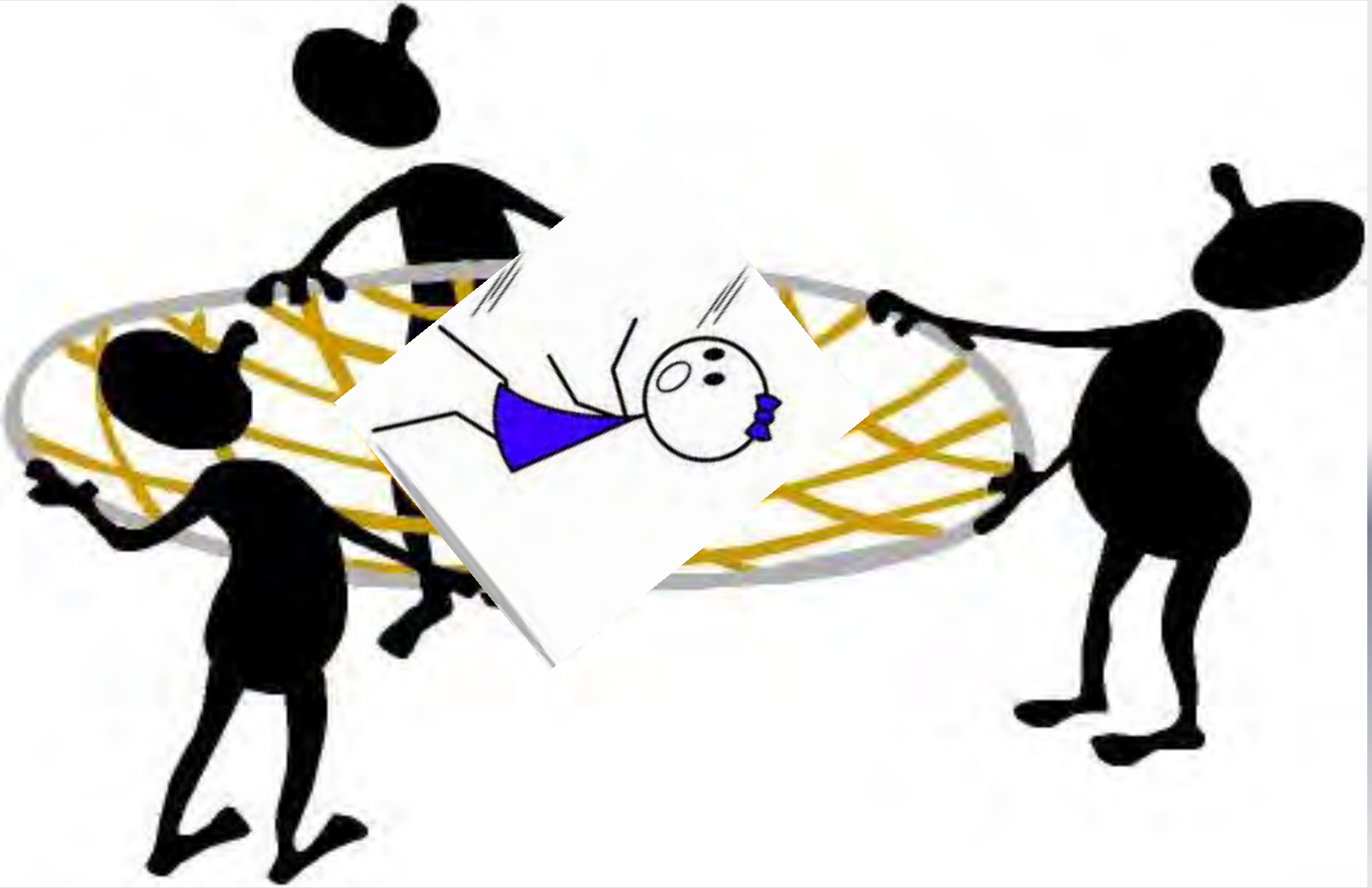
Παράγοντες που επηρεάζουν το κλίμα ασφάλειας στους χώρους παροχής φροντίδας υγείας και επιδρούν στην έκβαση της νοσηλείας των ασθενών

Καραΐσκου Αγγελική
Προισταμένη Τμήματος Ποιότητας & Νοσηλεύτρια Επιτήρησης Λοιμώξεων
MSc στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας & στην Εφηρμοσμένη Δημόσια Υγεία
Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»

Τι είναι ασφάλεια????



Τι είναι ασφάλεια????

Ασφάλεια (Μπαμπινιώτης)

- Κατάσταση στην οποία αισθάνεται κανείς ότι δεν απειλείται
- Αποτροπή κινδύνου ή απειλής

Security (Longman Dictionary)

- Protection from danger or bad situations

Safety (Longman Dictionary)

- Not in danger (when someone or something is safe from danger or harm)

Τι είναι safety????

- η κατάσταση ασφάλειας έναντι φυσικής, κοινωνικής, πνευματικής, πολιτικής, συναισθηματικής, ψυχολογικής, εκπαιδευτικής ή άλλου είδους αποτυχίας, παράλειψης, σφάλματος, καταστροφής, λάθους, ατυχήματος, βλάβης ή μη επιθυμητού γεγονότος

- ο έλεγχος αναγνωρισμένων κινδύνων ώστε να επιτευχθεί ένα αποδεκτό επίπεδο ρίσκου.

Τι είναι ασφάλεια????

Σειρά εφαρμογής Μέσων Ατομικής Προστασιας (ΜΑΠ)

1. Προστατευτική ενδυμασία (ρόμπα ή φόρμα)

- Καλύψτε πλήρως τον κορμό του σώματος από το λαιμό μέχρι τα γόνατα και από τους βραχίονες μέχρι τους καρπούς και τυλίξτε το πίσω μέρος
- Δέστε στο πίσω μέρος του λαιμού και στην πλάτη ή ασφαλίστε με το φερμουάρ στην πρόσθια επιφάνεια

2. Αναπνευστική προστασία

- Απλή χειρουργική μάσκα ή μάσκα υψηλής αναπνευστικής προστασίας (FFP3), σε περίπτωση χειρισμών που προκαλούν αεροζόλ
- Ασφαλίστε με τα κορδόνια ή τις ελαστικές ταινίες στη μεσότητα του πίσω μέρους της κεφαλής και στο λαιμό
- Ελέγξτε το σημείο επαφής με τη μύτη
- Ελέγξτε το σημείο επαφής κάτω από το πηγούνι
- Κάντε έλεγχο σωστής εφαρμογής της μάσκας FFP3

3. Οφθαλμική προστασία (γυαλιά ή ασπίδα προσώπου)

- Τοποθετήστε και προσαρμόστε στο πρόσωπο και στους οφθαλμούς

4. Ιατρικά γάντια

- Καλύψτε το μανίκι της προστατευτικής ενδυμασίας στους καρπούς

“patient safety"

- Η αποφυγή, η πρόληψη και βελτίωση των αρνητικών επιπτώσεων που προκαλούνται από τις διαδικασίες της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτές οι εκδηλώσεις περιλαμβάνουν "σφάλματα", "ανεπιθύμητα συμβάντα", "αποκλίσεις" και "ατυχήματα".

Είναι + Γίγνεσθαι

Κουλτούρα Ασφάλειας

«Η κουλτούρα ασφάλειας ενός οργανισμού είναι το προϊόν των ατομικών και ομαδικών αξιών, στάσεων, αντιλήψεων, ικανοτήτων και συμπεριφορών που καθορίζουν τη δέσμευση, το ύφος και την επάρκεια μιας διοίκησης για την υγεία και την ασφάλεια»

ACSNI Human Factors Study Group, HSC (1993)

Κουλτούρα ασφάλειας…..
‘…the definitional precision of a cloud’

1. όλοι οι εργαζόμενοι αναλαμβάνουν την ευθύνη για την ασφάλεια του εαυτού τους, των συναδέλφων τους, των χρηστών των υπηρεσιών τους
2. δίνει προτεραιότητα στην ασφάλεια περισσότερο από ότι στους οικονομικούς και επιχειρησιακούς στόχους
3. ενθαρρύνει και ανταμείβει τον εντοπισμό, την επικοινωνία, και την επίλυση των θεμάτων ασφάλειας
4. προβλέπει για την οργανωσιακή μάθηση από ατυχήματα
5. παρέχει τους κατάλληλους πόρους, τη δομή, και την αξιοπιστία προκειμένου να διατηρήσει αποτελεσματικά συστήματα ασφάλειας

Κλίμακα κουλτούρας ασφάλειας

Αύξηση βαθμού πληροφόρησης

GENERATIVE | **Risk Management αποτελεί αναπόσπαστο μέρος για ότι κάνουμε**

PROACTIVE | **Είμαστε ενεργοποιημένοι για την αναγνώριση κινδύνων που μπορεί να αναδυθούν**

CALCULATING | **Έχουμε συστήματα διαχείρισης όλων των αναγνωρισμένων κινδύνων**

REACTIVE | **Κάνουμε κάτι όταν συμβαίνει ένα γεγονός**

PATHALOGICAL | **Γιατί σπαταλούμε το χρόνο μας για την ασφάλεια**

Αύξηση εμπιστοσύνης και υπευθυνότητας

Safety Culture

«Η κουλτούρα της ασφάλειας ενός οργανισμού είναι το προϊόν των ατομικών και ομαδικών αξιών, στάσεων, αντιλήψεων, ικανοτήτων και συμπεριφορών που καθορίζουν τη δέσμευση, το ύφος και την επάρκεια μιας διοίκησης για την υγεία και την ασφάλεια»

ACSNI Human Factors Study Group, HSC (1993)

Psychological Aspects

'How people feel'

Κλίμα ασφάλειας ***ενός οργανισμού σχετίζεται με ατομικές και ομαδικές αξίες, στάσεις και αντιλήψεις που οι εργαζόμενοι μοιράζονται για το περιβάλλον εργασίας***

Behavioural Aspects

'What people do'

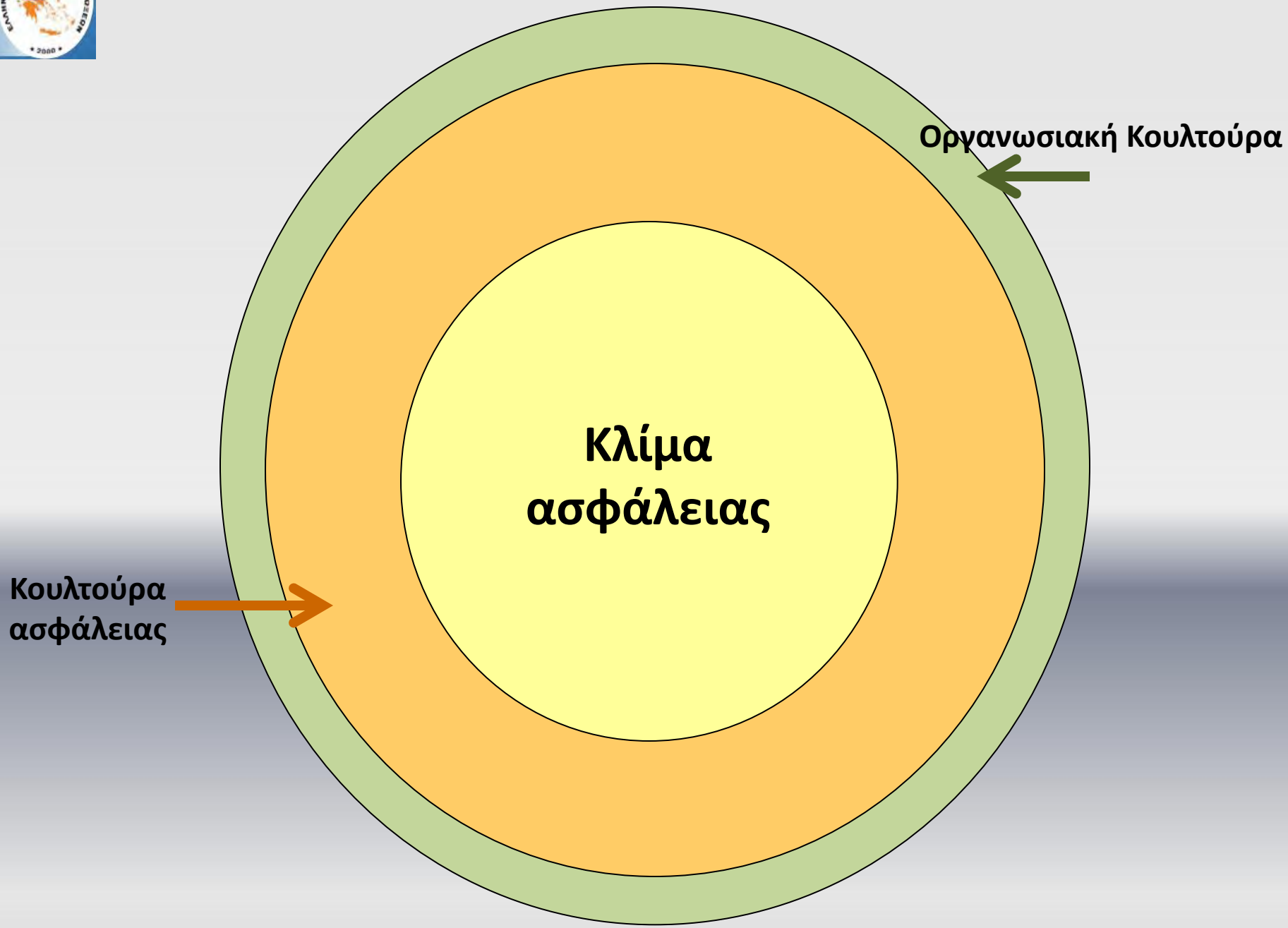
Δράσεις και συμπεριφορές που σχετίζονται με την ασφάλεια

Situational Aspects

'What the organisation has'

Πολιτικές , διαδικασίες, κανονισμοί, οργανωσιακές δομές και συστήματα διοίκησης

Cooper ,2000

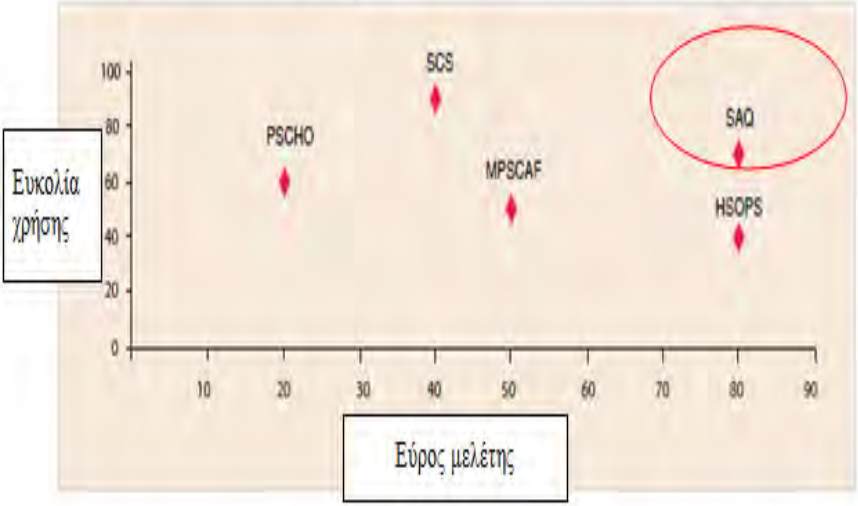

Οργανωσιακή Κουλτούρα
Κλίμα ασφάλειας
Κουλτούρα ασφάλειας

Εργαλεία αξιολόγησης

- **SAQ** (The Safety Attitudes Questionnaire – University of Texas, USA),
- **HSOPSC** (The Hospital Survey on Patient Safety Culture – Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ, USA),
- **SCS** (The Safety Climate Survey – Institute of Healthcare Improvement, USA).
- **MaPSaF** (Manchester Patient Safety Assessment Framework –University of Manchester, UK)
- **MSI Patient Safety Culture in Healthcare Organizations Survey** -Canadian Patient Safety Institute

Εργαλεία αξιολόγησης του Κλίματος Ασφάλειας

Χρήση και έκταση εφαρμογής των πέντε πιο κοινών εργαλείων



Health Foundation, 2011 (www.health.org.uk)

Έρευνες κλίματος ασφάλειας ασθενούς: σύνοψη χαρακτηριστικών

	Όνομα Μελέτης								
	SIOAPS	PSCHO	VHA PSCQ	HSOPS	CSS	SAQ	SCS	MSSA	HTSSCS
Χώρος εφαρμογής	Γενικά	Γενικά	Γενικά	Γενικά	Γενικά	Πολλές Μονάδες	Πολλές Μονάδες	Φαρμακείο	Μεταγγίσεις
Γενικά χαρακτηριστικά									
Ατομική συμπλήρωση	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes
αρ. ερωτήσεων (όχι δημογραφικά)	58	82/32	71	42	34	60	19	194	27
5βαθμη κλίμακα Lickert	Yes	Yes	Yes	Yes	Partial	Yes	Yes	Yes	Yes
Μετρήσεις εφαρμογής δράσεων	Yes	No	No	No	No	No	No	Yes	No
Διαστάσεις που καλύπτονται									
Ηγεσία	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Partial
Πολιτικές και Διαδικασίες	Yes	Partial	Yes	Partial	No	Partial	Partial	Yes	Partial
Στελέχωση	Yes	Partial	Yes	Yes	Partial	Yes	Partial	Yes	No
Επικοινωνία	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Αναφορά	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Συνολικός αριθ.Διαστάσεων	9	5(16)	13	12	4	6		20	8
Επεξεργασία									
Ανάλυση ερωτήσεων	No	Partial	Yes	Yes	No	Yes	Partial	No	Yes
Διερευνητική ανάλ.παραγόντων	No	No	Yes	Yes	No	Yes	No	No	Yes
Επιβεβαιωτική ανάλ. παραγόντων	No	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Partial	No	Yes
Cronbach's a	No	No	0.45-0.90	0.63-0.83	"Poor"	0.68-0.8	"Good"	0.44-0.84	0.61-0.85
Ανάλυση αξιοπιστίας	No	No	No	No	Yes	Yes	Partial	No	No
Συσχέτιση των βαθμολογιών των διαστάσεων	No	No	Yes	Yes	No	Yes	No	Partial	Yes
Ανάλυση αποκλίσεων μεταξύ υποομάδων	No	Yes	No	Yes	No	Yes	Yes	Partial	Yes
Πως χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη									
Συγκρίσεις μέσα στον οργανισμό	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes
Συγκρίσεις μεταξύ οργανισμών	No	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Partial	Yes	Yes
Συγκρίσεις μεταξύ βιομηχανιών	No	Yes	No	No	No	Yes	Partial	No	No
Συσχέτιση με αναφερόμενα ποσοστά	No	No	No	Yes	Yes	Yes	No	Yes	No
Συσχέτιση με μέτρα διαδικασιών	No	No	No	No	Yes	Yes	No	No	No
Συσχέτιση με αποτελέσματα ασθενών	No	No	No	No	No	Yes	No	No	No
Μελέτες προ vs μετά παρεμβάσεων	Partial	No	No	No	No	Yes	No	No	No

Yes: Ναι No: Όχι Poor: Φτωχή Good: Καλή Partial: Μερική

Colla and al., 2005 (www.qhc.bmjjournals.com)

Η ασφάλεια στους Οργανισμούς του Τομέα υγείας

Το φορτίο των «medical errors»

IOM,1999 “To Err is Human”

44.000 -98.000 θάνατοι αποτέλεσμα των **«medical errors»**

2013: 210.000-440.0000 θάνατοι στις ΗΠΑ

James J., A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care, Journal of Patient Safety

Downloaded from qualitysafety.bmj.com on September 27, 2013 - Published by group.bmj.com

ORIGINAL RESEARCH

BMJ Quality & Safety

The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies

Ashish K Jha,[1] Itziar Larizgoitia,[2] Carmen Audera-Lopez,[2] Nittita Prasopa-Plaizier,[2] Hugh Waters,[3] David W Bates[4]

approximately 42.7 million adverse events for the seven types described,

adverse drug events, catheter-related urinary tract infections, catheter-related blood stream infections, nosocomial pneumonia, venous thrombo-embolisms, falls and decubitus (pressure) ulcers.

resulting in 23 million DALYs lost per year.

Table 1 Hospitalisation rates in high, middle and low income countries

	High-income countries	Low-income and middle-income countries	Total
Hospitalisation rates*			N/A
Mean (95% CI)	10.8 (8.6 to 13.2)	3.7 (2.0 to 6.1)	
Total population	1 056 300 000	5 554 000 000	6 610 300 000
Total number of hospitalisations (estimated range)	117.8 M (94.3 M—143.4 M)	203.1 M (121.9 M—312.2 M)	421 M (225.5 M—616.3 M)

*Rates are per 100 citizens per year; M, million

Table 2 Incidence rates of adverse events among high versus low and middle-income countries

	High-income countries (%)	Low-income and middle- income countries (%)
Catheter-related UTI	1.1 (0.8 to 1.5)	2.0 (0.5 to 3.5)
Adverse drug events	5.0 (2.7 to 7.2)	2.9 (0.6 to 5.2)
Falls in the hospital	1.1 (0.3 to 2.0)	1.6 (1.3 to 2.0)
Catheter-related blood stream infection	0.4 (0.2 to 0.6)	0.4 (0.3 to 0.6)
Nosocomial pneumonia	0.8 (0.7 to 1.1)	0.4 (0.2 to 0.6)
Decubitus ulcers	2.4 (0.8 to 4.7)	2.4 (0.8 to 4.7)
Venous thromboembolisms	3.3 (1.9 to 4.8)	3.0 (1.0 to 4.8)
Overall incidence rate of adverse events	14.2	12.7

*Rates are means (95% CIs) per 100 hospitalisations per year.

Table 3 Annual number of cases for selected adverse events

	High-income countries	Low-income and middle-income countries
Catheter-related UTI	1.4 M (0.8 M to 2.0 M)	4.1 M (0.5 M to 9.2 M)
Adverse drug events	5.8 M (2.7 M to 9.5 M)	6.0 M (0.6 M to 13.9 M)
Falls in the hospital	1.3 M (0.3 M to 2.5 M)	3.3 M (1.7 M to 5.7 M)
Catheter-related blood stream infection	0.5 M (0.1 M to 0.8 M)	0.9 M (0.4 M to 1.6 M)
Nosocomial pneumonia	1.0 M (0.7 M to 1.4 M)	0.9 M (0.3 M to 1.7 M)
Decubitus ulcers	2.9 M (0.7 M to 6.2 M)	4.9 M (1.1 M to 12.1 M)
Venous thromboembolisms	3.9 M (1.9 M to 6.3 M)	6.0 M (1.2 M to 12.8 M)
Total	16.8 M	25.9 M

M, Million

Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις αποτελούν…% των «medical errors» !!!

ΗΠΑ

- 2-4 εκ.λοιμώξεις → 4,5 /100 εισαγωγές
  → 99.000 θάνατοι → 6η αιτία θανάτου

EU 27

- 4.131.000/έτος ασθενείς → 37.000 αποδιδόμενοι θάνατοι
- 4.544.100 λοιμώξεις → 110.000 επιπλέον θάνατοι

(1,1 λοιμώξεις / ασθενή)

16 εκ.επιπλέον μέρες νοσηλείας

5 -10 δισ. $
7 δισ. EUR

ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ → ΝΟΣΗΛΕΙΑ → ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ → ΚΟΣΤΟΣ

N.Engl.J.Med.(2010);362:1804-13
ECDC, (2008)Annual Epidemiological Report on communicable diseases in Europe 2008 *Chapter 2: healthcare-associated infections*
Infect Control and Hosp Epidemiol, vol.29, 38-43Richard P. Wenzel
Wenzel (2012) **Health Care–Associated Infections: Major Issues in the Early Years of the 21st Century,Clinical Inf.Diseases,2012**

Agency for Healthcare Research and Quality –AHRQ

- περίπου $5 εκ. το χρόνο για ένα τυπικά μεγάλου μεγέθους νοσοκομείο
- $17 έως και $29 δις. εκ ανά έτος στο σύνολο του υγειονομικού συστήματος των ΗΠΑ

WHO,2012

- το 50% -70% αυτών των βλαβών θα μπορούσαν να αποφευχθούν

Οφέλη

750.000 βλάβες το χρόνο

3.2 εκ ημερών νοσηλείας,

260.000 επεισοδίων ανικανότητας

5.000 θανάτων το χρόνο.

Η Ασφάλεια των χώρων παροχής φροντίδας υγείας αποτελεί παγκόσμια προτεραιότητα

- **1995** Harvard Medical Practice Study results published
- **1998** To Err Is Human, Institute of Medicine
- **2000** An Organization with a Memory
- **2002:** 55th World Health Assembly Resolution
- **2004:** Launch of the World Alliance for Patient Safety
- **2005:** Launch of the first Global Patient Safety Challenge
  1. παροχή «καθαρής» και ασφαλούς φροντίδας με το σύνθημα “clean care is safer care”.
  2. εμπλοκή του πάσχοντα και του χρήστη υπηρεσιών υγείας “speak up”.
  3. ανάπτυξη μιας κατηγοριοποίησης της ασφάλειας φροντίδας του ασθενή
  4. έρευνα στο πεδίο της ασφάλειας
  5. μείωση των κινδύνων που προέρχονται από την παροχή φροντίδας
  6. αναφορά και η ενημέρωση προκειμένου να βελτιωθεί η ασφάλεια της φροντίδας
- **2006:** WHO «High 5s» Plan (Standard Operating Protocols – SOPs)
- **2008 :** WHO Europe for patients”
- **2009:** WHO Research Funding

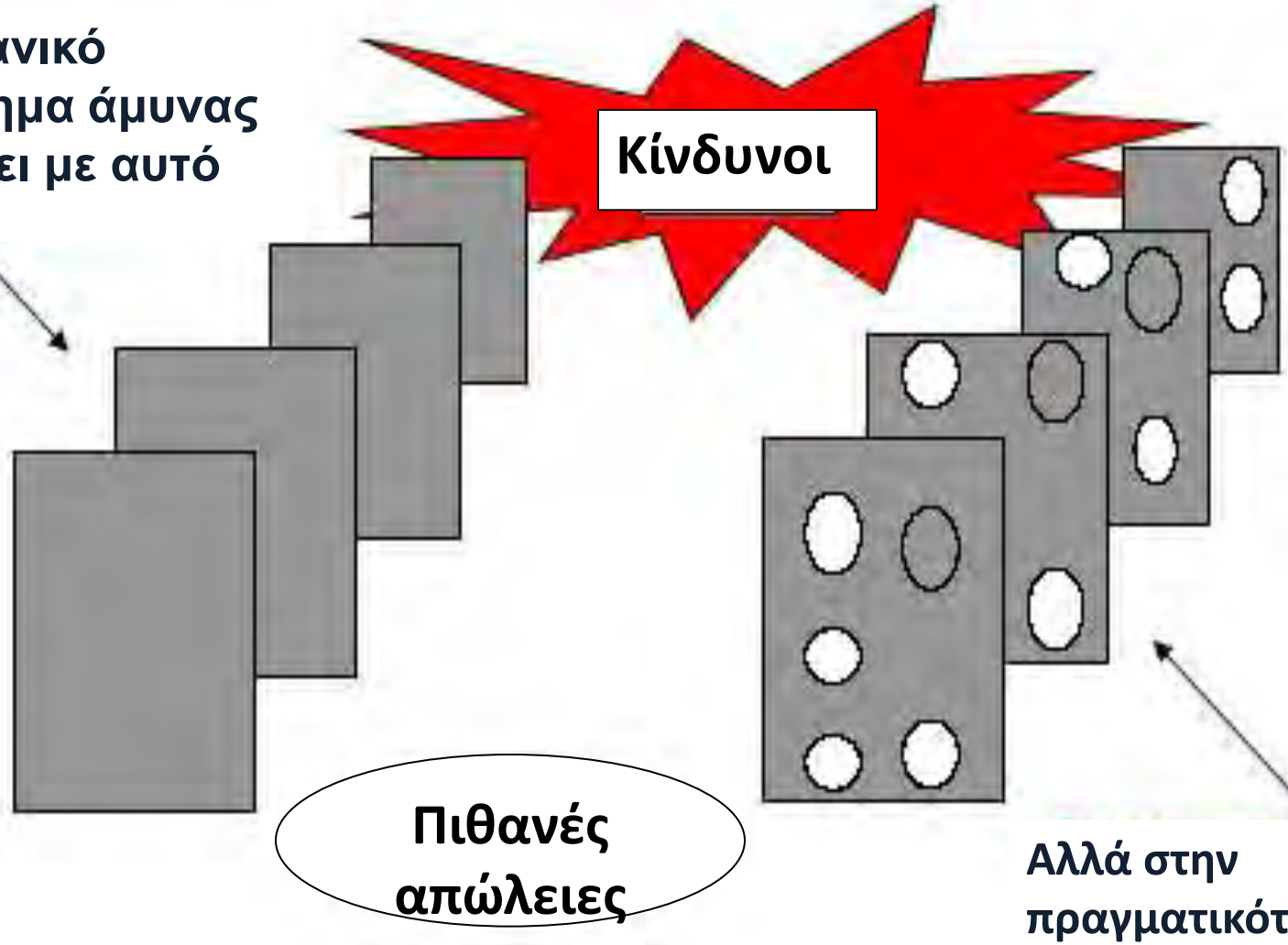
- **Regulations /Directives/ Networks** (HELICS ,IPSE)

οι κύριοι παράγοντες που περιορίζουν την ικανότητά μας να απαντήσουμε στην πρόκληση της βελτίωσης της ασφάλειας των ασθενών

- **οργανωσιακή δομή των νοσοκομείων**
- απαρχαιωμένο μοντέλο προσέγγισης των σφαλμάτων φροντίδας
- συλλογική αδυναμία προσήλωσης στα θέματα που αφορούν την ασφάλεια του ασθενή
- σύστημα ανταμοιβής των επαγγελματιών υγείας που δεν προωθεί κίνητρα για την ασφάλεια του ασθενή

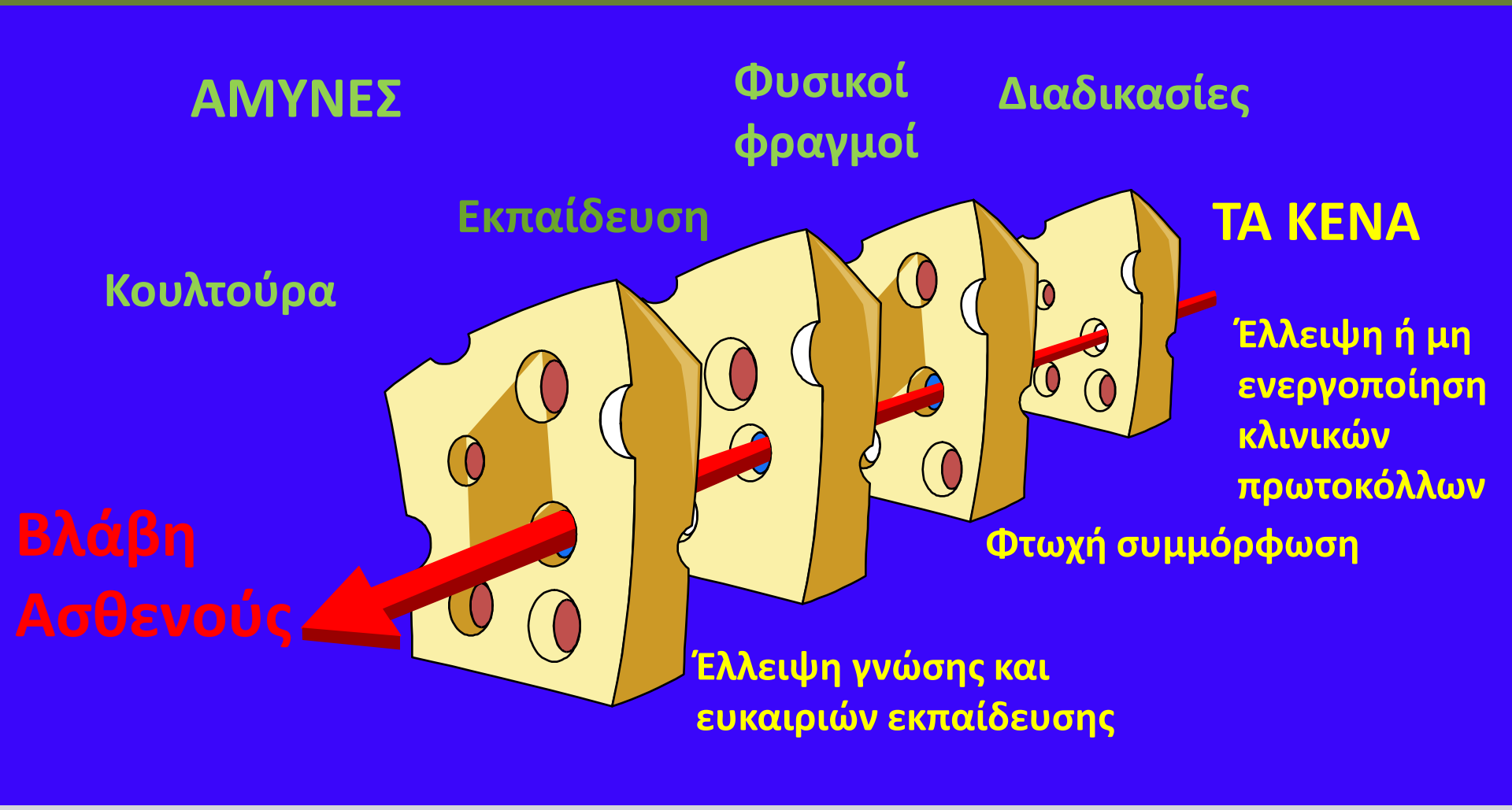
Watcher, 2004

Το ιδανικό σύστημα άμυνας μοιάζει με αυτό



Αλλά στην πραγματικότητα είναι περισσότερο σαν αυτό

ΕΝΑ ΣΥΣΤΗΜΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΠΟΥ ΒΛΑΠΤΕΙ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ



Όχι ξεκάθαρη καθοδήγηση ,όχι συνοχή ομάδας

Structural and process factors affecting the implementation of antimicrobial resistance prevention and control strategies in U.S. hospitals

Structural factors
- Formalization
  - Hospital provides feedback on compliance with hand hygiene guidelines
  - Formal processes are used to improve quality of care
  - Providers received a copy of policy
- Standardization
  - Forms were created or revised to support adherence
  - Hospital uses antimicrobial order forms
  - Hospital uses antimicrobial hospital formulary
- Centralization
  - Top-level administrators support infection control activities
  - Administrators participate in decision making on QI
  - Physicians participate in QI
- Information technology
  - Access to literature or evidence-based medicine while delivering care
  - Computer-assisted decision support system
  - Computerized patient clinical data
  - Automation of decisions to reduce errors
  - Electronic patient–provider communication

Process factors
- Culture
  - Hospital culture fosters flexibility
  - Hospital culture emphasizes participative decision making
  - Hospital culture emphasizes data-driven decision making
  - Hospital culture is a barrier to reporting quality problems
- Communication
  - Clinical meeting discussion used for dissemination of infection control policies
  - Hospital communicates trends in antimicrobial usage to physicians
  - Effective management–physician communication
  - Effective physician–nurse communication
- Coordination
  - Multiple departments have input in designing QI feedback system
  - Patient care issues are coordinated between departments

Hospital report of adherence to strategic goals recommended by the National Foundation for Infectious Diseases and Centers for Disease Control and Prevention

Strategies to optimize the prophylactic, empiric, and therapeutic use of antimicrobials in the hospital
- Optimize antimicrobial prophylaxis for operative procedures
- Optimize choice and duration of empiric therapy
- Improve antimicrobial prescribing by educational and administrative means
- Monitor and provide feedback regarding antibiotic resistance
- Define and implement health care delivery system guidelines for important types of antimicrobial use

Strategies to detect, report, and prevent transmission of antimicrobial-resistant organisms
- Develop a system to recognize and report trends in antimicrobial resistance within the institution
- Develop a system to rapidly detect and report resistant microorganisms in individual patients and ensure a rapid response by caregivers
- Increase adherence to basic infection control policies and procedures
- Incorporate the detection, prevention, and control of antimicrobial resistance into institutional strategic goals and provide required resources
- Develop a plan for identifying, transferring, discharging, and readmitting patients colonized with specific antimicrobial-resistant pathogens

Findings: Formalization, standardization, centralization, institutional culture, provider–management communication, and information technology use were associated with optimal antibiotic use and enhanced implementation of strategies that prevent and control antimicrobial resistance spread (all $p < .001$). However, interdepartmental coordination for patient care was inversely related with antibiotic use in contrast to antimicrobial resistance spread prevention and control ($p < .0001$).

Health Care Manage Rev, 2008

Διαστάσεις που επηρρεάζουν την κουλτούρα ασφάλειας στον Τομέα Υγείας

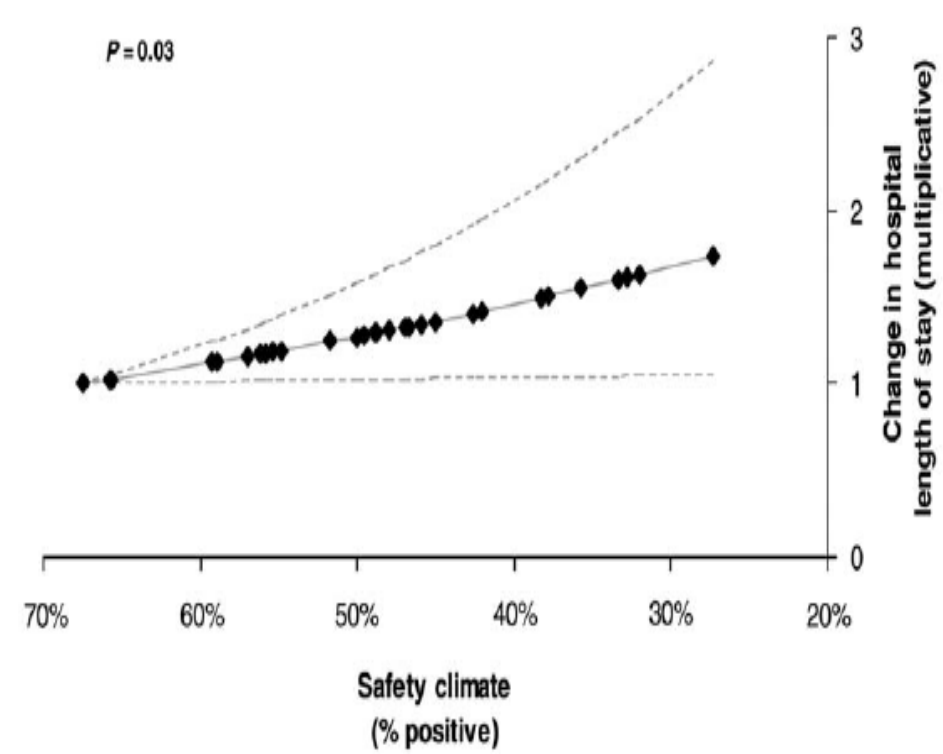
1. Δέσμευση για ασφάλεια -Κλίμα ασφάλειας
2. Αντιλήψεις για τη Διοίκηση
3. Συνθήκες εργασίας
4. Ικανοποίηση από την εργασία
5. Ομαδική εργασία (Teamwork)
6. Αναγνώριση του στρες

International Journal for Quality in Health Care 2010; Volume 22, Number 3: pp. 151–161
Advance Access Publication: 9 April 2010
10.1093/intqhc/mzq017

Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study†

DAVID T. HUANG[1,2,3], GILLES CLERMONT[1,2], LAN KONG[1,4], LISA A. WEISSFELD[1,4], J. BRYAN SEXTON[5], KATHY M. ROWAN[6] AND DEREK C. ANGUS[1,2]

Σχέση μεταξύ κλίματος ασφάλειας και LOS



Δέσμευση για ασφάλεια

Ηγεσία :κριτήρια κλειδιά και καλές πρακτικές

- **Προτεραιότητα στην ασφάλεια**
  - **πόροι για την υγεία και την ασφάλεια**
  - **ευκαιρίες για επικοινωνία της πολιτικής ασφάλειας**
  - **προγράμματα εκπαίδευσης για την υγεία και την ασφάλεια**
  - **Υποστήριξη του προσωπικού και κατάλληλες συνθήκες εργασίας**
  - **Επάρκεια προσωπικού (και ειδικών για την ασφάλεια)**

- **Σύστημα Διαχείρισης Ασφάλειας**
  - **Εφαρμογή αποτελεσματικού συστήματος για τη διαχείριση και συντονισμό της ασφάλειας από ορισμένη ομάδα**

- **Ξεκάθαρη δέσμευση της διοίκησης για την ασφάλεια**
  - **Προφορική επικοινωνία (π.χ. <u>προγραμματισμένες περιηγήσεις</u> για την ασφάλεια, ενημερώσεις για την ασφάλεια, <u>open door πολιτική</u>)**
  - **Γραπτή επικοινωνία (π.χ. εκθέσεις, ενημερωτικά δελτία)**

Δέσμευση για ασφάλεια

Αμφίδρομη επικοινωνία

- **Επικοινωνία από πάνω προς τα κάτω**
  - Ξεκάθαρες εκθέσεις της πολιτικής ασφάλειας
  - Έμφαση σε θέματα και διαδικασίες ασφάλειας (μέσω ενημερωτικών δελτίων, βίντεο, προειδοποιητικών εγγράφων)
  - επικοινωνία των κυριότερων κινδύνων
- **Οριζόντια επικοινωνία:**
  - Αποτελεσματική μετάδοση οποιασδήποτε πληροφορίας για την ασφάλεια μεταξύ ατόμων , τμημάτων, ομάδων
- **Αναφορές ασφάλειας:**
  - Η αναφορά προβλήματος ή ανησυχίας για πιθανό συμβάν θα πρέπει να συνοδεύεται από έναν μηχανισμό ανατροφοδότησης για τις δράσεις που λήφθηκαν

Δέσμευση για ασφάλεια

Συμμετοχή των εργαζομένων

- Εκχώρηση αρμοδιοτήτων για την ασφάλεια σε μια συγκεκριμένη περιοχή
- Διευκόλυνση των εργαζομένων σε κάθε επίπεδο να αναφέρουν ανησυχίες για αποφάσεις που μπορούν να τους επηρρεάσουν, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια οργανωτικών αλλαγών
- Σύστημα ανατροφοδότησης για όποιες αποφάσεις επηρρεάζουν το προσωπικό
- Συμβουλευτικό και υποστηρικτικό ρόλο των ειδικών

RESEARCH REPORT 367 ,Health & Safety Executive, 2005
Edmonson, 2004
Pronovost et al., 2003

Δέσμευση για ασφάλεια

- **Καλλιέργεια κουλτούρας μάθησης από τα λάθη**

  - **Συνεχή παρακολούθηση οργανωτικών διαδικασιών και σε βάθος ανάλυση των συμβάντων, των παρ' ολίγο λαθών, των συμπεριφορών που οδηγούν σε μη ασφαλείς πρακτικές, των συμβάντων άλλων παρόμοιων οργανισμών καλή επικοινωνία, ανατροφοδότηση και ανταλλαγή των πληροφοριών**

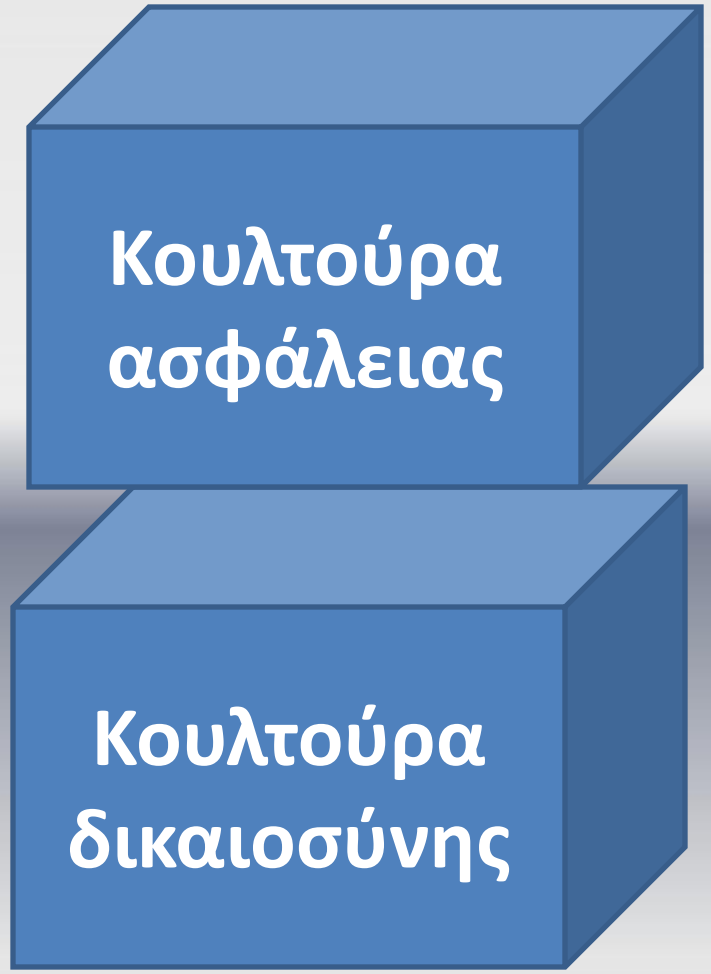
  - **Αναγνώριση και αλλαγή των μη ασφαλών συνθηκών ή και αναθεώρηση των οργανωτικών διαδικασιών**

  - **Συμμετοχή των εργαζομένων σε όλα τα επίπεδα στις έρευνες μέτρησης της κουλτούρας ασφάλειας**

ευκαιρία ανάδειξης ζητημάτων

RESEARCH REPORT 367 ,Health & Safety Executive, 2005

Ύπαρξη κουλτούρας δικαιοσύνης

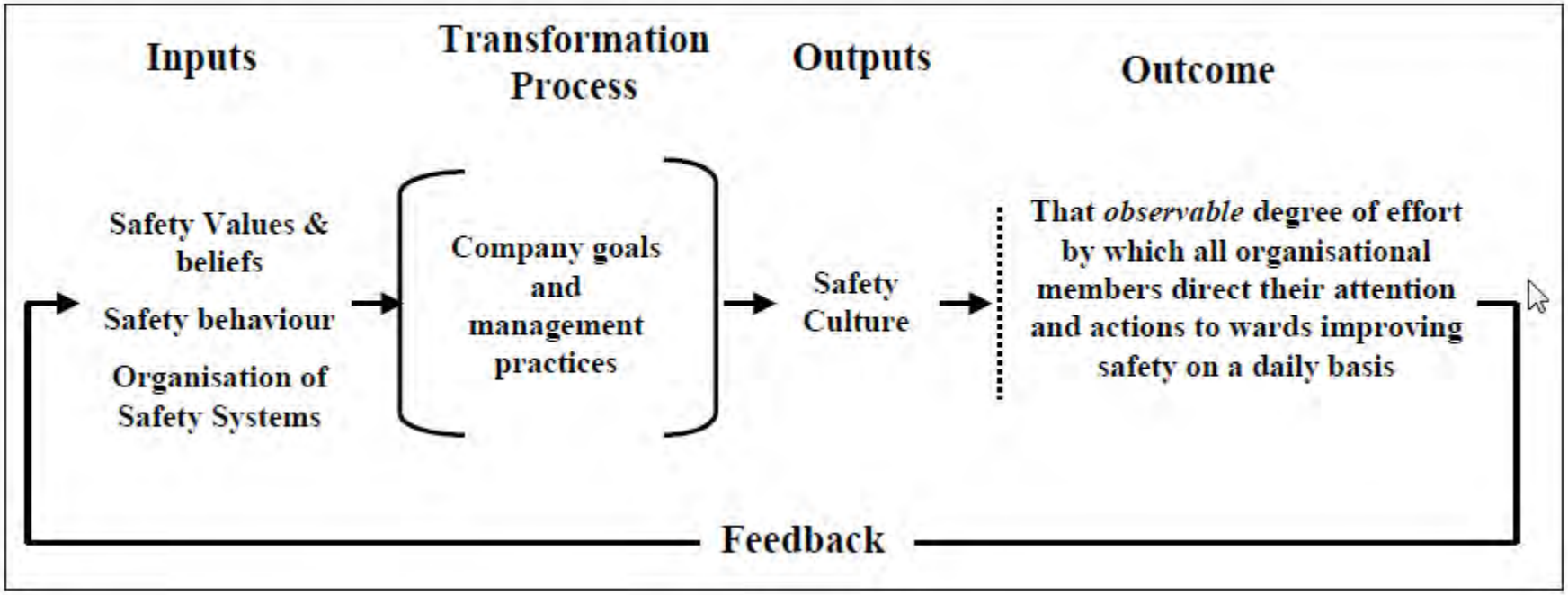


Accountability	VS.	Blame
Σεβασμός Εμπιστοσύνη Αναζήτηση πληροφοριών Μετριοπάθεια Περιέργεια Αμοιβαιότητα		Κριτική Θυμός Φόβος Τιμωρία Αυταρέσκεια

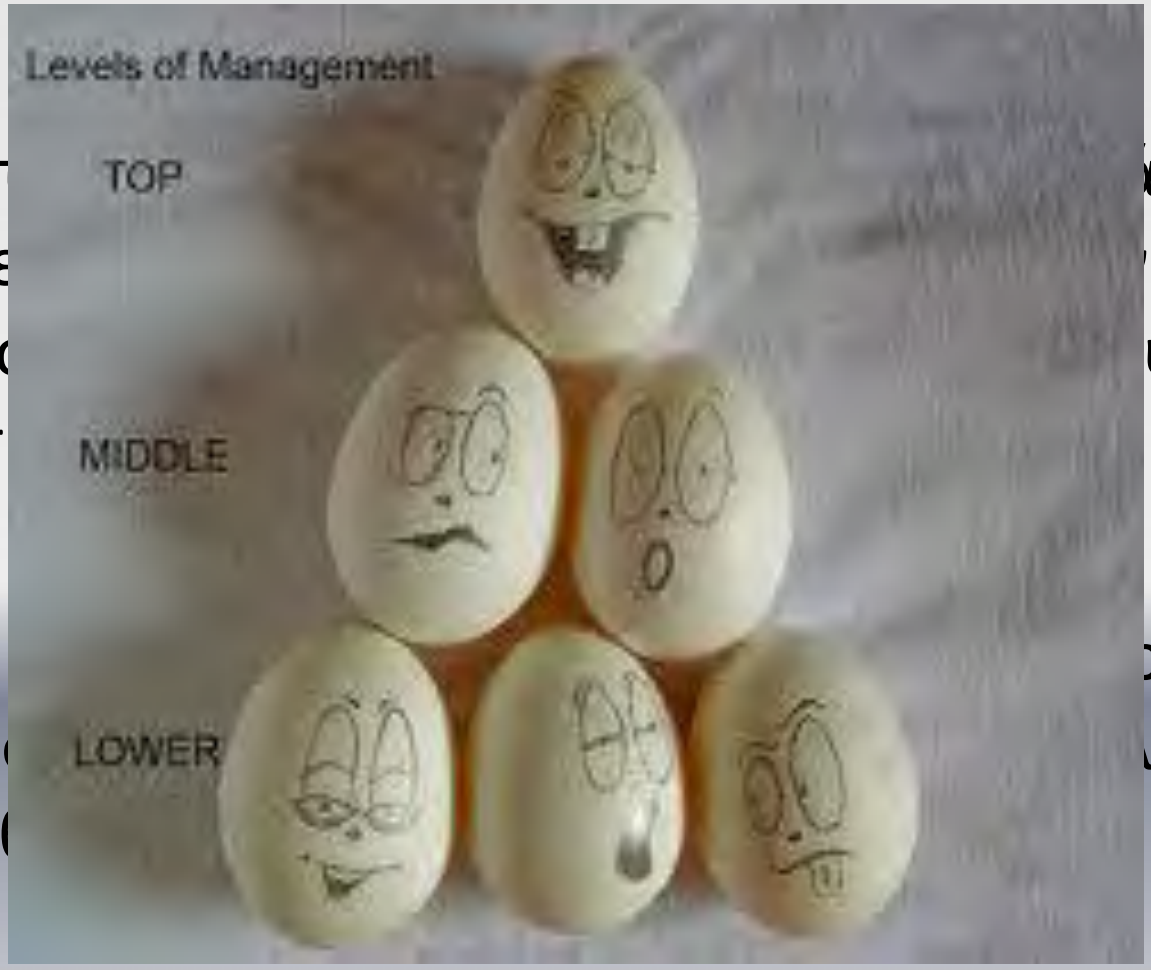
RESEARCH REPORT 367 ,Health & Safety Executive, 2005

Αντιλήψεις για τη Διοίκηση

Figure 5: Business Process Model of Safety Culture (Cooper, 2002)



Αντιλήψεις για τη Διοίκηση



- Όσο π λειας και της βε έτες τόσο υψηλ υσης του εργατ
- Αυτό ραση στην επίδο ληψη των ανεπι

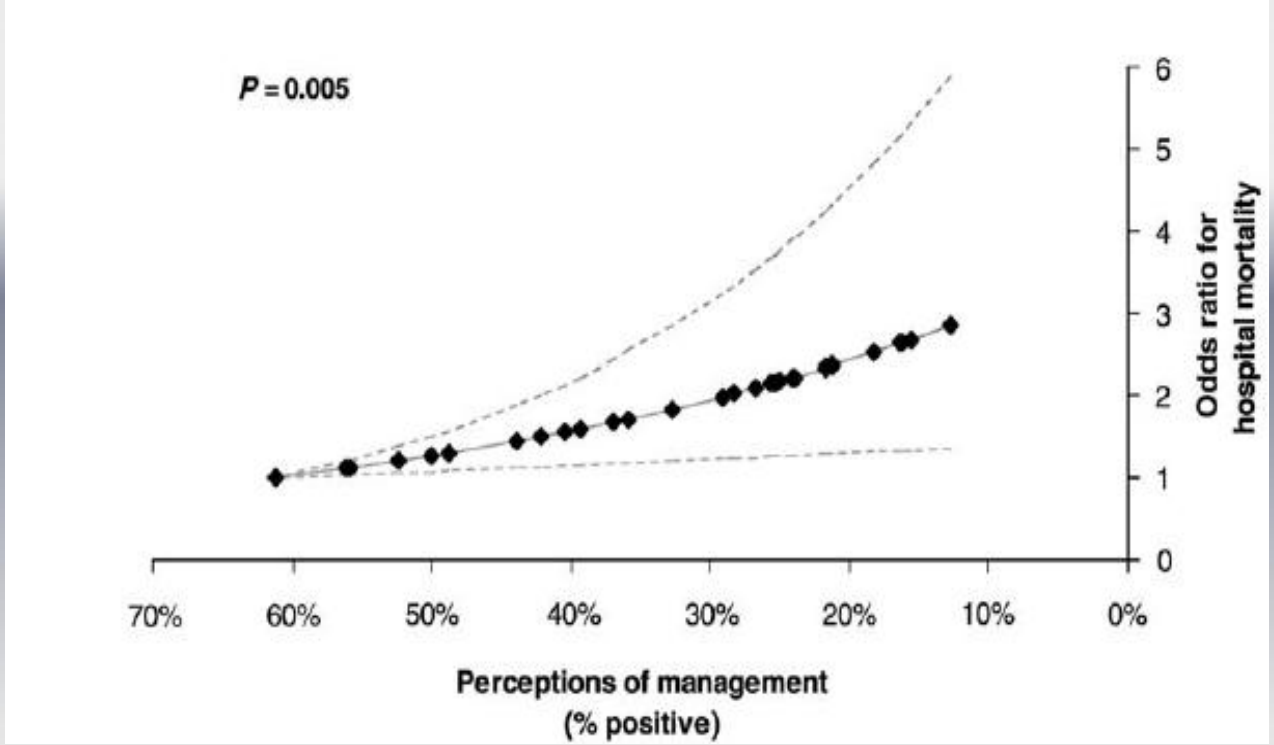
Leape, 2000
Cooper, 2000

International Journal for Quality in Health Care 2010; Volume 22, Number 3: pp. 151–161
Advance Access Publication: 9 April 2010
10.1093/intqhc/mzq017

Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study†

DAVID T. HUANG[1,2,3], GILLES CLERMONT[1,2], LAN KONG[1,4], LISA A. WEISSFELD[1,4], J. BRYAN SEXTON[5], KATHY M. ROWAN[6] AND DEREK C. ANGUS[1,2]

Σχέση μεταξύ αντιλήψεων για τη διοίκηση και θνητότητα



«Συνθήκες εργασίας»

Σχετίζεται με παράγοντες όπως οι πολιτικές

- εκπαίδευσης
- επίβλεψης
- καθοδήγησης
- ελέγχου

Η έλλειψή τους οδηγεί το υφιστάμενο προσωπικό να προβεί σε παρεμβάσεις για τις οποίες δε είναι εκπαιδευμένο ή δεν έχει τις δεξιότητες αλλά ταυτόχρονα να ανησυχεί για το μη ασφαλές εργασιακό περιβάλλον

Eisenberg,J., 2001,Joint Commission Journal On Quality Improvement
Cooper 1995
Raftopoulos et al., 2012

Ικανοποίηση από την εργασία

- Στελέχωση
- Εργασιακό στρες
- Συνεργασία
- Αυτονομία στην εργασιακή πρακτική
- Ηθικό των εργαζομένων
- Ευχαρίστηση από το πόστο εργασίας

Sexton, et al., 2004,
Raftopoulos et al., 2012
Zangaro GA, Soecen ,2007

- ο φόρτος εργασίας
- οι περιορισμένοι πόροι για την διεκπεραίωση εργασίας
- η έλλειψη αυτονομίας
- η αδυναμία ελέγχου του προγράμματος εργασίας
- η ανάληψη εργασιών που αντιτίθενται στα πιστεύω και τις αξίες του ατόμου

burnout syndrome

- Κυνισμός
- αποστασιοποίηση από την εργασία
- συναισθηματική εξουθένωση

- νοσοκομειακές λοιμώξεις
- κατακλίσεις
- λάθη στη φαρμακευτική αγωγή
- πτώσεις
- θνητότητα

Allen, 2009
Needleman, 2003

επίδρασης της κόπωσης στα λάθη

Australian Medical Association, 2006

Μελέτη σε 550 γιατρούς που εργάζονταν εκτεταμένα ωράρια (έως 39 ώρες)

- το 51% απάντησε ότι εργαζόταν σε επίπεδα που τα έκρινε ως σημαντικού κινδύνου
- και το 21% σε επίπεδα υψηλού κινδύνου

Developing a safety culture: The unintended consequence of "one size fits all" policy.
Faculty of Nursing, Midwifery and Health, University of Technology Sydney.
Allen S, 2009.

Τα εκτεταμένα ωράρια των επαγγελματιών υγείας σχετίζονται με τις επικρατούσες κουλτούρες στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας όπου υπάρχει έλλειψη αναγνώρισης της επίδρασης της κόπωσης στα λάθη

Allen, 2009

ORIGINAL ARTICLE

Nurse Working Conditions and Patient Safety Outcomes

Patricia W. Stone, PhD, Cathy Mooney-Kane, MPH,† Elaine L. Larson, PhD,*
Teresa Horan, MPH,‡ Laurent G. Glance, MD,§ Jack Zwanziger, PhD,¶ and Andrew W. Dick, PhD†‖*

Patients admitted to ICUs in which the nurses' perceived a more positive organizational climate had a slightly higher odds of developing a CLBSI (adjusted OR 1.19; 95% CI, 1.05–1.36), but were 39% less likely to develop a CAUTI (adjusted OR 0.61; 95% CI, 0.44–0.83). Patients admitted to an ICU with more RN hours per patient day had significantly lower incidence of CLBSI, VAP, 30-day mortality, and decubiti ($P \leq 0.05$ for either the third or fourth quartile compared with the first). Staffing level was not significant in the CAUTI model, but the point estimates were in the same direction. In settings where nurses worked less overtime, patients experienced less CLSBI (third quartile compared with first quartile: adjusted OR 0.33; 95% CI, 0.15–0.72). Conversely, in settings where nurses worked more overtime, patients had increased odds of acquiring CAUTI ($P < 0.001$ across quartiles) and higher rates of decubiti (fourth quartile compared with first quartile: adjusted OR 1.91; 95% CI, 1.17–3.11). Nurses' wages were not associated with any of the patient safety outcomes.

(*Med Care 2007;45: 571–578)*

Ομαδική εργασία (Teamwork)

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2002 → collaborative care model

επίπεδο και ποιότητα

συνεργασίας

-δομή της ομάδας(επαγγελματική ασυμετρία),

-η εμπειρία των μελών της ομάδας,

-τα χαρακτηριστικά των μελών,

-η αντίληψη για τη συνεργασία

-η οικειότητα και η εμπιστοσύνη

-τα επαγγελματικά πιστεύω,

-ο ρόλος και η εργασία των μελών σε έναν οργανισμό

Sexton, Holzmueller et al., 2006,
Reader et al.,2009
Raftopoulos et al. 2012

επικοινωνίας

60% - 80% των λαθών των επαγγελματιών υγείας σχετίζονται με την ελλιπή επικοινωνία και κατανόηση μεταξύ των μελών μιας ομάδας

Xyrichis, Ream, JAN 2007,
Fewster-Th. L., Velsor Fr. B.,Nurs Adm Q, 2008

Εκπαίδευση - καθοδήγηση της ομάδας στη:

- Συλλογική αποτελεσματικότητα (κοινό αίσθημα αρμοδιοτήτων)
- Προσανατολισμός ομάδας(πίστη στην ομάδα)
- Συνοχή (δέσμευση στην ομάδα)
- Αμοιβαία εμπιστοσύνη (κοινό πιστεύω ότι όλοι συνεισφέρουν και προστατεύουν την ομάδα)

CRM(Crew Resource Management): μείωση των κλινικών σφαλμάτων σε ΤΕΠ από 31% στο 4,4%

Εργαλεία βελτίωσης της επικοινωνίας

1.Checklist

Λίστα χειρουργικών επεμβάσεων του ΠΟΥ (>3.500 επεμβάσεις σε 8 Νοσοκομεία) :

↓ θνητότητας από 1,5 στο 0,8% και επιπλοκών από 11% στο 7%

,

2.Briefings

↓ της θνητότητας κατά 18% καθυστερήσεων στο χειρουργείο 31%

3. Debriefings

SURPASS:

↓ 27,3 στο 16,7% των επιπλοκών 1.5 στο 0,8 της θνητότητας

4.Δομημένα πρωτόκολλα επικοινωνίας

Morey JC, Simon R, Jay GD, Wears RL, Salisbury M, Dukes KA, Berns SD. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Serv Res*. 2002;37:1553–1581.

AHA Scientific Statement

Patient Safety in the Cardiac Operating Room: Human Factors and Teamwork

A Scientific Statement From the American Heart Association

«Αναγνώριση του στρες»

- Σχετίζεται με την αναγνώριση και αποδοχή από τους Ε.Υ της επίδρασης των στρεσογόνων παραγόντων, όπως το άγχος και η κόπωση, στην ικανότητά τους να ανταπεξέλθουν στο κλινικό τους έργο
- Το άγχος είναι σχεδόν αναγκαία συνθήκη για τους Ε.Υ

Sexton et al., 2006,
Huang et al.2007,
Raftopoulos et al., 2012

Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys

J Bryan Sexton, Eric J Thomas, Robert L Helmreich

BMJ VOLUME 320 18 MARCH 2000 www.bmj.com

Responses to questions on dealing with stress and teamwork according to discipline and position. Values are numbers (percentages)

	Anaesthetic			Surgical			Intensive care		
Item description	Nurse (n=162)	Resident (n=60)	Consultant (n=104)	Nurse (n=175)	Resident (n=52)	Consultant (n=167)	Registered nurse (n=109)	Consultant or fellow (n=31)	Pilots (n=7558)
Even when fatigued, I perform effectively during critical phases of operations/patient care									
Agree	89 (55)	34 (57)	49 (47)	105 (60)	29 (56)	117 (70)	70 (64)	20 (64)	1965 (26)
Neutral	36 (22)	6 (10)	16 (15)	30 (17)	6 (11)	20 (12)	6 (6)	4 (13)	756 (10)
Disagree	37 (23)	20 (33)	39 (38)	40 (23)	17 (33)	30 (18)	33 (30)	7 (23)	4837 (64)
A truly professional team member can leave personal problems behind when working in the operating room/intensive care unit									
Agree	96 (59)	33 (55)	55 (53)	122 (70)	33 (63)	137 (82)	76 (70)	21 (68)	4005 (53)
Neutral	24 (15)	8 (13)	10 (10)	16 (9)	5 (10)	17 (10)	11 (10)	7 (22)	680 (9)
Disagree	42 (26)	19 (32)	38 (37)	37 (21)	14 (27)	13 (8)	22 (20)	3 (10)	2872 (38)
My decision making ability is as good in medical emergencies as in routine situations									
Agree	91 (56)	37 (61)	70 (67)	126 (72)	30 (58)	127 (76)	91 (84)	28 (90)	4837 (64)
Neutral	49 (30)	10 (17)	10 (10)	33 (19)	12 (23)	22 (13)	6 (5)	0	907 (12)
Disagree	23 (14)	13 (22)	24 (23)	16 (9)	10 (19)	18 (11)	12 (11)	3 (10)	1814 (24)
Junior team members should not question the decisions made by senior team members									
Agree	21 (13)	9 (15)	17 (16)	24 (14)	11 (21)	40 (24)	2 (2)	1 (3)	151 (2)
Neutral	27 (17)	8 (13)	10 (10)	30 (17)	11 (21)	35 (21)	4 (4)	1 (3)	76 (1)
Disagree	113 (70)	43 (72)	87 (84)	121 (69)	30 (58)	92 (55)	102 (94)	29 (94)	7331 (97)

Τι είναι αυτό που θα βελτίωνε την ασφάλεια των ασθενών σας;

ΜΕΘ

Περισσότερο προσωπικό

ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

Βελτίωση της επικοινωνίας

ΜΕΘ

- 94% του προσωπικού συμφωνεί ότι τα σφάλματα είναι σημαντικά ακόμη και όταν αυτά δεν έχουν άσχημη συνέπεια στα αποτελέσματα των ασθενών
- 90% θεωρεί πολύ σημαντική τη δημιουργία ένος εμπιστευτικού αρχείου καταγραφής των σφαλμάτων
- 80% υποστηρίζει η κουλτούρα είναι τέτοια που μπορούν να ρωτούν ελεύθερα ότι δεν κατανοούν
- 1 στους τρείς δεν αναγνωρίζει ότι κάνει λάθος
- 50% δηλώνει ότι επιθυμεί μεγαλύτερο αριθμό μελών στη λήψη αποφάσεων
- >50% βρίσκουν δυσκολία στην αναφορά των σφαλμάτων ……οι λόγοι:

  Προσωπική φήμη, φόβος της κακής πρακτικής, οι υψηλές προσδοκίες ασθενών, οικογένειας κοινωνίας, η τιμωρία ενός πειθαρχικού παραπτώματος, ο φόβος για απώλεια της εργασίας οι προσδοκίες των μελών της ομάδας

Προτάσεις

Η αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας μπορούσε να δώσει εκτιμήσεις για τη παρούσα κατάσταση με σκοπό τον προγραμματισμό δράσεων που θα βελτιώσουν τη ποιότητα και την ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας

Από μια τέτοια στρατηγική δεν θα πρέπει να λείψει και ένα **σύστημα αναφοράς λαθών** στη φροντίδα το οποίο το οποίο προυποθέτει πέρα από **τη καλλιέργεια μιας κουλτούρας ασφάλειας** και την τροποποίηση του παρόντος άκαμπτου και τιμωρητικού νομοθετικού πλαισίου

«αέναη αξία και προτεραιότητα κάθε μέλους, κάθε ομάδας, σε κάθε επίπεδο του οργανισμού»

Van Thaden & Gibbons, (2008)

“No culture can live if it attempts to be exclusive”

Mahatma Gandhi

Ευχαριστώ πολύ για τη προσοχή σας