεταβλητές δίνονται με τις απόλυτες (n) και σχετικές συχνότητες (%), ενώ οι συνεχείς μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις (Mean $\pm$ SD).

Για την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών υπολογίστηκαν οι σύνθετοι δείκτες (composite scores) των 12 διαστάσεων του ερωτηματολογίου HSOPSC, σύμφωνα με τη μεθοδολογία του Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Οι δείκτες αυτοί προέκυψαν από τον υπολογισμό του μέσου όρου των επιμέρους ερωτήσεων κάθε διάστασης, μετά από την εφαρμογή αντίστροφης βαθμολόγησης (reverse coding) στις

αρνητικά διατυπωμένες ερωτήσεις, ώστε όλες οι μεταβλητές να έχουν κοινή κατεύθυνση ερμηνείας. Οι τιμές των διαστάσεων κυμαίνονται από 1 έως 5, με υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν θετικότερη αντίληψη για την κουλτούρα ασφάλειας ασθενών.

Παράλληλα, υπολογίστηκε το ποσοστό θετικών απαντήσεων (Percent Positive Response Rate) ανά διάσταση, σύμφωνα με τις οδηγίες του AHRQ. Ως θετικές απαντήσεις θεωρήθηκαν οι επιλογές «Συμφωνώ» και «Συμφωνώ απόλυτα» (ή «Συχνά» και «Πάντα» για τις ερωτήσεις συχνότητας), παρέχοντας έναν συμπληρωματικό δείκτη αξιολόγησης των περιοχών ισχύος και των περιοχών προς βελτίωση της κουλτούρας ασφάλειας.

Η αξιοπιστία των επιμέρους διαστάσεων του ερωτηματολογίου αξιολογήθηκε με τον δείκτη εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha, με τιμές άνω του 0,70 να θεωρούνται ικανοποιητικής αξιοπιστίας. Η αξιοπιστία υπολογίστηκε για κάθε μία από τις 12 διαστάσεις ξεχωριστά καθώς και για το σύνολο του εργαλείου.

Για τη διερεύνηση των διαφορών μεταξύ των δημογραφικών και επαγγελματικών ομάδων, πραγματοποιήθηκε αρχικά έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών (με τη δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov / Shapiro-Wilk). Επειδή διαπιστώθηκε σημαντική απόκλιση των δεδομένων από την κανονική κατανομή στις υπό εξέταση υποομάδες, αποκλείστηκε η χρήση των αντίστοιχων παραμετρικών ελέγχων (Independent Samples t-test και One-Way ANOVA) και επιλέχθηκε η εφαρμογή των αντίστοιχων μη παραμετρικών δοκιμασιών (Field, 2018).

Συγκεκριμένα, για τη σύγκριση μεταξύ δύο ανεξάρτητων ομάδων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Mann-Whitney U test, ενώ για τις συγκρίσεις μεταξύ περισσότερων των δύο ομάδων εφαρμόστηκε ο έλεγχος Kruskal-Wallis H (Pallant, 2020). Όπου κρίθηκε απαραίτητο, εφαρμόστηκαν post-hoc πολλαπλές συγκρίσεις με τη δοκιμασία Mann-Whitney U για τον εντοπισμό των επιμέρους στατιστικά σημαντικών διαφορών. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p < 0,05$.

5.7 Τήρηση της δεοντολογίας

Η παρούσα μελέτη σχεδιάστηκε και διεξήχθη με πλήρη συμμόρφωση προς τις θεμελιώδεις αρχές της Βιοηθικής και της Δεοντολογίας της Έρευνας, όπως αυτές αποτυπώνονται στη Διακήρυξη του Ελσίνκι και στους σύγχρονους κώδικες δεοντολογίας για την έρευνα στις επιστήμες υγείας. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην προστασία των συμμετεχόντων, καθώς η διερεύνηση της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών και η καταγραφή αντιλήψεων σχετικά με ιατρικά σφάλματα αποτελούν ζητήματα ιδιαίτερης ευαισθησίας στο επαγγελματικό περιβάλλον των επαγγελματιών υγείας.

Πριν από την έναρξη της συλλογής των δεδομένων ακολουθήθηκαν όλες οι προβλεπόμενες διαδικασίες για τη λήψη των απαιτούμενων εγκρίσεων. Συγκεκριμένα, το ερευνητικό πρωτόκολλο κατατέθηκε στα Επιστημονικά Συμβούλια και τις Διοικήσεις των νοσοκομείων Metropolitan General και Metropolitan Hospital. Η έγκριση από το Metropolitan Hospital ολοκληρώθηκε τον Φεβρουάριο του 2026, γεγονός που καθόρισε και την διαδικασία συλλογής των δεδομένων. Παράλληλα, εξασφαλίστηκε η άδεια χρήσης του ερευνητικού εργαλείου HSOPSC από τον οργανισμό AHRQ, καθώς και για την ελληνική έκδοση (Καπάκη 2015).

Η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας ήταν απολύτως εθελοντική και βασίστηκε στην αρχή της ενημερωμένης συναίνεσης. Κάθε ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από ενημερωτικό σημείωμα, στο οποίο περιγραφόταν ο σκοπός της έρευνας, η διαδικασία συμπλήρωσης και το δικαίωμα αποχώρησης από τη μελέτη σε οποιοδήποτε στάδιο χωρίς καμία συνέπεια. Επιπλέον, διευκρινίστηκε ότι τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς και ακαδημαϊκούς σκοπούς και θα παρουσιαστούν μόνο σε συγκεντρωτική μορφή.

Σε πλήρη εναρμόνιση με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR 2016/679), εφαρμόστηκαν μέτρα για τη διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των συμμετεχόντων.

Η πρόσβαση στο πρωτογενές ερευνητικό υλικό ήταν αποκλειστικά περιορισμένη στην ερευνήτρια, χωρίς δυνατότητα πρόσβασης από διοικητικά στελέχη ή άλλους εργαζόμενους των νοσοκομείων. Δεδομένης της ιδιότητας της ερευνήτριας ως μέλους του προσωπικού

(insider researcher), δόθηκαν σαφείς διαβεβαιώσεις ότι η συμμετοχή ή οι απαντήσεις δεν θα επηρέαζαν με κανέναν τρόπο την επαγγελματική αξιολόγηση των συμμετεχόντων ή τις εργασιακές τους σχέσεις, ενισχύοντας έτσι το αίσθημα εμπιστοσύνης και την ειλικρίνεια των απαντήσεων.

5.8 Προετοιμασία των δεδομένων

Η διαδικασία της στατιστικής ανάλυσης προηγήθηκε από στάδιο προετοιμασίας και ελέγχου των δεδομένων, με στόχο τη διασφάλιση της ποιότητας και της αξιοπιστίας της ανάλυσης.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η κωδικοποίηση των απαντήσεων της πενταβάθμιας κλίμακας Likert σύμφωνα με τις οδηγίες του εργαλείου HSOPSC με ιδιαίτερη έμφαση στη διαδικασία αντίστροφης βαθμολόγησης στις αρνητικά διατυπωμένες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου και συγκεκριμένα οι ερωτήσεις 5, 7, 8, 10, 12, 14, 16 και 17 του μέρους Β', οι ερωτήσεις 3 και 4 του μέρους Γ', η ερώτηση 6 του μέρους Δ' και τέλος οι ερωτήσεις 2, 3, 5, 6, 7, 8, και 11 του μέρους Ζ'. Η διαδικασία αυτή πραγματοποιήθηκε μέσω του λογισμικού IBM SPSS Statistics, με μετατροπή των τιμών (1→5, 2→4, 3→3, 4→2, 5→1), ώστε όλες οι μεταβλητές να έχουν κοινή κατεύθυνση ερμηνείας και οι υψηλότερες τιμές να αντιστοιχούν σε θετικότερη κουλτούρα ασφάλειας.

Μετά την ολοκλήρωση της κωδικοποίησης, δημιουργήθηκαν οι σύνθετοι δείκτες (composite scores) των 12 διαστάσεων του HSOPSC, σύμφωνα με τη μεθοδολογία του AHRQ. Οι δείκτες αυτοί προέκυψαν από τον υπολογισμό του μέσου όρου των επιμέρους ερωτήσεων που αντιστοιχούν σε κάθε διάσταση, επιτρέποντας τη συνολική αποτίμηση των επιμέρους πτυχών της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών.

5.9 Αποτελέσματα

5.9.1 Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Οι συμμετέχοντες στη μελέτη ήταν 161 επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στον χειρουργικό και διαγνωστικό τομέα των δύο νοσοκομείων. Από αυτούς, το 54,7% ήταν γυναίκες και το 45,3% άνδρες. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 41,41 έτη (SD = 11,90), με εύρος ηλικιών από 20 έως 74 έτη. Ως προς την επαγγελματική ιδιότητα, η μεγαλύτερη ομάδα ήταν οι νοσηλευτές (48,4%), ακολουθούμενοι από τους χειρουργούς

(20,5%) και τους αναισθησιολόγους (13,7%). Μικρότερα ποσοστά καταγράφηκαν για τους τεχνολόγους (8,7%) και τους τραυματιοφορείς (4,3%). Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (88,2%) εργαζόταν στο χειρουργικό τομέα, ενώ το 11,8% στο διαγνωστικό τομέα. Όσον αφορά την επαγγελματική εμπειρία, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (34,8%) διέθετε περισσότερα από 20 έτη εμπειρίας, ενώ το 24,8% είχε εμπειρία 11–20 ετών. Τα αναλυτικά δημογραφικά χαρακτηριστικά παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2. Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά δείγματος

Μεταβλητή	n	%
Φύλο		
Άρρεν	73	45,3
Θήλυ	88	54,7
Επαγγελματική ιδιότητα		
Νοσηλεύτης/Νοσηλεύτρια	78	48,4
Χειρουργός	33	20,5
Αναισθησιολόγος	22	13,7
Τεχνολόγος ΑΚΤ	14	8,7
Τραυματιοφορέας	7	4,3
Άλλο	7	4,3
Τομέας εργασίας		
Χειρουργικός τομέας	142	88,2
Εργαστηριακός/Διαγνωστικός τομέας	19	11,8
Έτη επαγγελματικής εμπειρίας		
0–1 έτος	11	6,8
2–5 έτη	38	23,6
6–10 έτη	16	9,9
11–20 έτη	40	24,8
>20 έτη	56	34,8
10ετίες επαγγελματικής εμπειρίας		
1 (0-10 έτη)	65	40,4
>1 (>10 έτη)	96	59,6

Ηλικία συμμετεχόντων: Μέση τιμή = **41,41 έτη**, Σταθερά απόκλιση SD = **11,90**, εύρος **20–74 έτη**.

5.9.2 Αξιοπιστία ερωτηματολογίου.

Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) αξιολογήθηκε μέσω του δείκτη εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha για καθεμία από τις δώδεκα διαστάσεις του εργαλείου.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ικανοποιητικά επίπεδα αξιοπιστίας για την πλειονότητα των διαστάσεων. Συγκεκριμένα, υψηλή εσωτερική συνοχή ($\alpha \geq 0,70$) παρατηρήθηκε στις διαστάσεις «Ομαδική συνεργασία εντός της μονάδας» ($\alpha=0,734$), «Υποστήριξη της διοίκησης για την ασφάλεια ασθενών» ($\alpha=0,708$), «Ανατροφοδότηση και επικοινωνία σχετικά με τα λάθη» ($\alpha=0,721$), «Συχνότητα αναφοράς συμβάντων» ($\alpha=0,805$), «Ομαδική συνεργασία μεταξύ μονάδων» ($\alpha=0,739$) και «Μεταβιβάσεις ασθενών και αλλαγές βάρδιας» ($\alpha=0,761$).

Οριακά αποδεκτές τιμές αξιοπιστίας (0,60–0,69) καταγράφηκαν στις διαστάσεις «Προσδοκίες και ενέργειες προϋσταμένου για την προώθηση της ασφάλειας ασθενών» ($\alpha=0,605$), «Οργανωσιακή μάθηση και συνεχής βελτίωση» ($\alpha=0,623$) και «Συνολικές αντιλήψεις για την ασφάλεια ασθενών» ($\alpha=0,668$).

Χαμηλότερες τιμές εσωτερικής συνοχής παρατηρήθηκαν στις διαστάσεις «Ανοιχτή επικοινωνία» ($\alpha=0,589$), «Επάρκεια προσωπικού» ($\alpha=0,500$) και «Μη τιμωρητική αντιμετώπιση λαθών» ($\alpha=0,493$), εύρημα που είναι συμβατό με προηγούμενες διεθνείς εφαρμογές του HSOPSC, όπου οι συγκεκριμένες διαστάσεις εμφανίζουν συχνά χαμηλότερους δείκτες αξιοπιστίας.

5.9.3 Περιγραφική ανάλυση των διαστάσεων της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών

Η περιγραφική ανάλυση των δώδεκα διαστάσεων της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών πραγματοποιήθηκε με τον υπολογισμό των σύνθετων δεικτών μέσου όρου (mean composite scores) σε κλίμακα 1–5, όπου υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν θετικότερη αντίληψη της κουλτούρας ασφάλειας.

Οι υψηλότερες μέσες τιμές παρατηρήθηκαν στις διαστάσεις «Οργανωσιακή μάθηση και συνεχής βελτίωση» ($M=3,57$, $SD=0,65$) και «Συνολικές αντιλήψεις για την ασφάλεια ασθενών» ($M=3,52$, $SD=0,70$), γεγονός που υποδηλώνει σχετικά θετική αντίληψη των εργαζομένων ως προς τη συνεχή βελτίωση των διαδικασιών και το γενικό επίπεδο ασφάλειας.

Αντίστοιχα, ικανοποιητικές τιμές καταγράφηκαν στις διαστάσεις «Υποστήριξη της διοίκησης για την ασφάλεια ασθενών» ($M=3,41$, $SD=0,78$), «Ανατροφοδότηση και επικοινωνία σχετικά με τα λάθη» ($M=3,38$, $SD=0,76$) και «Προσδοκίες και ενέργειες προϋσταμένου για την προώθηση της ασφάλειας ασθενών» ($M=3,33$, $SD=0,63$).

Αντίθετα, οι χαμηλότερες τιμές καταγράφηκαν στις διαστάσεις «Επάρκεια προσωπικού» ($M=2,44$, $SD=0,62$) και «Μη τιμωρητική αντιμετώπιση λαθών» ($M=2,71$, $SD=0,66$), υποδηλώνοντας ότι οι συγκεκριμένοι τομείς αποτελούν δυνητικές περιοχές αδυναμίας της κουλτούρας ασφάλειας στα υπό μελέτη νοσοκομεία.

Οι υπόλοιπες διαστάσεις παρουσίασαν μέτριες τιμές (3,17–3,33), αντανακλώντας ένα μέτριο επίπεδο κουλτούρας ασφάλειας, με περιθώρια βελτίωσης κυρίως σε ζητήματα επικοινωνίας και διατμηματικής συνεργασίας.

Πίνακας 3. Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των 12 διαστάσεων της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών (HSOPSC)

Διάσταση	Mean	SD
Ομαδική συνεργασία εντός της μονάδας	3,25	0,71
Προσδοκίες και ενέργειες προϋσταμένου	3,33	0,63
Οργανωσιακή μάθηση και συνεχής βελτίωση	3,57	0,65
Υποστήριξη διοίκησης	3,41	0,78
Συνολικές αντιλήψεις ασφάλειας	3,52	0,70
Ανατροφοδότηση και επικοινωνία λαθών	3,38	0,76
Ανοιχτή επικοινωνία	3,17	0,76
Συχνότητα αναφοράς συμβάντων	3,33	0,93
Ομαδική συνεργασία μεταξύ μονάδων	3,28	0,67
Επάρκεια προσωπικού	2,44	0,62
Μεταβιβάσεις ασθενών	3,27	0,72

Μη τιμωρητική αντιμετώπιση λαθών	2,71	0,66
----------------------------------	------	------

5.9.4 Σύγκριση της κουλτούρας ασφάλειας μεταξύ επαγγελματικών ομάδων

Για τη διερεύνηση πιθανών διαφορών στην κουλτούρα ασφάλειας ασθενών μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Kruskal Wallis H επί των 12 παραπάνω παραμέτρων ως προς την δευτερογενή μεταβλητή που περιλαμβάνει το ιατρικό προσωπικό, νοσηλευτές και λοιπούς επαγγελματίες υγείας.

Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν στη διάσταση «Ομαδική συνεργασία εντός της μονάδας» ($H=16,793$ $p<0,001$, Πίνακας 4). Οι ιατροί ($M=3,50$, $IQR=1,00$) και το λοιπό προσωπικό ($M=3,50$, $IQR=0,50$) ανέφεραν υψηλότερες τιμές σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ($M=3,00$, $IQR=1,00$). Η post-hoc ανάλυση με τη δοκιμασία Mann-Whitney U ανέδειξε ότι η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική μόνο μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών ($U=1286,5$, $p<0,001$). Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε επίσης στη διάσταση «Προσδοκίες και ενέργειες προϋσταμένου για την προώθηση της ασφάλειας ασθενών» ($H=7,995$, $p=0,018$, Πίνακας 4). Η post-hoc ανάλυση με τη δοκιμασία Mann-Whitney U, ανέδειξε πως οι νοσηλευτές ($M=3,25$, $IQR=1,00$) αξιολογούν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό χαμηλότερα τη συγκεκριμένη διάσταση σε σχέση με τους ιατρούς ($M=3,50$, $IQR=1,00$) και το λοιπό προσωπικό ($M=3,50$, $IQR=0,94$). Για τις υπόλοιπες διαστάσεις δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων ($p>0,05$).

Πίνακας 4. Σύγκριση μέσων τιμών διαστάσεων HSOPSC με στατιστικά σημαντικές διαφορές ανά επαγγελματική κατηγορία

Διάσταση	Ιατροί	Νοσηλευτές	Λοιποί	p*
Ομαδική συνεργασία εντός μονάδας	3,50	3,00	3,50	<0,001
Προσδοκίες και ενέργειες προϋσταμένου	3,50	3,25	3,50	0,018

* Δοκιμασία Kruskal – Wallis H

5.9.5 Επίδραση της εργασιακής εμπειρίας στην κουλτούρα ασφάλειας.

Ως προς την αρχική κατηγοριοποίηση της εργασιακής εμπειρίας σε πέντε (5) ομάδες, η ανάλυση με τη δοκιμασία Kruskal–Wallis H ανέδειξε διαφοροποίηση μόνο στη διάσταση

«Ομαδική συνεργασία εντός της μονάδας» ($H=12,855$, $p=0,012$). Ωστόσο, μετά τον έλεγχο των επιμέρους συγκρίσεων, η διαφοροποίηση αυτή δεν τεκμηριώθηκε ως στατιστικά σημαντική.

Κατά τη σύγκριση της εργασιακής εμπειρίας με βάση τη δεκαετία και μετά από ανακωδικοποίηση σε δύο ομάδες (0–10 έτη και >10 έτη), παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη διάσταση «Ομαδική συνεργασία εντός της μονάδας» ($U=2512,000$, $p=0,034$). Οι εργαζόμενοι με εμπειρία >10 ετών παρουσίασαν υψηλότερες τιμές ($M=3,50$, $IQR=0,75$) σε σύγκριση με τους εργαζόμενους με εμπειρία 0–10 ετών ($M=3,25$, $IQR=0,88$).

Οριακή διαφοροποίηση παρατηρήθηκε επίσης στη διάσταση «Μεταβιβάσεις ασθενών και αλλαγές βάρδιας» ($U=2554,000$, $p=0,049$), με υψηλότερες τιμές στην ομάδα των εργαζομένων με εμπειρία >10 ετών ($M=3,38$, $IQR=0,75$) σε σχέση με την ομάδα των εργαζομένων με εμπειρία 0–10 ετών ($M=3,00$, $IQR=1,00$).

Για τις υπόλοιπες διαστάσεις δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την εργασιακή εμπειρία ($p>0,05$). Συνολικά, τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία συνδέεται κυρίως με θετικότερη αξιολόγηση της ομαδικής συνεργασίας εντός της μονάδας.

5.9.6 Διαφορές στις διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών ως προς το φύλο.

Για τη διερεύνηση διαφορών στις διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών ως προς το φύλο χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική δοκιμασία Mann–Whitney U. Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στη διάσταση «Ομαδική συνεργασία εντός της μονάδας» ($U=2313,000$, $p=0,002$). Οι άνδρες παρουσίασαν υψηλότερες τιμές ($M=3,50$, $IQR=0,88$) σε σύγκριση με τις γυναίκες ($M=3,00$, $IQR=1,00$).

Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε επίσης στη διάσταση «Προσδοκίες και ενέργειες προϊσταμένου για την προώθηση της ασφάλειας ασθενών» ($U=2538,500$, $p=0,021$). Οι άνδρες εμφάνισαν υψηλότερες τιμές ($M=3,50$, $IQR=1,00$) σε σχέση με τις γυναίκες ($M=3,25$, $IQR=0,94$).

Για τις υπόλοιπες διαστάσεις δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ($p>0,05$). Τα ευρήματα δείχνουν ότι το φύλο διαφοροποιείται κυρίως

σε παραμέτρους που σχετίζονται με την ομαδική συνεργασία εντός της μονάδας και τις προσδοκίες/ενέργειες του προϊσταμένου για την προώθηση της ασφάλειας των ασθενών.

5.9.7 Ποσοστιαία ανάλυση βαθμολογίας διαστάσεων της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών

Τα ποσοστά θετικών απαντήσεων (Percent Positive Scores – PPS) υπολογίστηκαν για καθεμία από τις 12 διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών σύμφωνα με τη μεθοδολογία του HSOPSC.

Οι υψηλότερες τιμές PPS παρατηρήθηκαν στις διαστάσεις οργανωσιακή μάθηση και συνεχής βελτίωση (58,4%), συνολικές αντιλήψεις για την ασφάλεια ασθενών (57,5%) και υποστήριξη της διοίκησης για την ασφάλεια ασθενών (53,6%), υποδηλώνοντας σχετικά θετική κουλτούρα στους συγκεκριμένους τομείς.

Μέτρια επίπεδα θετικών απαντήσεων παρατηρήθηκαν στις διαστάσεις προσδοκίες και ενέργειες προϊσταμένου (48,8%), ανατροφοδότηση και επικοινωνία σχετικά με τα λάθη (46,6%), ομαδική συνεργασία εντός της μονάδας (45,5%), ομαδική συνεργασία μεταξύ μονάδων (44,9%), μεταβιβάσεις ασθενών και αλλαγές βάρδιας (44,7%), συχνότητα αναφοράς συμβάντων (44,5%) και ανοιχτή επικοινωνία (40,6%).

Οι χαμηλότερες τιμές PPS καταγράφηκαν στις διαστάσεις επάρκεια προσωπικού (16,6%) και μη τιμωρητική αντιμετώπιση λαθών (20,9%), οι οποίες αναδεικνύονται ως οι κύριοι τομείς που χρήζουν βελτίωσης.

5.9.8 Συνολική αξιολόγηση ασφάλειας ασθενών και συχνότητα αναφοράς συμβάντων.

Η συνολική αξιολόγηση της ασφάλειας ασθενών (Overall Patient Safety Grade) παρουσίασε μέση τιμή 2,55 (SD=1,01), υποδηλώνοντας μέτρια αντίληψη της ασφάλειας ασθενών μεταξύ των συμμετεχόντων. Η πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας αξιολόγησε την ασφάλεια ασθενών ως μέτρια (26,1%) ή καλή (18,6%), ενώ σημαντικό ποσοστό τη χαρακτήρισε ως αποδεκτή (39,8%). Μικρότερα ποσοστά την αξιολόγησαν ως άριστη (1,9%) ή ανεπαρκή (13,7%).

Όσον αφορά τον αριθμό συμβάντων που αναφέρθηκαν κατά τους τελευταίους 12 μήνες, σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες (47,2%) δήλωσαν ότι δεν ανέφεραν κανένα συμβάν, ενώ το

33,5% ανέφερε 1–2 συμβάντα. Μικρότερα ποσοστά ανέφεραν 3–5 συμβάντα (14,9%), 6–10 συμβάντα (3,1%), 11–20 συμβάντα (0,6%) και περισσότερα από 21 συμβάντα (0,6%).

5.10 Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο τη διερεύνηση της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών στο περιβάλλον του χειρουργείου και συναφών τμημάτων δύο ιδιωτικών νοσοκομείων, με τη χρήση του ερωτηματολογίου Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Τα αποτελέσματα ανέδειξαν μια συνολικά μέτρια προς ικανοποιητική εικόνα της κουλτούρας ασφάλειας, με σαφείς διαφοροποιήσεις μεταξύ των επιμέρους διαστάσεων. Η εικόνα αυτή είναι συμβατή με τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία, όπου η κουλτούρα ασφάλειας εμφανίζεται συχνά ως πολυδιάστατο φαινόμενο: ορισμένες διαστάσεις, όπως η οργανωσιακή μάθηση και η συνεργασία, αξιολογούνται θετικότερα, ενώ άλλες, όπως η στελέχωση, η μη τιμωρητική αντιμετώπιση λαθών και η αναφορά συμβάντων, παραμένουν συστηματικά ασθενέστερες (Sammer et al., 2010· Singer & Vogus, 2013· Αγγελή & Καπάκη, 2020· Aletras et al., 2020).

Η υψηλότερη βαθμολογία καταγράφηκε στη διάσταση «Οργανωσιακή μάθηση και συνεχής βελτίωση». Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι οι επαγγελματίες υγείας αντιλαμβάνονται πως οι οργανισμοί στους οποίους εργάζονται καταβάλλουν προσπάθειες βελτίωσης των διαδικασιών και μάθησης από τα λάθη. Η οργανωσιακή μάθηση αποτελεί κεντρικό στοιχείο της κουλτούρας ασφάλειας, καθώς συνδέεται με την ικανότητα ενός οργανισμού να αναγνωρίζει αδυναμίες, να αναλύει συμβάντα και να μετατρέπει τα σφάλματα σε αφορμές βελτίωσης. Το εύρημα συμφωνεί με τους Sammer et al. (2010), οι οποίοι περιγράφουν τη μάθηση και τη συνεχή βελτίωση ως βασικά χαρακτηριστικά των οργανισμών με ανεπτυγμένη κουλτούρα ασφάλειας. Αντίστοιχα, οι Singer και Vogus (2013) επισημαίνουν ότι η κουλτούρα ασφάλειας δεν αφορά μόνο την αποφυγή σφαλμάτων, αλλά και την ικανότητα του οργανισμού να προσαρμόζεται, να ενισχύει την επικοινωνία και να μαθαίνει συστηματικά από την καθημερινή κλινική πρακτική.

Σχετικά υψηλή ήταν επίσης η βαθμολογία στη διάσταση των «Συνολικών αντιλήψεων για την ασφάλεια ασθενών». Το εύρημα αυτό δείχνει ότι οι εργαζόμενοι δεν αντιλαμβάνονται συνολικά το περιβάλλον εργασίας τους ως αρνητικό ως προς την ασφάλεια. Αντίθετα, φαίνεται να αναγνωρίζουν την ύπαρξη βασικών μηχανισμών και διαδικασιών που

υποστηρίζουν την ασφαλή φροντίδα. Ωστόσο, η βαθμολογία αυτή δεν μπορεί να θεωρηθεί ένδειξη πλήρως εδραιωμένης κουλτούρας ασφάλειας, αλλά μάλλον ένδειξη ενός μέτριου επιπέδου, στο οποίο υπάρχουν θετικά στοιχεία αλλά και σημαντικά περιθώρια βελτίωσης. Η διαπίστωση αυτή συμφωνεί με την ελληνική βιβλιογραφία, όπου η κουλτούρα ασφάλειας στους οργανισμούς υγείας συχνά χαρακτηρίζεται ως μέτρια, με διαφοροποιήσεις ανάλογα με το επαγγελματικό περιβάλλον, τη διοικητική υποστήριξη και το επίπεδο επικοινωνίας μεταξύ των ομάδων (Καπάκη, 2015; Αγγελή & Καπάκη, 2020; Aletras et al., 2020).

Αντίθετα, οι χαμηλότερες τιμές καταγράφηκαν στις διαστάσεις «Επάρκεια προσωπικού» και «Μη τιμωρητική αντιμετώπιση λαθών». Η χαμηλή βαθμολογία στην επάρκεια προσωπικού αποτελεί κρίσιμο εύρημα, ιδιαίτερα σε ένα περιβάλλον υψηλής έντασης και πολυπλοκότητας, όπως το χειρουργείο. Η ανεπαρκής στελέχωση έχει συνδεθεί διεθνώς με αυξημένο φόρτο εργασίας, κόπωση, μειωμένη δυνατότητα παρακολούθησης των ασθενών και αυξημένο κίνδυνο ανεπιθύμητων συμβάντων. Η μελέτη των Kelly et al. (2011) έδειξε ότι η ανεπαρκής αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού συνδέεται με δυσμενέστερα κλινικά αποτελέσματα και χαμηλότερη ποιότητα φροντίδας. Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, η χαμηλή αξιολόγηση της στελέχωσης δείχνει ότι οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται την επάρκεια ανθρώπινου δυναμικού ως βασική αδυναμία του συστήματος, ακόμη και σε ιδιωτικό νοσοκομειακό περιβάλλον.

Η χαμηλή βαθμολογία στη «Μη τιμωρητική αντιμετώπιση λαθών» είναι επίσης ιδιαίτερα σημαντική. Η διάσταση αυτή αντανακλά τον βαθμό στον οποίο οι εργαζόμενοι αισθάνονται ασφαλείς να αναφέρουν λάθη, παραλείψεις ή ανεπιθύμητα συμβάντα χωρίς φόβο προσωπικής στοχοποίησης. Σύμφωνα με τον Reason (2000), η μετάβαση από την ατομοκεντρική απόδοση ευθύνης στη συστημική προσέγγιση αποτελεί θεμελιώδη προϋπόθεση για την ανάπτυξη κουλτούρας ασφάλειας. Αντίστοιχα, ο Marx (2001) τονίζει ότι η δίκαιη κουλτούρα δεν σημαίνει απουσία λογοδοσίας, αλλά διάκριση μεταξύ ανθρώπινου λάθους, επικίνδυνης συμπεριφοράς και συνειδητής παραβίασης κανόνων. Επομένως, η χαμηλή βαθμολογία στη μη τιμωρητική αντιμετώπιση λαθών υποδηλώνει ότι οι εργαζόμενοι πιθανώς εξακολουθούν να βιώνουν αβεβαιότητα ή φόβο σχετικά με τις συνέπειες της αναφοράς σφαλμάτων.

Το εύρημα αυτό συνδέεται άμεσα με τη χαμηλή συχνότητα αναφοράς συμβάντων. Σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες δήλωσαν ότι δεν ανέφεραν κανένα συμβάν κατά τους τελευταίους 12 μήνες. Το εύρημα δεν πρέπει να ερμηνευθεί απαραίτητα ως ένδειξη απουσίας συμβάντων, αλλά ως πιθανή ένδειξη υποαναφοράς. Η διεθνής βιβλιογραφία έχει δείξει ότι οι επαγγελματίες υγείας συχνά αποφεύγουν την αναφορά λαθών λόγω φόβου πειθαρχικών συνεπειών, αρνητικής αξιολόγησης ή έλλειψης εμπιστοσύνης ότι η αναφορά θα οδηγήσει σε ουσιαστική βελτίωση (Pronovost et al., 2006; WHO, 2021). Επομένως, η χαμηλή συχνότητα αναφοράς συμβάντων στην παρούσα μελέτη είναι συμβατή με τη χαμηλή βαθμολογία στη μη τιμωρητική αντιμετώπιση λαθών και ενισχύει την ανάγκη ανάπτυξης ασφαλών, διαφανών και αξιόπιστων συστημάτων αναφοράς.

Όσον αφορά τις διαφορές μεταξύ επαγγελματικών ομάδων, τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στη διάσταση «Ομαδική συνεργασία εντός της μονάδας». Οι ιατροί και το λοιπό προσωπικό ανέφεραν υψηλότερες τιμές σε σχέση με τους νοσηλευτές, ενώ η post-hoc ανάλυση έδειξε ότι η στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίστηκε μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών. Το εύρημα αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς υποδηλώνει ότι η αντίληψη της συνεργασίας μέσα στην ίδια μονάδα δεν είναι ενιαία μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων. Οι ιατροί φαίνεται να αξιολογούν θετικότερα τη συνεργασία, ενώ οι νοσηλευτές εμφανίζουν χαμηλότερη αντίληψη της ίδιας διάστασης.

Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με τη μελέτη των Makary et al. (2006), η οποία ανέδειξε σημαντικό χάσμα στην αντίληψη της ομαδικής συνεργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών στο χειρουργικό περιβάλλον. Στη συγκεκριμένη μελέτη, οι χειρουργοί αξιολογούσαν πολύ θετικά τη συνεργασία με τους νοσηλευτές, ενώ οι νοσηλευτές αξιολογούσαν σαφώς χαμηλότερα τη συνεργασία με τους ιατρούς. Το φαινόμενο αυτό αποδίδεται συχνά στις διαφορετικές επαγγελματικές οπτικές, στην ιεραρχική δομή της χειρουργικής ομάδας και στις διαφορετικές ευθύνες που αναλαμβάνουν οι επαγγελματικές ομάδες κατά την καθημερινή λειτουργία του χειρουργείου. Αντίστοιχα, ο Manser (2009) επισημαίνει ότι η αποτελεσματική συνεργασία στις ομάδες υγείας δεν εξαρτάται μόνο από την τεχνική επάρκεια των μελών, αλλά και από την ποιότητα της επικοινωνίας, τον αμοιβαίο σεβασμό και την κοινή κατανόηση των ρόλων.

Στην παρούσα μελέτη, οι χαμηλότερες τιμές των νοσηλευτών στην ομαδική συνεργασία εντός της μονάδας πιθανώς αντανακλούν τη διαφορετική θέση του νοσηλευτικού προσωπικού στη λειτουργία του χειρουργικού περιβάλλοντος. Οι νοσηλευτές βρίσκονται σε συνεχή επαφή με τις πρακτικές δυσκολίες της ροής εργασίας, της στελέχωσης, της προετοιμασίας, της επικοινωνίας και της μεταβίβασης πληροφοριών. Είναι επομένως πιθανό να αναγνωρίζουν περισσότερο τις αδυναμίες της συνεργασίας, ενώ οι ιατροί να αντιλαμβάνονται τη συνεργασία περισσότερο μέσα από το πρίσμα της εκτέλεσης της επέμβασης και της κλινικής λήψης αποφάσεων. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει την ανάγκη ενίσχυσης της διεπιστημονικής συνεργασίας, με έμφαση στη συμμετοχή όλων των επαγγελματιών ομάδων στην επικοινωνία και στον συντονισμό.

Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε επίσης στη διάσταση «Προσδοκίες και ενέργειες προϊσταμένου για την προώθηση της ασφάλειας ασθενών». Οι νοσηλευτές αξιολόγησαν χαμηλότερα τη συγκεκριμένη διάσταση σε σχέση με τους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι η αντίληψη για τον ρόλο της άμεσης ηγεσίας στην ασφάλεια διαφοροποιείται ανάλογα με την επαγγελματική ομάδα. Η ηγεσία της μονάδας αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την κουλτούρα ασφάλειας, καθώς οι προϊστάμενοι επηρεάζουν άμεσα την καθημερινή τήρηση διαδικασιών, την επικοινωνία, την ανατροφοδότηση και τον τρόπο διαχείρισης των λαθών. Η χαμηλότερη αξιολόγηση από τους νοσηλευτές ενδέχεται να σχετίζεται με την εγγύτερη και συχνότερη επαφή τους με την άμεση διοικητική οργάνωση, τον φόρτο εργασίας και την κατανομή προσωπικού.

Ως προς την εργασιακή εμπειρία, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στην αρχική κατηγοριοποίηση των πέντε ομάδων η διαφοροποίηση στη διάσταση «Ομαδική συνεργασία εντός της μονάδας» δεν τεκμηριώθηκε ως στατιστικά σημαντική μετά τον έλεγχο των επιμέρους συγκρίσεων. Ωστόσο, όταν η εργασιακή εμπειρία εξετάστηκε με βάση τη δεκαετία, δηλαδή σε δύο ομάδες, 0–10 έτη και >10 έτη, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ίδια διάσταση. Οι εργαζόμενοι με εμπειρία άνω των 10 ετών εμφάνισαν υψηλότερες τιμές, γεγονός που υποδηλώνει ότι η μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία πιθανώς συνδέεται με θετικότερη αντίληψη της συνεργασίας.

Το εύρημα αυτό μπορεί να ερμηνευθεί με βάση την επαγγελματική ωρίμανση και την καλύτερη ενσωμάτωση των πιο έμπειρων εργαζομένων στις διαδικασίες της μονάδας. Οι

εργαζόμενοι με περισσότερα χρόνια εμπειρίας είναι πιθανότερο να γνωρίζουν καλύτερα τις ροές εργασίας, τους άτυπους μηχανισμούς συνεργασίας, τις απαιτήσεις του χειρουργικού περιβάλλοντος και τους ρόλους των διαφορετικών μελών της ομάδας. Η εμπειρία μπορεί επίσης να ενισχύει την αυτοπεποίθηση και τη δυνατότητα αποτελεσματικότερης επικοινωνίας. Αντίθετα, οι νεότεροι επαγγελματίες μπορεί να βιώνουν μεγαλύτερη αβεβαιότητα, μικρότερη αυτονομία και μεγαλύτερη δυσκολία ένταξης στις υπάρχουσες ομάδες εργασίας.

Οριακή διαφοροποίηση παρατηρήθηκε και στη διάσταση «Μεταβιβάσεις ασθενών και αλλαγές βάρδιας», με υψηλότερες τιμές στην ομάδα των εργαζομένων με εμπειρία άνω των 10 ετών. Παρότι το εύρημα αυτό πρέπει να ερμηνευθεί με προσοχή λόγω της οριακής στατιστικής σημαντικότητας, είναι κλινικά ενδιαφέρον. Οι μεταβιβάσεις ασθενών και οι αλλαγές βάρδιας αποτελούν σημεία αυξημένου κινδύνου, καθώς η απώλεια ή η ελλιπής μεταφορά κρίσιμων πληροφοριών μπορεί να οδηγήσει σε σφάλματα. Η θετικότερη αξιολόγηση από τους πιο έμπειρους εργαζόμενους ενδέχεται να αντανακλά μεγαλύτερη εξοικείωση με τις διαδικασίες handover και καλύτερη αναγνώριση των πληροφοριών που είναι κρίσιμες για τη συνέχεια της φροντίδας.

Ως προς το φύλο, οι άνδρες εμφάνισαν υψηλότερες τιμές στη διάσταση «Ομαδική συνεργασία εντός της μονάδας» και στη διάσταση «Προσδοκίες και ενέργειες προϊσταμένου για την προώθηση της ασφάλειας ασθενών». Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι ορισμένες πτυχές της κουλτούρας ασφάλειας φαίνεται να βιώνονται διαφορετικά από άνδρες και γυναίκες εργαζόμενους. Ωστόσο, η ερμηνεία του ευρήματος απαιτεί προσοχή. Το φύλο δεν πρέπει να θεωρηθεί απομονωμένος αιτιολογικός παράγοντας, καθώς μπορεί να σχετίζεται με άλλες μεταβλητές, όπως η επαγγελματική κατηγορία, η ιεραρχική θέση και τα έτη εμπειρίας. Εάν, για παράδειγμα, μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών ανήκει στην ιατρική ομάδα ή σε θέσεις μεγαλύτερης επαγγελματικής αυτονομίας, τότε η θετικότερη αξιολόγηση της συνεργασίας και της ηγεσίας μπορεί να αντανακλά και διαφορές επαγγελματικού ρόλου.

Η βιβλιογραφία για την κουλτούρα ασφάλειας δείχνει ότι οι αντιλήψεις των εργαζομένων επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες, όπως η επαγγελματική θέση, η εμπειρία, το επίπεδο συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων και η ποιότητα της επικοινωνίας με την ηγεσία (Singer

& Vogus, 2013· Manser, 2009). Συνεπώς, οι διαφορές ως προς το φύλο στην παρούσα μελέτη θα πρέπει να ερμηνευθούν περισσότερο ως ένδειξη διαφοροποιημένης επαγγελματικής εμπειρίας μέσα στον οργανισμό και λιγότερο ως άμεση επίδραση του φύλου αυτού καθαυτού.

Συγκρίνοντας τα παρόντα ευρήματα με ελληνικές μελέτες, παρατηρείται παρόμοιο μοτίβο. Η οργανωσιακή μάθηση και η συνεργασία εμφανίζονται συχνά ως σχετικά ισχυρότερες διαστάσεις, ενώ η στελέχωση, η μη τιμωρητική αντιμετώπιση λαθών και η αναφορά συμβάντων αποτελούν σταθερά ασθενέστερα πεδία (Καπάκη, 2015· Αγγελή & Καπάκη, 2020 ; Aletras 2020). Η σύγκλιση αυτή υποδηλώνει ότι τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δεν αποτελούν μεμονωμένο φαινόμενο των δύο ιδιωτικών νοσοκομείων, αλλά αντανακλούν ευρύτερες προκλήσεις της κουλτούρας ασφάλειας στο ελληνικό περιβάλλον υγείας.

Συνολικά, η μελέτη δείχνει ότι η κουλτούρα ασφάλειας στα υπό μελέτη τμήματα δεν είναι ενιαία, αλλά διαφοροποιείται ανάλογα με τη διάσταση που εξετάζεται και ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των εργαζομένων. Η ύπαρξη θετικών στοιχείων, όπως η οργανωσιακή μάθηση και η συνολική αντίληψη ασφάλειας, αποτελεί σημαντική βάση. Ωστόσο, οι χαμηλές τιμές στη στελέχωση και στη μη τιμωρητική αντιμετώπιση λαθών, η χαμηλή αναφορά συμβάντων και οι διαφοροποιήσεις μεταξύ επαγγελματικών ομάδων αναδεικνύουν την ανάγκη στοχευμένων παρεμβάσεων. Οι παρεμβάσεις αυτές θα πρέπει να εστιάσουν στην ενίσχυση της συνεργασίας, στη βελτίωση της επικοινωνίας, στην ανάπτυξη μη τιμωρητικών μηχανισμών αναφοράς και στην ενίσχυση του ρόλου της ηγεσίας στην καθημερινή ασφάλεια των ασθενών.

5.11 Συμπεράσματα

Με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης, προκύπτουν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

Ως προς το ΕΕ1, το επίπεδο κουλτούρας ασφάλειας ασθενών στο χειρουργικό και συναφές διαγνωστικό περιβάλλον των δύο ιδιωτικών νοσοκομείων διαμορφώθηκε συνολικά σε μέτριο προς ικανοποιητικό επίπεδο.

Ως προς το EE2, οι υψηλότερες τιμές καταγράφηκαν στις διαστάσεις της οργανωσιακής μάθησης και συνεχούς βελτίωσης και των συνολικών αντιλήψεων για την ασφάλεια ασθενών. Αντίθετα, οι χαμηλότερες τιμές εντοπίστηκαν στην επάρκεια προσωπικού και στη μη τιμωρητική αντιμετώπιση λαθών, οι οποίες αποτελούν τα κυριότερα πεδία αδυναμίας.

Ως προς το EE3, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων, κυρίως στη διάσταση «Ομαδική συνεργασία εντός της μονάδας», όπου οι ιατροί αξιολόγησαν θετικότερα τη διάσταση σε σχέση με τους νοσηλευτές. Διαφοροποίηση καταγράφηκε επίσης στη διάσταση που αφορά τις προσδοκίες και ενέργειες του προϊσταμένου για την προώθηση της ασφάλειας.

Ως προς το EE4, η εργασιακή εμπειρία φάνηκε να σχετίζεται κυρίως με την αντίληψη της ομαδικής συνεργασίας εντός της μονάδας. Οι εργαζόμενοι με εμπειρία άνω των 10 ετών ανέφεραν υψηλότερες τιμές σε σύγκριση με όσους είχαν έως 10 έτη εμπειρίας.

Ως προς το EE5, διαπιστώθηκαν διαφοροποιήσεις ως προς το φύλο. Οι άνδρες εμφάνισαν υψηλότερες τιμές στην ομαδική συνεργασία εντός της μονάδας και στις προσδοκίες/ενέργειες του προϊσταμένου για την ασφάλεια ασθενών.

Ως προς το EE6, οι διαστάσεις της επικοινωνίας και της συνεργασίας αξιολογήθηκαν σε μέτρια επίπεδα. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι υπάρχουν λειτουργικά στοιχεία συνεργασίας, αλλά απαιτείται περαιτέρω ενίσχυση της διεπιστημονικής επικοινωνίας και της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων.

Ως προς το EE7, η συνολική αξιολόγηση της ασφάλειας των ασθενών από τους εργαζόμενους ήταν μέτρια, γεγονός που επιβεβαιώνει ότι η ασφάλεια αναγνωρίζεται ως υπαρκτή οργανωσιακή προτεραιότητα, χωρίς όμως να έχει εδραιωθεί πλήρως σε όλες τις διαστάσεις.

Ως προς το EE8, η συχνότητα αναφοράς δυσμενών συμβάντων ήταν χαμηλή, καθώς σημαντικό ποσοστό συμμετεχόντων δήλωσε ότι δεν ανέφερε κανένα συμβάν κατά το τελευταίο έτος. Το εύρημα αυτό συνδέεται με τη χαμηλή βαθμολογία στη μη τιμωρητική αντιμετώπιση λαθών και αναδεικνύει την ανάγκη ενίσχυσης ασφαλών και μη τιμωρητικών μηχανισμών αναφοράς.

Συνολικά, η μελέτη δείχνει ότι η ενίσχυση της κουλτούρας ασφάλειας στα υπό μελέτη τμήματα απαιτεί στοχευμένες παρεμβάσεις στην επάρκεια προσωπικού, στη μη τιμωρητική διαχείριση λαθών, στην αναφορά συμβάντων και στη διεπιστημονική συνεργασία.

5.12 Περιορισμοί

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την αξιοποίηση των αποτελεσμάτων. Αρχικά, πρόκειται για διατομεακή (cross-sectional) μελέτη, γεγονός που δεν επιτρέπει τη διερεύνηση αιτιολογικών σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών αλλά μόνο τη διαπίστωση συσχετίσεων σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες προήλθαν από δύο ιδιωτικά νοσοκομεία, γεγονός που ενδέχεται να περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων σε άλλους οργανισμούς υγείας, ιδιαίτερα στο δημόσιο σύστημα υγείας, όπου οι οργανωτικές συνθήκες ενδέχεται να διαφέρουν. Ένας ακόμη περιορισμός αφορά τη χρήση αυτοαναφερόμενων δεδομένων μέσω ερωτηματολογίου, τα οποία ενδέχεται να επηρεάζονται από υποκειμενικές αντιλήψεις ή από κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις (social desirability bias). Τέλος, δεν διερευνήθηκαν ποιοτικά δεδομένα (π.χ. μέσω συνεντεύξεων), τα οποία θα μπορούσαν να προσφέρουν βαθύτερη κατανόηση των οργανωσιακών παραγόντων που επηρεάζουν την κουλτούρα ασφάλειας.

5.13 Πολιτικές Υγείας

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έχουν σημαντικές προεκτάσεις για τη διαμόρφωση πολιτικών υγείας που στοχεύουν στη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών. Η χαμηλή βαθμολογία στη μη τιμωρητική αντιμετώπιση λαθών υπογραμμίζει την ανάγκη ανάπτυξης πολιτικών που ενθαρρύνουν τη δημιουργία «δίκαιης κουλτούρας» (just culture), όπου τα λάθη αντιμετωπίζονται ως ευκαιρίες μάθησης και όχι ως αφορμές τιμωρίας. Παράλληλα, τα ευρήματα σχετικά με την επάρκεια προσωπικού αναδεικνύουν τη σημασία στρατηγικού σχεδιασμού ανθρώπινου δυναμικού και την ανάγκη εφαρμογής πολιτικών που διασφαλίζουν ασφαλείς αναλογίες προσωπικού-ασθενών. Η ενίσχυση συστημάτων αναφοράς συμβάντων, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, θα μπορούσε να συμβάλει στη δημιουργία οργανισμών υψηλής αξιοπιστίας (high reliability organizations) και στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας. Επιπλέον, η συστηματική μέτρηση της κουλτούρας ασφάλειας μέσω εργαλείων όπως το

HSOPSC μπορεί να αποτελέσει βασικό δείκτη ποιότητας και να ενσωματωθεί σε διαδικασίες αξιολόγησης των νοσοκομείων.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αγγελή, Ε. και Καπάκη, Β. (2020) 'Η κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών σε ένα γενικό περιφερειακό νοσοκομείο', *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 37(4), σσ. 480–489. Διαθέσιμο στο: <https://www.mednet.gr/archives/2020-4/pdf/480.pdf>

Αντωνάκος, Ι., Σουλιώτης, Κ., Ψαλτοπούλου, και συν (2021) 'Αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας επαγγελματιών υγείας σε πρωτοβάθμια φροντίδα στην Ελλάδα: Αντίληψη επαγγελματιών υγείας', *Biomedical Research*, 38(6), σσ. 1–12. Διαθέσιμο στο: <https://biomedres.us/fulltexts/BJSTR.MS.ID.006097.php>

Αναστασίου, Α. (2017) *Διερεύνηση του κλίματος ασφαλείας του ασθενή, πριν και κατά τη διάρκεια της περιόδου νοσηλείας*. Διπλωματική Εργασία. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας. Διαθέσιμο από: https://dspace.lib.uom.gr/bitstream/2159/19928/4/Anastasiou_AugoustidouIoannaMsc2017.pdf

Επιτροπή Ανταγωνισμού (2025) *Τελική Έκθεση Κλαδικής Έρευνας στην Παροχή Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας και συναφών Υπηρεσιών Ασφάλισης*. Διαθέσιμο στο: https://www.epant.gr/files/2025/teliki_ekthesi_health_2025.pdf

ΕΣΥΔ (2023) *Η Διαπίστευση στην Ελλάδα: Ρόλος και Σημασία*. [Online] Διαθέσιμο στο: <http://www.esyd.gr>

Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης (ΕΣΔΔ) (2019) *Διαχείριση ροής ασθενών στο Χειρουργείο*. Εργασία ΕΣΔΔ. Τάυρος: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης. Διαθέσιμο από: https://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/19/12/1118.pdf

Καπάκη, Β. (2015) *Ποιότητα και ασφάλεια στην υγεία: Αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς σε δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα*. Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου. Διαθέσιμο στο: <https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/38830>

Καλμανίδου, Σ. (2025) *Η ομαδική εργασία των επαγγελματιών υγείας του χειρουργικού τομέα και η επίδρασή της στο εργασιακό στρες και την ασφάλεια των ασθενών*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας. Διαθέσιμο από: <https://dspace.lib.uom.gr/bitstream/2159/32777/1/KalmanidouSotiriaMsc2025.pdf>

Κουτελέκος, Ι., (2017). Απόσπαση προσοχής στο περιεγχειρητικό περιβάλλον. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, [online] Διαθέσιμο στο: DOI: 10.5281/zenodo.810426

https://www.spnj.gr/articlefiles/volume6_issue1/pn_jan_61_1-6.pdf

Λιαχοπούλου, Α., Δεληγιαννίδη, Π., Σαρίδη, Μ και συν (2012) «Καταγραφή και συσχέτιση των σφαλμάτων που διαπράττονται στη χειρουργική αίθουσα με αιτιολογικούς παράγοντες». *Βραβείο Ερευνητικής Εργασίας - 5ο Πανελλήνιο & 4ο Πανευρωπαϊκό Επιστημονικό & Επαγγελματικό Νοσηλευτικό Συνέδριο*. Αθήνα. Διαθέσιμο από: http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2013/07/katagrafi_sisxetisi_sfalmaton_diaprattontai_xeirourgiki_aithousa.pdf

ΠΑΣΟΝΟΠ (2024) *Η ασφαλής νοσηλευτική στελέχωση σώζει ζωές*. ΠαΣΟΝοΠ. Διαθέσιμο από: https://www.pasonop.gr/sites/default/files/blog_files/synenteyxi_typoy_pasonop_10-5-2024.pdf

Πετρής, Α. (2023) *Ποιότητα και ασφάλεια στην υγεία: Αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας*. Διπλωματική εργασία. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Διαθέσιμο στο: <https://apothesis.eap.gr/archive/download/0ec37657-1c18-4b50-999f-3c58ccbae485.pdf>

Υπουργείο Υγείας (2025) *Εθνική Στρατηγική για την Ποιότητα της Φροντίδας και την Ασφάλεια των Ασθενών 2025–2030*. Διαθέσιμο στο: <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/13090>

Ξενόγλωση Βιβλιογραφία

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2019) *Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide Version 2.0*. Rockville, MD: AHRQ. Available at: <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>

Aletras, V.H., Klinis, S. and Niakas, D.A. (2020) 'A cross-sectional study of patient safety culture in acute-care hospitals in Greece', *Journal of Health Organization and Management*, 25(3).: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2516043520924192>

AORN (2023) 'Guideline for Design and Maintenance of the Surgical Suite', *AORN Journal*, 117(6), pp. P4–P6. Available at: <https://doi.org/10.1002/aorn.13942>

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., et al, (2014) 'Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study *The Lancet*, 383(9931), pp. 1824–1830. Available at: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62631-8)

Alkhenizan, A. and Shaw, C. (2011) 'Impact of accreditation on the quality of healthcare quality: a systematic review', *Annals of Saudi Medicine*, 31(4), pp. 407–416. Available at: <https://doi.org/10.4103/0256-4947.83204>

Alsalem, G., Bowie, P. and Morrison, J. (2018) 'Assessing safety climate in acute hospital settings: a systematic review of the adequacy of the psychometric properties of survey measurement tools', *BMC Health Services Research*, 18(1), p. 353. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3167-x>

American Nurses Credentialing Center (ANCC) (2023) *Magnet Application Manual*. Silver Spring, MD: American Nurses Credentialing Center.

Aouicha, W., Tlili, M.A., Sahli, J., et al, (2022) 'Patient safety culture as perceived by operating room professionals: a mixed-methods study', *BMC Health Services Research*, 22(1), p. 799. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08175-z>.

Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, F. and Ferraz, M.B. (2000) 'Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures', *Spine*, 25(24), pp. 3186–3191. Available at: <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>.

Best, M. and Neuhauser, D. (2004) 'Avedis Donabedian: father of quality assurance and poet', *Quality and Safety in Health Care*, 13(6), pp. 472–473. Available at: <https://doi.org/10.1136/qhc.13.6.472>

Braithwaite, J., Hibbert, P., Blakely, B. et al, (2017) 'Health system frameworks and performance indicators in eight countries: A comparative international analysis', *SAGE Open Medicine*, 5, p. Available at: <https://doi.org/10.1177/2050312116686516>

Carayon, P., Kleinschmidt, P., Hose, B.-Z. and Salwei, M. (2020) 'Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety from the Perspective of Medical (eds.) *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management [Internet]*. Cham (CH): Springer, Chapter 7. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-030-59403-9_7

Carayon, P., Xie, A. and Kianfar, S. (2014) 'Human factors and ergonomics as a patient safety practice', *BMJ Quality & Safety*, 23(3), pp. 196–205. doi: <https://www.ovid.com/journals/bqsafe/abstract/10.1136/bmjqs-2013-001812~human-factors-and-ergonomics-as-a-patient-safety-practice?redirectionsource=fulltextview#:~:text=DOI%3A%2010.1136/bmjqs%2D2013%2D001812>

Cooper, M.D. (2000) 'Towards a model of safety culture', *Safety Science*, 36(2), pp. 111–136. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00035-7](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00035-7)

Cook, M.R., Watters, J.M., Barton, J.S. et al. (2015) 'A flexible postoperative debriefing process can effectively provide formative resident feedback', *Journal of the American College of Surgeons*, 220(5), pp. 959–967. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2014.12.048>

Dimova, R., Stoyanova, R., Tarnovska, et al (2022) 'Comparative assessment of the level of patient safety culture between surgical and nonsurgical units in Bulgarian hospitals', *Healthcare*, 10(7), p. 1240. Available at: <https://doi.org/10.3390/healthcare10071240>.

Dinesh, H.N., Ravva RS and Sunil Kumar, V. (2018) ‘Surgical safety checklist implementation and its impact on patient safety’, *International Surgery Journal*, 5(11), pp. 3640–3643. Available at: <https://doi.org/10.18203/2349-2902.isj20184637>.

Donabedian, A. (1966) ‘Evaluating the quality of medical care’, *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), pp. 166–206. Available at: <https://doi.org/10.2307/3348969>

Donabedian, A. (1988) ‘The quality of care: How can it be assessed?’, *JAMA*, 260(12), pp. 1743–1748. Available at: <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>

Drenkard, K. (2010) ‘The business case for Magnet’, *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 40(6):p 263-271, June 2010. | DOI: 10.1097/NNA.0b013e3181df0fd6
https://journals.lww.com/jonajournal/abstract/2010/06000/the_business_case_for_magnet_6.aspx

El-Jardali, F., Dimassi, H., Jamal, D., et al. (2011) ‘Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals’, *BMC Health Services Research*, 11, p. 45. Available at: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-45>

Federal Ministry of Health (Germany) and World Health Organization (WHO 2017) (n.d.) *Best Practice: Patient Safety – Policy, Evidence & Implementation*. Geneva: World Health Organization.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Patient_ensicherheit/Best-Practice_Patient_Safety_Web_plusWHO.pdf

Field, A. (2018) *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. 5th edn. London: SAGE Publications.

Gurisch, C., Kleine, J. and Maier, C.B. (2024) ‘International models of accreditation and certification for hospitals with a focus on nursing: a scoping review’, *BMC Health Services Research*, 24(1), σ. 1361. Available at : <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11759-6>

Hameed, S., Humayun, A., Yaqoob, M., et al (2021) 'Patient safety culture in private sector tertiary care hospital in Pakistan', *Pakistan BioMedical Journal*, 4(2), pp. 215–223 Available at: <https://doi.org/10.54393/pbmj.v4i2.170>

Harris, K., Søfteland, E., Moi, A.L., *et al* (2020) ‘Patients’ and healthcare workers’ recommendations for a surgical patient safety checklist – a qualitative study’, *BMC Health Services Research*, 20(1), p. 43. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4888-1>

Haynes, A.B., Weiser, T.G., Berry, W.R. *et al.* (2009) ‘A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population’, *New England Journal of Medicine*, 360(5), pp. 491–499. Available at: DOI: 10.1056/NEJMsa0810119 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0810119>

Hesgrove, B., Zebrak, K., Yount, N., *et al*, (2024) ‘Associations between patient safety culture and workplace safety culture in hospital settings’, *BMC Health Services Research*, 24(1), σ. 568. Available at : <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10984-3>

Hollnagel, E. (2014) *Safety-I and Safety-II: The Past and Future of Safety Management*. Farnham: Ashgate. Available at: <https://doi.org/10.1201/9781315607511>

IHI – Institute for Healthcare Improvement (2023) «SBAR Tool: Situation-Background-Assessment-Recommendation». *IHI.org*. Διαθέσιμο από: <https://www.ihl.org/library/tools/sbar-tool-situation-background-assessment-recommendation>

International Atomic Energy Agency (IAEA) (1986) *Post-Accident Review Meeting on the Chernobyl Accident*. Vienna: IAEA.

International Organization for Standardization (ISO) (2015) *ISO 9001:2015 Quality Management Systems – Requirements*. Geneva: International Organization for Standardization. Available at : <https://www.iso.org/obp/ui/en/#iso:std:iso:9001:ed-5:v1:en>

International Organization for Standardization (ISO) (2022) *ISO 15189:2022 Medical laboratories — Requirements for quality and competence*. Geneva: International Organization for Standardization. Available at : <https://www.iso.org/obp/ui/en/#iso:std:iso:15189:ed-4:v1:en>

Joint Commission International (JCI) (2020) *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*. 7th edn. Oak Brook, IL: Joint Commission Resources. ISBN : 1-63585-148-3

Joint Commission International (JCI) (2025) *International Accreditation Standards for Hospitals*. 8th edn. Oak Brook, IL: Joint Commission Resources.

Karathanasi, K., Sarafis, P., Malliarou, M. et al. (2012) ‘Investigation of application of quality criteria in operating room’, *Scientific Journal of Hellenic Nursing Association*, 1(2), pp. 63–70. Available at: <https://www.spnj.gr/en/investigation-of-application-of-quality-criteria-in-operating-room-p38.html>

Kelly, L.A., McHugh, M.D. and Aiken, L.H. (2011) ‘Nurse outcomes in Magnet and non-Magnet hospitals’, *Journal of Nursing Administration*, 41(10), pp. 428–433. Available at: <https://doi.org/10.1097/nna.0b013e31822eddbbc>

Kohn, L.T., Corrigan, J.M. and Donaldson, M.S. (2000) *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press (US). Available at: <https://doi.org/10.17226/9728>

Kutney-Lee, A., Stimpfel, A.W., Sloane, D.M., et al, (2015) ‘Changes in patient and nurse outcomes associated with Magnet hospital recognition’, *Medical Care*, 53(6), pp. 550–557. Available at: <https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000000355>

Leape, L.L. (1994) ‘Error in medicine’, *JAMA*, 272(23), pp. 1851–1857. Available at: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/384554>

Liu, Y., Xu, J., Yang, X. et al. (2024) ‘Patient safety culture in private hospitals in China: a cross-sectional study using the revised Hospital Survey on Patient Safety Culture’, *Frontiers in Public Health*, 12, p. 1323716. Available at: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1323716>

Makary, M.A., Sexton, J.B., Freischlag, J.A. et al. (2006) ‘Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder’, *Journal of the American College of Surgeons*, 202(5), pp. 746–752.. Available at:

<https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2006.01.017>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16648014/>

Makary, M.A., Sexton, J.B., Freischlag, J.A. et al. (2006) ‘Patient safety in surgery’, *Annals of Surgery*, 243(5), p. 628–635. Available at: <https://doi.org/10.1097/01.sla.0000216410.74062.0f>

Manser, T. (2009) ‘Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature’ *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), 143–151.. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x>

Marx, D.A. (2001) *Patient Safety and the “Just Culture”: A Primer for Health Care Executives*. New York (NY): Trustees of Columbia University. Available at: AHRQ Patient Safety Network <https://psnet.ahrq.gov/issue/patient-safety-and-just-culture-primer-health-care-executives>

Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., et al (2018) ‘Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review’, *BMJ Open*, 8(8), p. e022202. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>

Moosavi, S., Amerzadeh, M., Azmal, M. and Kalhor, R. (2023) ‘The relationship between patient safety culture and adverse events in Iranian hospitals: a survey among 360 nurses’, *Patient Safety in Surgery*, 17(1), p. 20. Available at: <https://doi.org/10.1186/s13037-023-00369-6>

Nieva, V.F. and Sorra, J. (2003) ‘Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations’, *Quality and Safety in Health Care*, 12(Suppl 2), pp. ii17–ii23. Available at: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/instance/1765782/pdf/v012p0ii17.pdf>

Nilsson, P. and Gustavsson, M. (2024) ‘Implementation of a magnet hospital model: attracting and retaining healthcare staff in a Swedish hospital’, *Journal of Health Organization and Management*, 38(9), pp. 329–343. Available at: <https://doi.org/10.1108/jhom-04-2024-0159>

- Nwosu, A.D.G., Ossai, E., Ahaotu, F. *et al.* (2022) ‘Patient safety culture in the operating room: a cross-sectional study using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) Instrument’, *BMC Health Services Research*, 22(1), p. 1445. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08756-y>
- Olsen, E., Addo, S.A.J., Hernes, S.S. *et al.* (2024) ‘Psychometric properties and criterion related validity of the Norwegian version of hospital survey on patient safety culture 2.0’, *BMC Health Services Research*, 24(1), p. 642. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11097-7>
- Pallant, J. (2020) *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. 7th edn. London: Routledge. Available at: <https://doi.org/10.4324/9781003117452>
- Pevec, T., Albrecht, T. and Turk, E. (2023) ‘Safety culture in the operating room: translation, validation of the safety attitudes questionnaire – operating room version’, *BMC Health Services Research*, 23(1), p. 491 Available at: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12913-023-09539-9.pdf>
- Plebani, M. (2022) ‘Quality in laboratory medicine and the Journal: walking together’, *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM)*, 61(5), p. 713–720. Available at: <https://doi.org/10.1515/cclm-2022-0755>
- Profit, J., Lee, H. C., Sharek, P. *et al.* (2016). Comparing NICU teamwork and safety climate across two commonly used survey instruments. *BMJ quality & safety*, 25(12), 954–961.. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003924>
- Pronovost, P., Needham, D., Berenholtz, S. *et al.* (2006) ‘An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU’, *The New England Journal of Medicine*, 355(26), p.. 2725–2732. <https://doi.org/10.1056/nejmoa061115>
- Randmaa, M., Mårtensson, G., Leo Swenne, C. and Engström, M. (2014) ‘SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study’, *BMJ Open*, 4(1), σ. e004268. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004268>

Raftopoulos, V. and Pavlakis, A. (2013) 'Safety climate in 5 intensive care units: A nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire', *Journal of Critical Care*, 28(1) Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2012.04.013>

Reason, J. (1990) *Human Error*. Cambridge: Cambridge University Press. Available at: <https://doi.org/10.1017/CBO9781139062367>

Reason, J. (1997) *Managing the Risks of Organizational Accidents*. London: Routledge. Available at: <https://doi.org/10.4324/9781315543543>

Reason, J. (2000) 'Human error: models and management', *BMJ*, 320(7237), pp. 768–770. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

Sammer, C.E., Lykens, K., Singh, K.P. et al (2010) 'What is patient safety culture? A review of the literature', *Journal of Nursing Scholarship*, : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, 42(2), pp. 156–165. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x>

Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, et al, (2006) The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res*. Apr 3;6:44. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>

Shaw, C.D., Groene, O., Botje, D. et al. (2014) 'The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals', *International Journal for Quality in Health Care*, 26(Suppl 1), pp. 100–107. Available at: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu023>

Singer, S.J., Lin, S., Falwell, A, et al (2009) 'Relationship of safety climate and safety performance in hospitals', *Health Services Research*, 44(2p1), pp. 399–421. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00918.x>

Singer, S.J. and Vogus, T.J. (2013) 'Reducing hospital errors: interventions that build safety culture', *Annual Review of Public Health*, 34, pp. 373–396. Available at: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114439>

Sorra, J. and Nieva, V. (2004) *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Available at: <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>

Suryani, L. και Lindayani, L. (2024) 'Patient safety culture among nurses: Comparison between public and private hospital in Indonesia', *Jurnal Keperawatan Komprehensif*, 10(5), σσ. 689–697 Available at: <https://doi.org/10.33755/jkk.v10i5.771>

Sutcliffe, K.M. (2011) 'High reliability organizations', *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 25(2), pp. 133–144. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2011.03.001>

Tavakol, M. and Dennick, R. (2011) 'Making sense of Cronbach's alpha', *International Journal of Medical Education*, 2, pp. 53–55. Available at: <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4205511/>

Turner, B.A. and Pidgeon, N.F. (1997) *Man-Made Disasters*. 2nd edn. Oxford: Butterworth-Heinemann. Available at: https://catalog.nlm.nih.gov/discovery/fulldisplay/alma9915823463406676/01NLM_INST:01NLM_INST

Vincent, C. (2010) *Patient Safety*. 2nd edn. Chichester: Wiley-Blackwell. Available at: <https://doi.org/10.1002/9781444323856>

Waterson, P., Carman, E.M., Manser, T. Hammer, A (2019) 'Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC): a systematic review of the psychometric properties of 62 international studies', *BMJ Open*, 9(9), e026896. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026896>

Weick K & Roberts K. (1993). "High Reliability Organizations: The Case of the USS Nimitz". *Journal of Management Studies*, 30(2): 245-267. doi : <https://www.high-reliability.org/High-Reliability-Organizations>

Weiser, T.G. and Haynes, A.B. (2018) 'Ten years of the Surgical Safety Checklist', *British Journal of Surgery*, 105(8), σσ. 927–929. Available at : <https://doi.org/10.1002/bjs.10907>.

World Health Organization (WHO) (2009) *WHO Surgical Safety Checklist*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598590-eng-checklist.pdf>

World Health Organization (WHO) (2020) *Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: Technical report and guidance*. Geneva: World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>

World Health Organization (WHO) και African Society for Laboratory Medicine (ASLM) (2023) *Stepwise Laboratory Quality Improvement Process Towards Accreditation (SLIPTA) Checklist Version 3:2023*. Geneva: World Health Organization. Available at: <https://aslm.org/wp-content/uploads/2023/12/SLIPTA-Checklist-V3-2023-Refillable.pdf?x79169>

Woodman, N. (2016) *World Health Organization Surgical Safety Checklist*. Edited by Walker, I. Great Ormond Street Hospital: WFSA (World Federation of Societies of Anaesthesiologists). https://resources.wfsahq.org/wp-content/uploads/325_english.pdf

Yavuz, M.E., Çilingir, D., Bulut, E., Gürsoy, A., et al, (2023) 'Patient Safety Culture Perception Among Surgical Nurses', *Journal of Education and Research in Nursing*, 20(2), pp. 127–132. Available at: <https://jer-nursing.org/jvi.aspx?pdire=jern&plng=eng&un=JERN-23540&look4=>

Zegers M, de Bruijne MC, de Keizer B, et al. (2011). The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: implication for potential prevention strategies. *Patient Safety in Surgery*, 5:13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3127749/>

Παράρτημα

Παράρτημα Α: WHO Surgical Safety Checklist

Surgical Safety Checklist		
 World Health Organization A World Alliance for Safer Health Care		
Before induction of anaesthesia (with at least nurse and anaesthetist)		
Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent? ☐ Yes		
Is the site marked? ☐ Yes ☐ Not applicable		
Is the anaesthesia machine and medication check complete? ☐ Yes		
Is the pulse oximeter on the patient and functioning? ☐ Yes		
Does the patient have a:		
☐ Known allergy?		
☐ No		
☐ Yes		
Difficult airway or aspiration risk? ☐ No		
☐ Yes, and equipment/assistance available		
Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)? ☐ No		
☐ Yes, and two IVs/central access and fluids planned		
Before skin incision (with nurse, anaesthetist and surgeon)		
☐ Confirm all team members have introduced themselves by name and role.		
☐ Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.		
Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes? ☐ Yes		
☐ Not applicable		
Anticipated Critical Events		
To Surgeon:		
☐ What are the critical or non-routine steps?		
☐ How long will the case take?		
☐ What is the anticipated blood loss?		
To Anaesthetist:		
☐ Are there any patient-specific concerns?		
To Nursing Team:		
☐ Has sterility (including indicator results) been confirmed?		
☐ Are there equipment issues or any concerns?		
Is essential imaging displayed? ☐ Yes		
☐ Not applicable		
Before patient leaves operating room (with nurse, anaesthetist and surgeon)		
Nurse Verbally Confirms:		
☐ The name of the procedure		
☐ Completion of instrument, sponge and needle counts		
☐ Specimen labelling (read specimen labels aloud including patient name)		
☐ Whether there are any equipment problems to be addressed		
To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:		
☐ What are the key concerns for recovery and management of this patient?		

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.

Revised 1 / 2009

© WHO

Παράρτημα Β: Ηλεκτρονική αλληλογραφία για τη χρήση του ερωτηματολογίου HSOPSC στην ελληνική γλώσσα από την κ. Καπάκη

From: VASILIKI KAPAKI <vkapaki2005@gmail.com>
Sent: Tuesday, October 14, 2025 1:06:22 PM
To: ΔΗΜΑ ΕΥΤΥΧΙΑ <std166506@ac.eap.gr>
Subject: Re: Αίτημα για άδεια χρήσης της ελληνικής προσαρμογής του HSOPSC για διπλωματική εργασία

Αγαπητή κ. Δήμα,

Σας ευχαριστώ πολύ για την επικοινωνία!

Με το παρόν email σας παραχωρώ την άδεια να χρησιμοποιήσετε, το μεταφρασμένο, στην ελληνική γλώσσα, και σταθμισμένο ερωτηματολόγιο "Hospital Survey On Patient Safety Culture, (HSOPSC version 1.0)" των Sorra and Nieva της Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

Είναι αναγκαίο να ληφθούν υπ' όψιν και να τηρηθούν τα ακόλουθα σας παρακαλώ:

1. Η παρούσα άδεια αφορά τη χρήση του ερωτηματολογίου ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ και ΜΟΝΟ για την εκπόνηση της διπλωματικής σας εργασίας στο ΕΑΠ. Σε περίπτωση που θέλετε να χρησιμοποιήσετε το ερωτηματολόγιο στην ελληνική γλώσσα για οποιοδήποτε άλλο ερευνητικό/επιστημονικό σκοπό πέραν του προαναφερθέντος θα πρέπει να με ενημερώσετε εγγράφως και να σας δώσω εκ νέου άδεια.
2. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται αποκλειστικά και ΜΟΝΟ για ερευνητικό/επιστημονικό σκοπό και σε καμία περίπτωση για κερδοσκοπικό ή οποιοδήποτε άλλο σκοπό.
3. Είναι υποχρεωτική η αναφορά των ονομάτων τόσο των δημιουργών του πρωτότυπου ερωτηματολογίου (Sorra and Nieva) και της AHRQ όσο και του δικού μου ονόματος σε οποιοδήποτε έγγραφο, άρθρο, δημοσίευση, παρουσίαση, παρουσίαση σε συνέδριο, poster κ.λπ. σχετικό με τα αποτελέσματα της έρευνάς σας (μπορείτε να χρησιμοποιήσετε την εξής αναφορά: "Kapaki, V. & Souliotis, K. (2017). Patient Safety Culture in Greece: Narrowing the Gap between the Principles of Patient Safety Culture and Current Clinical Practice. In E.Williams (Ed.), Patient Safety and Management: Perspectives, Principles and Emerging Issues (pp. 87-117). Nova Science Publisher Inc") (επισυνάπτεται)
4. Προτείνω, για τυπικούς καθαρά λόγους, να αποστείλετε ένα email για να ζητήσετε την άδεια και από την AHRQ στην ακόλουθη ηλεκτρονική διεύθυνση:

SafetyCultureSurveys@westat.com

Να τους αναφέρετε ότι έχετε μιλήσει ήδη μαζί μου και σας έχω δώσει άδεια να χρησιμοποιήσετε το μεταφρασμένο, στην ελληνική γλώσσα, και σταθμισμένο ερωτηματολόγιο (απαντούν άμεσα και είναι θετικοί). Αν χρειαστεί θα επικοινωνήσω και η ίδια μαζί τους.

Επισυνάπτεται **το ερωτηματολόγιο στα ελληνικά** καθώς και **ο οδηγός χρήσης του ερωτηματολογίου** όπου εκεί θα βρείτε χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο όπως το προτεινόμενο μέγεθος του δείγματος κ.λπ.

Παραμένω στη διάθεσή σας για οτιδήποτε άλλο χρειαστείτε σχετικά.

Ευχαριστώ πολύ!

Καλή επιτυχία!

Με εκτίμηση,

Δρ. Βασιλική Καπάκη

Επικεφαλής Τεχνική/Επιστημονική Υπεύθυνη Ο.Δι.Π.Υ. Α.Ε.

Member of the OECD Expert Group on Patient Safety Culture

Παράρτημα Γ: Έγκριση χρήσης ερωτηματολογίου HSOPSC από AHRQ

From: Safety Culture Surveys <SafetyCultureSurveys@westat.com>

Sent: Friday, October 17, 2025 10:17:07 PM

To: ΔΗΜΑ ΕΥΤΥΧΙΑ <std166506@ac.eap.gr>

Subject: RE: Request for Permission to Use the HSOPSC v.1.0_AHRQ_EL Questionnaire CRM:02740408

Dear Eftychia,

Thank you for the information about your use of the Surveys on Patient Safety Culture® (SOPS®). Westat, the AHRQ contractor for the Surveys on Patient Safety Culture program (SafetyCultureSurveys@westat.com) are authorized to respond on behalf of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). We handle the majority of permissions for these tools and notify AHRQ of requests for permission to translate these documents.

Permission. Based on the description you provided about your project, AHRQ grants you permission to translate the HSOPS 1.0 Survey on Patient Safety Culture into Greek. Further, this letter constitutes permission to use the translation in your research in Greece.

Instructions for Use. There are a few restrictions involved in using a SOPS survey outside the United States. The SOPS name and trademark (Surveys on Patient Safety Culture® (SOPS®)) is only allowed to be used on official validated AHRQ SOPS surveys. Therefore, surveys used outside the U.S. whether in English, in translation, or adapted for the local health care system, cannot use the SOPS® name and trademark in the title.

You should include a note on the survey as a subtitle or in a footnote that says the survey is "Translated from English with permission from the Agency for Healthcare Research and Quality (an Agency of the United States Department of Health and Human Services); Rockville, Maryland USA."

Reprinting the English HSOPS 1.0 form, in full or in part, in a professional journal article or book chapter would require additional permission from the AHRQ Office of Communication to the publisher.

Additionally, all reports, professional publications, graduate theses, or Web site postings should properly credit AHRQ using the following citation:

Surveys on Patient Safety Culture®. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD USA. <https://www.ahrq.gov/sops/>

Guidance Documents. The AHRQ SOPS survey and related materials may be found on the AHRQ website at: <https://www.ahrq.gov/sops/>. Guidance on how to translate the SOPS surveys is available on the AHRQ website at: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/Translation-Guidelines-SOPS-090222.pdf>

If you have questions about permissions issues, please feel free to contact us at SafetyCultureSurveys@westat.com.

Sincerely,

Morella

AHRQ Surveys on Patient Safety Culture® (SOPS®) Technical Assistance

phone: 1-888-324-9749 | email: SafetyCultureSurveys@westat.com

Sign up for SOPS updates: <https://public.govdelivery.com/accounts/USAHRQ/subscriber/new>

----- Original Message -----

From: std166506@ac.eap.gr <std166506@ac.eap.gr>;

Received: Thu Oct 16 2025 16:37:22 GMT-0400 (Eastern Daylight Time)

To: SafetyCultureSurveys@westat.com <safetyculturesurveys@westat.com>; SOPS TA <safetyculturesurveys@westat.com>;

Subject: Request for Permission to Use the HSOPSC v.1.0_AHRQ_EL Questionnaire

Παράρτημα Δ: Έγκριση διεξαγωγής έρευνας από Επιστημονικό Συμβούλιο Metropolitan General και Metropolitan Hospital



Χολαργός, 17 Νοεμβρίου 2025
Αρ. Πρωτ.: 151

Αγαπητή κα Δήμα,

Σας πληροφορούμε ότι κατά τη συνεδρίαση του Επιστημονικού Συμβουλίου της 17^{ης} Νοεμβρίου 2025 τα μέλη ενέκριναν την διεξαγωγή του ερευνητικού πρωτοκόλλου στα πλαίσια του μεταπτυχιακού σας προγράμματος σπουδών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου με τίτλο: «Διερεύνηση της κουλτούρας ασφάλειας σε Χειρουργεία του Ιδιωτικού Τομέα».

Με εκτίμηση,

Αναστάσιος Μαχαίρας
Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου





Ν. Φάληρο, 27/03/2026

ΑΠΟ : κ. Δημήτριο Ρολόγη, Πρόεδρο Επιστημονικής Επιτροπής

ΘΕΜΑ: Έγκριση ερωτηματολογίου διπλωματικής εργασίας της κα Δήμα Ευτυχίας

Σε συνέχεια του αιτήματος της κας Δήμα Ευτυχίας, αναφορικά με τη συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου στο πλαίσιο της διπλωματικής της εργασίας για το πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας, που παρακολουθεί στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο, ενημερώνουμε, ότι εγκρίνεται η διανομή των ερωτηματολογίων, προκειμένου να ολοκληρωθεί η συλλογή των δεδομένων και συνεπώς η διπλωματική της εργασία.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Δημήτριος Ρολόγης
Πρόεδρος Επιστημονικής
Επιτροπής

Δ.ΡΟΛΟΓΗΣ

Εθν. Μακαρίου 9 & Ελ. Βενιζέλου 1, Τ.Κ. 185 47, Ν. Φάληρο • 9, Εθν. Μακαρίου & 1, Ελ. Βενιζέλου, Ν. Φάληρο, 185 47, Athens, Greece
(+30) 210 48 09 000 • Fax: (+30) 210 48 14 887 • information@metropolitan-hospital.gr • www.metropolitan-hospital.gr

HHG Hellenic
Healthcare
Group

Υγεία

METROPOLITAN

PHITERS

METROPOLITAN

Ρένια

Crota IntenClinic

ΑΡΧΑΛΑΝΤΗΣ

Health

ΕΛΛΑΣ

Ανδρέας

ΕΛΛΑΣ

ΕΛΛΑΣ

Παράρτημα Ε: Ερωτηματολόγιο έρευνας (HSOPSC)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αξιότιμη/ε κυρία/κύριε,

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί αφορά σε έρευνα για τη διπλωματική εργασία μου στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο με θέμα «**Διερεύνηση της κουλτούρας ασφάλειας σε Χειρουργεία του Ιδιωτικού Τομέα**». Η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική, εντούτοις η συμμετοχή σας κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική για το σκοπό αυτής. Συγκεκριμένα σκοπός της είναι η διερεύνηση των κανόνων ασφάλειας και ποιότητας που ακολουθούν οι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται σε Χειρουργεία σε εστιασμένους φορείς υγείας του Ιδιωτικού Τομέα. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου χρειάζεται περίπου 10 λεπτά από το χρόνο σας και είναι ανώνυμη. Παρακαλώ, πριν τη συμπλήρωσή του διαβάστε τη Δήλωση Εμπιστευτικότητας για την προστασία των προσωπικών σας δεδομένων και των πληροφοριών που θα παράσχετε, και στη συνέχεια συμπληρώστε τη Δήλωση Συναίνεσης για την εθελοντική συμμετοχή σας στην έρευνα.

ΔΗΛΩΣΗ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η υπογράφουσα **Δήμα Ευτυχία** δεσμεύομαι για την αποκλειστική χρήση των απαντήσεων του ερωτηματολογίου προκειμένου να διεξαχθεί επιστημονική έρευνα με θέμα «**Διερεύνηση της κουλτούρας ασφάλειας σε Χειρουργεία του Ιδιωτικού Τομέα**».

Επίσης δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα
- Αναλαμβάνω να τηρώ απόλυτη εχεμύθεια σχετικά με όποια ευαίσθητα στοιχεία ή πληροφορίες ή υλικό που θα περιέλθει σε γνώση μου στο πλαίσιο της συμμετοχής μου στη παραπάνω διαδικασία. Για τη δήλωση αυτή, ως εμπιστευτικό και απόρρητο θεωρείται κάθε στοιχείο, τεχνική / εμπορική πληροφορία, σχέδια, μελέτες, δεδομένα, θέματα πνευματικών δικαιωμάτων, ευρεσιτεχνιών, τεχνογνωσίας και γενικά όλες οι πληροφορίες που παρέχονται. Σε περίπτωση αμφιβολίας, όλες οι πληροφορίες που περιέρχονται σε γνώση μου θεωρούνται άκρως εμπιστευτικές. Η εμπιστευτικότητα της κάθε πληροφορίας δεν επηρεάζεται από το εάν αυτή περιήλθε σε γνώση μου προφορικά, εγγράφως, ηλεκτρονικά ή με οποιονδήποτε άλλο τρόπο.
- Δεσμεύομαι, επίσης, να μην αποκαλύψω σε τρίτους, εμπιστευτικές πληροφορίες που μου δόθηκαν ή να χρησιμοποιήσω ο ίδιος, στοιχεία που θα περιέλθουν σε γνώση μου κατά την επεξεργασία των

εμπλεκόμενων, ούτε να κοινοποιώ στοιχεία και πληροφορίες των οποίων λαμβάνω γνώση σε σχέση με την έρευνα.

- Η υποχρέωση εμπιστευτικότητας ιδίως περιλαμβάνει:
 - ο Τη μη περαιτέρω και με οποιονδήποτε τρόπο μεταβίβαση - διάθεση – δημοσιοποίηση – αποκάλυψη των πληροφοριών σε οποιονδήποτε τρίτο χωρίς την αντίστοιχη συγκατάθεση,
 - ο Την απαγόρευση εκμετάλλευσης των πληροφοριών και αποτελεσμάτων για οποιονδήποτε άλλο σκοπό,
 - ο Την απαγόρευση της με οποιονδήποτε τρόπο και μέσο αντιγραφής και αναπαραγωγής των εμπιστευτικών πληροφοριών και αποτελεσμάτων για άλλο σκοπό.

Αθήνα 23 Οκτ 2025

Η Δηλούσα

ΔΗΜΑ ΕΥΤΥΧΙΑ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Αφού διάβασα τους όρους της παραπάνω Δήλωση Εμπιστευτικότητας, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

Επιθυμώ να λάβω μέρος στην έρευνα.

☐

Δεν επιθυμώ να λάβω μέρος στην έρευνα

☐

Ως «**δυσμενές συμβάν**» ορίζεται κάθε είδους λάθος, σφάλμα, ατυχές γεγονός, ατύχημα, παράλειψη ή απόκλιση από την ασφαλή νοσηλεία του ασθενούς, ανεξάρτητα αν επέφερε ή όχι βλάβη στον ασθενή.

Ως «**ασφάλεια ασθενούς**» ορίζεται η αποφυγή και πρόληψη τραυματισμών του ασθενούς ή δυσμενών συμβάντων που είναι απόρροια των διαδικασιών παροχής φροντίδας υγείας.

Μέρος Α: Δημονογραφικά Στοιχεία

Οι κάτωθι πληροφορίες θα βοηθήσουν στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Επιλέξτε με ✓ την απάντηση που σας εκφράζει.

1. Φύλο:

1. Άνδρας ☐
2. Γυναίκα ☐

2. Ηλικία:

_____ έτη

3. Κλίνες νοσοκομείου:

1. Μέχρι 99 κλίνες ☐
2. 100–250 κλίνες ☐
3. 251–400 κλίνες ☐
4. 400 κλίνες και άνω ☐

4. Ανώτερο επίπεδο σπουδών:

1. Δευτεροβάθμια (Δ.Ε.) ☐
2. Τριτοβάθμια Τεχνολογική (Τ.Ε.) ☐
3. Τριτοβάθμια Πανεπιστημιακή (Π.Ε.) ☐
4. Μεταπτυχιακές σπουδές ☐
5. Διδακτορικό δίπλωμα ☐

5. Τύπος θέσης στο χειρουργείο:

1. Χειρουργός ☐
2. Νοσηλεύτης/τρια ☐
3. Αναισθησιολόγος ☐
4. Τεχνολόγος Ακτινολόγος ☐
5. Τραυματιοφορέας ☐
6. Άλλο (παρακαλώ προσδιορίστε): _____

6. Εργασιακή εμπειρία σε έτη:

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| 1. 0-1 έτος | ☐ |
| 2. 2-5 έτη | ☐ |
| 3. 6-10 έτη | ☐ |
| 4. 11-20 έτη | ☐ |
| 5. Πάνω από 20 έτη | ☐ |

7. Χειρουργικές ώρες εργασίας ανά εβδομάδα:

(ώρες που αφιερώνετε σε χειρουργικές δραστηριότητες):

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| 1. Μέχρι 20 ώρες | ☐ |
| 2. 21-30 ώρες | ☐ |
| 3. 31-40 ώρες | ☐ |
| 4. Πάνω από 40 ώρες | ☐ |

8. Έχετε από τη θέση σας άμεση επαφή / επικοινωνία με τον ασθενή;

NAI ☐ OXI ☐

9. Το τμήμα όπου εργάζεστε διαθέτει πιστοποίηση ποιότητας / ασφάλειας (π.χ. ISO);

NAI ☐ OXI ☐

Μέρος Β: Εργασιακό Περιβάλλον / Μονάδα

Στην παρούσα έρευνα, ως «Εργασιακό Περιβάλλον» εκλαμβάνεται το γραφείο, τμήμα, τομέας ή κλινική του νοσοκομείου που εργάζεστε.

Σε ποιο Εργασιακό Περιβάλλον /Τμήμα/ Κλινική εργάζεστε; Σημειώστε με ✓ την απάντησή σας.

1. Χειρουργικός Τομέας

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Γενική Χειρουργική | ☐ |
| 2. Ορθοπαιδική | ☐ |
| 3. Καρδιοχειρουργική | ☐ |
| 4. Νευροχειρουργική | ☐ |
| 5. Αγγειοχειρουργική | ☐ |
| 6. Ουρολογική | ☐ |
| 7. Πλαστική & Επανορθωτική Χειρουργική | ☐ |
| 8. Γναθοπροσωπική / Στοματική Χειρουργική | ☐ |
| 9. Θωρακοχειρουργική | ☐ |
| 10. Ωτορινολαρυγγολογική (ΩΡΛ) | ☐ |
| 11. Οφθαλμολογική | ☐ |
| 12. Γυναικολογική | ☐ |
| 13. Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε: _____ | |

2. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| 1. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας | ☐ |
|-------------------------------|--------------------------|

3.Εργαστηριακός / Διαγνωστικός Τομέας

1. Αιματολογικό ☐
2. Βιοχημικό ☐
3. Παθολογοανατομικό ☐
4. Κυτταρολογικό ☐
5. Ακτινολογικό ☐
6. Αξονική Τομογραφία ☐
7. Μαγνητική Τομογραφία ☐
8. Πυρηνική Ιατρική ☐
9. Αιμοδυναμικό Εργαστήριο ☐
10. Ενδοσκοπικό Εργαστήριο ☐
11. Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε: _____

Παρακαλώ υποδηλώστε την συμφωνία ή την διαφωνία σας με τις παρακάτω προτάσεις σχετικά με το Εργασιακό Περιβάλλον/Τμήμα σας. Κυκλώστε την απάντησή σας.

Στο Εργασιακό Περιβάλλον/Τμήμα σας	<u>Διαφωνώ</u> <u>Απόλυτα</u>	<u>Διαφωνώ</u>	<u>Ούτε</u> <u>Συμφωνώ</u> <u>ούτε</u> <u>Διαφωνώ</u>	<u>Συμφωνώ</u>	<u>Συμφωνώ</u> <u>Απόλυτα</u>
1. Οι εργαζόμενοι υποστηρίζουν ο ένας τον άλλον	1	2	3	4	5
2. Υπάρχει επαρκές προσωπικό για τη διεκπεραίωση της εργασίας	1	2	3	4	5
3. Όταν υπάρχει μεγάλος όγκος εργασίας που πρέπει να γίνει άμεσα, το προσωπικό εργάζεται ομαδικά για την ολοκλήρωση της	1	2	3	4	5
4. Υπάρχει σεβασμός ανάμεσα στους εργαζομένους	1	2	3	4	5
5. Το προσωπικό εργάζεται περισσότερες ώρες από αυτές που διασφαλίζουν ασφαλή φροντίδα για τον ασθενή	1	2	3	4	5
6. Το προσωπικό εργάζεται δυναμικά για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς	1	2	3	4	5
7. Αξιοποιείται περισσότερο προσωπικό από αυτό που διασφαλίζει την ασφαλή φροντίδα του ασθενούς	1	2	3	4	5
8. Το προσωπικό αισθάνεται ότι τα λάθη του μπορεί να χρησιμοποιηθούν εναντίον του	1	2	3	4	5
9. Τα λάθη οδήγησαν σε θετικές αλλαγές	1	2	3	4	5
10. Από τύχη δεν συμβαίνουν σοβαρά λάθη	1	2	3	4	5

11. Όταν υπάρχει μεγάλος φόρτος εργασίας παρέχεται βοήθεια από άλλα τμήματα	1	2	3	4	5
12. Όταν δηλώνεται ένα δυσμενές συμβάν, υπάρχει η αίσθηση ότι καταγράφεται το άτομο και όχι το καθαυτό συμβάν	1	2	3	4	5
13. Όταν γίνονται αλλαγές για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς, αξιολογείται η αποτελεσματικότητά τους	1	2	3	4	5
14. Το προσωπικό εργάζεται όπως σε «κατάστασης κρίσης» προσπαθώντας να κάνει πολλά πράγματα γρήγορα	1	2	3	4	5
15. Η ασφάλεια του ασθενούς αποτελεί προτεραιότητα ακόμα και όταν υπάρχει φόρτος εργασίας	1	2	3	4	5
16. Το προσωπικό ανησυχεί ότι τα λάθη του καταγράφονται στο προσωπικό του φάκελο	1	2	3	4	5
17. Υπάρχει πρόβλημα ασφάλειας του ασθενούς	1	2	3	4	5
18. Οι διαδικασίες διεκπεραίωσης της εργασίας και το σύστημα εν γένει συμβάλλει στην πρόληψη δυσμενών συμβάντων	1	2	3	4	5

Μέρος Γ: Ο Προϊστάμενος / Διευθυντής της Μονάδας σας

Παρακαλώ υποδηλώστε την συμφωνία ή την διαφωνία σας με τις παρακάτω προτάσεις σχετικά με τον Προϊστάμενο / Διευθυντή του τμήματός σας. Κυκλώστε την απάντησή σας.

Ο Προϊστάμενος / Διευθυντής σας	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1. Επιβραβεύει το προσωπικό με καλά λόγια όταν τηρούνται οι διαδικασίες ασφαλούς φροντίδας του ασθενούς	1	2	3	4	5
2. Λαμβάνει σοβαρά υπόψη του τις προτάσεις του προσωπικού για βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς	1	2	3	4	5
3. Παροτρύνει το προσωπικό να εργάζεται γρηγορότερα όταν υπάρχει υπερβολικός φόρτος	1	2	3	4	5
4. Παραβλέπει επαναλαμβανόμενα προβλήματα ασφαλείας του ασθενούς	1	2	3	4	5

Μέρος Δ: Επικοινωνία

Πόσο συχνά τα παρακάτω γεγονότα λαμβάνουν χώρα στο Εργασιακό Περιβάλλον/Τμήμα σας. Κυκλώστε την απάντησή σας.

Στο Εργασιακό Περιβάλλον/Τμήμα σας	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Μερικές Φορές	Συνή	Πάντα
1. Γίνεται συστηματική αξιολόγηση των αλλαγών που τίθενται σε εφαρμογή, βάσει δυσμενών συμβάντων που έχουν αναφερθεί	1	2	3	4	5
2. Το προσωπικό μιλάει ελεύθερα όταν διαπιστώσει κάτι που επιδρά αρνητικά στη φροντίδα υγείας του ασθενούς	1	2	3	4	5
3. Το προσωπικό ενημερώνεται συχνά για τα δυσμενή συμβάντα που λαμβάνουν χώρα	1	2	3	4	5
4. Το προσωπικό μπορεί ελεύθερα να αμφισβητήσει τις αποφάσεις ή τις ενέργειες των ανωτέρων του	1	2	3	4	5
5. Το προσωπικό συζητά τρόπους πρόληψης δυσμενών συμβάντων ώστε να μην επαναληφθούν	1	2	3	4	5
6. Το προσωπικό φοβάται να ρωτήσει, όταν κάτι δεν φαίνεται σωστό	1	2	3	4	5

Μέρος Ε: Συχνότητα Αναφοράς Δυσμενών Συμβάντων

Στο Εργασιακό Περιβάλλον/Τμήμα σας όταν λάβουν χώρα οι ακόλουθες περιπτώσεις δυσμενών συμβάντων πόσο συχνά αναφέρονται; Κυκλώστε την απάντησή σας.

Όταν συμβεί ένα λάθος	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές Φορές	Συνή	Πάντα
1. αλλά εντοπίζεται και διορθωθεί πριν επηρεάσει τον ασθενή	1	2	3	4	5
2. αλλά δεν έχει πιθανότητα να βλάψει τον ασθενή	1	2	3	4	5
3. που θα μπορούσε να βλάψει τον ασθενή, αλλά δεν τον επηρέασε	1	2	3	4	5

Μέρος ΣΤ: Εκτίμηση Συνολικής Ασφάλειας Ασθενούς

Παρακαλώ αξιολογήστε το επίπεδο ασφάλειας του ασθενούς συνολικά στο
Εργασιακό Περιβάλλον σας επιλέγοντας με ✓ την απάντηση που σας εκφράζει.

- | | |
|--------------|--------------------------|
| 1. Άριστο | ☐ |
| 2. Πολύ Καλό | ☐ |
| 3. Καλό | ☐ |
| 4. Μέτριο | ☐ |
| 5. Κακό | ☐ |

Μέρος Ζ: Το Νοσοκομείο σας

Παρακαλώ υποδηλώστε την συμφωνία ή την διαφωνία σας με τις παρακάτω
προτάσεις σχετικά με το Νοσοκομείο στο οποίο εργάζεστε. Κυκλώστε την
απάντησή σας.

Στο Νοσοκομείο σας	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1. Η Διοίκηση εξασφαλίζει εργασιακό κλίμα που προάγει την ασφάλεια του ασθενούς	1	2	3	4	5
2. Υπάρχει ελλειψής συντονισμός μεταξύ των τμημάτων	1	2	3	4	5
3. Η μεταφορά ασθενούς από ένα τμήμα στο άλλο συνήθως συνοδεύεται από προβλήματα	1	2	3	4	5
4. Υπάρχει καλή συνεργασία ανάμεσα στα τμήματα όταν αυτό απαιτείται	1	2	3	4	5
5. Συχνά, σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία του ασθενούς χάνονται κατά την αλλαγή της βάρδιας	1	2	3	4	5
6. Η συνεργασία με το προσωπικό άλλων τμημάτων είναι συχνά δυσάρεστη	1	2	3	4	5
7. Συχνά παρουσιάζονται διάφορα προβλήματα κατά την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των τμημάτων	1	2	3	4	5

8. Η ασφάλεια του ασθενούς αποτελεί κύρια προτεραιότητα για τη Διοίκηση	1	2	3	4	5
9. Η Διοίκηση δείχνει να ενδιαφέρεται για την ασφάλεια του ασθενούς μόνο μετά από την αναφορά κάποιου δυσμενούς συμβάντος	1	2	3	4	5
10. Τα τμήματα συνεργάζονται καλά μεταξύ τους για την παροχή άριστης ποιοτικά φροντίδας υγείας στον ασθενή	1	2	3	4	5
11. Η αλλαγή βάρδιας είναι προβληματική για τον ασθενή	1	2	3	4	5

Μέρος Η: Αναφερόμενα Δυσμενή Συμβάντα

Τους τελευταίους 12 μήνες πόσα δυσμενή συμβάντα έχετε αναφέρει;
Επιλέξτε με ✓ την απάντηση που σας εκφράζει.

1. Καμία αναφορά. ☐
2. 1-2 αναφορές ☐
3. 3-5 αναφορές. ☐
4. 6-10 αναφορές. ☐
5. 11-20 αναφορές. ☐
6. 21 αναφορές και άνω ☐

Μέρος Θ: Σχόλια

Παρακαλώ να καταγράψετε ελεύθερα τυχόν σχόλια και παρατηρήσεις σχετικά με ζητήματα ασφάλειας του ασθενούς, ιατρικών, νοσηλευτικών και άλλων ειδικοτήτων λαθών και την αναφορά δυσμενών συμβάντων εντός του νοσοκομείου σας.

.....

.....

.....

.....

.....

Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.