

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

«Επαγγελματική εξουθένωση και ιατρικά σφάλματα
ως συνέπεια της ασφάλειας των ασθενών»

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ: 21055

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: Δρ ΜΠΑΛΑΣΚΑ ΔΗΜΗΤΡΑ

Αθήνα, Απρίλιος 2023

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT
BUSINESS ADMINISTRATION

DIVISION

SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

Diploma Thesis

**«Burnout and medical errors as a consequence of
patients' safety»**

OIKONOMOU ELEFThERIA

Registration Number: 21055

SUPERVISOR: BALASKA DIMITRA

Athens, April 2023

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

«Επαγγελματική εξουθένωση και ιατρικά σφάλματα ως συνέπεια της ασφάλειας των ασθενών»

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

| Α/α | ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ | ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ | ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ |
|-----|--------------------|-------------------------|------------------|
| 1 | Δήμητρα Μπαλάσκα | Ε.ΔΙ.Π. | |
| 2 | Γεώργιος Πιερράκος | Καθηγητής | |
| 3 | Ασπασία Γούλα | Αναπληρώτρια Καθηγήτρια | |

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

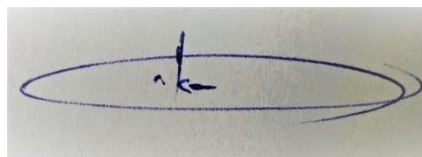
Η κάτωθι υπογεγραμμένη **Ελευθερία Οικονόμου του Νικολάου**, με αριθμό μητρώου **21055** φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «**Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας**» του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών της Σχολής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ

A photograph of a handwritten signature in blue ink. The signature consists of a large, stylized capital letter 'E' with a vertical line extending downwards from its center, and a horizontal line extending to the right from the bottom of the vertical line. The signature is written on a light-colored, slightly textured surface.

(Υπογραφή)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η αύξηση των κινδύνων που παρατηρείται συνεχώς στο εξωτερικό περιβάλλον για τους οργανισμούς υγείας, η οργανωσιακή δομή και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των υγειονομικών χώρων, επιδρούν σημαντικά στην εμφάνιση μιας κατάστασης εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας. Η επαγγελματική εξουθένωση περιγράφεται ως ένα σύνδρομο σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης που εκδηλώνεται με μειωμένη συναισθηματική ενέργεια για τις εργασιακές απαιτήσεις, συναισθηματική απομάκρυνση από την εργασία και από τους ασθενείς και μειωμένη αίσθηση επιτυχούς επίτευξης στόχων.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης ως παράγοντα στη δημιουργία ιατρικών σφαλμάτων και η επίδραση στην ασφάλεια των ασθενών.

Μεθοδολογία: Στηρίχθηκε σε ανασκοπικές και ερευνητικές μελέτες που εκπονήθηκαν σε διεθνές επίπεδο και στην Ελλάδα. Αναλύονται οι παράγοντες που μπορούν να συμβάλουν στην εμφάνισή της επαγγελματικής εξουθένωσης στο ιατρικό προσωπικό, η συσχέτιση της με τα ιατρικά λάθη, οι συνέπειες της στις παρεχόμενες υπηρεσίες και οι παρεμβάσεις αντιμετώπισης του φαινομένου.

Αποτελέσματα: Η ασφάλεια των ασθενών συνδέεται με την υγεία του προσωπικού και επίσης είναι βασική συνιστώσα ενός ποιοτικού συστήματος υγείας, που παρεμποδίζεται σημαντικά από τα ιατρικά λάθη, τα οποία είναι συχνό φαινόμενο και στην Ελλάδα.

Συμπεράσματα: Η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια κατάσταση που καθιστά αναγκαία την αντιμετώπιση της από πλευράς πρόληψης και την αναγνώριση των ενδείξεων της εγκαίρως. Η αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης και η διαμόρφωση συνθηκών ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος θα προωθήσουν την ευεξία στην εργασία, με θετικά αποτελέσματα στην απόδοση των οργανισμών και στην ασφάλεια των ασθενών. Παράλληλα, ο περιορισμός των ιατρικών σφαλμάτων απαιτεί συνδυασμένες αλλαγές στην εκπαίδευση και στη συμπεριφορά των εργαζομένων και στην οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών. Συγχρόνως, χρειάζεται αποτελεσματικά συστήματα αναφοράς των λαθών.

ΛΕΞΕΙΣ - ΚΛΕΙΔΙΑ: Επαγγελματική εξουθένωση, ιατρικό προσωπικό, ιατρικά σφάλματα, ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών, ασφάλεια των ασθενών.

ABSTRACT

Introduction: The increase in risks that is constantly being observed in the environment for health organisations as well as the structure and the special characteristics of health service facilities, have a significant impact on the manifestation of a state of burnout in health professionals. Burnout is described as a syndrome of physical and emotional exhaustion that is being exhibited via reduced emotional energy for work requirements, emotional detachment from the work and patients, as well as reduced feeling of successfully achieving goals.

Aim: The aim of this study is the investigation of burnout as a factor in the making of medical errors and its impact on patients' safety.

Methodology: Is based on review and research studies that were performed at an international level, as well as in Greece, where the factors that can contribute to the manifestation of burnout in the medical staff are analysed. The correlation of burnout with medical errors, its consequences on the services provided and the interventions to control the phenomenon are also examined.

Results: The safety of the patients is linked to the health of the medical staff and constitutes a principal component of a high-quality national health system, which is significantly held back by medical errors, the latter being a common phenomenon in Greece.

Conclusions: Burnout is a condition that is necessary to be dealt with in terms of both prevention and in-time identification of its indications. Increasing job satisfaction and establishing safe working environment conditions will promote well-being and will have positive results in the performance of the organisations and safety of the patients. At the same time, diminishing medical errors requires combined changes in employees' training and behaviour as well as in the organisation of health services. Additionally, effective error-reporting systems are required.

KEYWORDS: Burnout, medical staff, medical errors, quality of provided services, patients' safety.

Στον σύζυγό μου

Περιεχόμενα

| | |
|---|----|
| ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ | 4 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ | 5 |
| ABSTRACT | 6 |
| Εισαγωγή | 4 |
| Κεφάλαιο 1 | 7 |
| Η επαγγελματική εξουθένωση | 7 |
| 1.1 Εισαγωγή | 7 |
| 1.2 Ιστορική εξέλιξη της έννοιας | 7 |
| 1.3 Θεωρητικά μοντέλα και κλίμακες μέτρησης | 10 |
| Κεφάλαιο 2 | 15 |
| Η εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στο ιατρικό προσωπικό | 15 |
| 2.1 Εισαγωγή | 15 |
| 2.2 Η εκπαίδευση στην ιατρική σχολή | 16 |
| 2.3 Κρίσιμοι παράγοντες | 18 |
| 2.4 Εκδήλωση | 23 |
| 2.4.1 Διάκριση του συνδρόμου από το άγχος και την κατάθλιψη | 25 |
| 2.5 Συνέπειες στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας | 27 |
| 2.6 Τρόποι Αντιμετώπισης | 28 |
| 2.7 Οι επαγγελματίες υγείας στην πανδημία COVID-19 | 31 |
| Κεφάλαιο 3 | 33 |
| Το ιατρικό σφάλμα | 33 |
| 3.1 Εισαγωγή | 33 |
| 3.2 Έννοια - Ορισμός | 34 |
| 3.3 Κατηγοριοποίηση | 35 |
| 3.4 Αίτια και εκλυτικοί παράγοντες | 36 |
| 3.5 Επιπτώσεις | 39 |
| 3.5.1 Απειλή για την ασφάλεια των ασθενών | 39 |
| 3.5.2 Οικονομικές-κοινωνικές | 41 |
| 3.5.3 Ψυχικές | 42 |
| 3.6 Μέτρα πρόληψης | 43 |
| 3.6.1 «Θεραπεία» του ιατρικού λάθους | 47 |
| Κεφάλαιο 4 | 49 |

| | |
|---|----|
| Η ασφάλεια των ασθενών..... | 49 |
| 4.1. Υγεία - Ασθένεια | 49 |
| 4.2 Η ποιότητα στο χώρο της υγείας | 51 |
| 4.2.1 Έννοια | 51 |
| 4.2.2 Έρευνες ικανοποίησης - Αξιολόγηση της ποιότητας..... | 53 |
| 4.3 Οργανωσιακή κουλτούρα στο χώρο της υγείας..... | 54 |
| 4.4 Το κλίμα ασφάλειας και η κουλτούρα ασφάλειας | 55 |
| 4.5 Η διοίκηση στο ελληνικό νοσοκομείο | 56 |
| 4.5.1 Η ύπαρξη δύο μορφών εξουσίας | 57 |
| 4.5.2 Μετάβαση στο συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας | 57 |
| 4.6 Η ασφάλεια του ασθενούς | 58 |
| 4.6.1 Έννοια - Ορισμός | 58 |
| 4.6.2 Το δικαίωμα ασφάλειας του ασθενούς | 59 |
| 4.6.3 Δραστηριότητες των διεθνών οργανισμών | 60 |
| 4.6.4 Πρακτικές-συστήματα ενίσχυσης της ασφάλειας | 63 |
| 4.6.5 Το μέγεθος του προβλήματος..... | 66 |
| 4.6.6 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης | 69 |
| Κεφάλαιο 5..... | 73 |
| Επαγγελματική εξουθένωση και ιατρικό λάθος ως απειλή για την ασφάλεια του ασθενούς... | 73 |
| Κεφάλαιο 6..... | 77 |
| Πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης - Τρόποι αντιμετώπισης | 77 |
| 6.1 Παράγοντες αντίστασης..... | 77 |
| 6.1.1 Επαγγελματική ικανοποίηση | 77 |
| 6.1.2 Ψυχική Ανθεκτικότητα..... | 78 |
| 6.1.3 Η επαγγελματική εξουθένωση είναι «δίλλημα» | 80 |
| 6.2 Παρεμβάσεις..... | 80 |
| Ο Τριπλός Στόχος | 84 |
| Η Προαγωγή Υγείας..... | 85 |
| Κεφάλαιο 7..... | 88 |
| Διεθνείς και Ελληνικές σχετικές έρευνες..... | 88 |
| 7.1 Διεθνής βιβλιογραφική ανασκόπηση | 88 |
| 7.2 Ελληνική βιβλιογραφική ανασκόπηση..... | 96 |
| Κεφάλαιο 8..... | 99 |
| Συμπεράσματα | 99 |

Βιβλιογραφία.....103

Εισαγωγή

Σε έναν χώρο εργασίας με αγχωτικό περιβάλλον, που χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα, πολυεπίπεδη δομή, διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες που αλληλεξαρτιούνται και αλληλεπιδρούν, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να συνεργαστούν με σκοπό την ολοκληρωμένη φροντίδα των ασθενών (Θανάσας και Χαραλάμπους 2016:158).

Οι εξελίξεις στον ιατρικό κλάδο είναι σημαντικές, όμως νέοι προβληματισμοί προκύπτουν που σχετίζονται τόσο με τους ασθενείς όσο και με τους εργαζόμενους στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, που αναζητούν λύσεις (Διλιντάς 2010:498).

Όλο και περισσότερο μεγαλώνει η αντίληψη στον ερευνητικό χώρο, ότι η εργασία αποτελεί πηγή άγχους (Embriaco et al 2012). Σε αντίθεση με το άγχος που προέρχεται από την προσωπική ζωή ή το ευρύτερο περιβάλλον, η αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους δεν μπορεί να επιτευχθεί εύκολα, αφού ο εργαζόμενος δεν μπορεί μόνος του να αλλάξει τον εργασιακό του ρόλο ή τις συνθήκες που επικρατούν στο εργασιακό του περιβάλλον (Iacovidis et al 2003). Το παρατεταμένο άγχος στην εργασία είναι πιθανό να κάνει τα άτομα να νιώθουν εξάντληση και ότι δεν μπορούν να το αντιμετωπίσουν. Επίσης, μπορεί να προκαλέσει σωματικά και διανοητικά συμπτώματα, να δημιουργήσει προβλήματα υγείας και αλλαγές στη συμπεριφορά (Dyrbye et al 2017).

Οι μεγάλες προκλήσεις που βιώνει ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης απειλούν την επιβίωση πολλών νοσηλευτικών ιδρυμάτων και είναι μια δύσκολη περίοδος για τους εργαζόμενους στον τομέα αυτό (Shanafelt and Noseworthy 2016). Αν και πολλές χώρες προσπαθούν να ανταποκριθούν σε αυτές τις προκλήσεις, η συνεχής εξέλιξη των μοντέλων υγειονομικής περίθαλψης δεν οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα, όπως φαίνεται από τα αυξανόμενα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Panagoroulou, Montgomery and Tsigas 2015) ή σε ασφαλέστερη φροντίδα, όπως φαίνεται από τον αυξανόμενο αριθμό ιατρικών λαθών (Kondro 2010:E645).

Οι επαγγελματίες υγείας αναμένεται να παρέχουν την ίδια ποιότητα περίθαλψης με λιγότερους πόρους, ενώ οι προσδοκίες των ασθενών για περίθαλψη αυξάνονται τροφοδοτώντας τα αισθήματα εξάντλησης και αποπροσωποποίησης του παρόχου της υγειονομικής περίθαλψης, κατάσταση που οδηγεί σε κακή επικοινωνία με τους ασθενείς, δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο (Panagoroulou, Montgomery and Tsiga 2015).

Η έρευνα της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας αυξάνεται συνεχώς, ως προς τα αίτια, τις ενδείξεις, την εμφάνιση, την εξέλιξη, τις συνέπειες της, καθώς και την πρόληψη και την αντιμετώπισή της (Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008). Οι επαγγελματίες υγείας είναι πολύ πιθανό να αναπτύξουν το σύνδρομο, εξαιτίας διάφορων παραγόντων, κυρίως από τη μεγάλη ευθύνη που πηγάζει στην ιδιαίτερη φύση των επαγγελματιών υγείας (Αλεξιάς και συν 2010). Η εργασία στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας χαρακτηρίζεται από ένταση και από την καθημερινή επαφή με άτομα που βρίσκονται σε ευάλωτη συναισθηματική κατάσταση, με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται μεγαλύτεροι κίνδυνοι πρόκλησης άγχους και εξουθένωσης για τους εργαζόμενους και να απαιτούν μεγαλύτερη κατανάλωση ενέργειας (Maslach and Jackson 1986).

Επίσης, η επαγγελματική εξουθένωση στους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας, ίσως να σημαίνει πολύ περισσότερα απ' ό,τι σε οποιαδήποτε άλλο επάγγελμα λόγω των συνεπειών της (Campbell et al 2001). Πιο κρίσιμη πτυχή του θέματος, αναδύεται η συσχέτιση της με την ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες περίθαλψης και φροντίδας (Παππά, Αναγνωστόπουλος και Νιάκας 2008).

Η ασφάλεια των ασθενών, αν και αποτελεί μία όψη της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, ωστόσο είναι βασική συνιστώσα ενός ποιοτικού συστήματος υγείας (Vozikis and Riga 2012 αναφ. Γιαννοπούλου και Κορρές 2017:30), η οποία παρεμποδίζεται σημαντικά από τα ιατρικά λάθη (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

Τα ιατρικά λάθη μπορεί να αποδοθούν στο ιατρικό και λοιπό προσωπικό, στο σύστημα υγείας αλλά και στην αλληλεπίδραση των δύο παραγόντων και παράλληλα στις σχέσεις μεταξύ λειτουργών υγείας και ασθενούς (Γιαννοπούλου και Κορρές 2017:29).

Συνιστούν απειλή για την ασφάλεια των ασθενών, έχουν σοβαρές αρνητικές συνέπειες ψυχικές, ηθικές και υλικές για τους ασθενείς που τα έχουν υποστεί κατά τη

διάρκεια της νοσηλείας τους, ενώ εξίσου σημαντικές είναι οι συνέπειες στον μεμονωμένο ιατρό, στους εργαζόμενους, στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και κατ'έκταση στην οικονομία και στο σύνολο της κοινωνίας (Παναγιώτου 2015; Ταραμπέ, Σταμουλόπουλος και Τσαγκαράκης 2006).

Κρίσιμο σημείο του θέματος αποτελεί η σχέση μεταξύ του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και της τέλεσης εσφαλμένης ιατρικής πράξης ή παράλειψης καθώς και οι συνέπειες του συνδρόμου στο επίπεδο της ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει την επαγγελματική εξουθένωση ως παράγοντα στη δημιουργία ιατρικών σφαλμάτων και η επίδραση στην ασφάλεια των ασθενών.

Κεφάλαιο 1

Η επαγγελματική εξουθένωση

1.1 Εισαγωγή

Η έννοια της «επαγγελματικής εξουθένωσης» έχει λάβει αυξημένη προσοχή παγκοσμίως, καθώς τα ποσοστά επικράτησης των συμπτωμάτων της έχουν τεκμηριωθεί σε εθνικές μελέτες (West, Dyrbye and Shanafelt 2018). Περιγράφεται ως *«μια μορφή παρατεταμένου, χρόνιου, επαγγελματικού άγχους που ξεπερνά τα όρια αντοχής ή τις δυνατότητες του ατόμου να το αντιμετωπίσει»* (Maslach and Schaufeli 1993).

Ένας μεγάλος αριθμός παραγόντων μπορεί να συμβάλει στην εμφάνισή της, οι οποίοι σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με τον χώρο εργασίας, με το αντικείμενο εργασίας και με δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά του ατόμου (Καντάς 1996:72-73).

Λόγω των αναγνωρισμένων σημαντικών επιπτώσεων της στα άτομα και στους οργανισμούς η επαγγελματική εξουθένωση έχει απασχολήσει ιδιαίτερα, τόσο τις κοινωνικές επιστήμες, όσο και τις επιστήμες διοίκησης και οργάνωσης και τους επαγγελματίες του «μάνατζμεντ» (Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη 2007:4; Γρηγοροπούλου και συν 2018:663).

Μέσα από τις πολλαπλές σοβαρές συνέπειές της αναδεικνύεται το μέγεθος του προβλήματος, επιστώντας την προσοχή των υπευθύνων διοίκησης και κάνοντας επιτακτική την παρέμβαση και την λήψη μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισής της (Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008:646).

1.2 Ιστορική εξέλιξη της έννοιας

Σε διεθνές επίπεδο η επαγγελματική εξουθένωση είναι γνωστή με τον όρο «Burnout». Ετυμολογικά στην αγγλική γλώσσα ορίζεται ως *«αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ένδον μέχρι του σημείου της απανθράκωσης»* (Maslach and Jackson 1986).

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης εξελίχθηκε στη δεκαετία του 1960, ενώ ο πρώτος που την μελέτησε ως ψυχολογικό σύνδρομο ήταν ο Herbert J. Freudenberger (1974), στις ΗΠΑ, ο οποίος κατέγραψε, μετά από παρατήρηση, μια σειρά ψυχοσωματικών διαταραχών που εκδήλωσε το προσωπικό κλινικής για νέους με προβλήματα εθισμού. Αναγνώρισε ότι τα άτομα που αναπτύσσουν επαγγελματική εξουθένωση έχουν «σταδιακή συναισθηματική εξάντληση», «απώλεια κινήτρων» και «μειωμένη δέσμευση» (Freudenberger 1974 in Grover et al 2018).

Για τον ερευνητή, η επαγγελματική εξουθένωση νοείται *«ως μια κατάσταση κόπωσης ή εξουθένωσης που προκαλείται από την αφοσίωση σε μια αιτία, έναν τρόπο ζωής ή μια σχέση που αποτυγχάνει να αποδώσει μία αναμενόμενη επιβράβευση. Το σύνδρομο συνδέεται άμεσα με το βαθμό αφοσίωσης που έχει το άτομο στο αντικείμενο του και τη ματαίωση που βιώνει από τη μη επίτευξη των στόχων του. Η έλλειψη της ποικιλίας και η μη επαρκής ανατροφοδότηση που συχνά αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι συνεισφέρουν στην εμφάνιση και ανάπτυξη του συνδρόμου»* (Freudenberger 1974 στο Ρέμπελος και συν 2015).

Η κλινική ψυχολόγος Christina Maslach (1976), την περιέγραψε σαν μια εξελικτική διεργασία, που σταδιακά το άτομο δεν νιώθει τον ίδιο ενθουσιασμό για την εργασία του, αισθάνεται κόπωση και αρνητικά συναισθήματα απέναντι στον ασθενή, αντλεί λιγότερη ή καθόλου εργασιακή ικανοποίηση, απογοητεύεται από τον εαυτό του, νιώθει δυσαρεστημένος με την απόδοση του, βιώνοντας μια γενικότερη ματαίωση (Maslach 1976).

Η ερευνήτρια έδωσε έναν ευρείας αποδοχής ορισμό, ιδιαίτερα για τον χώρο των επαγγελματιών υγείας. Ως επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται *«η απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής εξάντλησης και χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση, που ο επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς»* (Maslach 1982; Maslach and Jackson 1986; Maslach, Schaufeli and Leiter 2001; Διλιντάς 2010).

Σε νεότερη εργασία η Maslach προσδιορίζει την επαγγελματική εξουθένωση *«ως δείκτη της φθοράς των αξιών, της αξιοπρέπειας, της επιθυμίας του πνεύματος, της θέλησης και των ικανοτήτων των εργαζομένων»*. Την παρομοιάζει σαν «σπιράλ» που

αναπτύσσεται σταδιακά, με ήπιους ρυθμούς και καταλήγει σε μια στρεσογόνο κατάσταση για τον επαγγελματία υγείας διαρκούς και μόνιμου άγχους, από την οποία δεν μπορεί εύκολα να βγει, με συνέπεια την αρνητική του στάση απέναντι στον ασθενή (Maslach, Jackson and Leiter 1997; Zhu et al 2006).

Σύμφωνα με τις ερευνήτριες Maslach and Jackson (1982), η επαγγελματική εξουθένωση αποτελείται από τρεις διαστάσεις, την «συναισθηματική εξάντληση» (emotional exhaustion), την «αποπροσωποποίηση» (depersonalization) και την «έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων» (reduced feeling of personal accomplishment).

Αν και από διάφορες πλευρές ενισχύεται η άποψη ότι η αποπροσωποποίηση αποτελεί απαραίτητο αμυντικό μηχανισμό, παρουσιάζεται ως *«μια κυνική και αρνητική συμπεριφορά των γιατρών και των νοσηλευτών απέναντι στους ασθενείς τους»*. Όπως περιγράφουν ο West, Dyrbye and Shanafelt (2018), η αποπροσωποποίηση περιλαμβάνει τα συναισθήματα της αντιμετώπισης των ασθενών ως αντικειμένων παρά ως ανθρώπινων όντων και την άποψη του να γίνουν οι εργαζόμενοι πιο σκληροί απέναντι στους ασθενείς. Παραδείγματος χάρι, αρκετά συχνά οι γιατροί αναφέρονται στους ασθενείς με τον αριθμό που έχει το δωμάτιο τους ή με το όνομα της πάθησης τους προκειμένου να διεκπεραιώσουν συντομότερα τα καθήκοντα τους.

Η αίσθηση μειωμένης προσωπικής επιτυχίας περιλαμβάνει αίσθημα αναποτελεσματικότητας όσον αφορά την παροχή βοήθειας στους ασθενείς και έλλειψη αξίας των αποτελεσμάτων της εργασίας, όπως η φροντίδα των ασθενών και τα επαγγελματικά επιτεύγματα (West, Dyrbye and Shanafelt 2018).

Μια ακόμη ερευνήτρια η Jones (1980), αναφέρθηκε στη συναισθηματική απάθεια, τη σωματική αδυναμία και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση των επαγγελματιών υγείας. Το αποτέλεσμα των προαναφερόμενων καταστάσεων είναι η αρνητική στάση για την εργασία, η αρνητική συμπεριφορά προς τους ασθενείς και η έκφραση δυσαρέσκειας, καταστάσεις οι οποίες οδηγούν στη συνέχεια σε χαμηλούς δείκτες εργασιακής απόδοσης και παραγωγικότητας. Παρόμοια προσέγγιση ανέπτυξε η Seuntjens (1982), η οποία επιπλέον, αναφέρθηκε στον «θυμό» των επαγγελματιών υγείας απέναντι στον ασθενή.

Κάποια ακόμα ενδιαφέροντα στοιχεία ερμηνεύονταν από την Pines, η οποία εκτιμά ότι κύρια αιτία του συνδρόμου αποτελεί η εσωτερική ανάγκη των ατόμων να αισθάνονται ότι η ζωή τους είναι σημαντική και σπουδαία, εφόσον υπάρχει συγκεκριμένος στόχος ή μια αξία (π.χ. η εργασία) και ότι αυτά που κάνουν είναι σημαντικά, ώστε όταν νιώσουν ότι απέτυχαν το αποτέλεσμα είναι να εμφανίσουν εξουθένωση (Pines 1993).

Αρχικά το σύνδρομο διερευνήθηκε στους επαγγελματίες υγείας, αφού οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας χαρακτηρίστηκαν περισσότερο επιρρεπείς. Καθώς όμως άρχισε να παρατηρείται και σε άλλες κατηγορίες εργαζόμενων, από διάφορους επαγγελματικούς χώρους, κυρίως από χώρους προσφοράς υπηρεσιών, που είναι από τη φύση τους αρκετά στρεσογόνοι, (π.χ. εκπαιδευτικοί) οι έρευνες επεκτάθηκαν και η έννοια του συνδρόμου διευρύνθηκε (Κάντας 1996).

Ο τομέας της «βιομηχανικής ψυχολογίας» βοήθησε επίσης, στην ανάπτυξη των ερευνών για την επαγγελματική εξουθένωση, θεωρώντας την ως στρες από την εργασία που έχει άμεση σχέση με το αίσθημα ικανοποίησης, το αίσθημα της ματαίωσης, τη δέσμευση και την δυσαρέσκεια από τις εργασιακές σχέσεις και γενικότερα με τα χαρακτηριστικά του εργασιακού χώρου (Pines 1993).

Τον Μάιο του 2019, η επαγγελματική εξουθένωση συμπεριλήφθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στην 11η αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης Νοσημάτων (ICD-11) σαν επαγγελματικό σύνδρομο, συνέπεια χρόνιου επαγγελματικού στρες που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί από τον εργαζόμενο (WHO 2019a).

1.3 Θεωρητικά μοντέλα και κλίμακες μέτρησης

Οι ερευνητές, στην προσπάθειά τους να ερμηνεύσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, έχουν αναπτύξει μια σειρά θεωρητικών προσεγγίσεων, με στόχο τον εντοπισμό των παραγόντων που μπορούν να συμβάλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης και στην εξέλιξή της, καθώς και των επιπτώσεων της στα άτομα, στο εργασιακό και κατ'επέκταση στο κοινωνικό περιβάλλον (Φλάμπουρας-Νιέτος, 2018:51).

Τα πιο πολλά θεωρητικά μοντέλα επιχειρούν να εξηγήσουν το σύνδρομο στο πλαίσιο της αμοιβαίας επίδρασης ατόμου και περιβάλλοντος (Vachon 1987). Αρκετοί είναι οι ερευνητές που εστιάζουν στο άτομο και υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση δεν έχει σχέση μόνο με τις προσδοκίες, τους στόχους και τις φιλοδοξίες που έχουν οι εργαζόμενοι από τους ίδιους, αλλά και από τις προσδοκίες που έχουν από το χώρο που εργάζονται. Άλλοι την συνδέουν με εξωγενή στοιχεία που επιδρούν, επιβαρύνοντας τους εργαζόμενους, κυρίως το αγχωτικό περιβάλλον εργασίας, που σχετίζεται με τις συχνές βάρδιες-εφημερίες και το εξαντλητικό ωράριο, την άκαμπτη διοίκηση, την έλλειψη στήριξης, την ποιότητα των σχέσεων που αναπτύσσονται στον εργασιακό χώρο κ.α. (Θεοφίλου 2009). Αναμφίβολα κάθε μοντέλο έχει τη δική του συμβολή στην έρευνα.

Στη συνέχεια, βάσει των θεωρητικών μοντέλων, οι ερευνητές δημιούργησαν εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης, στοχεύοντας στη συστηματική μελέτη και καταγραφή της «από τη θεωρία στην πράξη» (Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008), ώστε να παρέχονται πληροφορίες, καταρχάς για να κατανοηθεί σαν κατάσταση και εν συνεχεία για να αντιμετωπιστεί (Burke and Richardsen 1993). Κάποια από αυτά είναι πιο διαδεδομένα και ευρύτερα αποδεκτά από τους ερευνητές, επειδή θεωρούνται πιο εύκολα στην χρήση-εφαρμογή και ταυτόχρονα αποτελεσματικά.

Το «μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach and Jackson» (1982) είναι ένα από τα σημαντικότερα μοντέλα, το οποίο προβάλλει τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, με διαφορετικά συμπτώματα σε κάθε διάσταση. Η «συναισθηματική εξάντληση» (emotional exhaustion), η οποία είναι ίσως η πιο κρίσιμη διάσταση, εκφράζει την κατάσταση στην οποία ο εργαζόμενος βρίσκεται σε μια σωματική και συναισθηματική εξάντληση, απώλεια διάθεσης, έλλειψη ενέργειας, δηλαδή βιώνει μια γενική απογοήτευση ως προς τις προσδοκίες του. Η «αποπροσωποποίηση», ως η δεύτερη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης, αποτελεί απαραίτητο αμυντικό μηχανισμό για τον εργαζόμενο, σε μια προσπάθεια να προστατευτεί και να απαλλαγεί από το βάρος που νιώθει. Ο εργαζόμενος αρχίζει να απομακρύνεται, να αποξενώνεται, να αναπτύσσει επιφανειακές και κυνικές σχέσεις, αντιμετωπίζει τους ασθενείς υποτιμητικά και τους συμπεριφέρεται ανάλογα, εκδηλώνοντας μια άρνηση στα πάντα. Η «έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων» αποτελεί την τρίτη διάσταση, η οποία εκφράζει την κατάσταση που ο εργαζόμενος αποκτά την αίσθηση μειωμένης προσωπικής επιτυχίας,

αισθάνεται αναποτελεσματικός και αξιολογεί τον εαυτό του αρνητικά, με αποτέλεσμα να μην είναι πλέον παραγωγικός (Leiter and Maslach 2005). Σε γενικές γραμμές, αισθάνεται ότι δεν είναι σε θέση να επιτύχει τους στόχους του ή να πραγματοποιήσει τις επιθυμίες και τις προσδοκίες του, βιώνει μια γενικότερη απογοήτευση, νομίζει ότι είναι ιδιαίτερα ανεπαρκής, δεν είναι ευχαριστημένος με τα επιτεύγματα του, πιστεύει ότι οφείλονται στην τύχη, έχοντας μια γενικότερη αίσθηση ότι δεν μπορεί να ελέγξει τη ζωή του (Maslach and Jackson 1986).

Το "The Maslach Burnout Inventory" (MBI) αποτελεί το πιο ευρέως αποδεκτό πρότυπο για την αξιολόγηση του συνδρόμου. Το συγκεκριμένο εργαλείο μετρά τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, καλώντας τον εργαζόμενο να απαντήσει σε είκοσι δύο ερωτήματα, με την χρήση της επταβάθμιας κλίμακας Likert, όπου το 0 αντιπροσωπεύει το «ποτέ» και το 6 το «κάθε μέρα» (Maslach 1982). Η «συναισθηματική εξουθένωση» είναι το βασικό στοιχείο του MBI, αφού η εξάντληση των συναισθηματικών αποθεμάτων είναι το κύριο στοιχείο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach, Schaufeli and Leiter 2001). Η δεύτερη υποκλίμακα, της «αποπροσωποποίησης», αξιολογεί την συμπεριφορά του ατόμου προς τον ασθενή/πελάτη. Περιγράφει κάθε αρνητική συμπεριφορά, όπως η δυσπιστία απέναντι στους ανθρώπους, η δυσαρέσκεια και η απογοήτευση στην εργασία. Αργότερα μετονομάστηκε σε «κυνισμό» (Maslach, Schaufeli and Leiter 2001). Η υποκλίμακα της «μειωμένης προσωπικής επίτευξης» αποτυπώνει την αίσθηση του ατόμου για μειωμένη αποτελεσματικότητα ή απόδοση σε σχέση με αυτό που προσδοκά (Leiter and Maslach 1988).

Με σκοπό να καλυφθούν τα τυχόν κενά αυτού του πρώτου εργαλείου, δημιουργήθηκε η νέα κλίμακα "Maslach Burnout Inventory- General Survey" (MBI-GS), που εξετάζει την επαγγελματική εξουθένωση σε όλα τα επαγγέλματα (Schaufeli et al 1996), αφού το πρότυπο της Maslach σχετίζεται περισσότερο με το προσωπικό στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, αλλά και στην εκπαίδευση.

Η Pines and Aronson (1988) υποστήριξαν ότι η εξουθένωση είναι μια κατάσταση εξάντλησης που δημιουργείται από την παρατεταμένη έκθεση σε συναισθηματικά απαιτητικές καταστάσεις και την εξέτασαν και σε άλλα περιβάλλοντα πέρα από το περιβάλλον της υγείας (π.χ οικογενειακό) (Θεοφίλου 2009:46).

Το εργαλείο μέτρησης "Burnout Measure" (BM) προσδιορίζει την επαγγελματική εξουθένωση με μία διάσταση και την αξιολογεί με μία ενιαία κλίμακα, αντίστοιχη με τη συναισθηματική εξάντληση του MBI, που δίνει μια συνολική βαθμολογία. Θεωρείται αξιόπιστο και απομακρύνεται από τη φιλοσοφία των άλλων μοντέλων (Schaufeli and van Dierendonck 1993).

Στο «διαδραστικό μοντέλο του Cherniss» (1980), η επαγγελματική εξουθένωση περιγράφεται ως μία διαδικασία που αναπτύσσεται σε τρεις φάσεις. Η πρώτη, του «εργασιακού στρες», προκαλείται από την διατάραξη της σχέσης μεταξύ των αναγκαίων και των διαθέσιμων πόρων για να μπορέσει το άτομο να ολοκληρώσει τους προσωπικούς στόχους και τις απαιτήσεις του εργασιακού περιβάλλοντος με κατάλληλο τρόπο. Στη συνέχεια ο εργαζόμενος περνά στην «εξάντληση», που εκφράζεται με ψυχική κόπωση, κούραση, απομάκρυνση από τα κοινά και έλλειψη ενδιαφέροντος για την μελλοντική επαγγελματική του πορεία. Ο επαγγελματικός χώρος αποτελεί πηγή εξάντλησης για τον εργαζόμενο, καθώς αν και προσπάθησε να πετύχει όλα όσα στόχευε διαπιστώνει ότι τα αιτήματα του δεν γίνονται δεκτά από τον εργοδότη ή τους συναδέλφους και ότι θα πρέπει να δουλέψει σκληρά για να κάνει αυτό που θεωρείται δεδομένο. Αισθάνεται μια συνεχή καταπόνηση που εάν δεν την αντιμετωπίσει κατάλληλα, σταδιακά μπορεί να οδηγηθεί στην αποχή, στην παραίτηση. Ακολουθεί η «αμυντική κατάληξη» όπου εμφανίζει σημαντικές συμπεριφορικές αλλαγές, προκειμένου να προστατευτεί από την παρατεταμένη ψυχολογική πίεση. Εκφράζεται με αρνητικά συναισθήματα, θυμό, άρνηση, κυνισμό και αδιαφορία προς τους άλλους, ψυχολογικές μεταπτώσεις και συγκρούσεις. Παρουσιάζεται ως η τελευταία προσπάθεια του εργαζομένου να καταφέρει να παραμείνει στην εργασία του (Cherniss 1980).

Στο «μοντέλο των Edelmich and Brodsky» (1980), η επαγγελματική εξουθένωση προσδιορίζεται ως μία διαδικασία που αναπτύσσεται σε τέσσερα στάδια που το ένα διαδέχεται το άλλο κατά την διάρκεια της επαγγελματικής σταδιοδρομίας. Το άτομο αρχίζει την σταδιοδρομία του με «ενθουσιασμό», στοχεύει ψηλά, ενώ αρκετές είναι οι φορές που έχει στόχους μη εφικτούς. Η εργασία έχει τον κεντρικό ρόλο στη ζωή του, στην οποία διαθέτει το χρόνο του και επενδύει την περισσότερη ενέργεια του. Επίσης, επενδύει "υπερβολικά" σε όλες τις σχέσεις που αναπτύσσει με τους ασθενείς, προσπαθώντας να αντλήσει κάθε δυνατή ικανοποίηση. Ωστόσο, απογοητεύεται όταν αντιλαμβάνεται ότι η εργασία του τελικά δεν βρίσκεται σε αντιστοιχία με όσα

προσδοκούσε. Έτσι, εισέρχεται στην «αμφιβολία και την αδράνεια». Το άτομο συνεχίζει να εργάζεται, συνειδητοποιεί όμως, ότι ενώ αφιερώνεται πιο πολύ στην εργασία του, δεν εισπράττει τα αναμενόμενα αποτελέσματα και δεν καλύπτονται οι ανάγκες του μέσα από αυτήν. Ο ενθουσιασμός που ένιωθε αντικαθίσταται από την απογοήτευση. Οι χαμηλές αμοιβές, οι πολλές ώρες εργασίας, η έλλειψη ελεύθερου χρόνου και οι ελάχιστες κοινωνικές επαφές αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα. Έτσι, μέρα με τη μέρα, χάνει το κίνητρο για εργασία και σταδιακά την απομυθοποιεί. Ακολουθεί, η «απογοήτευση και η ματαιώση» όπου το άτομο αποθαρρύνεται και απογοητεύεται όταν συνειδητοποιεί ότι οι προσπάθειές που κατέβαλε για να επιτύχει μέσω της εργασίας του ήταν μάταιες. Για να μπορέσει να το αντιμετωπίσει αυτό που νιώθει, θα αναθεωρήσει τις προσδοκίες του ή θα αποχωρήσει από την εργασία του, την πηγή του στρες. Το τελικό στάδιο για τον εργαζόμενο είναι η «απάθεια», όπου λειτουργεί πλέον μηχανικά, χωρίς προσδοκίες κι όνειρα, κρατιέται μακριά από ευθύνες, εργάζεται για να εξασφαλίσει την επιβίωση του, χωρίς να επενδύει πια στην εργασία του.

Το «μοντέλο της Κοπεγχάγης» είναι ένα πιο νέο μοντέλο, που σχεδιάστηκε για να διορθώσει τις ελλείψεις του προτύπου αξιολόγησης της Maslach. Βάσει του εν λόγω μοντέλου, ο Kristensen και οι συνεργάτες (2005) ανέπτυξαν το ερωτηματολόγιο Copenhagen Burnout Inventory (CBI), το οποίο εξετάζει την επαγγελματική εξουθένωση στους εργαζόμενους και σε άλλα επαγγέλματα και όχι μόνο στα ανθρωπιστικά (Kristensen et al 2005).

Άλλο ένα αποδεκτό πρότυπο για την αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, που χρησιμοποιείται κυρίως στους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας, αποτελεί το "Stuff Burnout Scale" (SBS) (Jones 1980), το οποίο περιέχει στοιχεία που αφορούν συμπεριφορά και φυσιολογία και είναι δομημένο σύμφωνα με την κλίμακα της Maslach. Αξιολογεί αρνητικές συμπεριφορές, ψυχολογικές, συναισθηματικές, κοινωνιολογικές, που προκαλούν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Τέλος, η χρησιμοποιούμενη κλίμακα "Oldenburg Burnout Inventory" (OLBI) φτιάχτηκε με σκοπό την αμφίπλευρη έκφραση ερωτήσεων, έτσι ώστε να είναι δομημένη ως μισή αρνητική και μισή θετική, επιτρέποντας την πολύπλευρη κάλυψη των δομικών στοιχείων της επαγγελματικής εξουθένωσης (Demerouti and Bakker 2008).

Κεφάλαιο 2

Η εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στο ιατρικό προσωπικό

2.1 Εισαγωγή

Η έρευνα για την επαγγελματική εξουθένωση στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας αυξάνεται συνεχώς, καθώς είναι πολύ πιθανό να αναπτύξουν το σύνδρομο. Οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο ευάλωτοι στην επαγγελματική εξουθένωση εξαιτίας διάφορων παραγόντων, κυρίως από τη μεγάλη ευθύνη που πηγάζει στην ιδιαίτερη φύση των επαγγελμάτων υγείας, τα οποία χαρακτηρίζονται από ένταση και δύσκολες συνθήκες εργασίας και συνεχή επαφή με άτομα σε ευάλωτη συναισθηματική κατάσταση (Αλεξιάς και συν 2010).

Όπως αναφέρει η Maslach, «στα κύρια αίτια για την επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται και η ανθρωπιστική φύση των επαγγελμάτων και η συνεχής επαφή που υπάρχει μεταξύ εργαζομένων και εξυπηρετούμενων που οι πρώτοι γίνονται δέκτες των προβλημάτων, των ανησυχιών και των αγωνιών των δεύτερων» Maslach (1978).

Η επαγγελματική εξουθένωση, όπως διαπιστώθηκε σε πολλές έρευνες στους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας, ακόμη και αν δεν φάνηκε να είναι σε τόσο υψηλό σημείο όσο σε άλλα επαγγέλματα, ίσως να σημαίνει πολύ περισσότερα απ' ό,τι σε οποιαδήποτε άλλο, λόγω των συνεπειών της (Campbell et al 2001; Παππά, Αναγνωστόπουλος και Νιάκας 2008).

Το ιατρικό επάγγελμα έχει άμεση σχέση με το εργασιακό άγχος, καθώς σχετίζεται με την προστασία της δημόσιας υγείας, την διάγνωση και την θεραπεία των ασθενειών του πληθυσμού, τη φροντίδα των πασχόντων και την αντιμετώπιση του θανάτου (Montgomery 2014).

Η επαγγελματική εξουθένωση των γιατρών αποκτά ιδιαίτερη σημασία αφού «κρατούν στα χέρια τους» τη ζωή των ασθενών και οποιαδήποτε πράξη ή παράλειψη μπορεί να αποβεί μοιραία για τον ασθενή (Fagin et al 1996; Hannigan et al 2002). Επίσης,

επιβαρύνονται από την ανησυχία μήπως αποτύχουν στη θεραπεία ή προκαλέσουν πόνο στον ασθενή και από τον φόβο μήπως διαπράξουν κάποιο σφάλμα που σε συνδυασμό με το ενδεχόμενο καταγγελιών και μηνύσεων αποτελεί σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα. Ως εκ τούτου, πιέζονται πολύ συναισθηματικά, δυσχεραίνοντας ακόμη περισσότερο τη θέση τους (Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008). Επιπλέον, εκτός από αποτελεσματικοί οι γιατροί πρέπει να είναι και γρήγοροι, επειδή πολλές φορές από την ταχύτητα της αντίδρασης τους εξαρτάται η ζωή του ασθενούς (Αδαλή και συν 2000:317).

Εκτός από τις πιέσεις που σχετίζονται με το γενικό άγχος της φροντίδας των ασθενών, οι γιατροί πρέπει να διαχειρίζονται διαρθρωτικές αλλαγές και τεχνικές εξελίξεις στον εργασιακό χώρο, να αναπτύσσουν ικανότητες, αλλά και να πετυχαίνουν να εξισορροπούν την εργασία με την ιδιωτική τους ζωή (Montgomery 2014). Η παροχή περίθαλψης με επίκεντρο τον ασθενή, η «καλύτερη δουλειά», η «καλύτερη ζωή», οι δεξιότητες ως σύζυγοι και ως γονείς, όλα αυτά βασίζονται σε ένα θετικό ενεργειακό ισοζύγιο. Δηλαδή, εξαρτώνται από την ικανότητα να διαχειρίζονται τα ενεργειακά αποθέματα τους. Όμως, όπως υποστηρίζει ο Drummond(2015) δεν είναι εκπαιδευμένοι σε αυτό. Αντίθετα, όταν τα σωματικά, συναισθηματικά και πνευματικά τους ενεργειακά αποθέματα έχουν εξαντληθεί, είναι προετοιμασμένοι να το αγνοήσουν για να συνεχίσουν το έργο τους, θέτοντας τους ίδιους σε υψηλό κίνδυνο εξουθένωσης, αφού «δεν μπορούν να δώσουν αυτό που δεν έχουν» οδηγώντας τους τελικά στην εξάντληση (Διλιντάς 2010:499).

2.2 Η εκπαίδευση στην ιατρική σχολή

Η ιατρική εκπαίδευση έχει σκοπό να παρέχει στους φοιτητές θεωρητικές γνώσεις, κλινικές και πρακτικές ικανότητες, δεξιότητες, επαγγελματικά και ηθικά πρότυπα (Liaison 2012). Οφείλει να διατηρεί τη γνώση στην κλινική πράξη, χρησιμοποιώντας τις δεξιότητες και τις γνώσεις όλων εντός του οργανισμού και να παράγει δημιουργικές λύσεις (Montgomery 2014).

Επίσης, οι ιατρικές σχολές πρέπει να ενθαρρύνουν την αξιολόγηση και τη βελτίωση και να διασφαλίζουν ένα κατάλληλο περιβάλλον μάθησης (West and Shanafelt 2007). Όμως η πραγματικότητα είναι διαφορετική (Montgomery 2014).

Η εκπαίδευση των φοιτητών στην ιατρική σχολή στρέφεται σε μεγάλο βαθμό προς τις τεχνικές δεξιότητες του να είσαι γιατρός, παρά τις διαπροσωπικές δεξιότητες του να είσαι ενεργό μέλος ενός οργανισμού. Γίνεται αντιληπτό ότι, έχουν διαχωριστεί να είναι δύο ζητήματα, ενώ διακρίνονται ελλείψεις στην επικοινωνία, στην ομαδικότητα, στην συνεργασία (Μοιρασγεντή και συν 2018). Ο Montgomery (2014) αναφέρει χαρακτηριστικά ότι στις ιατρικές σχολές εκπαιδεύονται «μελλοντικοί γιατροί» για να γίνουν «επιτυχημένοι γιατροί». Από την έρευνα του Tilbert και συνεργατών (2013), προκύπτει ότι η πλειοψηφία των ιατρών στις ΗΠΑ δεν νιώθει υπεύθυνη για τη μείωση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης (Tilbert et al 2013).

Κατά τη διάρκεια των ετών της ιατρικής εκπαίδευσης, ενσωματώνονται στην προσωπικότητα των φοιτητών πολλά σημαντικά στοιχεία που είναι απαραίτητα για την πλήρη προετοιμασία «καλά» εκπαιδευμένων γιατρών. Μαθαίνουν, εξασκούνται και στη συνέχεια μεταφέρουν στην εργασία τους «αρνητικές» συνήθειες, όπως να δουλεύουν μέχρι να μην μπορούν άλλο. Επίσης, μεταφέρουν υποθέσεις, όπως ότι πρέπει να είναι αυτοί που θα δώσουν τις λύσεις σε προκλήσεις ή προβλήματα με το να εργαστούν περισσότερο, αγνοώντας τις συναισθηματικές, σωματικές και πνευματικές ανάγκες τους, καθώς και ότι οποιαδήποτε διαφορετική συμπεριφορά θα θεωρηθεί ως αδυναμία. Επίσης, δεν αντέχουν στη σκέψη να κάνουν λάθος, ποτέ (Drummond 2015).

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μαζί με τις δύο βασικές οδηγίες «*Ο ασθενής έρχεται πρώτος*» και «*Ποτέ μην δείχνεις αδυναμία*», αποτελούν στοιχεία απαραίτητα για την πλήρη προετοιμασία ενός καλά εκπαιδευμένου γιατρού. Όμως τα ίδια χαρακτηριστικά που ευθύνονται για την επιτυχία του ως γιατρό θα προκαλέσουν την επαγγελματική εξουθένωση στη συνέχεια (Drummond 2015). Στη μελέτη της Fahrenkopf και των συνεργατών (2008), το υψηλό ποσοστό εξουθένωσης (75%) που διαπιστώθηκε στους συμμετέχοντες ιατρούς, γεννά ερωτήματα σχετικά με το εάν οι μέθοδοι εκπαίδευσης τους δημιουργούν άγχος που είναι επιζήμιο για την υγεία τους και που μπορεί να αποφευχθεί.

Επιπλέον, ενώ η επίσημη κουλτούρα στις ιατρικές σχολές υποστηρίζει τον επαγγελματισμό, η κρυφή αξιολογεί την απόδοση και την ανταγωνιστικότητα πάνω από τη συνεργασία, συμβάλλοντας στη διάβρωση της επαγγελματικής συμπεριφοράς (Feudtner Christakis and Christakis 1994).

Οι ιατρικές σχολές απέχουν από το να είναι οργανισμοί μάθησης. Ο οργανισμός μάθησης προωθεί την ελεύθερη επικοινωνία, τη συνεργασία μεταξύ ατόμων και μια κουλτούρα εμπιστοσύνης (Argyris 1982).

Κάπως έτσι, στα έτη της ιατρικής εκπαίδευσης και στην ειδικότητα, οι σπουδαστές της ιατρικής διαμορφώνουν την επαγγελματική τους ταυτότητα και την αντίληψή τους για το τι είναι «καλή» ιατρική. Μετά την ολοκλήρωση των σπουδών, η επανεκπαίδευση των ιατρών έχει περιορισμένη αποτελεσματικότητα, αφού κάποιες δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές έχουν ενσωματωθεί βαθιά (Montgomery 2014). Πολλά κρίσιμα προβλήματα, που εισχωρούν στο ιατρικό επάγγελμα πηγάζουν στην ιατρική εκπαίδευση, όπως η μη αναφορά ιατρικών λαθών (West and Shanafelt 2007; West et al 2006).

2.3 Κρίσιμοι παράγοντες

Ένας μεγάλος αριθμός παραγόντων μπορεί να συμβάλει στην επαγγελματική εξουθένωση. Οι πιο πολλοί ερευνητές προσπαθούν να αναλύσουν το σύνδρομο λαμβάνοντας υπόψη την αμοιβαία επίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος στο άτομο και στους παράγοντες που μετατρέπουν το επικοινωνιακό άγχος σε στρεσογόνο παράγοντα δημιουργίας του συνδρόμου καθώς και εξάπλωσης του (Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008).

Αρχικά, διακρίνουμε τους παράγοντες που συσχετίζονται με τον εργαζόμενο ως «άτομο» και ως «προσωπικότητα», οι οποίοι επιδρούν για την εμφάνιση του συνδρόμου.

Ορισμένα άτομα εμφανίζουν δυνατότητα διαχείρισης του εργασιακού στρες, διαθέτουν αυξημένη αίσθηση ελέγχου, αποτελεσματικότητας και ικανότητα προσαρμογής σε όλες τις καταστάσεις και συνθήκες, ενώ βλέπουν τις προκλήσεις σαν ευκαιρία αλλαγής. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, τα χαρακτηριστικά αυτά «προστατεύουν» το άτομο από το σύνδρομο και τα άτομα που τα διαθέτουν έχουν μικρότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν επαγγελματική εξουθένωση από άτομα που είναι ευαίσθητα, σχολαστικά, αγχώδη, με νευρωτικό χαρακτήρα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αυστηρή αυτοκριτική, που επιθυμούν τη συνεχή επιβράβευση για τις δεξιότητές τους.

Επίσης, μεταξύ των χαρακτηριστικών του ατόμου που σχετίζονται με το σύνδρομο είναι η ενσυναίσθηση, η ανθεκτικότητα και η ενδυνάμωση (Παππά, Αναγνωστόπουλος και Νιάκας 2008).

Άλλα γνωρίσματα της προσωπικότητας τα οποία είναι πιθανό να επηρεάσουν την ανάπτυξη του συνδρόμου, αποτελούν ο υπερβάλλον ζήλος για την εργασία, η υπερβολική επαγγελματική αφοσίωση, η εξιδανίκευση του επαγγέλματος, η υπερβολική φιλοδοξία, η τελειομανία, η έντονη ανάγκη προσφοράς, οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες, τα ακατάλληλα κίνητρα (Κανδρή, Καλέμη και Μόσχος 2004).

Ωστόσο, η πιθανότητα να συμβεί στο άτομο το σύνδρομο, εκτός από τα παραπάνω χαρακτηριστικά, συνδέεται με στοιχεία όπως η συναισθηματική ωριμότητα, τα προσωπικά βιώματα, καθώς και από δημογραφικές παραμέτρους (Παππά, Αναγνωστόπουλος και Νιάκας 2008).

Ως προς την παράμετρο «ηλικία», πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι γιατροί νεαρής ηλικίας έχουν την τάση να εμφανίζουν συχνότερα το σύνδρομο εξαιτίας των αυξημένων επιθυμιών, της έλλειψης εμπειρίας και ωριμότητας, της αστάθειας μεταξύ της εργασίας και της ιδιωτικής ζωής (Maslach 1982; Maslach, Schaufeli and Leiter 2001).

Ως προς τον παράγοντα «φύλο», αν και υπάρχουν αντικρουόμενα αποτελέσματα, οι περισσότερες έρευνες συνδέουν την επαγγελματική εξουθένωση με το γυναικείο φύλο (Παππά, Αναγνωστόπουλος και Νιάκας 2008; Maslach 1982). Η εργασία, ιδιαίτερα όταν είναι απαιτητική, παράλληλα με τις υποχρεώσεις της φροντίδας της οικογένειας, φορτίζουν συναισθηματικά και ψυχολογικά τα άτομα, τα οποία γίνονται πιο επιρρεπή να εκδηλώσουν εξουθένωση (Αντωνίου 2006).

Ως προς την παράμετρο «οικογενειακή κατάσταση» προκύπτει ότι οι άγαμοι εργαζόμενοι έχουν λιγότερες οικογενειακές υποχρεώσεις, κατάσταση που επιδρά με θετικό τρόπο στην πίεση και στο άγχος από την εργασία, σε σχέση με τους εργαζόμενους που παράλληλα είναι και γονείς. Ωστόσο, οι πρώτοι τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως και οι διαζευγμένοι εργαζόμενοι (Σταυροπούλου και συν 2010:363). Προφανώς, οι εργαζόμενοι με οικογένεια έχουν μεγαλύτερη συναισθηματική στήριξη. Επίσης, είναι πιο ώριμοι εξαιτίας των αυξημένων υποχρεώσεων (Maslach and Jackson 1985; Καντάς 1996:82). Όμως δύσκολα καταφέρνουν να εξισορροπήσουν τα εργασιακά καθήκοντα με την οικογενειακή ζωή.

Στην περίπτωση αυτή, το άτομο φέρνει τα εργασιακά θέματα και προβλήματα από την εργασία στο σπίτι και προκαλείται ανησυχία και στα δύο μέλη ως προς την αντιμετώπιση τους. Το άγχος μεγαλώνει σε περιπτώσεις όπου και οι δύο σύζυγοι στοχεύουν σε επαγγελματική σταδιοδρομία (Αντωνίου 2006). Η αλληλοϋποστήριξη και η ισορροπία μεταξύ οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής αποτελούν παράγοντες με αρνητική συσχέτιση για εκδήλωση του συνδρόμου, όπως και η δημιουργία οικογένειας δείχνει ότι προστατεύει τις γυναίκες από το σύνδρομο (Παππά, Αναγνωστόπουλος και Νιάκας 2008).

Ως προς τον παράγοντα «εκπαίδευση» από τη βιβλιογραφία προκύπτει ότι όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο μόρφωσης, τόσο υψηλότερη επαγγελματική εξουθένωση παρουσιάζεται. Πιθανό αίτιο είναι οι αυξημένες προσδοκίες βάσει του εκπαιδευτικού επιπέδου (Παππά, Αναγνωστόπουλος και Νιάκας 2008).

Η δεύτερη κατηγορία παραγόντων που μπορούν να συμβάλουν στην επαγγελματική εξουθένωση συνδέονται με το περιβάλλον εργασίας. Η οργανωσιακή δομή και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στους υγειονομικούς χώρους επιδρούν σημαντικά στην εμφάνιση του συνδρόμου (Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008). Η εργασία στους χώρους αυτούς χαρακτηρίζεται από την καθημερινή επαφή με άτομα που βρίσκονται σε ευάλωτη συναισθηματική κατάσταση, ώστε να παρουσιάζονται μεγαλύτεροι κίνδυνοι για τους εργαζόμενους και να απαιτούν μεγαλύτερη κατανάλωση ενέργειας (Maslach and Jackson 1986).

Ως κρίσιμοι παράγοντες προβάλλονται ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, οι συχνές βάρδιες-εφημερίες και το εξαντλητικό ωράριο (Ναούμ 2020). Ο φόρτος εργασίας σχετίζεται με υψηλά ποσοστά εξουθένωσης (Wen et al 2016; Chen et al 2013), ενώ το εξαντλητικό ωράριο συντελεί στην εμφάνιση του άγχους. Επιπλέον, οι αμοιβές, η ασάφεια ρόλων και του καθηκοντολογίου είναι παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση του φαινομένου, σε συνδυασμό με την αδιάλλακτη διοίκηση και την απουσία υποστήριξης των συναδέλφων και των άμεσων προϊστάμενων (Μπελλάλη και συν 2007; Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008; Παππά, Αναγνωστόπουλος και Νιάκας 2008). Ακόμη, η καθημερινότητα και το επαναλαμβανόμενο πρόγραμμα συντελούν στην εμφάνιση άγχους, αλλά και η αυξημένη ανεργία προκαλεί περαιτέρω ανησυχία για την σταθεροποίηση-μονιμοποίηση στην εργασία (Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη 2007).

Επιβαρυντικοί επίσης, παράγοντες για το άτομο είναι η απώλεια της αυτονομίας στην εργασία, η λεπτομερής καταγραφή των ιατρικών αρχείων, η χρήση χρόνου λόγω διοικητικών απαιτήσεων καθώς και για την ολοκλήρωση θεμάτων της εργασίας στο σπίτι (Ναούμ 2020) και οι αλλαγές σε ζητήματα που αφορούν άμεσα τον εργαζόμενο χωρίς την προηγούμενη εμπειριστατωμένη ενημέρωση του (Fagin et al 1996). Επιπλέον, η έλλειψη προσωπικού και η ελλιπής εκπαίδευση σε επικοινωνιακές δεξιότητες μειώνει την επαφή και ευνοεί τις συγκρούσεις (Παππά, Αναγνωστόπουλος και Νιάκας 2008).

Κάποια ακόμα κρίσιμα στοιχεία που συντελούν στην επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας αφορούν στην αντιμετώπιση των πασχόντων, του θανάτου, των συγγενών και των αυξημένων απαιτήσεων τους (Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008; Ναούμ 2020). Η συνεχής επαφή των γιατρών με τους ασθενείς, ταυτόχρονα με τη διαχείριση της ανησυχίας των οικείων τους, οι δυσκολίες στην επικοινωνία μαζί τους και το γεγονός ότι οποιαδήποτε πράξη ή παράλειψη μπορεί να αποβεί μοιραία για τον ασθενή, αποτελούν στρεσογόνους παράγοντες που έχουν ως αποτέλεσμα οι εργαζόμενοι ασκώντας τα καθήκοντά τους να νιώθουν απογοήτευση και κατάπτωση (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος 1999). Όταν ο ασθενής εισέρχεται στο νοσηλευτικό ίδρυμα και αναγκάζεται να μείνει μακριά από το οικείο περιβάλλον του, κατακλύζεται από άγχος, ανασφάλεια, απόγνωση, θυμό, εξωτερικεύοντας αρκετές φορές αυτή τη φόρτιση στους ιατρούς, στους νοσηλευτές κ.ά.. Επίσης, σημαντικό στοιχείο που επιδρά αρνητικά στην ψυχολογία των εργαζομένων, αποτελεί η μη αναγνώριση και η υποτίμηση του έργου τους (Grunfeld et al 2000).

Να προσθέσουμε ότι, η λειτουργία κάποιων τμημάτων συνεπάγεται αυξημένες ανάγκες των ασθενών, όπως για παράδειγμα οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) (Κουλιεράκης, Μεταλληνού και Πάντζου 2000), όπου το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πιο έντονο.

Ακόμη, η έλλειψη της επαγγελματικής ικανοποίησης συμβάλλει στην εμφάνιση του συνδρόμου (Δεληχάς, Τούκα και Σπυρούλη 2012:10) και σχετίζεται με το αίσθημα σταθερότητας, εμπιστοσύνης που αποπνέει το εργασιακό περιβάλλον καθώς και με τις προσδοκίες των εργαζομένων (Cordes and Dougherty 1993; Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008). Η έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία και η αδικία που νιώθει ο εργαζόμενος ως προς την αξιολόγησή του δημιουργούν ουσιαστικά ματαίωση (Κάντας 1998).

Εκτός όμως από τα παραπάνω, φαίνεται ότι κάποιοι ακόμη εξωτερικοί παράγοντες ενδέχεται να επιδρούν στην ψυχολογία των ατόμων, χωρίς να συνδέονται με τις συνθήκες της εργασίας. Σύμφωνα με τον Φαναριώτη (1996), «η σχέση αυτών των στοιχείων και της επαγγελματικής ικανοποίησης είναι αντιστρόφως ανάλογη». Για παράδειγμα, ένας εργαζόμενος που ζει σε μια κοινωνικά υποβαθμισμένη περιοχή με υψηλά ποσοστά ανεργίας είναι πιθανότερο να θεωρεί ότι έχει πλεονέκτημα έναντι των ανέργων γειτόνων του.

Ο Shanafelt και οι συνεργάτες (2016) ομαδοποιούν τους παράγοντες που μπορούν να συμβάλουν στην επαγγελματική εξουθένωση σε επτά διαστάσεις: φόρτος εργασίας, αποτελεσματικότητα, ευελιξία/έλεγχος στην εργασία, ενσωμάτωση επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, ευθυγράμμιση ατομικών και οργανωτικών αξιών, κοινωνική υποστήριξη στην εργασία και ο βαθμός νοήματος που προέρχεται από την εργασία. Η κάθε μία από αυτές τις διαστάσεις επηρεάζεται από ατομικούς, εργασιακούς, οργανωτικούς και εθνικούς παράγοντες (Shanafelt et al 2016).

Τέλος, σύμφωνα με τον Leiter (1991), φάνηκε ότι συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση η ταχύτερη ανάπτυξη της τεχνολογίας που αναζητά εργαζόμενους άρτια εκπαιδευμένους με εξειδικευμένες γνώσεις, καθώς και η ελάττωση των δαπανών στην κοινωνική πρόνοια και γενικότερα η φιλοσοφία του τρόπου διοίκησης των επιχειρήσεων.

Κοιτάζοντας το ελληνικό νοσοκομείο

Στα νοσοκομεία συνυπάρχει προσωπικό με διαφορετικές ειδικότητες και βαθμίδες, όπως γιατροί (καθηγητές, επιμελητές, ειδικευόμενοι), νοσηλευτές (προϊστάμενοι, νοσηλεύτριες) και διοικητικοί υπάλληλοι (διευθυντές, προϊστάμενοι, υπάλληλοι). Υπάρχουν δηλαδή, κέντρα πολλαπλής επικοινωνίας και εξουσίας που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του επιπέδου της παραγωγικότητας κάθε εργαζομένου στους εν λόγω οργανισμούς (Γούλα 2014).

Η ομαδική εργασία καθυστερεί ή σταματά είτε, λόγω εμποδίων, θεσμικών, οικονομικών, νομικών και δομικών είτε, λόγω της κατάρτισης που δέχονται οι επαγγελματίες υγείας, αφού τα μέλη των ομάδων εκπαιδεύονται σε ξεχωριστό επιστημονικό κλάδο. Οι δυσκολίες αντανακλούνται στην ύπαρξη ισχυρών υποκουλτούρων στο νοσοκομείο ιδιαίτερα στον ιατρικό και διοικητικό τομέα με

αποτέλεσμα τα νοσοκομεία να λειτουργούν με τις συγκρούσεις μεταξύ των ομάδων (Γούλα 2014:304).

Μεγάλο μέρος του προσωπικού εργάζεται με μοναδικό κίνητρο τη θεραπεία και τη φροντίδα των ασθενών, προσπαθώντας να υπερβεί οργανωτικά προβλήματα. Οι ελλείψεις σε προσωπικό σε συνδυασμό με την έλλειψη ικανοτήτων και τον υψηλό αριθμό παραιτήσεων, έχει αρνητικές επιπτώσεις στο ηθικό του υπάρχοντος προσωπικού και συνδέονται με τη μείωση της εργασιακής ικανοποίησης, τη χαμηλής ποιότητας φροντίδα και τα άσχημα αποτελέσματα υγείας των ασθενών (Parathanasiou et al 2014:406).

Όταν ο σκοπός ενός νοσοκομείου γίνει η «αυτοσυντήρηση» και όχι η θεραπεία τότε οι επαγγελματίες υγείας βρίσκονται σε συνεχή και αυξανόμενη πίεση να βελτιώνουν την ποιότητα της περίθαλψης σε ένα περιβάλλον που δεν είναι σχεδιασμένο να συμβάλλει θετικά στους αποδέκτες της περίθαλψης και στην υγεία των εργαζομένων του (Montgomery 2014). Στην συγκεκριμένη περίπτωση, ίσως θα μπορούσαμε να δούμε την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ως ένδειξη ότι το σύστημα λειτουργεί ή δεν λειτουργεί σωστά.

2.4 Εκδήλωση

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν διαπιστώνεται εύκολα. Όπως θα αναλύσουμε, μπορεί να εντοπιστεί από ορισμένες συμπεριφορές και στάσεις του ατόμου (Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008).

Οι επιπτώσεις της στη φυσική κατάσταση του εργαζομένου κυμαίνεται από αίσθημα ενόχλησης έως πιο σοβαρά θέματα υγείας. Περιλαμβάνουν πονοκεφάλους, ημικρανίες, υπέρταση, διαταραχές διατροφής και γαστρεντερικά προβλήματα, διαταραχές ύπνου, μυοσκελετικά προβλήματα, σεξουαλική δυσλειτουργία, αρτηριακή υπέρταση, κατάθλιψη. Η παρατεταμένη ή σε μεγάλη συχνότητα εργασία κάτω από δύσκολες συνθήκες οδηγεί τον εργαζόμενο σε υπερκόπωση (Θεοφίλου 2009).

Η κακή σωματική του υγεία, ενδέχεται να επιδράσει στην πνευματική και ψυχική του υγεία, εκδηλώνοντας αισθήματα θυμού, χαμηλής αυτοεκτίμησης, έλλειψη παρατηρητικότητας και καλής μνήμης, δυσκολία αυτοσυγκέντρωσης. Η συναισθηματική

ανεπάρκεια είναι εξαιρετικά επίπονη για το άτομο, με επακόλουθο την απώλεια ενδιαφέροντος για τους ασθενείς και συνέπειες στην ομαλή εκτέλεση των καθηκόντων του, καθώς αισθάνεται ότι είναι ανήμπορο να καλύψει τις πραγματικές ανάγκες των πασχόντων αλλά και τις επιθυμίες του (Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008). Επίσης, θεωρεί ότι η προσφορά του δεν αρμόζει στις οικονομικές απολαβές του, ενώ τα εμπόδια στον εργασία του φαίνονται απροσπέραστα (Παντελέου 2007). Ακόμη, παρατηρείται δυσκολία στη διαχείριση σοβαρών ζητημάτων, γενικευμένο αίσθημα απογοήτευσης και αποτυχίας και συνεχές αίσθημα ματαίωσης.

Η κατάσταση κάνει το άτομο μη λειτουργικό. Αδυνατεί να ανταποκριθεί στα καθήκοντα του, ενώ η χαμηλή αυτοεκτίμηση που νιώθει και η έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης το οδηγούν στη δημιουργία εντάσεων και εκτός του εργασιακού χώρου, στην οικογένεια και στις διαπροσωπικές του σχέσεις (Leiter and Maslach 1988; Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008). Στη συνέχεια, μη εισπράττοντας ικανοποίηση από αυτές τις σχέσεις, οδηγείται σε κοινωνική απόσυρση (Griffith et al 1999; Θεοφίλου 2009; Παππά, Αναγνωστόπουλος και Νιάκας 2008).

Σε επίπεδο συμπεριφοράς στην εργασία εκδηλώνεται με φαινόμενα μειωμένης εργασιακής απόδοσης, συχνές απουσίες και καθυστερήσεις, χαμηλό επίπεδο επικοινωνίας, συγκρούσεις, έλλειψη σεβασμού και παραίτηση. Το άτομο συμπεριφέρεται τυπικά, με ψυχρότητα, εμφανίζεται πολυάσχολο, μη διαθέσιμο, εκδηλώνοντας αρνητικά συναισθήματα και προσφέροντας ελλιπή φροντίδα. Συχνά γίνεται απότομο και κάποιες φορές επιθετικό (Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008).

Στο σημείο αυτό να προσθέσουμε ότι, τα συμπτώματα ποικίλουν και διαφοροποιούνται ανάλογα με το οργανικό σύστημα και βέβαια σημαντικό ρόλο παίζει η προσωπικότητα (Μάρκου 2005).

Σε γενικές γραμμές, το πάσχον άτομο εκτός από το καθημερινό στρες που αντιμετωπίζει στην εργασία, αισθάνεται κουρασμένο και βιώνει διάφορες αλλαγές και ασυνήθιστες καταστάσεις στη συμπεριφορά του, στα συναισθήματά του και οργανικές διαταραχές, που ίσως δεν μπορεί να εξηγήσει τις αιτίες στις οποίες οφείλονται. Η επιβεβαίωση της παρουσίας επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους πραγματοποιείται κυρίως μέσω παρατήρησης και προσωπικών συνεντεύξεων. Προκειμένου να εντοπιστεί αντικειμενικά και να καταγραφεί συστηματικά η

επαγγελματική εξουθένωση, είναι επίσης απαραίτητη η μέτρηση της σε κάθε εργαζόμενο (Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008).

2.4.1 Διάκριση του συνδρόμου από το άγχος και την κατάθλιψη

Αρκετές φορές ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση» συγχέεται με άλλες έννοιες, που έχουν κάποιου είδους συνάφεια, όπως η «εργασιακή πίεση», η «κόπωση», η «αποξένωση», η «κατάθλιψη», όμως ο όρος δεν είναι ταυτόσημος (<https://psychiatry.gr/ekpraidoutiko-uliko/19-joomla/95-2019-12-30-12-15-59>).

Επαγγελματικό στρες

Το «επαγγελματικό στρες» είναι μια κατάσταση κατά την οποία το άτομο δέχεται πίεση αφενός προκειμένου να φέρει εις πέρας την εργασία του και αφετέρου από τις εργασιακές συνθήκες (Θανασιάς και συν 2011).

Όπως αναφέρει ο Τούκας, «*το εργασιακό στρες (εργασιακό άγχος) είναι μια επιστημονικά καλά τεκμηριωμένη κατάσταση, που προκύπτει από την αλληλεπίδραση των συνθηκών εργασίας και των ατομικών χαρακτηριστικών, που μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στην υγεία του και στην απόδοση της αποτελεσματικότητας και παραγωγικότητάς του*» (Τούκας 2010:9). Το «στρες» ενδέχεται να είναι «οξύ», επομένως μη μόνιμο. Από την άλλη πλευρά, η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια «*μακροχρόνια και σταδιακή αντίδραση στο επαγγελματικό στρες και περιλαμβάνει τις σωματικές και ψυχικές αντιδράσεις από την επίδραση των δυσμενών παραγόντων σε λιγότερο ανθεκτικά άτομα*» (Reilly 1994). Επίσης, πιο συχνά νοσούν άτομα που ασκούν κοινωνικό λειτουργήμα ή με υψηλά πρότυπα (Διλιντάς 2010:498-499).

Τα άτομα απέναντι στην διατάραξη της ισορροπίας που επιφέρει το στρες στην εργασία υιοθετούν και αναπτύσσουν μηχανισμούς ως αντίδραση ή λόγω της αδυναμίας να διαχειριστούν την πίεση που αισθάνονται εμφανίζουν επαγγελματική εξουθένωση (Maslach and Schaufeli 1993).

Κατάθλιψη

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει οριστεί ως σύνδρομο που σχετίζεται με την εργασία και συνδυάζει διάχυτη κόπωση και απώλεια κινήτρων (Bianchi et al 2018). Ειδικά για τους ανθρώπους που εργάζονται σε θέσεις ευθύνης με μεγάλη πίεση, που ταυτίζουν την ζωή τους με τη δουλειά τους, οι καταστάσεις μπορεί να γίνουν μη διαχειρίσιμες και η μη επίτευξη ενός στόχου να βιωθεί σαν ένα τραυματικό γεγονός που οδηγεί σε μια κατάσταση που μοιάζει με κατάθλιψη (Iacovides et al 2003).

Από τα ευρήματα ερευνών τα τελευταία χρόνια, διαφαίνεται ότι η εξάντληση μπορεί να αντανάκλα μια καταθλιπτική κατάσταση (Bianchi et al 2018). Όπως δείχνει η εμπειρική έρευνα, η επαγγελματική εξουθένωση και η κατάθλιψη, αν και μπορεί να έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά, ειδικά στις πιο σοβαρές μορφές εξουθένωσης και σε ευάλωτα άτομα με χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης, είναι ξεχωριστές οντότητες (Iacovides et al 2003).

Ένα βασικό στοιχείο που τις διακρίνει είναι το ότι η κατάθλιψη δεν έχει ξεκάθαρη σύνδεση με την εργασία, σε αντίθεση με την εξουθένωση (Leiter and Durup 1994). Βέβαια, υπάρχουν και ορισμένοι ερευνητές που υποστηρίζουν ότι η εξουθένωση ενδέχεται να εμφανιστεί εκτός από τον επαγγελματικό τομέα και σε άλλους τομείς που υπάρχει συναισθηματική σύνδεση (π.χ. ο γάμος) (Pines and Aronson 1988).

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει εντοπιστεί σε όλες τις κατηγορίες επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων των εργαζομένων στις ΜΕΘ. Σύμφωνα με έρευνες που διεξήχθησαν σε ΜΕΘ στη Γαλλία, το 50% των γιατρών εμφανίζει επαγγελματική εξουθένωση (Embriaco et al 2007) και το 23% εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης (Embriaco et al 2012). Ενώ, το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως έχει αναφερθεί συνδέεται με το χρόνιο άγχος και μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι ένας συνδυασμός συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και μειωμένης αντίληψης για τα προσωπικά επιτεύγματα, η κατάθλιψη είναι ένας συνδυασμός καταθλιπτικής διάθεσης, συναισθημάτων ενοχής, αισθημάτων ανικανότητας, απελπισίας, στέρησης ύπνου και απώλειας όρεξης.

Όπως προκύπτει στην έρευνα των Williford και συνεργατών (2018), η κατάθλιψη είναι πολύ πιο συχνή μεταξύ των γιατρών από άλλα επαγγέλματα, ενώ το ποσοστό

κατάθλιψη προσεγγίζει το 40% σε αυτούς που εκπαιδεύονται στη γενική χειρουργική (Williford et al 2018).

Στη σχετική μελέτη της Fahrenkopf και των συνεργατών της (2008), σχεδόν όλοι οι καταθλιπτικοί συμμετέχοντες είχαν εκδηλώσει επαγγελματική εξουθένωση. Άλλες μελέτες έχουν υποστηρίξει ότι η διάπραξη λαθών μπορεί από μόνη της να οδηγήσει σε κατάθλιψη, καθιστώντας τον γιατρό «δεύτερο θύμα» σε έναν φαύλο κύκλο (Fahrenkopf et al 2008).

2.5 Συνέπειες στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας

Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης επηρεάζει αρνητικά ασθενείς, μεμονωμένους γιατρούς, οργανισμούς και συστήματα υγείας (West et al 2018).

Η αρνητική επίδραση στην εύρυθμη λειτουργία των οργανισμών παροχής υπηρεσιών γίνεται με ποικίλους τρόπους. Εμπλέκονται θέματα στην ικανοποίηση του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού, στην αποτελεσματικότητα και στην αποδοτικότητα του οργανισμού (Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008; Μάρκου 2005), καθώς και στην ικανοποίηση των ασθενών (Shanafelt and Noseworthy 2016).

Η εκδήλωση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης, ενδέχεται να είναι δαπανηρή για τον οργανισμό και για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (West 2018), καθώς έχει συσχετιστεί με απουσίες, με μειωμένη παραγωγικότητα και απόδοση στο χώρο εργασίας, με επακόλουθο την καθυστέρηση στην εκτέλεση του έργου. Να τονίσουμε, ότι η πρόωρη αποχώρηση από την ενεργό υπηρεσία του ιατρικού προσωπικού εξαιτίας της εμφάνισης του συνδρόμου μεγαλώνει το σοβαρό θέμα της υποστελέχωσης. Επίσης, από αρκετές μελέτες προκύπτει ότι η επάρκεια σε εργαζομένους σχετίζεται με τη συχνότητα θανάτων, τα ιατρικά λάθη και τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Παππά, Αναγνωστόπουλος και Νιάκας 2008).

Προφανώς, η συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες αναδύεται η πιο κρίσιμη πτυχή του θέματος, καθώς στη βιβλιογραφία διαφαίνεται η πιθανότητα να επιδρά αρνητικά (Παππά, Αναγνωστόπουλος και Νιάκας 2008). Πολλές είναι οι έρευνες από τις οποίες προκύπτει ότι η επαγγελματική

εξουθένωση σχετίζεται με απροσεξίες και εσφαλμένες εκτιμήσεις, με αυξημένο αριθμό λαθών και ατυχημάτων και χαμηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας (Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008). Οι εργαζόμενοι στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης αλλά και οι υπεύθυνοι διοίκησης οφείλουν να λαμβάνουν υπόψη τα αποτελέσματα των σχετικών μελετών, παρά τους περιορισμούς που μπορεί να υπόκεινται, να μην τα αγνοούν και επιπλέον να τους προβληματίζουν (Παππά, Αναγνωστόπουλος και Νιάκας 2008).

2.6 Τρόποι Αντιμετώπισης

Οι παρεμβάσεις για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του συνδρόμου, σε γενικές γραμμές, ευθυγραμμίζονται με τους αναγνωρισμένους παράγοντες που προκαλούν την εξουθένωση, όπως φαίνεται στον Πίνακα 1 (West et al 2018). Στο έκτο κεφάλαιο θα παρουσιάσουμε διάφορες πτυχές των παρεμβάσεων αυτών.

Πίνακας 1.

Κοινοί οδηγοί και επιλεγμένες λύσεις για την επαγγελματική εξουθένωση

| Οδηγός | Λύσεις σε επίπεδο οργάνωσης | Λύσεις σε ατομικό επίπεδο |
|---|---|---|
| Υπερβολικός φόρτος εργασίας | Στόχοι δίκαιης παραγωγικότητας Όρια ωρών υπηρεσίας Κατάλληλη κατανομή των ρόλων εργασίας | Καθεστώς μερικής απασχόλησης Ενημερωμένες επιλογές ειδικότητας Ενημερωμένες επιλογές πρακτικής |
| Εργασιακή αναποτελεσματικότητα και έλλειψη εργασιακής υποστήριξης | Βελτιστοποιημένα ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία Υποστήριξη προσωπικού μη ιατρού για την εκφόρτωση των βαρών γραφείου Κατάλληλη ερμηνεία των κανονιστικών απαιτήσεων | Εκπαίδευση αποτελεσματικότητας και δεξιοτήτων Δώστε προτεραιότητα στις εργασίες και αναθέστε την εργασία κατάλληλα |

Έλλειψη
ενσωμάτωσης
εργασία-σπίτι

Σεβασμός των οικιακών
ευθυνών στον καθορισμό
χρονοδιαγραμμάτων για
εργασίες και συναντήσεις

Συμπεριλάβετε όλες τις
απαιτούμενες εργασίες εντός
των αναμενόμενων ωρών
εργασίας

Υποστηρίξτε ευέλικτα
προγράμματα εργασίας,
συμπεριλαμβανομένης της
μερικής απασχόλησης

Αναστοχασμός στις
προτεραιότητες και τις αξίες της
ζωής

Προσοχή στην αυτοφροντίδα

Απώλεια νοήματος
από την εργασία

Προώθηση κοινών βασικών
αξιών

Προστατέψτε το χρόνο του
γιατρού με τους ασθενείς

Προώθηση των κοινοτήτων
των γιατρών

Προσφέρετε ευκαιρίες
επαγγελματικής εξέλιξης

Εκπαίδευση ηγεσίας και
ευαισθητοποίηση σχετικά με
την επαγγελματική
εξουθένωση

Θετική ψυχολογία

Προβληματισμός/αυτογνωσία
των περισσότερων
ικανοποιητικών εργασιακών
ρόλων

Ενσυνειδητότητα

Συμμετοχή σε δραστηριότητες
μικρών ομάδων γιατρών γύρω
από κοινές εργασιακές εμπειρίες

2.7 Οι επαγγελματίες υγείας στην πανδημία COVID-19

Ορισμένες φορές μία λέξη ορίζει μια εποχή. Στις αρχές του εξαιρετικά δύσκολου έτους 2020, η λέξη «πανδημία» αναζητούνταν στο διαδίκτυο σε υψηλά νούμερα. Όταν στις 11 Μαρτίου 2020 ο ΠΟΥ δήλωσε επίσημα «...ότι η COVID-19 μπορεί να χαρακτηριστεί ως πανδημία...» (<https://www.hygeia.gr/koronoios-ti-prepei-na-gnorigoume-amp-pos-mporoume-na-profylachthoume/>), τότε ήταν η ημέρα κατά την οποία ο αριθμός των αναζητήσεων για τον όρο αυξήθηκε περισσότερο, παράλληλα με τη ανησυχία και τον φόβο των πολιτών (<https://www.merriam-webster.com/words-at-play/word-of-the-year/pandemic>).

Ήταν πρωτοφανής κατάσταση για το προσωπικό των ελληνικών νοσοκομείων, το οποίο βρέθηκε στην πρώτη γραμμή, αντιμετωπίζοντας εξαντλητικές σωματικές και ψυχολογικές συνθήκες. Όπως περιγράφει ο Σούλης (2020:31) «*Συνήθως οι επαγγελματίες υγείας έχουν αυξημένη κοινωνική συνείδηση και λειτουργούν στο πλαίσιο της κοινωνικής συλλογικότητας και καθίστανται, αρωγοί στην εφαρμογή της επικουρικότητας του κράτους*».

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2020) εξέδωσε ειδικές οδηγίες για τη διαχείριση του στρες εργασίας του υγειονομικού προσωπικού κατά την διάρκεια αντιμετώπισης του κορωνοϊού (WHO 2020).

Να επισημάνουμε τις τεράστιες προσπάθειες τους να διασφαλίσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, παρά τους μειωμένους διαθέσιμους πόρους και τις ελλείψεις προσωπικού, απέναντι σε μια πρωτόγνωρη απειλή. Ειδικότερα για τους εργαζόμενους σε ΜΕΘ οι απαιτητικές συνθήκες εργασίας σε χώρους υψηλού κινδύνου έκθεσης στον ιό, τα υψηλά ποσοστά θνησιμότητας των ασθενών με Covid-19 καθώς και ο φόβος μήπως κολλήσουν τον ιό ή τον μεταφέρουν στους οικείους τους, ήταν σημαντικοί στρεσογόνοι παράγοντες (Greenberg et al 2021).

Τότε δόθηκε ένα ξεκάθαρο μήνυμα συμπαράστασης και εμπιστοσύνης προς τους υγειονομικούς από ολόκληρη την κοινωνία (Σούλης 2020:31).

Ο κορωνοϊός COVID-19 εξαπλώθηκε σε 186 χώρες και περιοχές σε ολόκληρο τον κόσμο (<https://longform.protothema.gr/koronoios/>). Βάσει της έκθεσης επιδημιολογικής επιτήρησης του ΕΟΔΥ (2022), ο συνολικός αριθμός κρουσμάτων στη χώρα μας από την έναρξη της πανδημίας μέχρι το τέλος του έτους 2022, ανήλθε σε 5.548.487 και των θανόντων σε 34.779, ενώ ο αριθμός θανάτων παγκοσμίως ξεπέρασε τα 6.5 εκατομμύρια. Σύμφωνα με πιο πρόσφατα δεδομένα (στοιχεία 26/3/2023), οι θανόντες ανέρχονται σε 36.447 στην Ελλάδα και 6.826.701 παγκοσμίως (<https://www.trt.net.tr/greek/covid19>).

Παρά τις σημαντικές προόδους της ιατρικής τους τελευταίους αιώνες, οι μεταδοτικές ασθένειες εξακολουθούν να αποτελούν σημαντική απειλή για την κοινωνία, με πιο κρίσιμη πτυχή αυτών των καταστάσεων την απώλεια ανθρώπινων ζωών. Οι νέοι κίνδυνοι του εξωτερικού περιβάλλοντος και οι διαρκώς μεταβαλλόμενες καταστάσεις στο χώρο της υγείας κάνουν την παροχή υγειονομικής περίθαλψης πιο περίπλοκη από ότι στο παρελθόν (Panagoroulou, Montgomery and Tsigas 2015 και απαιτούν από τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να διευρύνουν τις γνώσεις και τις δράσεις τους ώστε τελικά να αντιμετωπισθούν τα προβλήματα της καθημερινής λειτουργίας των μονάδων υγείας.

Προφανώς, η πανδημία της Covid-19 έδωσε την ευκαιρία να αναδειχθούν οι πολλές αδυναμίες και ελλείψεις του εθνικού συστήματος υγείας. Επίσης, αναδείχθηκε η αναγκαιότητα της διασύνδεσης των Πανεπιστημίων με τους φορείς και τους οργανισμούς που είναι υπεύθυνοι για τις κοινωνικοοικονομικές λειτουργίες της χώρας, καθώς και ο εμπλουτισμός των θεωρητικών γνωστικών αντικειμένων με ειδικές εφαρμοζόμενες γνώσεις που θα ενισχύσουν τις δεξιότητες των φοιτητών για αποτελεσματικό παραγωγικό έργο (Σούλης 2020:9).

Κεφάλαιο 3

Το ιατρικό σφάλμα

3.1 Εισαγωγή

Τα «ιατρικά σφάλματα» και τα «δυσμενή συμβάντα» ή «ανεπιθύμητα περιστατικά» στην ιατρική περίθαλψη των ασθενών, έχει παρατηρηθεί ότι συμβαίνουν με μεγάλη συχνότητα διεθνώς, τόσο στη δημόσια όσο και στην ιδιωτική φροντίδα υγείας, συνιστώντας απειλή για την ασφάλεια των ασθενών (Παναγιώτου 2015:354; Αντωνάκος και συν 2019:650).

Τα ιατρικά λάθη μπορεί να αποδοθούν στο ιατρικό και λοιπό προσωπικό, στο σύστημα υγείας αλλά και στην αλληλεπίδραση των δύο παραγόντων (Γιαννοπούλου και Κορρές 2017:29). Καθώς η κατάσταση δεν είναι τόσο απλό να αντιμετωπιστεί, αφού τα αίτια φαίνεται ότι δεν είναι επιφανειακά και χρειάζεται να αναζητηθούν σε πιο βάθος, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη, στον εντοπισμό των κινδύνων που επιδρούν στην πρόκληση των ιατρικών λαθών και των ανεπιθύμητων περιστατικών και στην εξάλειψη ή τουλάχιστον στον περιορισμό τους (Παναγιώτου 2015).

Όπως αναφέρει ο Βασιλακόπουλος και Λαμπρόπουλος (2022:415), τα ιατρικά λάθη αποτελούν *«ένα σοβαρό ζήτημα στην ιατρική πράξη, με ατομικές, ηθικές, κοινωνικές και νομικές συνέπειες»*. Εκτός από τις αρνητικές επιπτώσεις τους στον ασθενή και στον μεμονωμένο ιατρό, έχουν επιπτώσεις εξ ίσου σοβαρές σε οικονομικό επίπεδο στα συστήματα υγείας, γεγονός το οποίο έχει εξαιρετική σημασία, ιδιαίτερα στις μέρες μας που οι διαθέσιμοι πόροι είναι περιορισμένοι (Παππά, Αναγνωστόπουλος και Νιάκας 2008).

Τα τελευταία χρόνια σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες, έχει αναδειχθεί η ανάγκη ενθάρρυνσης του ιατρικού προσωπικού να δηλώνει τα ιατρικά σφάλματα και να μην τα αποκρύπτει. Παράλληλα, υπογραμμίζεται η ανάγκη για τον εντοπισμό, την καταγραφή και την ανάλυσή τους μέσα από την ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων, με κύριο μέλημα την «μάθηση από τα λάθη» (Παναγιώτου 2015).

3.2 Έννοια - Ορισμός

Στην έκθεση του Institute of Medicine των ΗΠΑ το 1999, “*To Err Is Human: Building a Safer Health System*”, το «ιατρικό σφάλμα» ορίζεται «*ως η αδυναμία μιας προγραμματισμένης ενέργειας να ολοκληρωθεί όπως είχε προβλεφθεί ή η χρησιμοποίηση ενός λανθασμένου σχεδιασμού για την επίτευξη ενός στόχου*». Ως «ανεπιθύμητο περιστατικό» ή «δυσμενές συμβάν» ορίζεται «*η βλάβη που προκλήθηκε από τον ιατρικό χειρισμό και όχι από την υπάρχουσα ασθένεια ή την κατάσταση του ασθενούς*» (IOM 1999).

Στην ευρέως αποδεκτή βιβλιογραφία, το ιατρικό σφάλμα ορίζεται «*ως η υπολειπόμενη της επιβαλλόμενης επιμέλειας στο επάγγελμα του ιατρού συμπεριφορά, επειδή ο ιατρός δεν τηρεί το επαγγελματικό του standard ή επειδή παραβιάζει τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης*» (Φουντεδάκη 2007). Ως «*ιατρικό standard*» χαρακτηρίζεται «*το σύνολο των προδιαγραφών ποιότητας και ασφάλειας, στις οποίες πρέπει να ανταποκρίνεται σε ορισμένη περίπτωση η παροχή των ιατρικών υπηρεσιών και προσδιορίζεται από τις αντικειμενικές περιστάσεις, από τα πορίσματα της επιστήμης και από την εμπειρία κατά το χρόνο διενέργειας της ιατρικής πράξης*» (Ομπέση 2005; Φουντεδάκη 2003). Στη συγκεκριμένη έννοια περικλείεται και η ιατρική ευθύνη, επομένως δικαιολογείται η απόδοση ευθυνών στους γιατρούς (Παναγιώτου 2015).

Η επόμενη έκθεση του Institute of Medicine, το 2001, “*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*” (IOM 2001), διεύρυνε τα όρια του ιατρικού λάθους και σε άλλες πτυχές, κυρίως στις δυσλειτουργίες των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας, καταλήγοντας στο συμπέρασμα, ότι εκεί οφείλονται τα περισσότερα ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά και δεν είναι συνέπεια της μη ορθής άσκησης του επαγγέλματός από τους γιατρούς, αντίληψη που υποστηρίζονταν παλαιότερα (Βοζίκης και συν 2012).

3.3 Κατηγοριοποίηση

Στη διεθνή βιβλιογραφία δεν συναντάμε μια καθολικά αποδεκτή ταξινόμηση των ιατρικών σφαλμάτων. Διαπιστώνουμε ότι υπάρχουν πολλοί τρόποι προκειμένου να κατηγοριοποιηθούν, καθώς περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα συμβάντων.

Με βάση το στάδιο της θεραπευτικής διαδικασίας (Leape et al 1991; Leape 1994; Πολλάλης, Βοζίκης και Ρήγα 2012:579; Βασιλακόπουλος και Λαμπρόπουλος 2022:415), διακρίνονται σε λάθη:

- στη θεραπεία, όπως λάθη ή παραλείψεις κατά τη διάρκεια μιας θεραπευτικής διαδικασίας ή μιας χειρουργικής επέμβασης, λάθη στη μέθοδο ή στη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, παρερμηνεία στην ιατρική συνταγή, μη ενδεδειγμένη θεραπευτική αγωγή, καθυστέρηση στην έναρξη της θεραπείας
- στη διάγνωση, όπως λανθασμένη ή ανεπαρκής ή καθυστερημένη διάγνωση, αδυναμία χρησιμοποίησης των ενδεδειγμένων εργαλείων διάγνωσης ή των αποτελεσμάτων του διαγνωστικού ελέγχου, χρησιμοποίηση ξεπερασμένων μεθόδων
- στην πρόληψη, όπως η παράλειψη επαναληπτικών ελέγχων
- άλλους παράγοντες, όπως λάθη κατά τη χρήση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού (π.χ. βλάβη στα ιατρικά μηχανήματα), δυσκολίες στην επικοινωνία, κίνδυνος ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων κ.ά.

Τα διαγνωστικά λάθη αποτελούν τα συνηθέστερα και συχνότερα λάθη, κυρίως στην παθολογία και στην επείγουσα ιατρική (Croskerry 2003) και παρά το ότι είναι πιο πιθανό να προληφθούν, είναι επίσης πιθανότερο να προξενήσουν βλάβη (Bhasale et al 1998).

Μια επιπλέον κατηγοριοποίηση προσπαθεί να εκφράσει το επίπεδο της βαρύτητας των πιθανών βλαβών, το οποίο κυμαίνεται από περιπτώσεις οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν ιατρικό λάθος έως την μόνιμη αναπηρία ή θάνατο ασθενούς (Πολλάλης, Βοζίκης και Ρήγα 2012:580).

3.4 Αίτια και εκλυτικοί παράγοντες

Τα ιατρικά λάθη μπορεί να αποδοθούν στο ιατρικό και λοιπό προσωπικό, στο σύστημα υγείας αλλά και στην αλληλεπίδραση των δύο παραγόντων (Γιαννοπούλου και Κορρές 2017:29).

Συγκεκριμένα, διακρίνουμε τα λάθη που αποδίδονται στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και έχουν άμεση συσχέτιση με την προσωπικότητα, τη συνείδηση και την επαγγελματική κατάρτιση που έχει καθένα από τα άτομα. Εκτός όμως από αυτά, υπάρχουν λάθη που αποδίδονται στο σύστημα υγείας και βρίσκονται σε άμεση σχέση με τους στόχους, το όραμα και τον τρόπο λειτουργίας του οργανισμού και ταυτόχρονα με το βαθμό εκπαίδευσης του ανθρώπινου δυναμικού. Τέλος, πρέπει να προσθέσουμε τα ιατρικά λάθη που αποδίδονται στην αλληλεπίδραση των δύο ανωτέρω παραγόντων και στις σχέσεις μεταξύ λειτουργών υγείας και ασθενούς (Βασιλακόπουλος και Λαμπρόπουλος 2022).

Παράλληλα, η έλλειψη επικοινωνίας ανάμεσα στους εργαζομένους ή ανάμεσα στους γιατρούς και στους ασθενείς, η εσφαλμένη διάγνωση, ο ακατάλληλος χειρισμός του ασθενή ενδέχεται να προκαλέσουν ιατρικό σφάλμα (Wu et al 1991; Κατσή και συν 2013; Makary and Daniel 2016). Ειδικότερα, όπως αναφέρεται στη μελέτη των Βασιλακόπουλος και Λαμπρόπουλος (2022), *«το 5-10% περίπου των ιατρικών σφαλμάτων οφείλονται σε ανεπαρκή επικοινωνία, το 40-45% σε λανθασμένη ιατρική διάγνωση και το 20-25% σε λανθασμένο χειρισμό»*. Είναι σαφές ότι οι σχέσεις μεταξύ λειτουργών υγείας και ασθενών πρέπει να βασίζονται στον σεβασμό και από τις δύο πλευρές, στην συνεργασία, με τελικό στόχο την ουσιαστική κατανόηση των αιτιών που οδήγησαν στην εκδήλωση της ασθένειας (Γιαννοπούλου και Κορρές 2017:29).

Να προσθέσουμε, ότι τα πιο συνηθισμένα σφάλματα αποτελούν οι παρενέργειες κατά τη φαρμακευτική αγωγή, οι τραυματισμοί-πτώσεις, τα εγκαύματα, οι κατακλίσεις, το χειρουργείο σε λάθος «σημείο» και η λανθασμένη ταυτοποίηση ασθενών (Μοιρασγεντή και συν 2018). Επιπλέον, ένα λάθος μπορεί να συμβεί πιο εύκολα σε έναν γιατρό με πιο μικρή εμπειρία, κυρίως όταν αναλαμβάνει πολύπλοκες περιπτώσεις ή είναι αρκετά πολυάσχολος. Επίσης, μπορεί να οδηγηθεί σε ιατρικό σφάλμα ο γιατρός που έχει υπερβολική αυτοπεποίθηση (Βασιλακόπουλος και Λαμπρόπουλος 2022).

Ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει σε ιατρικά σφάλματα είναι η δομή του συστήματος υγείας, η οποία ευνοεί τα λάθη, αφού ο ασθενής εξετάζεται από διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας, σε διάφορους χώρους υγειονομικής περίθαλψης και χωρίς πρόσβαση σε ολοκληρωμένο φάκελο του ασθενή (Μοιρασγεντή και συν 2018).

Επίσης, η κακή επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, που όπως αναφέρθηκε αποτελεί συνήθως αιτία σφαλμάτων, για την οποία ευθύνεται πρωτίστως, η διαφορετική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, έχει ως αποτέλεσμα να συμπεριφέρονται όχι ως ομάδα αλλά μεμονωμένα και με διαφορετικούς τρόπους (Μοιρασγεντή και συν 2018).

Στο σημείο αυτό να προσθέσουμε την ελλιπή εκπαίδευση στην πρόληψη και αποφυγή λαθών. Επιπλέον, η έλλειψη πληροφοριακών συστημάτων για τον εντοπισμό, την καταγραφή και την ανάλυσή των ιατρικών λαθών συντείνει στο να αποκρύπτονται, με συνέπεια να μην αποκτούν εμπειρία μέσα από τα λάθη ώστε να μην τα ξανακάνουν (Μοιρασγεντή και συν 2018).

Ενδιαφέροντα στοιχεία ερμηνεύει ο Reason (2000), ως προς την τάση του ατόμου για σφάλματα, καταγράφοντας την «προσωπική» και τη «συστημική» θεώρηση. Η πρώτη εστιάζει στο άτομο, θεωρώντας τα σφάλματα απόρροια της «ανθρώπινης φύσης του γιατρού», ενώ η δεύτερη προσέγγιση, επικεντρώνεται στις συνθήκες εργασίας, θεωρώντας τα σφάλματα αποτέλεσμα του συστήματος, επιχειρώντας να προσδιοριστούν και να αναπτυχθούν οι απαραίτητες τεχνικές και δράσεις, ώστε να αποτρέπονται τα σφάλματα ή να ελαττώνονται οι συνέπειες τους.

Σύμφωνα με τον ερευνητή, η «προσωπική» προσέγγιση δεν υποστηρίζεται πλέον, διότι ένα σφάλμα οφείλεται στην επίδραση πολλών παραγόντων. Δηλαδή, *«δεν υπάρχουν άνθρωποι που κάνουν λάθη αλλά συστήματα που πρέπει να είναι πιο ασφαλή»*, προσδιορίζοντας το σύστημα *«ως ένα σύνολο αλληλοεξαρτώμενων στοιχείων που αλληλεπιδρούν για την επίτευξη ενός κοινού στόχου. Τα στοιχεία αυτά μπορούν να αποτελούν τόσο οι άνθρωποι όσο και μη ανθρώπινοι παράγοντες (εξοπλισμός, τεχνολογιών, κ.λπ.)»* (Reason 2000).

Προφανώς, η αποτυχία ενός συστήματος πηγάζει στην επίδραση μεγάλου αριθμού ταυτόχρονων λαθών και συνοδεύεται από αλληλεπιδράσεις που δεν μπορούν να προβλεφθούν, δημιουργώντας μια αλυσίδα καταστάσεων στις οποίες τα λάθη εξελίσσονται και διογκώνονται. Δεν είναι εύκολο να εκτιμηθούν τα γεγονότα που κατευθύνουν το σύστημα στο να αποτύχει και να φτάσει σε λάθη, με αποτέλεσμα να εξετάζονται «τα λάθη εκ των υστέρων». Η «*εκ των υστέρων προκατάληψη*» υποδηλώνει ότι κατά τη στιγμή του ατυχήματος τα πράγματα που δεν ήταν κατανοητά ή ορατά παρουσιάζονται περισσότερο προβλέψιμα όταν έχουν ήδη συμβεί. Η συγκεκριμένη κατάσταση έχει σοβαρό αντίκτυπο και παραπλανεί, εμφανίζοντας ως γεγονός που προκάλεσε το λάθος έναν και μόνο παράγοντα, μη δίνοντας σημασία σε άλλους σημαντικούς παράγοντες. Έτσι ώστε, να καταλογίζουμε την ευθύνη για το σφάλμα σε ένα άτομο, μη μπορώντας να κατανοήσουμε επαρκώς τον λόγο που αυτό συνέβη (Reason 2000).

Σύμφωνα με τον Κουτελέκο (2013), τα λάθη, γνωστά ως «*μικρές τρύπες*», οφείλονται κυρίως σε μη σωστό προγραμματισμό και τρόπο λήψης αποφάσεων, στη μη τήρηση διαδικασιών, στους περιορισμένους πόρους, στην ελλιπή εκπαίδευση. Οι «*λανθάνουσες συνθήκες*» εάν ευθυγραμμιστούν είναι σαν να ανοίγει ένα παράθυρο για να γίνουν σφάλματα στον πάσχοντα. Επίσης, υποστηρίζεται από τον ερευνητή η άποψη, ότι η «*συστημική*» προσέγγιση έχει εκτιμηθεί λιγότερο από όσο θα έπρεπε.

Ακόμη, αρκετές είναι οι αναφορές στην κόπωση και στην υπνηλία ως παράγοντες που συμβάλλουν σε ιατρικά σφάλματα. Επιπλέον, η δυσφορία του προσωπικού έχει αποδειχθεί ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας στα αυτοαναφερόμενα μεγάλα ιατρικά και φαρμακευτικά λάθη (West et al 2009).

Η συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού και της πρόκλησης ιατρογενών, αναδύεται ως μια ακόμη κρίσιμη πτυχή του θέματος (Παππά, Αναγνωστόπουλος και Νιάκας 2008). Ο Garrouste-Orgeas και οι συνεργάτες του (2015), εξετάζοντας πιθανούς δεσμούς της επαγγελματικής εξουθένωσης, των συμπτωμάτων της κατάθλιψης με τον κίνδυνο ιατρικών λαθών στις ΜΕΘ, διαπίστωσαν υψηλή συχνότητα επιλεγμένων ιατρικών λαθών, από τα οποία τα περισσότερα δεν προκάλεσαν βλάβη στους ασθενείς. Ενώ η εξουθένωση δεν συσχετίστηκε με ιατρικά λάθη και ανεπιθύμητα συμβάντα σε ασθενείς της ΜΕΘ, συνδέθηκαν τα συμπτώματα κατάθλιψης (Garrouste-Orgeas et al 2015).

Σύμφωνα με τα όσα υποστηρίζει η Fahrenkopf και οι συνεργάτες (2008), δημιουργεί αμφιβολία αν οι εργαζόμενοι που έχουν εμφανίσει εξουθένωση απλώς αντιλαμβάνονται ότι κάνουν περισσότερα λάθη ή τα υπερεκτιμούν ή αυτοί που δεν έχουν επαγγελματική εξουθένωση υποτιμούν τα λάθη τους. Ομοίως, η σχέση μεταξύ ιατρικών λαθών και κατάθλιψης δεν έχει ποσοτικοποιηθεί συστηματικά (Fahrenkopf et al 2008).

3.5 Επιπτώσεις

Εκτός από τις επιπτώσεις τους όσον αφορά τη θνησιμότητα, τα ιατρικά σφάλματα επηρεάζουν τα άτομα, τις οικογένειες των πασχόντων και τους εργαζόμενους σε όλα τα επίπεδα, ενώ εξίσου σημαντικές είναι οι συνέπειες στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Παναγιώτου 2015) και κατ'έπекταση στην οικονομία και στο σύνολο της κοινωνίας (Ταραμπέ, Σταμουλόπουλος και Τσαγκαράκης 2006).

3.5.1. Απειλή για την ασφάλεια των ασθενών

Ο ΠΟΥ έχει δεσμευτεί για την ασφάλεια των ασθενών, εστιάζοντας το ενδιαφέρον των υπηρεσιών υγείας στον ασθενή, συνδράμοντας τους εργαζόμενους προκειμένου να εκτελούν με επιτυχία τα καθήκοντά τους.

Όπως προκύπτει από στοιχεία του ΠΟΥ, στις αναπτυγμένες χώρες 1 στους 10 ασθενείς έχει υποστεί βλάβη κατά την περίθαλψη του. Στις αναπτυσσόμενες χώρες ο αντίστοιχος αριθμός μπορεί να είναι είκοσι φορές μεγαλύτερος (Κουτελέκος 2013).

Στις ΗΠΑ, σύμφωνα με παλαιότερα στοιχεία και συγκεκριμένα την αναφορά του Αμερικανικού Ινστιτούτου Ιατρικής (IOM 1999) 44000 έως 98000 θάνατοι οφείλονταν σε λάθη ή ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορούσαν να προληφθούν (Shanafelt 2010; West 2009). Στην μελέτη του James (2013) αναπτύσσεται μια πιο ενημερωμένη εκτίμηση από όπου προκύπτει, ότι 210000 έως 400000 περίπου πάσχοντες το χρόνο αναζητώντας περίθαλψη στα νοσοκομεία εκτίθενται σε επικίνδυνες καταστάσεις οι οποίες μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί και που τελικά οδήγησαν σε θάνατο.

Στα στοιχεία που δημοσιεύτηκαν σε πιο πρόσφατη μελέτη των Makary and Daniel (2016), τα ιατρικά σφάλματα κατατάσσονται στις τρεις πιο συχνές αιτίες θανάτου μαζί με τις καρδιαγγειακές παθήσεις και τον καρκίνο. Όπως επισημαίνεται στον Βασιλακόπουλο και Λαμπρόπουλο (2022), από τα στοιχεία μελετών της περιόδου 2000-2008 διαπιστώθηκε ότι τα ιατρικά λάθη ευθύνονται για το 9,5% των θανάτων στις ΗΠΑ ετησίως.

Στην Ευρώπη, εκτιμάται ότι από τους ασθενείς που νοσηλεύονται 8% έως 12% έχει υποστεί κατά την παραμονή του κάποιο δυσμενή συμβάν, κατεξοχήν λόγω λανθασμένης φαρμακευτικής αγωγής, λοιμώξεων, χειρουργικών και διαγνωστικών λαθών και δυσλειτουργιών του ιατρικού εξοπλισμού (Κουτελέκος 2013:1). Σύμφωνα με στοιχεία του Ηνωμένου Βασιλείου καταγράφονται 20.000 με 30.000 θάνατοι ετησίως λόγω ιατρικών λαθών, σχεδόν οι ίδιοι με αυτούς στην Γερμανία (30.000) και μεγαλύτερος είναι ο αριθμός ανθρώπων που υποφέρει εξαιτίας επιπλοκών (Πολλάλης, Βοζίκης και Ρήγα 2012).

Στην Αυστραλία αξιολογείται ότι 18000 άνθρωποι πεθαίνουν ετησίως ως αποτέλεσμα ιατρικών λαθών και σε περισσότερους των 50000 προκύπτει βαριά αναπηρία. Στη Νέα Ζηλανδία υπολογίζεται ότι το 2006 ήλθαν αντιμέτωποι με ιατρικά σφάλματα πάνω από 50.000 ασθενείς (Παναγιώτου 2015).

Και στη χώρα μας διαπιστώνονται ιατρικά σφάλματα με δυσμενή αποτελέσματα. Σύμφωνα με έρευνα του Ευρωβαρόμετρου (δεδομένα 2006), ποσοστό 13% αναφέρει ότι έχει υποστεί ιατρικό λάθος όταν αναζήτησε ιατρική φροντίδα σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα (EC 2006), ενώ το 70% ανησυχεί ότι είναι πιθανό να υποστεί και θεωρεί ότι οι αρμόδιοι φορείς για να απευθυνθεί είναι πολύ λίγοι και ότι δεν μπορούν να παρέμβουν ουσιαστικά (Βασιλακόπουλος και Λαμπρόπουλος 2022).

Η Κατσή και οι συνεργάτες (2013), υποστηρίζουν ότι ο ακριβής προσδιορισμός και η αποτύπωση της πραγματικών επιπτώσεων του ιατρικού σφάλματος καθίσταται δύσκολος, αφενός λόγω του ότι μεγάλος αριθμός ιατρικών σφαλμάτων αποκρύπτεται και αφετέρου από την έλλειψη σαφούς ορισμού.

Επιπλέον, τα ιατρικά λάθη είναι δύσκολο να μελετηθούν με λεπτομέρεια, δεδομένης της έλλειψης ενός κεντρικά οργανωμένου συστήματος ανίχνευσης και καταγραφής. Τονίζεται, ότι μόνο ένας μικρός αριθμός των ιατρικών λαθών

δημοσιοποιούνται αφού οι περισσότερες περιπτώσεις τακτοποιούνται με εξωδικαστικό τρόπο (π.χ. ασφαλιστήριο συμβόλαιο, νοσοκομεία) (Αδαμακίδου και Τσαντίδου 2018:152).

Μια εικόνα του φαινομένου δίνουν τα στοιχεία που προκύπτουν, κυρίως από τις πραγματοποιηθείσες μελέτες. Σε πανελλήνια κλίμακα, παρατηρείται αύξηση των μηνύσεων και των αγωγών κατά των ιατρών, ενώ τα τελευταία χρόνια πολύ συχνά γίνεται αναφορά στην «ιατρική ευθύνη». Εκφράζεται η αντίληψη ότι το ποσοστό των σφαλμάτων και των δυσμενών συμβάντων είναι πιο μεγάλο εξαιτίας της έλλειψης προθυμίας των επαγγελματιών υγείας να τα ομολογήσει και να τα δηλώσει και λόγω του φόβου των κυρώσεων (Βασιλακόπουλος και Λαμπρόπουλος 2022).

3.5.2 Οικονομικές-κοινωνικές

Γίνεται εύκολα αντιληπτό, ότι τα ιατρικά λάθη έχουν σημαντικό οικονομικό αντίκτυπο στους ασθενείς που τα έχουν υποστεί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους και στους οικείους τους, αλλά και στους ιατρούς, στα ασφαλιστικά ταμεία, στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνουν την ήδη βεβαρυσμένη λειτουργία του συστήματος υγείας και να επιβαρύνουν την οικονομία και το σύνολο της κοινωνίας (Ταραμπέ, Σταμουλόπουλος και Τσαγκαράκης 2006).

Παράγοντες που επιφέρουν οικονομικό κόστος αποτελούν η μεγαλύτερη σε διάρκεια νοσηλεία, οι συνεχείς επισκέψεις σε γιατρούς, η συνταγογράφηση φαρμάκων, οι υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας υγείας, η αγορά ιατρικού εξοπλισμού, αναλωσίμων και τεχνητών μελών, οι φυσικοθεραπείες και οι ιατρικές υπηρεσίες αποκατάστασης, οι μηνύσεις και οι αγωγές που αφορούν σε αποζημιώσεις για πρόκληση ζημιάς, ψυχική οδύνη, διαφυγόντα κέρδη κ.ά. Οι αποζημιώσεις που επιδικάζονται, επιβαρύνουν τα νοσοκομεία, τις ασφαλιστικές εταιρείες και τον μεμονωμένο ιατρό.

Ο ασθενής που θα υποστεί κάποια βλάβη, λόγω ιατρικού λάθους ή ανεπιθύμητου συμβάντος, είναι ο πρώτος που θίγεται, ο οποίος καταρχάς θα αναγκαστεί να νοσηλευτεί περισσότερο χρόνο, με αποτέλεσμα την απουσία από την εργασία του και την αύξηση των εξόδων του. Στις περιπτώσεις που οι συνέπειες του ιατρικού σφάλματος στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς μπορεί να αποβούν από επίπονες έως ιδιαίτερα

σοβαρές, ιδίως όταν επιφέρουν προσωρινή ή μόνιμη αναπηρία, εκτός από μεγάλη ψυχολογική επιβάρυνση στον πάσχοντα έχουν και οικονομική, λόγω της απώλειας του εισοδήματος του από την εργασία. Αυτό, συνεπάγεται και για τους οικείους του απώλεια χρόνου και εισοδήματος, αφού αναγκάζονται να απουσιάσουν από την εργασία τους προκειμένου να τον φροντίζουν (Ταραμπέ, Σταμουλόπουλος και Τσαγκαράκης 2006).

Στην περίπτωση που προκύψει μόνιμη αναπηρία, μια πηγή εσόδων για τον ασθενή αποτελεί ένα προνοιακό επίδομα (Kirby 2014) ή η σύνταξη αναπηρίας λόγω της αποχώρησης από την εργασία, που με τη σειρά τους επιβαρύνουν το ασφαλιστικό σύστημα (Ταραμπέ, Σταμουλόπουλος και Τσαγκαράκης 2006).

Τέλος, γίνεται αντιληπτό, ότι το κόστος που συνδέεται με τα ιατρικά λάθη είναι πιο υψηλό, εάν αναλογιστούμε τον μεγάλο αριθμό των λαθών των επαγγελματιών υγείας που δεν αναφέρονται.

3.5.3 Ψυχικές

Εκτός από την επίδραση στους ασθενείς, μελέτες υποδεικνύουν ότι τα ιατρικά λάθη μπορεί να έχουν σημαντικό συναισθηματικό αντίκτυπο στους γιατρούς που μπορεί να διαρκέσουν για χρόνια μετά το σφάλμα, ώστε να θεωρούνται οι γιατροί το «κρυφό θύμα» (“second victim”) ιατρικών λαθών (Wu 2000).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ και τον Καναδά σε 3.171 γιατρούς (παθολόγους, γενικούς ιατρούς παιδιάτρους και χειρουργούς), υψηλό ποσοστό ανέφερε ότι ύστερα από ένα ιατρικό σφάλμα αισθάνεται αυξημένο άγχος ότι θα διαπράξει ένα ακόμα σφάλμα στο μέλλον, δεν νιώθει αυτοπεποίθηση, δυσκολεύεται στον ύπνο, δεν εισπράττει εργασιακή ικανοποίηση και επίσης αναγνώρισε ότι προκλήθηκε ζημιά στο “καλό όνομά” που είχε. Επιπλέον, το άγχος τους μεγάλωνε όσο πιο επιβλαβές ήταν το σφάλμα, ενώ στρες ανέφεραν και αυτοί που συμμετείχαν σε κάποιο παραλίγο σφάλμα (Waterman et al 2007).

Οι γιατροί σε γενικές γραμμές εάν διαπράξουν ένα ιατρικό σφάλμα, γεμίζουν από άγχος, αίσθημα ενοχής, ντροπής και απογοήτευσης (Sirriyeh et al 2010) και αισθάνονται θυμωμένοι με τον εαυτό τους. Επιπλέον, χάνουν την αυτοεκτίμησή τους και την επιστημονική τους αυτοπεποίθηση, ενώ ίσως γίνει η αιτία να σταματήσουν την

επαγγελματική τους εξέλιξη. Η συναισθηματική αυτή φόρτιση τους δυσκολεύει να αποκαλύψουν το λάθος που έχουν κάνει στους ασθενείς και στους συναδέλφους τους. Ο επαγγελματικός στιγματισμός και ο φόβος των κυρώσεων είναι τα πιο πιθανά αίτια της απροθυμίας των επαγγελματιών υγείας να ομολογήσει τα ιατρικά σφάλματα (Κατσή και συν 2013; Βασιλακόπουλος και Λαμπρόπουλος 2022).

Η πιθανότητα αποκάλυψης σφαλμάτων στους ασθενείς μπορεί επίσης να διαφέρει ανάλογα με την ειδικότητα, με ορισμένες μελέτες να υποδηλώνουν ότι οι χειρουργοί είναι λιγότερο πιθανό να αποκαλύψουν σφάλματα σε σχέση με γιατρούς σε άλλους κλάδους (Shanafelt et al 2010).

Καταλήγοντας, καθώς τα ιατρικά λάθη και τα δυσμενή περιστατικά έχουν σημαντικό αντίκτυπο στους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης με δυσάρεστες ψυχικές, ηθικές και υλικές επιπτώσεις, επιδρώντας αρνητικά στην ευημερία τους στην εργασία και έχοντας αρνητικές συνέπειες στο επίπεδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι υπεύθυνοι διοίκησης των νοσοκομείων οφείλουν να συμπεριφέρονται στους εμπλεκόμενους σε σφάλματα ως το «δεύτερο θύμα» μετά τον ασθενή και να τους παρέχουν στήριξη (Elwahab and Doherty 2014).

3.6 Μέτρα πρόληψης

Διακρίνονται σε παρεμβάσεις σε «κλινικό» και σε «οργανωτικό» επίπεδο (Αδαμακίδου και Τσαντίδου 2018:153-157).

Στη πρώτη κατηγορία συμπεριλαμβάνονται μέτρα που σχετίζονται άμεσα με το άτομο μέσα στο περιβάλλον του οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας. Αναφέρονται στην καλύτερη επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων, στην αποκάλυψη των ιατρικών σφαλμάτων και στην ενεργητική συμμετοχή των ασθενών (Αδαμακίδου και Τσαντίδου 2018:153).

Εκτιμάται ότι τα μισά από τα ανεπιθύμητα συμβάντα σχετίζονται με διεργασίες που διεξάγονται στο χειρουργείο, εξαιτίας της κακής επικοινωνίας μεταξύ των μελών των ομάδων και της μη επιτυχούς οργάνωσης των διαδικασιών. Ιδιαίτερα αποτελεσματικά

μέτρα για την αντιμετώπιση τους, είναι οι ομαδικές συναντήσεις, οι ανασκοπήσεις διαδικασιών «πριν και μετά» την επέμβαση (ενημέρωση και απολογισμός) και η εφαρμογή λιστών ελέγχου (Αδαμακίδου και Τσαντίδου 2018:153).

Η “Joint Commission International” (JCI), το 2003, ανέπτυξε ένα διεθνές πρωτόκολλο για να αποτρέψει τη «λάθος πλευρά», τη «λανθασμένη διαδικασία» και το «λάθος ασθενή» στη χειρουργική επέμβαση, το οποίο έκτοτε εφαρμόζεται σε αρκετά νοσηλευτικά ιδρύματα. Επίσης, ευρείας εφαρμογής είναι η λίστα ελέγχου “Surgical Safety Checklist” (WHO 2008) και η “SURgical PATient Safety System”(WHO 2009) του ΠΟΥ.

Ο ΠΟΥ ακολουθώντας τις συστάσεις της JCI προωθεί τους Διεθνείς Στόχους Ασφάλειας Ασθενών (International Patient Safety Goals - IPSGs), τους οποίους καλούνται να επιτύχουν τα δημόσια νοσοκομεία και στη χώρα μας (<https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>). Οι Διεθνείς Στόχοι Ασφάλειας Ασθενών αναπτύχθηκαν το 2006 από τη JCI, οι οποίοι είναι: η ορθή ταυτοποίηση του ασθενούς, η ελαχιστοποίηση του κινδύνου πρόκλησης πτώσης για τον ασθενή, η ασφαλής χορήγηση φαρμάκων υψηλού κινδύνου, η εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη των νοσοκομειακών λοιμώξεων και για την μείωση του κινδύνου εκδήλωσης τους, η αποτελεσματική και ασφαλής επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών και η διασφάλιση ασφαλούς χειρουργικής επέμβασης (<https://odipy.gov.gr/diethneis-stochoi-gia-tin-asfaleia-ton-asthenon/>).

Στην περίπτωση της αυτό-αναφοράς ιατρικών σφαλμάτων οι βασικές δυσκολίες εντοπίζονται στην απροθυμία για αναφορά των λαθών, στην ανησυχία δικαστικής προσφυγής και των επακόλουθων αυτής, στην «τιμωρητική» αντίληψη, στην έλλειψη αλλαγών μετά την αναφορά, αλλά και στην έλλειψη επαρκών συστημάτων καταγραφής-αναφοράς (Garrouste-Orgeas et al 2012).

Η αποκάλυψη ιατρικών λαθών στον ασθενή αποτελεί μια διαφορετική πτυχή του θέματος. Συστήνεται ως μια πλευρά της παροχής πληροφοριών στον ασθενή και στους οικείους του, αλλά είναι επίσης ηθική ευθύνη των επαγγελματιών υγείας να εξηγήσουν στον ασθενή με σαφήνεια και με ειλικρίνεια την κατάσταση της υγείας του, προκειμένου να αποφασίσει ο ίδιος σχετικά (Kalra, Kalra and Baniak 2013). Επιπλέον, μέσα από την

αποκάλυψη οι επαγγελματίες υγείας μαθαίνουν από το λάθος, ώστε να αποτραπεί η επανάληψη (Kirby 2014).

Σε γενικές γραμμές, η δήλωση των ιατρικών λαθών έχει θετική συσχέτιση με την «κουλτούρα ασφάλειας». Η καλλιέργεια της από τους οργανισμούς μεγαλώνει την αξιοπιστία τους (Αδαμακίδου και Τσαντίδου 2018:155-157).

Επιπλέον, έχει αυξηθεί σημαντικά το ενδιαφέρον για τη μάθηση από τις εμπειρίες των ασθενών (Garrouste-Orgeas et al 2012). Η δράση "Patients for Patient Safety" (PFPS) του ΠΟΥ στοχεύει στο να συμμετέχουν ενεργά οι ίδιοι οι ασθενείς στις ενέργειες για την προαγωγή της ασφάλειας στη φροντίδα υγείας (WHO 2005b). Το πρόγραμμα εμπλέκει τους ασθενείς, τους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας και τους υπεύθυνους φορείς, επιτρέποντας στους ασθενείς να συμμετέχουν ισότιμα, τοποθετώντας τον άνθρωπο στο επίκεντρο (Αδαμακίδου και Τσαντίδου 2018:155).

Η δεύτερη κατηγορία μέτρων για την αντιμετώπιση των ιατρικών λαθών περιλαμβάνει ενέργειες σχετικές με την οργάνωση και τη διοίκηση ενός οργανισμού για τη δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος (Αδαμακίδου και Τσαντίδου 2018:153). Οι παρεμβάσεις βασίζονται κυρίως στον εντοπισμό, στην τεκμηρίωση, στην κατανόηση και στην αποτύπωση των παραγόντων που πηγάζουν τα σφάλματα (Garrouste-Orgeas et al 2012).

Να επισημάνουμε, ότι η αποφυγή των ιατρικών λαθών, θα επιτύχει εάν αλλάξει ο τρόπος αντιμετώπιση τους. Προφανώς σε «τιμωρητικές» συνθήκες τα ανεπιθύμητα περιστατικά δεν αναφέρονται, με αποτέλεσμα οι εργαζόμενοι να μην μαθαίνουν από αυτά με συνέπεια να μην προάγεται η ασφάλεια (Αδαμακίδου και Τσαντίδου 2018:156).

Επίσης, η σωστή διαχείρισή των διαθέσιμων πόρων, έμψυχων και υλικών, μπορεί να αποτρέψει την επαγγελματική εξουθένωση, να ευαισθητοποιήσει περισσότερο τους εργαζόμενους στο θέμα της ασφάλειας των ασθενών, και κατά συνέπεια να μειώσει τις πιθανότητες του ιατρογενούς λάθους. Τέτοιες παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τις λίστες ελέγχου, την αναλογία προσωπικού προς ασθενείς, τους χρόνους διαλείμματος, οι οποίες έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές αλλά τα ποσοστά εφαρμογής τους παραμένουν χαμηλά. Επιπλέον, η δέσμευση της ηγεσίας διαφαίνεται να επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό

την αφοσίωση του προσωπικού για την ασφάλεια των ασθενών (Αδαμακίδου και Τσαντίδου 2018:153-157).

Ιδιαίτερα αποτελεσματική εκτιμάται ότι είναι η εκπαίδευση των εργαζομένων σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών (Αδαμακίδου και Τσαντίδου 2018:157). Στα νοσοκομεία που παρέχεται εκπαίδευση διαφαίνεται μεγαλύτερη ατομική πρόθεση για αποκάλυψη γεγονότων χωρίς φόβο τιμωρίας όσο και ύπαρξη ατμόσφαιρας κατανόησης και εμπιστοσύνης που προωθεί την αποκάλυψη ανεπιθύμητων γεγονότων. Στην σχετικά έρευνα του Garrouste-Orgeas (2015:280), η ατομική εκπαίδευση στους νεότερους εκπαιδευόμενους ιατρούς από έναν ανώτερο ιατρό κατά τη διάρκεια των εφημεριών, των νυχτερινών και των καθηκόντων τα Σαββατοκύριακα συσχετίστηκε με λιγότερα ιατρικά λάθη κατά τη διάρκεια των εργάσιμων ημερών και η επίβλεψη ήταν αναγκαία για τη βελτίωση της ανθρώπινης απόδοσης.

Ακόμα μια πρακτική αποτελεί η «άμεση παρατήρηση» των ασθενών από εργαζόμενους γιατρούς, νοσηλευτές κ.ά. (Kopp et al 2006). Η μέθοδος αυτή είναι χρήσιμη για τον εντοπισμό σφαλμάτων από παράλειψη, όπως σφάλματα φαρμακευτικής αγωγής. Όμως, διαπιστώνεται σημαντική διαφορά μεταξύ των αναφερόμενων σφαλμάτων από τους ίδιους τους ασθενείς και αυτών που εντοπίστηκαν από τους παρατηρητές. Στη σχετική έρευνα των Garrouste-Orgeas και συνεργατών (2012) προκύπτουν 7,45 αυτοαναφερόμενα σφάλματα στην φαρμακευτική αγωγή στις 1.000 μέρες εισαγωγής ενώ οι παρατηρητές ανέφεραν 560 στο ίδιο διάστημα.

Στις παραδοσιακές προσπάθειες να ποσοτικοποιηθούν τα δυσμενή συμβάντα περιλαμβάνεται και ο έλεγχος αναδρομικά ιατρικών φακέλων νοσηλευόμενων ασθενών (Βοζίκης και συν 2012), οι οποίες μπορούν να παράσχουν ωφέλιμα δεδομένα,, κυρίως αν οι ιατρικοί φάκελοι είναι ηλεκτρονικοί, δεν είναι ελλιπείς και ασαφείς.

Η "National Patient Safety Agency" (2009) προτείνει ως μέτρο για την πρόληψη των ιατρικών λαθών την αξιολόγηση του κινδύνου (risk assessment). Η διαδικασία αυτή επιτρέπει στους οργανισμούς να κατανοήσουν το μέγεθος των κινδύνων οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν την ασφάλεια των ασθενών, την ικανότητα του οργανισμού να τους ελέγξει, την πιθανότητα να πραγματοποιηθούν και τις ενδεχόμενες συνέπειές τους, ώστε να συνυπολογίζονται κατά τη λήψη αποφάσεων (Αδαμακίδου και Τσαντίδου 2018:157).

Στην Ελλάδα, μέσω του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Νόμος 3418/2005) υπάρχει το ισχύον νομικό πλαίσιο, εντός του οποίου ασκείται το ιατρικό επάγγελμα, έτσι που οι γιατροί να διαχειρίζονται τον ασθενή με ασφάλεια και να ενεργούν πάντα σύμφωνα με τους κανόνες της διεθνούς ιατρικής κοινότητας. Μεταξύ άλλων, ενθαρρύνει την εφαρμογή των γενικά αποδεκτών διαγνωστικών και θεραπευτικών κανόνων και πρακτικών, την συνεργασία με τους συναδέλφους με σκοπό το όφελος των ασθενών και τη μη πρόκληση βλάβης. Οι γιατροί έχουν ηθική ευθύνη να εξηγήσουν στον ασθενή με σαφήνεια και με ειλικρίνεια σχετικά με την κατάσταση της υγείας του, για τις προτεινόμενες ιατρικές πράξεις και μεθόδους ως προς την διάγνωση και την θεραπεία, για την αποτελεσματικότητά τους, καθώς και για τις ενδεχόμενες παρενέργειες και επιπλοκές ώστε ο ασθενής να έχει «πλήρη εικόνα» της κατάστασής και να προχωρούν στην ιατρική πράξη μόνο εφόσον λάβουν την συγκατάθεση του, κατόπιν της πλήρους σχετικής ενημέρωσής του. Επίσης, προβλέπονται κυρώσεις για τις παραβάσεις των διατάξεων του (<https://www.lawspot.gr/nomikes-plirofories/nomothesia/nomos-3418-2005>).

3.6.1 «Θεραπεία» του ιατρικού λάθους

Γίνεται αντιληπτό ότι, το ζήτημα της αξιολόγησης των παραγόντων κινδύνου για ιατρικά λάθη και των προκλήσεων που ανακύπτουν από την ανάπτυξη στρατηγικών βελτίωσης, αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό θέμα. Αφορά τους απλούς πολίτες, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, την πολιτική ηγεσία, τον νομικό κόσμο και στερεότυπα (Βασιλακόπουλος και Λαμπρόπουλος 2022; Garrouste-Orgeas 2015).

Είναι αναγκαία η υποστήριξη όλου του κοινωνικού συνόλου, όπως σε κάθε πρόγραμμα που αγγίζει κοινωνικά ευαίσθητα θέματα. Ακόμα και το πιο καλά οργανωμένο και προετοιμασμένο σύστημα, με τις καλύτερες συνθήκες, μπορεί να αποτύχει αν δεν έχει την υποστήριξη των εμπλεκόμενων μελών (Βοζίκης και συν 2012).

Προκειμένου λοιπόν, να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα οι παρεμβάσεις θα πρέπει να είναι προσανατολισμένες:

- στην κατανόηση από την πλευρά των πολιτών της ιδιαιτερότητας του εν λόγω ζητήματος και ότι παρ' όλη την πρόοδο, είναι αδύνατο να εκλείψει,

- στον νομικό κόσμο της χώρας, να μην το αντιμετωπίζει περιστασιακά, προσβλέποντας σε επαγγελματικά και οικονομικά οφέλη,
- στους γιατρούς και στους νοσηλευτές, οι οποίοι είναι στο κέντρο του προβλήματος, κάνοντας αυστηρή αυτοκριτική, να λάβουν δύσκολες αποφάσεις όσον αφορά την εκπαίδευση, τον αυτοέλεγχο και την ομολογία του λάθους,
- στην πολιτεία, η οποία φέρει μεγάλη ευθύνη, καθώς πολλά από τα λάθη οφείλονται στην υποστελέχωση σε προσωπικό που σχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση, στις ελλείψεις στον εξοπλισμό και στα κίνητρα για έρευνα κ.ά. (Βασιλακόπουλος και Λαμπρόπουλος 2022).

Συνοψίζοντας, είναι σημαντικό να ξεκινήσουν συζητήσεις μεταξύ των αρμόδιων φορέων για την υγεία των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, στοχεύοντας σε παρεμβάσεις σχετικές με τον περιορισμό των ιατρογενών λαθών και των ανεπιθύμητων περιστατικών. (Βοζίκης και συν 2012). Απαιτεί συνδυασμένες αλλαγές στην οργάνωση των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας και στη συμπεριφορά των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Η υποστήριξη της ηγεσίας του νοσοκομείου αποτελεί ισχυρό μέσο για τη δημιουργία κλίματος ασφάλειας για τους ασθενείς. Βεβαίως, ο εντοπισμός των ιατρικών σφαλμάτων και των ανεπιθύμητων συμβάντων χρειάζεται αποτελεσματικά συστήματα αναφοράς. Όπως επισημαίνει η Kalra και οι συνεργάτες «ένα εθνικό σύστημα αναφοράς είναι ο καλύτερος τρόπος για την καταγραφή των λαθών σε εθνικό επίπεδο και τη διάδοση της γνώσης και της εμπειρίας για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή τους και μάθηση από αυτά» (Kalra, Kalra and Baniak 2013).

Στη χώρα μας, κρίνεται απαραίτητο να υιοθετηθεί και να εφαρμοστεί η συστημική προσέγγιση για την αντιμετώπιση του ιατρικού λάθους, μια και η αντίληψη που επικρατεί δεν τα προλαμβάνει, αφού κυρίως ασχολείται με την επίρριψη ευθυνών στο άτομο, χωρίς να εμβαθύνει στα αίτια του ιατρικού λάθους. Ακολούθως, μπορεί να συμβάλλει στην εξοικονόμηση οικονομικών πόρων που το σύστημα υγείας και η οικονομία της χώρας μας έχουν ανάγκη, αλλά κυρίως να πετύχει μείωση των θανάτων που οφείλονται σε ιατρογενή σφάλματα (Τσαντίδου και Αδαμακίδου 2018).

Κεφάλαιο 4

Η ασφάλεια των ασθενών

4.1. Υγεία - Ασθένεια

Στον ορισμό που διατυπώθηκε από τον ΠΟΥ «Υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας» (WHO 1946). Είναι το υπέρτατο αγαθό για τον άνθρωπο και η βάση για την ευημερία της κοινωνίας γενικότερα (Θανάσας και Χαραλάμπους 2016:158).

Η υγεία, όπως και η ασθένεια, σύμφωνα με τις κοινωνικές επιστήμες, είναι φαινόμενο πολυδιάστατο που επηρεάζεται, εκτός από γενετικούς παράγοντες, από έναν ιδιαίτερα μεγάλο αριθμό παραγόντων, ιδίως από εκείνους που σχετίζονται με τις συνθήκες που επικρατούν σε κάθε κοινωνία. Κάθε κοινωνία χαρακτηρίζεται από ασθένειες και ανάλογα με τις αξίες, τα ήθη και την κουλτούρα της τους προσδίδει και ένα διαφορετικό νόημα (Βενιού και συν 2016:107).

Σε αυτό το πλαίσιο, η υγεία ταυτίζεται με την «κοινωνική και οικονομική πρόοδο μιας χώρας και αποτελεί ένα από τα βασικά δικαιώματα κάθε πολίτη». Ως κοινωνικό δικαίωμα εκφράζεται κυρίως μέσα από το δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη (WHO 1983 αναφ. Πιερράκος 2008:13). Κάποιοι ακόμα παράγοντες που επιδρούν στην υγεία ενός πληθυσμού σχετίζονται άμεσα με τις αντιλήψεις του πληθυσμού για την υγεία του και τον αντίστοιχο τρόπο ζωής που ακολουθεί (Πιερράκος 2013:15-16).

Ωστόσο, η προστασία της υγείας και η εξουδετέρωση των ασθενειών ήταν πάντοτε στο επίκεντρο της ανθρώπινης δραστηριότητας. Οι υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνουν ένα σύνολο ενεργειών και δράσεων, στοχεύοντας στη «θεραπεία» της ασθένειας καθώς και στην «πρόληψη», συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών φροντίδας, με σεβασμό στην αξιοπρέπειά των ασθενών (Μπιτσώρη και Μπαλάσκα 2016:115), οι οποίες επιτελούνται στο πλαίσιο ενός οργανωμένου συστήματος, που ονομάζεται «Σύστημα Υγείας» (ΣΥ) (Τούντας 2020).

Τα συστήματα υγείας διαμορφώνονται μέσα σε συγκεκριμένα ιστορικά, κοινωνικά, οικονομικά και πολιτισμικά πλαίσια και εξελίσσονται και αλλάζουν ανάλογα με τις επιλογές της πολιτικής εξουσίας, καθώς και με την επίδραση των επιστημονικών και τεχνολογικών επιτευγμάτων και των κοινωνικών διεργασιών, εξασφαλίζοντας την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των πληθυσμών όλων των κοινωνιών (Τούντας 2020:1; Μπιτσώρη και Μπαλάσκα 2016:115).

Το σύστημα υγείας είναι σημαντικό να είναι πάντα προσβάσιμο και διαθέσιμο σε όλους τους πολίτες, χωρίς διακρίσεις, ώστε να μπορούν να επιλέγουν ελεύθερα τη φροντίδα και τη θεραπεία που χρειάζονται και με τη μικρότερη αναμονή. Ο Σαρρής (2001) αναφέρει *«η κατανομή των πόρων για την υγεία οφείλει να είναι ισομερής και η φροντίδα για την υγεία να είναι προσιτή σε όλους»*. Ένα ακόμη σημαντικό στοιχείο του συστήματος υγείας, αποτελεί η «εξασφάλιση της συνέχειας», δηλαδή η παρακολούθηση του πληθυσμού «πριν και μετά από την ασθένεια» και όχι μόνο κατά την διάρκεια της (Γεωργακόπουλος 2020).

Η Διακήρυξη της Alma Ata (1978) και ο χάρτης της Ottawa (1986) αποτέλεσαν μια μεγάλη αλλαγή στη φιλοσοφία για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και στην αντίληψη της διεθνούς κοινότητας για τις παραμέτρους της υγείας, εστιάζοντας στην Προαγωγή της Υγείας και κάνοντας λόγο για την «νέα δημόσια υγεία» (Πιερράκος 2008:15).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το νέο πλαίσιο της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, *«βασίζεται σε πρακτικές, σε επιστημονικές και σε κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες που είναι προσιτές σε όλους»*. Στη νέα αντίληψη, η υγεία θεωρείται ως ο στόχος ανάπτυξης και η πολιτική δέσμευση για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού (Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων 2007; Πιερράκος 2013:24).

Όπως γίνεται αντιληπτό, οι ανάγκες της υγείας δεν μπορούν να καλυφθούν μόνο από το σύστημα ιατρικής περίθαλψης, το οποίο αναγνωρίζεται ότι έχει έναν από τους πιο σημαντικούς ρόλους που επιδρούν στο επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού. Κρίσιμος παράγοντας αναδεικνύεται η αρμονική συνύπαρξη του ατόμου με το οικολογικό του περιβάλλον (Πιερράκος 2008:13).

4.2 Η ποιότητα στο χώρο της υγείας

4.2.1 Έννοια

Η έννοια της «ποιότητας» είναι ιδιαίτερα σύνθετη στον τομέα της υγείας. Ορίζεται από το Institute of Medicine των ΗΠΑ (IOM 1990), «*ως ο βαθμός στον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, σε άτομα και πληθυσμούς, αυξάνουν την πιθανότητα της επίτευξης των επιθυμητών θετικών αποτελεσμάτων για τους πάσχοντες και παρέχονται με βάση την τρέχουσα επιστημονική γνώση*» (αναφ. Πετρίδης, Λαβράνος και Ραφτόπουλος 2013).

Βάσει του Department of Health, UK (2003), «*ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται, με το σωστό τρόπο, στον κατάλληλο χρόνο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα*» (αναφ. Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012:482).

Η κύρια διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και άλλων υπηρεσιών είναι ότι βασίζονται στις ανάγκες των ασθενών και όχι στις επιθυμίες των πελατών (Σαρρής 2001:289). «*Προσπάθειες για μηδενικό ελάττωμα ή καμία απόκλιση στο χώρο της υγείας σημαίνουν βελτίωση ή εξάλειψη της "κακής" πρακτικής και ενθάρρυνση της "καλής" πρακτικής*» (Τούντας 2003:532).

Η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αντιλαμβάνεται διαφορετικά από τους «άμεσα ενδιαφερόμενους (εσωτερικοί, εξωτερικοί "πελάτες")» (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012:482). Οι ασθενείς οι οποίοι, λαμβάνουν τις υπηρεσίες, συσχετίζουν την ποιότητα κυρίως με τα κλινικά αποτελέσματα, με την κατανόηση και τις δεξιότητες επικοινωνίας από τους επαγγελματίες υγείας, με την προσβασιμότητα και με τον χρόνο αναμονής. Οι εργαζόμενοι, που προσφέρουν τις υπηρεσίες υγείας (ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, τεχνολόγοι) την ορίζουν κυρίως από την πλευρά της μεγιστοποίησης της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας. Η διοικητική υπηρεσία, την ορίζει από την πλευρά της σωστής χρήσης των λιγοστών πόρων (έμψυχων και υλικών) και της επιλογής των καταλληλότερων διαδικασιών, ενώ οι διευθυντές υγειονομικής περίθαλψης την ερμηνεύουν με στοιχεία που σχετίζονται με την ποιότητα και την οικονομική απόδοση

(δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, έρευνες μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενή, χρηματοοικονομικούς δείκτες) (Naoum et al 2021:1029).

Βάσει των παραπάνω, «η ποιότητα στην υγεία είναι ταυτόσημη με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή απαραίτητων και αποτελεσματικών υπηρεσιών, καθώς και με τον έλεγχο των ωφελειών και του κόστους που προκύπτουν από αυτές», όπως αναφέρουν οι Μπαλάσκα και Μπιτσιώρη (2015:109).

Πρώτος ο Avedis Donabedian επικεντρώθηκε στη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Καταγράφοντας παλαιότερες προσπάθειες, ανέπτυξε το πλαίσιο διασφάλισης ποιότητας στο τρίπτυχο «σωστές δομές», «καλές διαδικασίες» «κατάλληλα αποτελέσματα». Ο ερευνητής υποστηρίζει ότι, η υγεία και ως εκ τούτου η ασφάλεια του ασθενούς, μπορεί να επηρεαστεί από τις «δομές» του οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά τη «διαδικασία» και το «αποτέλεσμα» του ασθενούς (Donabedian 1988).

Η ανάγκη για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας όχι μόνο διαπιστώθηκε, αλλά επιταχύνθηκε μέσω της ανάπτυξης προγραμμάτων βελτίωσης της (Xesfingi et al 2016:94) από ομάδα επιστημόνων, γνωστοί ως «οι γκουρού της ποιότητας», στα οποία στράφηκαν οι ηγέτες των υπηρεσιών υγείας.

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) αποτελεί μια οργανωσιακή προσέγγιση με αρχές, πρακτικές και τεχνικές που αφορούν στη διαρκή βελτίωση της ποιότητας, στην ομαδική εργασία και στην ικανοποίηση των χρηστών (Πιερράκος 2008).

Η «κλινική διακυβέρνηση», ως μια οργανωσιακή θεώρηση για τη διασφάλιση και τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των αποτελεσμάτων των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας, σε ένα περιβάλλον όπου όλοι οι εργαζόμενοι συμμετέχουν στις διαδικασίες και είναι υπόλογοι για την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, γίνεται ολοένα και πιο αποδεκτό ως ένα αποτελεσματικό και σύγχρονο σύστημα διακυβέρνησης των οργανισμών υγείας (Καδδά 2019).

Η συνεχής διασφάλιση της ποιότητας κρίθηκε άμεσα συνδεδεμένη με την ανάπτυξη προγραμμάτων διαχείρισης κινδύνων και λαθών (Πετρίδης, Λαβράνος και Ραφτόπουλος 2013).

Τέλος, η εφαρμογή προτύπων διασφάλισης ποιότητας, σε οργανισμούς υγείας, που αν και δεν είναι εύκολη, κρίνεται αναγκαία, καθώς παρέχει «ανταγωνιστικό πλεονέκτημα» και έχει άμεση σχέση με την αύξηση της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας και με το επίπεδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Πάτσιος 2014:351).

4.2.2 Έρευνες ικανοποίησης - Αξιολόγηση της ποιότητας

Η κατανόηση των προσδοκιών και των αντιλήψεων των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες με την χρήση ερωτηματολογίων, αποτελεί ένα αποτελεσματικό εργαλείο προκειμένου να αξιολογηθεί η ποιότητα, συγκρίνοντας τις δύο παραπάνω διαστάσεις. Εάν οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι περισσότερες από τις προσδοκίες των ασθενών, οι υπηρεσίες αυτές θεωρούνται εξαιρετικές. Η ικανοποίηση καθορίζεται από πλήθος παραγόντων, όπως τη θεραπευτική σχέση ιατρού-ασθενούς, τις τεχνικές δεξιότητες του γιατρού, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την ενημέρωση η οποία παρέχεται στον ασθενή, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και την διαγνωστική επιτυχία, την σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής του ασθενούς, τις υποδομές, το περιβάλλον του νοσοκομείου, την προσβασιμότητα, το κόστος των υπηρεσιών, την εκπλήρωση των αναγκών και των προσδοκιών του (Goula et al 2021a:3418).

Οι μελέτες που εστιάζουν στους ασθενείς «πριν και μετά από τη χρήση» των υπηρεσιών, έχει αναδειχθεί αξιόπιστος δείκτης προκειμένου να αξιολογηθεί η ποιότητα τους. Βοηθά στον εντοπισμό των αδύναμων πλευρών του συστήματος και στην επίλυση των υφιστάμενων προβλημάτων, με τις οικονομικότερες και αποδοτικές τεχνικές διαχείρισης. Είναι ένα σημαντικό εργαλείο που μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι ασκούντες διοίκηση για την ανάπτυξη πολιτικών και υλοποίηση μεταρρυθμίσεων που βελτιώνουν συνεχώς την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, ακόμα και σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, με έμφαση στην ευημερία των ανθρώπων, με τελικό στόχο στην ανταπόκριση στις ανάγκες των ασθενών, στην ικανοποίηση των προσδοκιών τους για ποιότητα υπηρεσιών και στην αποκατάσταση της εμπιστοσύνης στα δημόσια νοσοκομεία (Goula et al 2021a:3418). Για τους λόγους αυτούς οι έρευνες ικανοποίησης θα πρέπει να υποστηρίζονται και να ενθαρρύνονται (Γούλα και συν 2017:49).

4.3 Οργανωσιακή κουλτούρα στο χώρο της υγείας

Η «κουλτούρα» είναι για έναν οργανισμό ότι είναι η προσωπικότητα για ένα άτομο. Αρκετές φορές περιγράφεται σαν «αόρατη δύναμη πίσω από τα φανερά» εντός του οργανισμού. Από τους πιο απλούς μέχρι τους εξαιρετικά περίπλοκους ορισμούς της οργανωσιακής κουλτούρας, κοινό στοιχείο όλων είναι το ότι έχει άμεση σχέση με τις πολλαπλές πλευρές των αξιών, των αντιλήψεων, των ρουτινών που είναι κοινά στα άτομα μέσα στον ίδιο οργανισμό (Κουράκος και Καυκιά 2019:313).

Κουλτούρα, κατά τον Schein (1985), είναι *«ένα δομημένο σύνολο από βασικές παραδοχές, που έχουν ανακαλυφθεί από μια ομάδα καθώς αυτή μαθαίνει να αντιμετωπίζει προβλήματα εξωτερικής προσαρμογής ή εσωτερικής ολοκλήρωσης, οι οποίες έχουν αποδώσει ικανοποιητικά στο παρελθόν ώστε να θεωρούνται έγκυρες και επομένως μπορούν να διδαχθούν σε νέα μέλη ως ο σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης, σχετικά με τα προβλήματα αυτά»* (αναφ. Κουλούρη 2019:2).

Η «οργανωσιακή κουλτούρα» σε έναν οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης, είναι πιθανό να έχει θετικό αντίκτυπο στη δραστηριότητα του, δίνοντας του μια όψη σταθερότητας. Επιπλέον, προσδίδει μια ταυτότητα στους εργαζόμενους αλλά και στον οργανισμό προς τα έξω, οδηγεί τα μέλη του σε συνεργασία και σε κοινή κατεύθυνση, με δέσμευση για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα (Kilmann 2011; Κουλούρη 2019:9). Η κατάλληλη και κοινή για όλα τα μέλη κουλτούρα, έχει αποδειχθεί, πως βοηθά στην ανταγωνιστικότητα, στην αποδοτικότητα, στην αποτελεσματικότητα, στην ποιότητα και στην μακροπρόθεσμη επιτυχία του οργανισμού (Γούλα 2014:111).

Σχετικές με τις ιδιαίτερες συνθήκες του οργανωσιακού χώρου των νοσηλευτικών ιδρυμάτων μελέτες, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι επιδρούν σε μεγάλο βαθμό στον τρόπο που συμπεριφέρονται οι εργαζόμενοι και συνδέονται με την επαγγελματική εξουθένωση (Montgomery et al 2011).

4.4 Το κλίμα ασφάλειας και η κουλτούρα ασφάλειας

Αρκετές φορές ο όρος «κουλτούρα ασφάλειας» ενός οργανισμού χρησιμοποιείται εναλλακτικά με τον όρο «κλίμα ασφάλειας». Ωστόσο το κλίμα ασφαλείας είναι ένα συστατικό της κουλτούρας ασφάλειας που συνίσταται στη στάση των εργαζομένων σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών στον οργανισμό (Garrouste-Orgeas 2015). Δηλαδή, εκφράζει το τι σκέφτεται το προσωπικό σχετικά με την «κουλτούρα ασφάλειας του οργανισμού» σε δεδομένη χρονική στιγμή (IWH 2007).

Για πρώτη φορά τον όρο κλίμα ασφαλείας (safety climate) χρησιμοποίησε ο Zohar (1980). Στον εργασιακό χώρο των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης το κλίμα ασφαλείας είναι μια σύνθετη μεταβλητή που επηρεάζεται από τα ιδιαίτερα γνωρίσματα του κάθε οργανισμού (π.χ. ομαδικό κλίμα), του μεμονωμένου επαγγελματία υγείας (π.χ. επαγγελματική ικανοποίηση) αλλά και από τα εγγενή χαρακτηριστικά των επαγγελμάτων υγείας, όπως η επίδραση των στρεσογόνων παραγόντων (π.χ. άγχος, κόπωση, ένταση-ρυθμός εργασίας) (Πετρίδης, Λαβράνος και Ραφτόπουλος 2013:454).

Η κουλτούρα ασφαλείας (safety culture) είναι μια ευρύτερη έννοια που περιλαμβάνει τη σκέψη για την ασφάλεια των ασθενών μέσα σε έναν οργανισμό και τις δομές, τις ενέργειες και τις διαδικασίες που αναπτύσσονται για τη μεγιστοποίηση της (Garrouste-Orgeas 2015).

Για πρώτη φορά ο όρος «κουλτούρα ασφαλείας» χρησιμοποιήθηκε μετά το πυρηνικό ατύχημα του Τσερνομπίλ και αφορούσε στη μη επαρκή διαχείριση ως προς την ασφάλεια που οδήγησε σε καταστροφικά αποτελέσματα. Η έννοια έχει εξελιχθεί ώστε να εφαρμόζεται σε λάθη σε ατομικό επίπεδο (Garrouste-Orgeas et al 2012).

Η ύπαρξη κουλτούρας ασφάλειας σε έναν οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης, προϋποθέτει την ύπαρξη καλών συνθηκών εργασίας, οι οποίες συνεισφέρουν στην καλύτερη λειτουργία και στην αύξηση της αποτελεσματικότητας του οργανισμού βοηθώντας σημαντικά στη μείωση των λαθών (Cooper 2001). Παράλληλα, η κουλτούρα ασφάλειας σε έναν οργανισμό επιδρά και στα ίδια τα μέλη του εξασφαλίζοντας τους καλύτερη υγεία, ψυχολογική και σωματική. Η αναγνώριση της ευθύνης από όλους τους εργαζομένους, αποτελεί το σημαντικότερο χαρακτηριστικό της κουλτούρας ασφαλείας. Οι εργαζόμενοι οφείλουν να δίνουν στο θέμα της ασφάλειας τη μεγαλύτερη σημασία,

προχωρώντας σε δράσεις που οδηγούν στη προαγωγή κλίματος ασφάλειας (Westrum 2004)

Σύμφωνα με τους Αδαμακίδου και Τσαντίδου (2018) στην κουλτούρα ασφάλειας ο κάθε εργαζόμενος ενός οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης αναλαμβάνει την ευθύνη της ασφάλειας των ασθενών και των επισκεπτών, των ιδίων και των συνεργατών, συνεισφέροντας επίσης με τον τρόπο αυτό στην επικοινωνία και στην επίλυση σχετικών με την ασφάλεια θεμάτων. Επιπλέον, εξασφαλίζει ότι παρέχονται οι κατάλληλοι πόροι και διασφαλίζει αποτελεσματικά συστήματα ασφάλειας. Τέλος, ενισχύει τη «μάθηση» από τις εμπειρίες ιατρικών σφαλμάτων. Σε ένα περιβάλλον απόδοσης ευθυνών και τιμωρίας τα λάθη δεν αναφέρονται. Κατά συνέπεια, το προσωπικό δεν μαθαίνει από αυτά, θα τα ξανακάνει και δεν αναπτύσσεται η ασφάλεια.

Η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας στην υγειονομική περίθαλψη, αποτελεί σημαντική πρακτική για την εκτίμηση καταστάσεων που μπορούν να προκαλέσουν σφάλματα ή ανεπιθύμητα συμβάντα και σημείο εκκίνησης για το σχεδιασμό παρεμβάσεων με στόχο την ασφάλεια των ασθενών (Nieva and Sorra 2003). Με τη χρήση ερωτηματολογίου προς τα μέλη του, μπορεί να επιτευχθεί η αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας εντός του οργανισμού (Flin et al 2006).

4.5 Η διοίκηση στο ελληνικό νοσοκομείο

Το σημερινό ελληνικό νοσοκομείο παρέχει υπηρεσίες υγείας με στενότητα πόρων μέσα σε ένα πολύπλοκο σύστημα υγείας, με αυξημένη κρατική παρέμβαση και την λήψη αποφάσεων στην κορυφή να είναι οι συνηθέστερες μορφές διοίκησης. Ταυτόχρονα, οι ασκούντες διοίκηση εστιάζουν κυρίως στο οικονομικό σκέλος, έχοντας την ευθύνη να προστατεύουν τους ασθενείς. Επίσης, οι διαδικασίες πρόσληψης του προσωπικού αν και εξασφαλίζουν την αντικειμενικότητα, δεν εξασφαλίζουν την επαγγελματική επάρκεια του προσωπικού (Θανάσας και Χαραλάμπους 2016:158).

Επιπλέον, η αλλαγή στην πολιτική ηγεσία των υπηρεσιών υγείας και η ασυνέχεια στην πολιτική υγείας στην Ελλάδα, σημαίνει και αλλαγή στις πολιτικές κατευθύνσεις που έχουν δοθεί από την πολιτεία, πιθανή ακύρωση της υπάρχουσας νομοθεσίας κ.ά. (Θεοδώρου και Μητροσύλη 1999).

4.5.1 Η ύπαρξη δύο μορφών εξουσίας

Στους οργανισμούς υγείας εμφανίζεται ένα παράδοξο φαινόμενο από την άποψη της διοικητικής επιστήμης. Η ύπαρξη δύο μορφών εξουσίας, όπου η μια ασκείται από τους διοικητές των νοσοκομείων, όπως ορίζει ο νόμος, ενώ η άλλη ασκείται από τους ιατρούς. Ο ιδιαίτερα σημαντικός ρόλος που διαδραματίζουν οι γιατροί στη διάγνωση, στη θεραπεία των ασθενών και στην παροχή αποτελεσματικής φροντίδας, υπερκαλύπτει ομάδες με μικρότερη ισχύ και αρκετές φορές η ιατρική εξουσία, επικαλούμενη επείγουσες ιατρικές ανάγκες ή βασιζόμενοι στο σημαντικό τους ρόλο, ανατρέπει τη διοικητική και υπερισχύει (Γούλα 2014:206,304). Η ιατρική υποκουλτούρα είναι τόσο ισχυρή, που παρεμβαίνει ενεργητικά σε όλη την οργανωτική δομή (Αγραφιώτης 2003:334). Λόγω αυτού του φαινομένου η συνεργασία και η συνύπαρξη των επαγγελματικών υποομάδων καθίσταται δύσκολη, όπως και η παροχή πληροφοριών από την μια προς την άλλη πλευρά, με αποτέλεσμα τα νοσοκομεία να λειτουργούν με τις συγκρούσεις μεταξύ των ομάδων (Γούλα 2014:211,304).

4.5.2 Μετάβαση στο συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας

Καθίσταται αντιληπτό ότι, η αύξηση των προκλήσεων και των απειλών του εξωτερικού περιβάλλοντος, επηρεάζουν τη λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, και στη χώρα μας, τα οποία δεν μπορούν να συνεχίσουν να ακολουθούν το γραφειοκρατικό μοντέλο κουλτούρας. Παράλληλα η διεθνής εμπειρία και πρακτική αναδεικνύει την αναγκαιότητα να προχωρήσουν σε μεταρρυθμίσεις προκειμένου να προσαρμοστούν στο νέο ασταθές σκηνικό, να ανταποκριθούν στην ολοκληρωτική κάλυψη των αναγκών των πολιτών τους και να εξασφαλίσουν τη βιωσιμότητά τους. Κυρίως όμως καλούνται να μεταβούν προς ένα νέο μοντέλο διοίκησης (Γούλα 2014:299-311).

Όπως προκύπτει από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν, αφού εφαρμόστηκε το «συμμετοχικό μοντέλο» σε νοσηλευτικά ιδρύματα στο εξωτερικό, τα αποτελέσματα είναι θετικά σε θέματα ποιότητας, αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας, αλληλοϋποστήριξης των εργαζομένων, στην αφοσίωση-δέσμευσή τους ως προς την ασφάλεια των ασθενών και σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα (Γούλα 2014:299-311).

Κατά τον Κέφη (2005), η κουλτούρα ολικής ποιότητας είναι «η ολοκληρωμένη δέσμευση για συνεχή βελτίωση των προϊόντων και των διαδικασιών, η οποία εκδηλώνεται με τη συμμετοχή όλων, ώστε να ικανοποιούνται απόλυτα οι διστάμενες σημερινές και μελλοντικές ανάγκες των πελατών». Στην πράξη είναι το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης. Στην Ελλάδα όμως, όπως και σε άλλες χώρες, διαπιστώθηκε ότι, ενώ η εφαρμογή της ΔΟΠ απαιτεί συμμετοχικές πρακτικές, πολλά προγράμματα αυτής της μορφής διοίκησης εφαρμόζονται κατ' εντολή των ανώτερων διευθυντικών στελεχών, με μη συμμετοχικό τρόπο. Δηλαδή, ποτέ δεν εφαρμόστηκαν οι αρχές της κουλτούρας ολικής ποιότητας (αναφ. Γούλα 2014:305).

Με βάση την πρόσφατη έρευνα των Goula και συνεργατών (2021b), τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, πρέπει να υιοθετήσουν διαφορετικά μοντέλα πρακτικών ηγεσίας και κουλτούρας, ώστε να μπορούν να διευκολύνουν την οργανωσιακή μάθηση, η οποία βασίζεται στη συνεργασία, την ομαδική εργασία, την υπευθυνότητα και την κουλτούρα συμμετοχής (Goula et al 2021b).

4.6 Η ασφάλεια του ασθενούς

Σε ένα χώρο εργασίας με αγχωτικό περιβάλλον, που χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα, πολυεπίπεδη δομή, διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες που αλληλεξαρτιούνται και αλληλεπιδρούν, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να συνεργαστούν με σκοπό την ολοκληρωμένη φροντίδα των ασθενών (Θανάσας και Χαραλάμπους 2016:158).

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται από τους Μοιρασγεντή και συνεργάτες (2018:665) «η ασφαλής φροντίδα των ασθενών θεωρείται ως η σημαντικότερη πρόκληση της φροντίδας υγείας τον 21^ο αιώνα».

4.6.1 Έννοια - Ορισμός

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ ως ασφάλεια των ασθενών ορίζεται «η απαλλαγή του ασθενούς από περιττή ή δυνητική βλάβη που συνδέεται με την υγειονομική περίθαλψη» (Γιαννοπούλου και Κορρές 2017:30).

Το Institute of Medicine την ορίζει «ως την πρόληψη από τη σωματική βλάβη μέσω ενός συστήματος παροχής φροντίδας υγείας που προλαμβάνει τα ανεπιθύμητα περιστατικά και τα ιατρικά σφάλματα και μαθαίνει από αυτά όταν συμβαίνουν» (Aspden et al 2004).

Ως απειλή στην ασφάλεια του ασθενούς, νοείται «το ακούσιο και/ή απρόβλεπτο, ανεπιθύμητο περιστατικό που θα μπορούσε να προκαλέσει ή τελικά προκάλεσε κάποια σωματική βλάβη σε έναν ή περισσότερους ασθενείς κατά τη διάρκεια της ιατρικής περίθαλψης από το σύστημα υγείας» (CE 2006).

Στην έκθεση με τίτλο “To Err Is Human” που δημοσίευσε το Institute of Medicine (IOM 1999), τόνισε τη σημασία της καθιέρωσης μιας κουλτούρας ασφάλειας στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης ώστε να διασφαλιστεί ότι ο ασθενής δεν βλάπτεται ακούσια από λάθη στη φροντίδα. Τα λάθη μπορεί να αποτελούν «μέρος της ανθρώπινης φύσης», όπως επίσης και η εξεύρεση λύσεων και η υπέρβαση των δυσκολιών. Σύμφωνα με την έκθεση, τα σφάλματα θα αποφευχθούν με τον σχεδιασμό συστημάτων, όπου δεν θα μπορεί εύκολα το προσωπικό να κάνει λάθη. Αναγνώρισε ότι, η ασφάλεια των ασθενών είναι πολλά περισσότερα από την μη πρόκληση σφαλμάτων και οφείλεται όχι μόνο στις ενέργειες ενός εργαζόμενου ή τη λειτουργία ενός επιστημονικού οργάνου, αλλά στην αμοιβαία επίδραση του συνόλου των στοιχείων του συστήματος παροχής φροντίδας υγείας, δίνοντας το μήνυμα ότι η πρόληψη σφαλμάτων απαιτεί μεγάλες αλλαγές σε όλο το σύστημα.

4.6.2 Το δικαίωμα ασφάλειας του ασθενούς

Ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ (2000/C 364/01), που υιοθετήθηκε από τα κράτη μέλη το 2000, περιλαμβάνει όλα τα δικαιώματα που είχαν κατοχυρωθεί μέχρι τότε στις εθνικές νομοθεσίες και στις διεθνείς συνθήκες. Οι διατάξεις του αναφέρονται άμεσα ή έμμεσα στα δικαιώματα των ασθενών, όπως «το απαραβίαστο της ανθρώπινης αξιοπρέπειας», «το δικαίωμα στη ζωή» και «το δικαίωμα στην ασφάλεια» (άρθρο 6) (ΕΕ 2000).

Στον Ευρωπαϊκό Χάρτη Δικαιωμάτων των Ασθενών (European Charter of Patients' Rights), ο οποίος αναπτύχθηκε το 2002 από το Δίκτυο Ενεργού Ιθαγένειας (Active Citizenship Network - ACN), αποτυπώνονται δεκατέσσερα δικαιώματα των ασθενών, μεταξύ των οποίων και η ασφάλεια, που στο σύνολο τους στοχεύουν να εγγυηθούν «ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της ανθρώπινης υγείας» και να εξασφαλίσουν «την υψηλή ποιότητα υπηρεσιών που παρέχονται από τους εθνικούς φορείς υγείας στην Ευρώπη». Το ACN επισημαίνει ότι «Κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα απαλλαγής από βλάβη που προκαλείται από την πλημμελή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, τα ιατρικά σφάλματα και λάθη και έχει το δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και θεραπείες που πληρούν αυστηρά πρότυπα ασφαλείας» (ACN 2002).

Κάποια ακόμα σχετικά με την ασφάλεια δικαιώματα των ασθενών περιλαμβάνουν την «πρόσβαση» σε όλους τους τύπους πληροφοριών που μπορούν να εξασφαλίσουν στους ασθενείς την ενεργό συμμετοχή τους σχετικά με την υγεία τους, καθώς και την «ελευθερία επιλογής» μεταξύ διαφορετικών επιλογών θεραπείας μετά από πλήρη ενημέρωση (ACN 2002).

4.6.3 Δραστηριότητες των διεθνών οργανισμών

Ήδη από το 1991, το Harvard Medical Practice Study κατέγραψε μια ανησυχητική συχνότητα ιατρικών λαθών (Brennan et al 1991). Το ενδιαφέρον και η ευαισθησία των ατόμων ως προς την σημαντικότητα της ασφάλειας των ασθενών εμφανίστηκε για πρώτη φορά το 1999 στις ΗΠΑ με τη δημοσίευση της έκθεσης “To Err Is Human”, η οποία όπως έχει αναφερθεί, εκτίμησε ότι τα ανεπιθύμητα συμβάντα που προέκυψαν από την υγειονομική περίθαλψη αποτελούσαν το τρίτο βασικό αίτιο θανάτου στην ομοσπονδιακή χώρα. Κι άλλες χώρες αναπαρήγαγαν τη μελέτη του Χάρβαρντ και βρήκαν παρόμοια συχνότητα ιατρικών λαθών. Αυτά τα ευρήματα έφεραν την ασφάλεια των ασθενών στην κορυφή της πολιτικής ατζέντας διεθνώς. Η ασφάλεια των ασθενών αναγνωρίζεται ως παγκόσμια προτεραιότητα υγείας καθώς και το θέμα της πρόληψης ανεπιθύμητων συμβάντων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Ενδεικτικά αναφέρουμε κάποιες δράσεις του διεθνών οργανισμών.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2000, η έκθεση “An Organization with a Memory” ομάδας εμπειρογνομόνων σχετικά με τη μάθηση από ανεπιθύμητες ενέργειες στο NHS (National Health System), υπό την προεδρία του Chief Medical Officer, τεκμηρίωσε την ανάγκη να δοθεί σοβαρή προσοχή στην ασφάλεια των ασθενών (Department of Health 2000).

Τον Μάιο του 2002, η ασφάλεια των ασθενών ήταν το κυρίαρχο θέμα της συζήτησης στη Γενική Συνέλευση του ΠΟΥ. Κατέστη σαφές στα κράτη μέλη η αναγκαιότητα να θέσουν σε εφαρμογή συστήματα διαχείρισης των φαρμάκων, των χρησιμοποιούμενων τεχνολογιών και των ιατροτεχνολογικών προϊόντων, προκειμένου να μεγιστοποιηθούν τα αποτελέσματα που σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών. Τέθηκαν επίσης προτεραιότητες για τη διενέργεια σχετικών μελετών για την αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου, τις οικονομικές επιπτώσεις της ανεπαρκούς φροντίδας υγείας, τις αποτελεσματικές παρεμβάσεις, ενώ παροτρύνθηκαν τα κράτη μέλη να αναπτύξουν κουλτούρα ασφάλειας στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης (WHO 2002). Επίσης, τον Οκτώβριο του 2004, ο ΠΟΥ παρουσίασε το πρόγραμμα “World Alliance for Patient Safety” (WHO 2004).

Μια ακόμη ενέργεια αποτελεί το “Selecting indicators for patient safety at the health systems level in OECD countries”, που εξέδωσε το 2004 ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Organisation for Economic Co-operation and Development) (OECD 2004).

Στη σύσταση «2009/C 151/01» του Συμβουλίου της ΕΕ (CE 2009), μεταξύ πολλών σημαντικών σημείων, τονίζεται η ανάγκη για την ενημέρωση των πασχόντων, την προώθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων, την ανάπτυξη συστημάτων αναφοράς ιατρικών λαθών και δυσμενών συμβάντων και μάθησης από αυτά, με την ενθάρρυνση των εργαζομένων να υποβάλουν εκθέσεις με ενημερωτικό και προληπτικό χαρακτήρα και όχι «τιμωρητικό» (Παναγιώτου 2015).

Στη συνέχεια, σε δεύτερη έκθεση, επισημαίνεται η ανάγκη να γίνουν πιο πολλά, παρά την πρόοδο που έγινε, ειδικά στην εκπαίδευση των εργαζομένων στην υγεία. Να αναφέρουμε ότι η ασφάλεια των ασθενών, αποτελούσε ήδη στρατηγική δράση της ΕΕ στη Λευκή Βίβλο της Επιτροπής του Οκτωβρίου 2007 «Μαζί για την υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013» (ΕΕ 2008).

Προκειμένου να διερευνηθεί η αντίληψη των ατόμων ως προς το θέμα της ασφάλειας των ασθενών πραγματοποιήθηκε έρευνα στα κράτη-μέλη της ΕΕ, όπου διαπιστώθηκε σημαντική έλλειψη εμπιστοσύνης. Ποσοστό μεγαλύτερο της πλειοψηφίας των πολιτών θεωρεί ότι μπορεί να υποστεί δυσμενή συμβάντα στη διάρκεια της θεραπείας και της νοσηλείας του, ενώ ένα πολύ υψηλό ποσοστό (90%) πιστεύει ότι το ζήτημα της ασφάλειας είναι κρίσιμο και απαιτεί την λήψη αποτελεσματικότερων μέτρων, συμπεριλαμβανομένης της δέσμευσης των εθνικών κυβερνήσεων και της προώθησης της συνεργασίας με την ΕΕ (EC 2013).

Δύο ιδιαίτερα σημαντικές εκστρατείες του ΠΟΥ είναι η “Clean care is safer care” (WHO 2005a) καθώς και οι συστάσεις για ασφαλείς χειρουργικές επεμβάσεις “Safe Surgery Saves Lives” (WHO 2009). Το 2009 δημοσιεύτηκαν τα αποτελέσματα της εφαρμογής της δεύτερης δράσης σχετικά με τις δημοσιευμένες από το 2008 διευκρινήσεις-συστάσεις ελέγχου για ασφαλείς χειρουργικές επεμβάσεις, στοχεύοντας στην ενίσχυση του ομαδικού πνεύματος και της επικοινωνίας των συμμετεχόντων (WHO 2009; Haynes et al 2011). Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της έρευνας των Haynes et al (2011:102), από την εφαρμογή της «χειρουργικής λίστας» υπήρξε βελτίωση σε όλα τα επίπεδα μέσα σε έναν οργανισμό. Το εγχειρίδιο εφαρμογής της λίστας ελέγχου, μεταφράστηκε με έγκριση του ΠΟΥ και εκδόθηκε το 2009 από τον ελληνικό Σύλλογο Νοσηλευτών Χειρουργείου “Η ασφαλής χειρουργική σώζει ζωές” (ΠΟΥ 2009).

Επίσης, το 2009 δημοσιεύτηκε ο «Οδηγός ασφάλειας ασθενών του ΠΟΥ για τα προγράμματα σπουδών των ιατρικών σχολών» (αναφ.Μοιρασγεντή και συν 2018).

Επιπλέον, καθώς στη διαχείριση της ασφάλειας των ασθενών εμπλέκονται αρκετές κατηγορίες επαγγελματιών υγείας σε πολύπλοκα συστήματα υγείας, ο ΠΟΥ το 2011, εξέδωσε τον οδηγό “Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide”, σε μια προσπάθεια να τους συνδράμει, στοχεύοντας να αποτελέσει ερέθισμα για μεγαλύτερη παρακίνηση (WHO 2011).

Το “Pulse Oxymetry Project” (WHO 2011) και η Medication Safety (WHO 2016), σχετικά με την ασφάλεια των φαρμάκων, είναι δύο ακόμα ιδιαίτερα σημαντικές εκστρατείες του ΠΟΥ.

4.6.4 Πρακτικές-συστήματα ενίσχυσης της ασφάλειας

Έως πρόσφατα, με ελάχιστο ενδιαφέρον προσεγγίζονταν ο εντοπισμός των παραγόντων που είναι δυνατόν να προκαλέσουν ιατρογενή λάθη και ανεπιθύμητα συμβάντα και η προσπάθεια να βρεθούν παρεμβάσεις μετριασμού τους. Στην πορεία αναδείχθηκε η ανάγκη εκπαίδευσης και ενθάρρυνσης του ιατρικού προσωπικού να μην αποκρύπτει τα λάθη και τα ανεπιθύμητα περιστατικά καθώς και ανάπτυξης συστημάτων για τον εντοπισμό, την καταγραφή και την ανάλυση τους (Παναγιώτου 2015).

Αρκετές αναπτυγμένες χώρες άρχισαν να υιοθετούν μεθόδους για τη μέτρηση της ασφάλειας στοχεύοντας στην προστασία των ασθενών. Συγκεκριμένα, έχουν εγκατασταθεί πληροφοριακά συστήματα αναφοράς και εντοπισμού σφαλμάτων στη φροντίδα των ασθενών, καθώς επίσης γίνεται χρήση μεθόδων για τη μέτρηση και την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφαλείας (Πετρίδης, Λαβράνος και Ραφτόπουλος 2013). Να προσθέσουμε στα παραπάνω, ότι παράλληλα με ένα κεντρικό σύστημα είναι σημαντικό να καταβάλλονται προσπάθειες για την ενίσχυση του αισθήματος της ατομικής ευθύνης των εργαζομένων (Griffin and Resar 2009).

Το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM) ανέπτυξε ένα σχετικό πρόγραμμα, το οποίο περιλαμβάνει μεταξύ άλλων τη δημιουργία και τη χρήση σύγχρονης τεχνολογίας για τον περιορισμό των λαθών, την εφαρμογή προγραμμάτων ελέγχου και αναφοράς τους και την ενίσχυση της συνεργασίας ερευνητικών ομάδων με τη συμμετοχή όλων των ειδικοτήτων, για τον εντοπισμό των αιτιών που τα προκαλούν και τη συμβολή στην παραγωγή «νέας γνώσης». Προβλέπεται επίσης η υλοποίηση παρεμβάσεων για την αξιολόγηση των επιπτώσεων των συνθηκών του εργασιακού χώρου στο προσωπικό και για την προώθηση της χρηματοδότησης της έρευνας για μια πιο περιεκτική θεώρηση της εκπαίδευσης (αναφ. Μοιρασγεντή και συν 2018).

Το 2001 δημιουργήθηκε ο οργανισμός "National Patient Safety Agency" του Εθνικού Συστήματος Υγείας (National Health System, NHS) του Ηνωμένου Βασιλείου, με στόχο τον εντοπισμό των κινδύνων και την εξεύρεση αποτελεσματικών λύσεων στη διαχείριση της ασφάλειας των ασθενών. Η ασφάλεια των ασθενών σχετίζεται με το «πώς» ένας οργανισμός κάνει τη φροντίδα των ασθενών ασφαλέστερη (NPSA 2001).

Το 2003, ο NPSA δημιούργησε το “National Reporting and Learning System” (NRLS 2003), ένα εθνικό σύστημα αναφοράς και εκμάθησης από ανεπιθύμητα συμβάντα. Πέρα από τις πληροφορίες που συλλέγονται από τις νοσηλευτικές μονάδες, το προσωπικό στο NHS μπορεί να αναφέρει συμβάντα από τα οποία κινδυνεύει η ασφάλεια του ασθενή, απ’ ευθείας στο σύστημα και ανώνυμα, όπως και εκείνων που επέφεραν ελάχιστη ζημιά, καθώς και των παρ’ ολίγον λαθών. Επιπλέον, λειτουργεί και για τους ασθενείς, στοχεύοντας στην εξασφάλιση της εχεμύθειας, στην αξιοποίηση των πληροφοριών για σκοπούς εκπαίδευσης και σε ασφαλείς πρακτικές προκειμένου να αποφευχθούν μελλοντικά σφάλματα, προς όφελος των ασθενών (Παναγιώτου 2015).

Ο NPSA στον οδηγό που εξέδωσε “Seven Steps to Patient Safety: A Guide for NHS Staff” (NPSA 2003), επισημαίνει μεταξύ άλλων ότι η ασφάλεια των ασθενών απαιτεί μια καλή ηγεσία και τη στήριξη από τους εργαζομένους, τη δημιουργία κουλτούρας ασφάλειας ενισχύοντας τη δήλωση των σφαλμάτων, με παρεμβάσεις για τη διαχείριση τους, προληπτικά μέτρα και τη συμμετοχή των ασθενών. Η εκπαίδευση του προσωπικού έχει άμεση σχέση με αρκετά από τα παραπάνω σημεία (Μοιρασγεντή και συν 2018).

Επιπλέον, το “European Union Network for Patient Safety” (EuNetPas) αναπτύχθηκε το 2007, για να διευκολύνει τη συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών σε ζητήματα ασφάλειας των ασθενών (EC 2007).

Στις ΗΠΑ, αν και εφαρμόζονταν συστήματα ανίχνευσης σφαλμάτων από πιο παλιά, δεν έχει ανταποκριθεί ουσιαστικά το σύνολο των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Για το λόγο αυτό αναπτύχθηκε από τον οργανισμό Institute for Healthcare Improvement (IHI) το “Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events”. Πρόκειται για ένα εργαλείο που ελέγχει τον ιατρικό φάκελο του ασθενούς βάσει ενδείξεων, ενώ εντοπίζει δέκα φορές πιο πολλά σφάλματα σε σχέση με άλλα και προσέφερε τη λύση για αποτελεσματικότερο εντοπισμό των υπεύθυνων περιστατικών που προκαλούν ζημιά στους ασθενείς, προκειμένου να βρουν τρόπους για να πετύχουν την μείωσή τους (Griffin and Resar 2009).

Επίσης, στις ΗΠΑ το 1994 δημιουργήθηκε ο “Joint Commission International” (JCI), ως αποτέλεσμα συνειδητοποίησης της ανάγκης για ποιοτικές και ασφαλείς υπηρεσίες υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Πρόκειται για οργανισμό (μη κερδοσκοπικό)

που πιστοποιεί την εφαρμογή καλών πρακτικών στις υπηρεσίες υγείας σε κάθε οργανισμό που απευθύνεται σε αυτόν, κυρίως σε νοσηλευτικά ιδρύματα. Επίσης, προσφέρει εκπαίδευση, δημοσιεύσεις, υπηρεσίες αξιολόγησης και συμβουλευτικές. Ο σκοπός του, έχει εγκριθεί και υιοθετηθεί από τον οργανισμό "International Society for Quality in Health Care" (ISQua), ο οποίος δημιουργήθηκε το 1985 με ρόλο κυρίως εκπαιδευτικό, στοχεύοντας στην προώθηση της ποιότητας και της ασφάλειας διαμέσου της εκπαίδευσης, της ανταλλαγής γνώσεων και της υποστήριξης των συστημάτων υγείας παγκοσμίως.

Στο σημείο αυτό να επισημάνουμε ότι, ένα σύστημα καταγραφής ανεπιθύμητων περιστατικών είναι απαραίτητο να αποσκοπεί όχι μόνο στη συλλογή πληροφοριών, αλλά θα πρέπει, κατά πρώτον να αναλύει τα διαθέσιμα δεδομένα και κατά δεύτερον να διασφαλίζει ότι παρόμοια λάθη δεν θα επαναληφθούν, βρίσκοντας λύσεις και αναλαμβάνοντας δράση. Δηλαδή, δεν έχει νόημα να καταγράφονται απλώς τα δεδομένα και να μην λαμβάνονται στη συνέχεια σχετικά μέτρα (Παναγιώτου 2015).

Το σύστημα αναφοράς ICU-MERIS

Στην Ελλάδα αναπτύχθηκε μέσα από το Οικονομικό Τμήμα του Πανεπιστημίου Πειραιά, σε ΜΕΘ μεγάλου δημόσιου νοσοκομείου, το ICU-MERIS ένα σύστημα για την ανίχνευση, καταγραφή και ανάλυση ιατρικών σφαλμάτων επιπλοκών και δυσλειτουργιών στην εξέλιξη της ασθένειας, στη συνήθη περίθαλψη και στη φροντίδα, τα οποία επέφεραν απροσδόκητη δυσάρεστη έκβαση. Βραχυπρόθεσμα στοχεύει να ανιχνεύσει και να καταγράψει τα δυσμενή συμβάντα, τα κύρια γνωρίσματα τους, τα αίτια που τα προκαλούν, ενώ μακροχρόνια στόχος του είναι ο περιορισμός των ανεπιθύμητων περιστατικών στις ΜΕΘ, με την πρόληψη, τις παρεμβάσεις, την εμπάθυνση και την κατανόηση των χαρακτηριστικών-στοιχείων που διακρίνουν την φροντίδα σε ΜΕΘ. Δηλαδή, αποσκοπεί στη διερεύνηση, με αξιόπιστο τρόπο, των κύριων παραγόντων πρόκλησης των ιατρικών σφαλμάτων και των σημαντικών δυσμενών περιστατικών που απειλούν την ασφάλεια των ασθενών, επιδρώντας αρνητικά στην ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Κατόπιν επιβλέπει τη διάδοση των χρήσιμων πληροφοριών και της μάθησης από τα σφάλματα στις μονάδες υγείας που κινδυνεύουν από σοβαρά δυσμενή συμβάντα. Η ανάπτυξη από τον οργανισμό υγείας προτύπων

διασφάλισης ποιότητας αποτελεί προϋπόθεση στην λειτουργία του συστήματος (Βοζίκης και συν 2012).

Το σύστημα αποτελεί μια απλή και ασφαλή διαδικασία, ανοικτή στους πολίτες να αναφέρουν ανεπιθύμητα περιστατικών, χωρίς να αποσκοπεί να καταλογίσει ευθύνες. Δηλαδή, αποτελεί ένα περιβάλλον ασφαλές, όπου οι ελεγχόμενες πληροφορίες αλλά και τα προσωπικά δεδομένα προστατεύονται. Η προσφορά του είναι σημαντική για τον εντοπισμό των αστοχιών του συστήματος υγείας και την ανάπτυξη δράσεων για την αποφυγή κυρίως των δυσάρεστων συμβάντων και τον μετριασμό αυτών (Βοζίκης και συν 2012).

4.6.5 Το μέγεθος του προβλήματος

Στη σύσταση «2009/C 151/01» του Συμβουλίου της Ευρώπης αναφέρεται μεταξύ άλλων, ότι από τους ασθενείς που εισάγονται σε κάποιο νοσοκομείο της ΕΕ ένα ποσοστό 8-12% θα υποστεί ζημιά από ιατρικό σφάλμα. Το "European Centre for Disease Prevention and Control" (ECDC) εκτιμά ότι από τα 41 εκατομμύρια ασθενείς που περιθάλπονται στην ΕΕ κατά τη διάρκεια ενός έτους, ένας στους είκοσι θα προσβληθεί από μολυσματική ασθένεια, εκ των οποίων 37000 θα οδηγηθούν στο θάνατο (Council Recommendation 2009).

Τον Μάιο του 2016, ανακοινώθηκε από ερευνητές του John Hopkins University, ότι το ιατρικό σφάλμα αναγνωρίζεται ως τρίτο βασικό αίτιο θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ως αίτιο υποεκτιμάται εξαιτίας των δυσκολιών των υφιστάμενων συστημάτων αναφοράς για την ορθή καταγραφή των ιατρικών σφαλμάτων (Makary and Daniel 2016).

Τον Αύγουστο του 2019 ο ΠΟΥ ανακοινώνει σημαντικά στοιχεία:

- 1/10 ασθενείς υφίσταται βλάβη κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης. Η βλάβη μπορεί να προκληθεί από ανεπιθύμητα συμβάντα, ενώ εκτιμάται ότι τα μισά μπορούν να προληφθούν.
- Η εμφάνιση ανεπιθύμητων συμβάντων που οφείλονται σε μη ασφαλή υγειονομική περίθαλψη είναι πιθανώς μία από τις δέκα κύριες αιτίες θανάτου και αναπηρίας σε διεθνές επίπεδο.

- Τα πιο επιβλαβή λάθη αφορούν τη διάγνωση, τη συνταγογράφηση και τη φαρμακευτική αγωγή.
- 1/7 δολάρια Καναδά δαπανάται την αντιμετώπιση των συνεπειών της βλάβης των ασθενών στη νοσοκομειακή περίθαλψη.
- Η επένδυση στη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών μπορεί να οδηγήσει σε εξοικονόμηση οικονομικών πόρων και το σημαντικότερο, σε βελτιωμένα αποτελέσματα για τους ασθενείς.
- Η πρωτοβουλία και η μεγαλύτερη συμμετοχή των ιδίων των ασθενών είναι αναγκαία.
- Η μη ασφαλής φαρμακευτική αγωγή και τα λάθη στη φαρμακευτική αγωγή βλάπτουν εκατομμύρια ασθενείς ετησίως και κοστίζουν δισεκατομμύρια δολάρια.
- Μια από τις πιο συχνές αιτίες βλάβης είναι η ανακριβής ή καθυστερημένη διάγνωση.
- Οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις επηρεάζουν έως και 10/100 ασθενείς στη διάρκεια της περίθαλψης.
- Οι επιπλοκές σε χειρουργικές επεμβάσεις σκοτώνουν περισσότερους από 1 εκατομμύριο ασθενείς κάθε χρόνο.
- Η ιατρική έκθεση στην ακτινοβολία αποτελεί ζήτημα δημόσιας υγείας και ασφάλειας των ασθενών (WHO 2019b).

Σε αυτές τις συνθήκες ο ΠΟΥ ανέπτυξε το Παγκόσμιο Σχέδιο Δράσης για την Ασφάλεια Των Ασθενών (Global Patient Safety Action Plan- GPSA) σε συνεργασία με τα κράτη-μέλη. Στις 4 Αυγούστου 2021, παρουσιάστηκε διαδικτυακά για 1η φορά προκειμένου να εφαρμοστεί από τα Εθνικά συστήματα υγείας, καλώντας όλα τα κράτη να υιοθετήσουν εθνικές πολιτικές, δίνοντας έμφαση στην ασφάλεια των υπηρεσιών υγείας (WHO 2021).

Στις αναπτυσσόμενες χώρες οι πηγές είναι περιορισμένες και το πρόβλημα των ιατρικών λαθών φαίνεται ότι είναι ακόμα χειρότερο (Makary and Daniel 2016). Περισσότερες από τις μισές αναπτυσσόμενες χώρες, δεν έχουν αναπτυγμένες πολιτικές, οι οποίες να εγγυώνται την χρήση τεχνολογικού ιατρικού εξοπλισμού και την λειτουργία του με ασφάλεια. Μεγάλη προσπάθεια καταβάλλεται από τον ΠΟΥ στις χώρες αυτές για

την καταγραφή των ιατρικών σφαλμάτων και την υλοποίηση βασικών μέτρων υγιεινής και εφαρμογής λίστας ασφαλών χειρουργικών επεμβάσεων (WHO 2015).

Ασφάλεια ασθενούς στα ελληνικά νοσοκομεία

Μία ιδιαίτερα σημαντική έρευνα διεξήχθη από τους Πολλάλη, Βοζίκη και Ρήγα (2012), με σκοπό την εξέταση των ποιοτικών γνωρισμάτων των ιατρικών λαθών μέσω υποθέσεων ιατρικής αμέλειας. Από την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε σε 259 περιπτώσεις δικογραφιών ιατρικής αμέλειας από την τελευταία 10ετία, σε πολιτικά δικαστήρια (78 υποθέσεις), σε διοικητικά δικαστήρια (64 υποθέσεις), της Ανεξάρτητης Αρχής Συνηγόρου του Πολίτη (23 υποθέσεις) και υποθέσεις που γνωστοποιήθηκαν στον τύπο (67 υποθέσεις), με την καταγραφή ποιοτικών δεδομένων που θα μπορούσαν να αντανακλούν την κατάσταση της ελληνικής κοινωνίας, φάνηκε ότι το πρόβλημα των ιατρικών σφαλμάτων υπάρχει στην χώρα, και όλες οι υποθέσεις έχουν τελεσιδικήσει.

Κατά την κατάταξή τους σε κατηγορίες, σύμφωνα με τη σοβαρότητα των επιπτώσεων στον ασθενή, τα ιατρικά σφάλματα καταγράφονται συχνότερα στα δημόσια νοσοκομεία σε ποσοστό 64,86%, ενώ χαρακτηρίζονται σε σοβαρότητα κατηγορίας E ή μεγαλύτερης κατηγορίας. Σε ποσοστό 37,84% προκλήθηκε θάνατος και το 35,91% των πασχόντων οδηγήθηκε σε αναπηρία (Πολλάλη, Βοζίκη και Ρήγα 2012).

Με βάση το δείγμα η υψηλότερη συγκέντρωση ανεπιθύμητων συμβάντων που αναφέρθηκαν σε ιατρικά σφάλματα φαίνεται να αφορά τις επεμβατικές ιατρικές ειδικότητες, στοιχείο που συμφωνεί με τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Η συχνότερη επίπτωση λαθών (θάνατοι και αναπηρίες), παρατηρήθηκε στους γενικούς χειρουργούς (~20%), στους μαιευτήρες γυναικολόγους (~16%), στους ορθοπεδικούς-χειρουργούς (~12%) και στους αναισθησιολόγους (~9%). Επίσης, επισημαίνεται ότι αυτά τα καθόλου ενθαρρυντικά αποτελέσματα δεν οφείλονται σε μεμονωμένα λάθη συγκεκριμένων επαγγελματιών υγείας, αλλά σε δυσλειτουργίες του συστήματος υγείας στο σύνολό του, όπως τα χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης για την ασφάλεια των ασθενών, η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας και οι ελλείψεις προσωπικού. Δηλαδή τα βαθύτερα αίτια των ιατρικών λαθών είναι συστημικά (Πολλάλη, Βοζίκη και Ρήγα 2012).

Βάσει σχετικής έρευνας του Ευρωβαρόμετρου (2013), διαπιστώθηκε ότι το 78% των Ελλήνων πιστεύει ότι είναι πολύ πιθανό να υποστεί βλάβη στη διάρκεια ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Το 20% των ερωτηθέντων απάντησε θετικά στο ερώτημα αν οι ίδιοι ή κάποιο μέλος στο οικογενειακό του περιβάλλον έχει βιώσει αντίστοιχη κατάσταση, ποσοστό χαμηλότερο του μέσου όρου στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ενώ ποσοστό 40% δήλωσε ότι το έχει αναφέρει. Επιπλέον, από αυτούς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση τα τελευταία τρία χρόνια της έρευνας οι μισοί, δήλωσαν ότι δεν έλαβαν έντυπο για γραπτή συγκατάθεση μετά από ενημέρωση πριν από τη χειρουργική επέμβαση και το 72% ότι δεν ενημερώθηκε για το ενδεχόμενο λοιμώξεων στη διάρκεια της νοσηλείας. Επίσης, το 73% πιστεύει ότι η παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη στη χώρα μας είναι κατώτερης ποιότητας από των άλλων κρατών-μελών.

4.6.6 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης

Η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση που ξεκίνησε το 2008, είχε ιδιαίτερα αρνητικό αντίκτυπο στην ελληνική οικονομία, με ουσιαστικές συνέπειες από το 2009 για τη χώρα, σε δημοσιονομικό και κοινωνικό επίπεδο, όπως τη μείωση του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), την αύξηση της ανεργίας, και των μη ασφαλισμένων πολιτών και τη «συρρίκνωση» του ήδη προϋπάρχοντος δυσλειτουργικού κράτους πρόνοιας με μειώσεις στις κοινωνικές παροχές λόγω περικοπών. Η χώρα μπήκε σε μια περίοδο κρίσης και από το 2010 και μετά, εφαρμόστηκαν μέτρα λιτότητας, στο πλαίσιο των μνημονιακών δεσμεύσεων (Μπελετσιώτη, Παπαδόπουλος και Νιάκας 2018:686), τα οποία κυρίως αφορούσαν γενικές μειώσεις στις δημόσιες δαπάνες, κατά κύριο λόγο μέσω των περικοπών μισθών και συντάξεων και της επιβολής υψηλότερων φόρων.

Οι δεσμεύσεις για τη μείωση στις δημόσιες δαπάνες περιλάμβαναν επίσης την υγειονομική δαπάνη. Από τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, οι δαπάνες για την υγεία το 2009 αντιστοιχούσαν στο 9,5% του ΑΕΠ (έναντι 8,8% του μέσου όρου του ΟΟΣΑ). Το διάστημα 2009-2014 μειώθηκαν κατά 36,8%, ενώ το 2017 αντιστοιχούσαν στο 7,8% του ΑΕΠ (έναντι 8,8% του ΟΟΣΑ) (Μιλτιάδης και Μπογιατζίδης 2021:108-109).

Το ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), στο οποίο διακρίνονταν προβλήματα δομικά πριν την κρίση, δεν ήταν καθόλου προετοιμασμένο όταν εκδηλώθηκε. Βρέθηκε αντιμέτωπο με συσσωρευμένα χρέη, απουσία ορθολογικών μηχανισμών ελέγχου, αδιαφανείς διαδικασίες, παραοικονομία, υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας, έλλειψη ενός οργανωμένου πληροφοριακού συστήματος και κρίσιμα «κενά» στην προστασία της υγείας του πληθυσμού, έχοντας ένα «πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής» που έπρεπε να εφαρμόσει πολύ γρήγορα, προκειμένου να διασφαλιστεί η βιωσιμότητά του (Σουλιώτης και συν 2018:13).

Μέσα στην γενικότερη προσπάθεια για τον περιορισμό στις δαπάνες υγείας δόθηκε η δυνατότητα να εφαρμοστούν απαραίτητες μεταρρυθμίσεις. Σημαντικότερες από αυτές είναι η εισαγωγή των ΚΕΝ (DRGs), η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η εφαρμογή πολιτικών μείωσης της δαπάνης φαρμάκου. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές είχαν κάποια θετικά αποτελέσματα, αλλά δεν πέτυχαν τα αναμενόμενα (Μιλτιάδης και Μπογιατζίδης 2021).

Οι περικοπές στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, παρά την αύξηση της ζήτησης για δωρεάν υπηρεσίες υγείας, οι συνταξιοδοτήσεις, οι αποχωρήσεις από το ΕΣΥ, η μη αντικατάσταση του προσωπικού, οι περικοπές στους μισθούς των επαγγελματιών υγείας και οι μέθοδοι μείωσης στις δαπάνες φαρμάκου, συνέβαλαν σε αξιοσημείωτο περιορισμό της υγειονομικής δαπάνης. Εντούτοις, προκλήθηκε «οικονομική ασφυξία» στο ΕΣΥ, ενώ οι αλλαγές σε βασικά θέματα που στόχευαν στην εύρυθμη λειτουργία του συστήματος και την προσαρμογή του στα νέα δεδομένα δεν προχώρησαν ή παρέμειναν άλυτες (Σουλιώτης και συν 2018:13).

Επιπλέον, η παρατεταμένη κρίση και η επακόλουθη έλλειψη πόρων δημιούργησε ανισότητες για τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, ενώ ορισμένοι δείκτες υγείας επιδεινώθηκαν (Μπελετσιώτη, Παπαδόπουλος και Νιάκας 2018:686). Οι ευπαθείς ομάδες (π.χ. ηλικιωμένοι) μη έχοντας την δυνατότητα να επωμιστούν την οικονομική επιβάρυνση της υγειονομικής περίθαλψης, στράφηκαν κατ' εξοχήν στο δημόσιο σύστημα υγείας (Σουλιώτης και συν 2018), όπως αποτυπώνεται στα επίσημα στοιχεία του ΕΣΥ.net (2014) μέσω της αύξησης του ετήσιου αριθμού επισκέψεων σε επείγοντα και τακτικά ιατρεία.

Κατά την περίοδο της κρίσης η ψυχική και σωματική υγεία των πολιτών εμφάνισε επιδείνωση, γεγονός το οποίο έχει άμεση σχέση με την ανεργία και με τις υποχρεώσεις που απορρέουν από το δημόσιο χρέος. Οι ψυχικές ασθένειες, τα μεταδοτικά νοσήματα, οι επιδημίες και οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν σημαντικά. Επιπρόσθετα, αυξήθηκαν τα λοιμώδη νοσήματα λόγω της μείωσης των μέτρων πρόληψης κατά τη διάρκεια της κρίσης και τα κρούσματα νέων μορφών γρίπης, ενώ παρατηρήθηκαν μεταβολές στη δυναμική των ανωτέρω νοσημάτων. Επίσης, σημειώθηκε αύξηση των θανάτων και εκτιμάται ότι οι «περιοριστικές» πολιτικές στην υγεία δημιουργούν εμπόδια στην πρόσβαση για φροντίδα στους χρονίως πάσχοντες με αποτέλεσμα την αύξηση της θνησιμότητας (Μπελετσιώτη, Παπαδόπουλος και Νιάκας 2018).

Στην συγχρονική μελέτη των Rachiotis και συνεργατών (2014) με σκοπό τη διερεύνηση της συχνότητας των ελλείψεων υλικών σε δύο ελληνικά νοσηλευτικά ιδρύματα και της εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας, φάνηκε ότι η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού ήταν σε σημαντικό υψηλό επίπεδο και οι ελλείψεις σε ιατρικά υλικά συσχετίστηκαν με την κατάσταση των εργαζομένων, αποδεικνύοντας πως η λιτότητα επηρεάζει το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στη χώρα (Rachiotis et al 2014).

Στην μελέτη των Tsiga, Panagoroulou and Montgomery (2017), οι δείκτες που αφορούν στην επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων έχουν αυξηθεί 8 έως 24%, σε σύγκριση με τα επίπεδα πριν την οικονομική κρίση στην Ελλάδα, αλλά και σε σύγκριση με άλλα ευρωπαϊκά κράτη. Επιπλέον, οι δυσμενείς της επιπτώσεις στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία τείνουν να επηρεάζουν έμμεσα τα αποτελέσματα εργασίας των επαγγελματιών υγείας, να συνδέονται με το επίπεδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και με την μη ικανοποίηση των ασθενών (Goula et al 2021b).

Παρόμοια αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία των νέων Ελλήνων ερευνητών, διαπιστώθηκαν επίσης στη συγχρονική μελέτη των Sifaki-Pistola και συνεργατών, σε 2.050 εργαζομένους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (1.025 το 2008 & 1.025 το 2017) (Sifaki-Pistola et al 2018).

Συνοψίζοντας, η υποστελέχωση των υπηρεσιών υγείας, με τα προβλήματα στην άσκηση της εργασίας των επαγγελματιών υγείας, χωρίς υποκίνηση για καλύτερη απόδοση, με την αυξημένη εργασιακή δυσaréσκεια την επαγγελματική εξουθένωση, τον

φόβο της ανεργίας, με ελλείψεις στην εκπαίδευση-επιμόρφωση, σε προμήθειες και σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, την μετανάστευση, κυρίως νέων ταλαντούχων και καλά εκπαιδευμένων υγειονομικών και η μη οργανωμένη πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας, δυσχεραίνουν τη λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, επιδρούν με αρνητικό τρόπο στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και απειλούν τη βιωσιμότητα τους, κατάσταση που αποτυπώνεται στη δυσαρέσκεια των ασθενών (Goula et al 2021b; Μπελετσιώτη, Παπαδόπουλος και Νιάκας 2018). Επιπλέον, οι προϋπάρχουσες δυσλειτουργίες του συστήματος υγείας δυσκολεύουν ιδιαίτερα την υλοποίηση αναγκαίων μεταρρυθμίσεων στο χώρο της υγείας (Σουλιώτης και συν 2018:13). Τέλος, οι ελλείψεις αυτές στα ελληνικά νοσοκομεία μπορεί να αντικατοπτρίζουν την εξελισσόμενη ανθρωπιστική κρίση της χώρας (Rachiotis et al 2014).

Κεφάλαιο 5

Επαγγελματική εξουθένωση και ιατρικό λάθος ως απειλή για την ασφάλεια του ασθενούς

Τα τελευταία χρόνια η ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών από λάθη και ανεπιθύμητα περιστατικά, έχει καταστεί βασικός στόχος των πολιτικών υγείας, ιδίως εκείνων που επικεντρώνονται στη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Η ασφάλεια των ασθενών, αν και αποτελεί μία όψη της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, ωστόσο είναι βασική συνιστώσα ενός ποιοτικού συστήματος υγείας (Vozikis and Riga 2012 αναφ. Γιαννοπούλου και Κορρές 2017:30), η οποία παρεμποδίζεται σημαντικά από τα ιατρικά λάθη (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

Τα σφάλματα και τα ανεπιθύμητα περιστατικά στην ιατρική περίθαλψη του ασθενή παρατηρούνται με μεγάλη συχνότητα διεθνώς, τόσο στη δημόσια όσο και στην ιδιωτική φροντίδα υγείας, δηλαδή κατά κάποιο τρόπο αποτελούν πλέον «συνηθισμένο» φαινόμενο (Παναγιώτου 2015). Αλήθεια είναι ότι στα νοσοκομεία αντικρίζουμε την εξής αντιπαράθεση, από την μία πλευρά η χρήση της τεχνολογίας αναμφίβολα μπορεί να «σώσει ζωές» και από την άλλη υπάρχει ο κίνδυνος εν δυνάμει λαθών (Μοιρασγεντή και συν 2018).

Τα ιατρικά λάθη σε πολλές περιπτώσεις προκαλούν δυσμενή συμβάντα, αλλά δεν συνεπάγεται ότι όλα τα δυσμενή συμβάντα οφείλονται σε ιατρικό σφάλμα. Πράγματι, η πλειονότητα εκτιμάται ότι είναι συνέπεια ιατρογενών λαθών τα οποία άλλοτε προκαλούν βλάβη και άλλοτε είναι η αιτία δημιουργίας επικίνδυνων καταστάσεων για τους ασθενείς, δίχως τελικά να προκαλέσουν κάποια βλάβη (Garrouste-Orgeas et al 2012). Αναμφισβήτητα, συνιστούν ανεπιθύμητες ενέργειες κατά τη διάρκεια της περίθαλψης και φροντίδας των ασθενών.

Ως γνωστόν, οι εξελίξεις και οι πρόσφατοι πρόοδοι στον ιατρικό κλάδο είναι σημαντικές, όμως νέοι προβληματισμοί έχουν ανακύψει, για τους ασθενείς αλλά και για τους επαγγελματίες της υγείας που αναζητούν λύσεις (Διλιντάς 2010:498).

Το άγχος και οι αρνητικές σκέψεις που προκαλεί το δυσάρεστο συναίσθημα του φόβου της απώλειας της ζωής και της αρρώστιας, οι δυσκολίες του εργασιακού περιβάλλοντος, η ελλιπής κατάρτιση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, δυσκολεύουν την επαφή με τους πάσχοντες, ασκώντας παράλληλα συναισθηματική πίεση στους εργαζόμενους, οδηγώντας σε εντάσεις, στην έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης και σε άλλες σοβαρές συνέπειες, με πιο διαδεδομένη την ψυχική νόσο της κατάθλιψης (Διλιντάς 2010:498).

Στα προηγούμενα πρέπει να προσθέσουμε, ότι υπάρχει η αντίληψη στον ερευνητικό χώρο, ότι η εργασία αποτελεί όλο και περισσότερο πηγή άγχους (Embriaco et al 2012). Η εργασία όπως και η οικογένεια είναι δύο τομείς από τους οποίους τα ενήλικα άτομα αντλούν ικανοποίηση από τη ζωή. Εξίσου είναι κοινές πηγές στρεσογόνων εμπειριών. Σε αντίθεση με το άγχος που προέρχεται από την προσωπική ζωή ή το ευρύτερο περιβάλλον, η αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους δεν είναι εύκολη, αφού δεν μπορεί ο εργαζόμενος μόνος του να αλλάξει τις συνθήκες που επικρατούν στον εργασιακό χώρο (Iacovides et al 2003).

Όπως έχουμε επισημάνει, το άγχος στην εργασία μπορεί να κάνει τα άτομα να νιώθουν εξάντληση και ότι δεν μπορούν να το αντιμετωπίσουν. Επίσης, μπορεί να προκαλέσει σωματικά και διανοητικά συμπτώματα, να δημιουργήσει προβλήματα υγείας και αλλαγές στη συμπεριφορά (Dyrbye et al 2017).

Για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης η αλλαγή των συνθηκών εργασίας καθώς και η διαχείριση των συγκρούσεων στον εργασιακό χώρο κρίνεται αναγκαία (Kluger, Townend and Laidlaw 2003), αφού οι περισσότερες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί και στη χώρα μας, τονίζουν την αρνητική σχέση της εργασιακής ικανοποίησης με την επαγγελματική εξουθένωση (Παππά, Αναγνωστόπουλος και Νιάκας 2008; Αλεξιάς, Αναγνωστόπουλος και Πιλάτης 2010).

Επίσης, τα ευρήματα μεγάλου αριθμού ερευνών υποδηλώνουν ότι η εξουθένωση, η κόπωση, η δυσφορία, η κατάθλιψη και η μειωμένη ποιότητα ζωής συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο μελλοντικών σημαντικών ιατρικών λαθών που αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι γιατροί και τονίζουν τη σημασία της μείωσης των φαινομένων (West 2006; West et al 2009). Όταν οι γιατροί δεν είναι καλά, η απόδοση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να μην είναι η βέλτιστη (Διλιντάς 2010:498).

Το θετικό αντίθετο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η δέσμευση και χαρακτηρίζεται από σθένος και αφοσίωση στην εργασία. Η ύπαρξη ενός αφοσιωμένου ιατρικού εργατικού δυναμικού είναι κρίσιμης σημασίας για τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να επιτύχουν τους θεσμικούς στόχους και την αποστολή τους (Shanafelt and Noseworthy 2016).

Ακόμη, η ευεξία του γιατρού εκτός του ότι ωφελεί τον μεμονωμένο γιατρό είναι άμεσα συνδεδεμένη με την αποτελεσματική φροντίδα των ασθενών, την παροχή υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης, σχετίζεται με αυτή των άλλων μελών της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης (Wallace, Lemaire and Ghali 2009), καθώς και με τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα του οργανισμού (Shanafelt and Noseworthy 2016) και επιπλέον είναι δείκτης ποιότητας (Thomas, Ripp and West 2018).

Καθώς λοιπόν η ασφάλεια των ασθενών συνδέεται με την υγεία του προσωπικού στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, σε μια προσπάθεια βελτίωσης της ασφάλειας των ασθενών, αλλά και των ιδίων των γιατρών, απαιτούνται καλά σχεδιασμένες παρεμβάσεις, προκειμένου να προληφθεί η εξουθένωση και για τον εντοπισμό-θεραπεία της δυσφορίας στους γιατρούς καθώς και αλλαγές στα προγράμματα εκπαίδευσης τους (West et al 2009).

Συνοψίζοντας, γίνεται αντιληπτό, ότι τα ιατρικά σφάλματα, οφείλονται, συνήθως, σε «προβληματικά συστήματα», τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα οι εργαζόμενοι να διαπράττουν σφάλματα ή να μην τα προλαμβάνουν. Συνεπώς, για να μπορέσουν να προληφθούν τα ιατρικά σφάλματα και τα δυσμενή συμβάντα τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να οργανώνονται και να λειτουργούν με τρόπο ασφαλή σε όλα τα επίπεδα (Μοιρασγεντή και συν 2018). Για την οργάνωση μιας ασφαλούς υγειονομικής περίθαλψης, μεγάλη πρόκληση για την ηγεσία είναι η διαμόρφωση συνθηκών που να ευνοούν την ανάπτυξη της επαγγελματικής ικανοποίησης (Leape et al 2009).

Οι επαγγελματίες υγείας και οι σχεδιαστές πολιτικής συμφωνούν ότι η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από την ικανότητα του προσωπικού υγείας να συνεργάζεται ομαδικά, ώστε η αναζήτηση τρόπων «κοινής αποδοχής» εκ μέρους της διοίκησης για τη διευθέτηση των αντιπαλοτήτων μπορεί να βοηθήσει την εξομάλυνση τους, στην συνοχή των υπηρεσιών, στην αποφυγή των συγκρούσεων και στη διατήρηση κλίματος καλής συνεργασίας (Γούλα 2014:211).

Δεδομένου του ισχυρού δεσμού της δέσμευσης του προσωπικού για την ασφάλεια των ασθενών, οι διοικήσεις των οργανισμών έχουν μια ισχυρή επιχειρηματική ευκαιρία να επενδύσουν σε προσπάθειες προώθησης της δέσμευσης και μείωσης της εξουθένωσης (Shanafelt and Noseworthy 2016). Το μοντέλο της συμμετοχικής διοίκησης αναφέρεται ως το στοιχείο μετάβασης σε υπηρεσίες υψηλής ποιότητας. Εστιάζει στην προσέγγιση της αναβάθμισης του σημαντικότερου συντελεστή, του ίδιου του ανθρώπινου δυναμικού, ενώ θέλει τον άνθρωπο στο κέντρο των ενεργειών (Γούλα 2014:300).

Επίσης, οι διοικήσεις των οργανισμών δεν θα πρέπει να παραμένουν μόνο στην αξιολόγηση σε στοιχεία που σχετίζονται με την ποιότητα και με την οικονομική απόδοση, με τον αριθμό των ασθενών και την ικανοποίηση τους, αλλά θα πρέπει να επιλέγουν και να αξιολογούν, σε τακτά χρονικά διαστήματα, διάφορες διαστάσεις της ευημερίας του προσωπικού, όπως την ικανοποίηση/ολοκλήρωση, την επαγγελματική εξουθένωση, την δέσμευση, την κόπωση, το άγχος, τη συναισθηματική υγεία, τις διαστάσεις ευεξίας/ποιότητας ζωής (Shanafelt and Noseworthy 2016).

Κεφάλαιο 6

Πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης - Τρόποι αντιμετώπισης

Αρκετές στρατηγικές παρέμβασης έχουν προταθεί, κάποιες εστιάζουν στην πρόληψη της εξουθένωσης, ενώ κάποιες άλλες προσπαθούν να την θεραπεύσουν αφού εκδηλωθεί (Maslach et al 2001). Επίσης, μπορεί να επικεντρώνονται στο άτομο, να κατευθύνονται από τον οργανισμό ή να συνδυάζονται κατευθυνόμενες από τον άνθρωπο και τον οργανισμό.

6.1 Παράγοντες αντίστασης

Η αντιμετώπιση που στοχεύει στη μετατόπιση από τη θεραπεία της εξουθένωσης στη προληπτική υγεία και ευεξία των επαγγελματιών υγείας, καθώς και στην αξιολόγηση παραγόντων που θα αυξήσουν την εργασιακή ικανοποίηση και θα προωθήσουν έναν ισορροπημένο τρόπο ζωής, αποτελεί μια αποτελεσματική λύση για τη μείωση του κινδύνου της επαγγελματικής εξουθένωσης (McKinley, Boland and Mahan 2017).

6.1.1 Επαγγελματική ικανοποίηση

Αποτελεί έναν κρίσιμο συντελεστή αντίστασης στην επαγγελματική εξουθένωση και ορίζεται *«ως μια συναισθηματική ανταπόκριση στην εργασία και συνίσταται στις θετικές ή αρνητικές αντιδράσεις που έχουν τα άτομα στην εργασία τους»*. Είναι επακόλουθο της εκπλήρωσης υποκειμενικών προσδοκιών στην εργασία ή της «συμφωνίας» της προσωπικότητας του ατόμου και των συνθηκών του εργασιακού χώρου (Δεληχάς 2010:6). Συνδέεται με την αναγνώριση, την κινητικότητα, αλλά και την ολοκλήρωση που βιώνει ο εργαζόμενος μέσα από την άσκηση των καθηκόντων του, ενώ η έντασή της διαφοροποιείται μεταξύ των επαγγελμάτων (Δεληχάς, Τούκα και Σπυρούλη 2012:10).

Στους επαγγελματίες υγείας διαφαίνεται αρνητική σχέση μεταξύ της επαγγελματικής ικανοποίησης και της επαγγελματικής εξουθένωσης (Ρούπα και συν

2008:254). Στην έρευνα των Αλεξιά, Αναγνωστόπουλου και Πιλάτη (2010), που διεξήχθη σε δημόσιο νοσοκομείο σε εργαζόμενους γιατρούς, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσο αυξάνεται η εργασιακή ικανοποίηση, μειώνεται η συναισθηματική εξάντληση και επιπλέον, αυξάνεται η αίσθηση της προσωπικής επίτευξης.

Στη σχετική έρευνα των Shanafelt και συνεργατών (2016) στις ΗΠΑ, σε μεγάλο οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης η επαγγελματική εξουθένωση και η μείωση της ικανοποίησης μεταξύ των γιατρών συσχετίστηκε έντονα με μείωση στην εργασιακή προσπάθεια τους επόμενους 24 μήνες (Shanafelt et al 2016).

Εντούτοις, αποτελεί αμφιλεγόμενο θέμα εάν η εξουθένωση έχει ως αποτέλεσμα οι εργαζόμενοι να μην νιώθουν ικανοποίηση ή αν η απώλεια της ικανοποίησης από την εργασία προπορεύεται και παρασκευάζει την επαγγελματική εξουθένωση. Επίσης, ενδέχεται να δημιουργείται τόσο η εξουθένωση όσο και η ικανοποίηση από άλλες αιτίες π.χ. τις άσχημες εργασιακές συνθήκες (Αλεξιάς, Αναγνωστόπουλος και Πιλάτη 2010).

Οι περισσότεροι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης λειτουργούν στο πλαίσιο ότι και τα δύο αποτελούν αποκλειστικά ευθύνη του μεμονωμένου ιατρού, με αποτέλεσμα συχνά οι οργανισμοί να επιδιώκουν λύσεις, που δεν θα οδηγήσουν σε ουσιαστική βελτίωση, όπως για παράδειγμα τα εργαστήρια διαχείρισης άγχους. Αυτές οι στρατηγικές αντιμετωπίζονται με σκεπτικισμό από τους γιατρούς ως μια προσπάθεια ανειλικρινή του οργανισμού να αντιμετωπίσει το πρόβλημα. Επίσης, παρουσιάζοντας το ζήτημα ως ατομικό πρόβλημα, παραμερίζοντας τους οργανωτικούς παράγοντες, οι μεμονωμένοι γιατροί μπορεί να οδηγηθούν στο να επιδιώξουν λύσεις ωφέλιμες για τους ίδιους, αλλά επιζήμιες για τον οργανισμό και κατ'έκταση για την κοινωνία, όπως η μείωση της επαγγελματικής προσπάθειας (Shanafelt and Noseworthy 2016).

6.1.2 Ψυχική Ανθεκτικότητα

Η ανθεκτικότητα αναφέρεται στην ικανότητα των ατόμων να προσαρμοστούν και να διαχειριστούν το άγχος (Lown 2015) και να αντιμετωπίσουν τις δύσκολες καταστάσεις που προκύπτουν εξαιτίας προβλημάτων στην υγεία, οικογενειακών, οικονομικών, επαγγελματικών (https://en.wikipedia.org/wiki/Psychological_resilience). Αποτελεί την ψυχολογική ιδιότητα που όταν τα άτομα «πέσουν από τις αναποδιές της ζωής», τότε αντί

να αφήσουν την αποτυχία ή τα τραυματικά γεγονότα να τους εξαντλήσουν, συνεχίζουν να είναι δυνατοί, τουλάχιστον όσο ήταν πριν. Αναφέρεται στη δυναμική διαδικασία της θετικής προσαρμογής (Luthar, Cicchetti and Becker 2000) στη μάθηση μέσα από τις αντιξοότητες και την αλλαγή πορείας προς τα εμπρός, προς τους στόχους (<https://www.psychologytoday.com/intl/basics/resilience>). Δεν αποτελεί ένα στοιχείο που κάποιοι έχουν και άλλοι στερούνται. Προφανώς, η ανατροφή και η διαπαιδαγώγηση παίζουν σημαντικό ρόλο, κυρίως όμως εξαρτάται από τις περιστάσεις, τις δυνατότητες, τις ικανότητες και τις γνώσεις του ατόμου.

Οι Southwick και Charney (2012), καταγράφουν δέκα ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με ισχυρότερη ανθεκτικότητα: αντιμετώπιση του φόβου, ηθική πυξίδα, πίστη, χρήση κοινωνικής υποστήριξης, καλά πρότυπα, καλή σωματική κατάσταση, ερεθίσματα, γνωστική και συναισθηματική ευελιξία, νόημα, σκοπό και ανάπτυξη στη ζωή, ρεαλιστική αισιοδοξία (Lown 2015).

Παρά το γεγονός ότι οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης, ως συστήματα, πρέπει να προχωρήσουν σε ριζικές αλλαγές, είναι καθήκον των γιατρών να διαχειριστούν με επιτυχία καθημερινές πολύπλοκες καταστάσεις και να φροντίζουν την ασφάλεια των ασθενών, των εργαζομένων και κυρίως των ιδίων. Αναμφίβολα, η καθημερινή επαφή με τον πόνο είναι ενστικτωδώς ενοχλητική. Σε όλους μας συμβαίνει όταν είμαστε αγχωμένοι, να δυσκολευόμαστε περισσότερο να συμπάσχουμε στους άλλους, καθώς από το άγχος απενεργοποιείται η συμπόνια και η ενσυναίσθηση. Έτσι, ο γιατρός που δεν έχει άγχος σε μια κλινική συνάντηση θα ακολουθήσει μια κατάλληλη φροντίδα, ενώ αν αισθάνεται αγχωμένος στην ίδια συνάντηση είναι πιθανό να προκαλέσει αρνητικές αντιδράσεις, αφού παλεύει με τα δικά του συναισθήματα. Η γραφειοκρατία του χώρου και οι κακές εργασιακές σχέσεις κάνουν το πρόβλημα ακόμη πιο έντονο. Η αντίληψη ότι οι γιατροί δεν διαθέτουν ανθεκτικότητα μεταφέρει την ευθύνη από ένα σύστημα μη οργανωμένο και αναποτελεσματικό στα άτομα που εργάζονται σε αυτό. Όμως, οι γιατροί έχουν δείξει ότι είναι εκ φύσεως ανθεκτικοί και προσαρμόζονται με ευκολία στις μεταβαλλόμενες απαιτήσεις της εργασίας (Lown 2015).

Επιπλέον, δεξιότητες αντίστασης στην επαγγελματική εξουθένωση, αποτελούν η ενεργός συμμετοχή του ατόμου στα δρώμενα καθώς και στην επίλυση των προβλημάτων στον εργασιακό χώρο, ο προσωπικός έλεγχος, η επένδυση στην εργασία, η ευελιξία στις

δυσκολίες και η αντιμετώπιση τους όχι ως απειλές ή εμπόδια αλλά ως προκλήσεις (Δεληχάς, Τούκα και Σπυρούλη 2012:10).

6.1.3 Η επαγγελματική εξουθένωση είναι «δίλλημα»

Συχνά οι γιατροί ρωτούν για το τι μπορεί να γίνει για να ελαττώσουν τα επίπεδα άγχους και να εξαλείψουν την εξουθένωση. Ο Drummond παρατηρεί πώς η ερώτηση αυτή προϋποθέτει ότι η εξουθένωση είναι ένα πρόβλημα που έχει λύση. Σύμφωνα με τον ερευνητή, η επαγγελματική εξουθένωση δεν έχει λύση, γιατί δεν είναι εξαρχής πρόβλημα. Δεν υπάρχει μια απλή λύση να την εφαρμόσεις ώστε το πρόβλημα να εξαφανιστεί με μια κίνηση. Καθώς λοιπόν, δεν μπορούν να βρουν «αυτό» με το οποίο θα λύσουν το πρόβλημα, ξαναγυρνούν στις παλιές εργασιακές τους συνήθειες και αφήνουν την πιθανότητα να αλλάξουν τα πράγματα. Στην πραγματικότητα, η επαγγελματική εξουθένωση, είναι δίλλημα και τα διλήμματα είναι αδιάκοπες πράξεις εξισορρόπησης που απαιτούν ασταμάτητη δράση (Drummond 2015).

6.2 Παρεμβάσεις

Οι ενέργειες για τον περιορισμό των δυσμενών καταστάσεων που συνδέονται με την επαγγελματική εξουθένωση μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε «πρωτογενείς», «δευτερογενείς» και «τριτογενείς» (Schaufeli and Enzmann 1998).

Συγκεκριμένα, οι πρωτογενείς παρεμβάσεις αντιμετωπίζουν το ζήτημα από πλευράς πρόληψης, μειώνοντας τους στρεσογόνους παράγοντες στο εργατικό δυναμικό, ώστε να μην εμφανιστεί η εξουθένωση στο άτομο και να εξασφαλιστεί ότι ο εργαζόμενος θέτει υπό έλεγχο την εργασία του. Το δευτερογενές επίπεδο παρέμβασης απευθύνεται σε επιλεγμένες ομάδες που έχουν αξιολογηθεί ως υψηλού κινδύνου με σκοπό να προληφθεί η εκδήλωση των δυσάρεστων συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης. Επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση του συνδρόμου που βιώνουν οι εργαζόμενοι και περιλαμβάνει τεχνικές ευαισθητοποίησης, άσκηση και εκπαίδευση. Το τριτογενές επίπεδο παρέμβασης αφορά τους ήδη πάσχοντες από το σύνδρομο εργαζόμενους ώστε να προληφθούν αρνητικές επιπτώσεις (π.χ. το να χάσει ο εργαζόμενος την ικανότητα για

εργασία). Σχετίζεται με ενέργειες και συμβουλευτική για την βελτίωση της κατάστασης του πάσχοντα (Δεληγάς, Τούκα και Σπυρούλη 2012:10).

Επίσης, ανάλογα με το στόχο του περιεχομένου τους οι παρεμβάσεις για την αποφυγή του συνδρόμου ευθυγραμμίζονται με τους αναγνωρισμένους παράγοντες που προκαλούν εξουθένωση και διαχωρίζονται στους «ατομικούς» και στους «οργανωτικούς» (Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008).

Ειδικότερα, η πρώτη κατηγορία παρεμβάσεων περιλαμβάνει όλες τις δράσεις, ενέργειες, επιλογές, κατευθύνσεις, απόψεις, διεκδικήσεις του ατόμου με σκοπό την αποφυγή του συνδρόμου (Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008).

Είναι ιδιαίτερα σημαντική η έγκαιρη αναγνώριση από τον εργαζόμενο κάποιων ενδείξεων και συμπτωμάτων -οργανικών ή ψυχοκοινωνικών- του συνδρόμου, τα οποία θα πρέπει να αξιολογήσει και να μην τα υποτιμήσει καθώς αποτελούν προειδοποίηση δυσλειτουργίας στη βιοψυχοκοινωνική του υπόσταση. Στις περιπτώσεις που ο εργαζόμενος δεν παίρνει εργασιακή ικανοποίηση, νιώθει ότι δεν αναγνωρίζεται το έργο του, δεν αισθάνεται απαραίτητος και γενικότερα η πραγματικότητα δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, τότε η επανεκτίμηση των κινήτρων και των επιθυμιών του σε σχέση με την εργασία, βοηθάει στην αποφυγή του μόνιμου άγχους και τελικά στην αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης (Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008).

Επίσης, η στήριξη του εργαζόμενου μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη και αντιμετώπιση της εξουθένωσης, ειδικά όταν εργάζεται σε χώρους όπως οι ογκολογικές κλινικές, οι ΜΕΘ κ.ά. (Maslach 1976). Ωστόσο, η στήριξη λειτουργεί θεραπευτικά μόνο όταν το άτομο την αποδέχεται, ώστε η αναγνώριση της ανάγκης βοήθειας του εργαζόμενου κρίνεται σημαντική (Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008). Ιδιαίτερη σημασία στην επίλυση προσωπικών προβλημάτων κατέχει επίσης η συμβουλευτική ψυχοθεραπεία (Macaskill 1992).

Επιπλέον, στην αποφυγή του μόνιμου άγχους βοηθά η ενασχόληση με δραστηριότητες και ενδιαφέροντα εκτός εργασίας, η οποία δίνει τη δυνατότητα εκτόνωσης, προσφέρει ευχαρίστηση στο άτομο και προάγει την επικοινωνία (Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008). Και η σωματική άσκηση έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει θετικά στο άγχος και στην κατάθλιψη καθιστώντας την ιδανική παρέμβαση για την επαγγελματική εξουθένωση (Vuori 1998:S100), όπως και η υγιεινή διατροφή και η

ξεκούραση, αλλά και ο διαλογισμός (Shapiro et al 2005) που βελτιώνει σημαντικά την διάθεση σε όσους τον εξασκούν συχνά (Galantino et al 2005).

Επιπρόσθετα, είναι σημαντική η δυνατότητα να διαλέγει κάποιος το πιο κατάλληλο για αυτόν αντικείμενο-θέση καθώς και την μετακίνηση του στον εργασιακό χώρο (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος 1994).

Ακόμη, ο διαχωρισμός επαγγελματικής ζωής από την προσωπική, προκειμένου να υπάρχει χώρος εκτόνωσης και άντλησης ενέργειας συνίσταται (Bahrer–Kohler 2013), όπως και η σωστή διαχείριση του χρόνου του εργαζόμενου (Macan et al 1990) και γενικότερα η ανάπτυξη «υγιή ορίων».

Η Maslach συνόψισε την καταπολέμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη λέξη ισορροπία, *«ισορροπία μεταξύ του άγχους και της ηρεμίας, μεταξύ εργασίας και προσωπικής ζωής»*.

Η δεύτερη κατηγορία παρεμβάσεων περιλαμβάνει όλες τις ενέργειες, που εμπίπτουν στην αρμοδιότητα της διοίκησης των οργανισμών (Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008).

Η δημιουργία ομάδων εργασίας (workshops) βρέθηκε να είναι αποτελεσματική παρέμβαση στη μείωση των συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης (Pines 1988), όπως και η δημιουργία ειδικών ομάδων Ballint, οι οποίες αποτελούν ομάδες γιατρών και ψυχολόγων, που απαριθμούν συνήθως 6 με 10 άτομα και συγκεντρώνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα για να συζητήσουν μια κλινική περίπτωση όπου η σχέση γιατρού και ασθενή δημιουργεί δυσκολίες στον θέρποντα (<https://www.balintgroupgreece.com/about-balint-groups/>). Η δημιουργία αυτών των ομάδων, στοχεύει στην εκπαίδευση των επαγγελματιών, στην αναγνώριση ψυχολογικών προβλημάτων, στη βελτίωση της επικοινωνίας με τους ασθενείς και στην αποσυμπίεση της έντασης (Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008).

Η οργάνωση σεμιναρίων-ημερίδων, η παροχή δυνατοτήτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και ειδικών συμβουλευτικών-επιμορφωτικών προγραμμάτων για την ανάπτυξη τρόπων καλύτερης αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων, είναι αναγκαία. Η ένταξη αυτών των προγραμμάτων, εκτός από το ότι βοηθά στη μείωση του άγχους, ενισχύει την αυτοπραγμάτωση στους εργαζομένους. Επίσης, κρίνεται απαραίτητη η

συνεχής εκπαίδευση και επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα που συνδέονται με την επικοινωνία, κυρίως όσων έχουν θέσεις ευθύνης, καθώς συμβάλει στην έγκαιρη ανάγνωση των δυσλειτουργιών στον εργασιακό χώρο και συνδράμει στην καλύτερευση των σχέσεων του προσωπικού (Δεληχάς, Τούκα και Σπυρούλη 2012; Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008).

Εξίσου σημαντική είναι η δημιουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης με βασικό στόχο την αμοιβαία κατανόηση, την εξεύρεση εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης δύσκολων περιπτώσεων, την εξάλειψη της αποξένωσης, την ενδυνάμωση και την αύξηση της αυτοπεποίθησης των μελών τους καθώς και την ενίσχυση του ομαδικού πνεύματος (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος 1999).

Παράλληλα, είναι αναγκαία η συνεργασία όλων των εργαζομένων, παρόλο που όπως προκύπτει δεν εύκολο να επιτευχθεί. Απαιτεί προσδιορισμένους ρόλους, αποσαφήνιση των εργασιών και των προσδοκιών, αλλά και τη συμμετοχή όλων των εργαζομένων στην λήψη αποφάσεων. Χρειάζεται τον προγραμματισμό ενός ολοκληρωμένου σχεδίου και την καθιέρωση δίκαιων εργασιακών πολιτικών (Δεληχάς, Τούκα και Σπυρούλη 2012:10).

Κάποιες ακόμα προτεινόμενες παρεμβάσεις στον εργασιακό χώρο αποτελούν η προώθηση μεθόδων υποκίνησης των εργαζομένων, η ενημέρωση του προσωπικού για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, η εξασφάλιση λογικού φόρτου εργασίας, οι σωστά κατανοημένες ευθύνες, η πολυμορφία στην εργασία, η παρότρυνση για ανάπτυξη άλλων ενδιαφερόντων, οι προοπτικές επαγγελματικής εξέλιξης και η δημιουργία θετικής εργασιακής κουλτούρας εργασίας. Συμπληρωματικά χρήσιμες πληροφορίες προσφέρει η περιοδική διενέργεια μελετών-εργασιών για το επίπεδο της εξουθένωσης του προσωπικού και ειδικότερα η συμπλήρωση σχετικών ερωτηματολογίων (Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008; Δεληχάς, Τούκα και Σπυρούλη 2012:11).

Οι McCue and Sachs (1991) περιγράφουν ένα σεμινάριο διαχείρισης άγχους, τεσσάρων ωρών, σε ειδικευόμενους γιατρούς πανεπιστημιακού νοσοκομείου, από όπου προέκυψε πως ένα εργαστήριο διαχείρισης άγχους, με χαμηλό κόστος, έτυχε θετικής υποδοχής, με θετικά αποτελέσματα. Επίσης, σε άλλη μελέτη εφαρμόστηκαν μέθοδοι περιορισμού του στρες σε ειδικευόμενους γιατρούς και οι ερευνητές αφού μελέτησαν την επίδραση των συγκεκριμένων μεθόδων, διαπίστωσαν μείωση του επιπέδου

επαγγελματικής εξουθένωσης (Ospina-Kammerer and Figley 2003). Σε μια ακόμη σχετική έρευνα που διεξήχθη σε Ολλανδούς οδοντιάτρους, η υπόθεση ότι η συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα πρόληψης θα μείωνε την εξουθένωση επιβεβαιώθηκε όσον αφορά στη συναισθηματική εξάντληση και στα προσωπικά επιτεύγματα, ενώ στην αποπροσωποποίηση, οι αλλαγές ήταν λιγότερο έντονες (Gorter, Eijkman and Hoogstraten 2001). Παρά την περιορισμένη δυνατότητα γενίκευσης των μελετών, τα αποτελέσματα δεν θα πρέπει να αγνοηθούν (Παππά, Αναγνωστόπουλος και Νιάκας 2008).

Επιπλέον, η μέθοδος της ατομικής και της ομαδικής εποπτείας εφαρμόζεται, σε πολλές ευρωπαϊκές πόλεις και συμβάλει σημαντικά στη μείωση του άγχους (Leiter and Maslach 2005).

Επίσης, έχουν αναπτυχθεί προγράμματα, τα οποία μπορούν να περιλαμβάνουν μεθόδους διαχείρισης χρόνου, διαλογισμού, χαλάρωσης όπως το Residency Assistance Program (RAP) που ανέπτυξε το 1997 το Ιατρικό Κολλέγιο του Πανεπιστημίου της Νότιας Φλόριντα (USF) με σκοπό τη βελτίωση της ευημερίας των εργαζομένων (Dabrow et al 2006).

Στη χώρα μας, στο μικρό αριθμό νοσοκομείων που εφαρμόστηκαν κάποιες από τις ανωτέρω παρεμβάσεις, όπως οι ομάδες εργασίας, η πραγματοποίηση σεμιναρίων, οι συζητήσεις με ειδικούς επιστήμονες, από τα ευρήματα προέκυψαν ενθαρρυντικά στοιχεία, ενώ αναδείχθηκε η αναγκαιότητα της ενίσχυσης των προγραμμάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης, της συνεργασίας και της στήριξης του προσωπικού, και σε γενικές γραμμές κρίθηκε απαραίτητη η καλύτερη οργάνωση σε όλα τα επίπεδα (Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008:643).

Ο Τριπλός Στόχος

Οι Berwick, Nolan και Whittington (2008), εισήγαγαν την έννοια του «Τριπλού Στόχου» στο λεξικό της υγειονομικής περίθαλψης. Πρόκειται για μια προσέγγιση για τη βελτιστοποίηση της απόδοσης του συστήματος υγείας, συστήνοντας στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης να επιδιώκουν ταυτόχρονα τρεις διαστάσεις απόδοσης. Η βελτίωση της υγείας αποτελεί τον κύριο στόχο, με δύο δευτερεύοντες στόχους που είναι η βελτίωση της εμπειρίας των ασθενών και ο περιορισμός του κόστους, οι οποίοι

συμβάλλουν στην επίτευξη του πρωταρχικού στόχου (Bodenheimer and Sinsky 2014:573).

Οι ερευνητές εκφράζουν ανησυχία ότι η επίτευξη του τριπλού στόχου, μπορεί να κινδυνεύει από τα υψηλά επίπεδα εξουθένωσης μεταξύ των γιατρών. Η εξουθένωση, καθώς εκδηλώνεται ως μειωμένη συναισθηματική ενέργεια για τις εργασιακές απαιτήσεις, συναισθηματική απομάκρυνση από την εργασία, ίσως και από τους ασθενείς και μειωμένη αίσθηση επιτυχούς επίτευξης στόχων, θα μπορούσε να οδηγήσει σε χαμηλότερη ποιότητα φροντίδας (Rathert, Williams and Linhart 2018). Επιπλέον, μπορεί να συμβάλει στην υπερβολική χρήση των πόρων και επομένως να αυξήσει το κόστος περίθαλψης. Επίσης, η δυσαρέσκεια των γιατρών είναι πιο πιθανό να τους οδηγήσει να συνταγογραφήσουν μη κατάλληλα φάρμακα με ενδεχόμενες επιπλοκές, συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης και χαμηλότερη ικανοποίηση των ασθενών (Bodenheimer and Sinsky 2014:574).

Έτσι, υπό το πλαίσιο ότι η εξουθένωση επηρεάζει τα αποτελέσματα στην υγεία των ασθενών, η μείωση της ίσως να είναι απαραίτητη πριν την επίτευξη του τριπλού στόχου. Εάν δεν αποτελεί προτεραιότητα η ευημερία των επαγγελματιών υγείας, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής μπορεί να επιδιώκουν πολλαπλούς σκοπούς με αυξημένες προσδοκίες, χωρίς όμως να λαμβάνουν υπόψη το προσωπικό κόστος και τις συνέπειες των πρωτοβουλιών που έχουν σχεδιαστεί με γνώμονα τον τριπλό στόχο (Rathert, Williams and Linhart 2018). Όπως επισημαίνουν ο Bodenheimer και Sinsky (2014), οι στόχοι του τριπλού στόχου μπορεί να είναι απρόσιτοι μέχρι να αναγνωρίσουμε την εξουθένωση στον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης, επανατοποθετώντας τη συζήτηση ώστε να περιλαμβάνει παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της (στρατηγική τετραπλού στόχου). Δηλαδή, δεν θα επιτευχθούν οι στόχοι του τριπλού στόχου αν δεν προσθέσουμε έναν τέταρτο στόχο που είναι η προώθηση της ευεξίας του γιατρού.

Η Προαγωγή Υγείας

Η Προαγωγή της Υγείας αφορά σε ενέργειες και παρεμβάσεις με στόχο να βοηθηθούν οι άνθρωποι να κάνουν θετικές αλλαγές στον τρόπο ζωής τους για να βελτιώσουν την υγεία τους. Εστιάζει στην κοινότητα, προσαρμοσμένη στις ανάγκες του εκάστοτε πληθυσμού και βασίζεται στην ανθρώπινη κατανόηση της υγείας και της ασθένειας(<https://upload.livemedia.gr/Media/65/Other/Documents/7o%20Panellinio/37>

_workshopenkleitim.saridim.pdf). Ο ΠΟΥ καθιέρωσε την Προαγωγής της Υγείας με τον χάρτη της Ottawa (1986), όπου εκφράζεται ότι «η υγεία δημιουργείται και βιώνεται από τα άτομα μέσα στους χώρους της καθημερινής τους ζωής, εκεί που εκπαιδεύονται, εργάζονται, διασκεδάζουν και αγαπούν» (WHO 1986).

Η προαγωγή υγείας στον εργασιακό χώρο, αφορά τη συνεργασία του προσωπικού και της κοινωνίας γενικότερα, για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας και ευεξίας στο χώρο εργασίας. Θεωρείται ότι είναι εφικτό να γίνει συνδυαστικά μέσω της βελτίωσης του εργασιακού περιβάλλοντος, της προώθησης της ενεργού συμμετοχής των εργαζομένων και της ενθάρρυνσης της προσωπικής ανάπτυξης και της προσωπικής εξέλιξης. Οι χώροι εργασίας θεωρούνται ιδιαίτερος σημαντικοί ως προς την υλοποίηση προγραμμάτων προαγωγής υγείας, καθώς προσφέρουν σημαντικές δυνατότητες πρόσβασης σε μεγάλο υγιή πληθυσμό. Οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν σε καθημερινή βάση αρκετές δύσκολες καταστάσεις, ωστόσο παρέχουν τις σημαντικότερες υπηρεσίες στην περισσότερο ευαίσθητη πτυχή της κοινωνίας, συνεισφέροντας στην οικονομία. Στον κρίσιμο τομέα της υγείας πρέπει να εφαρμοστούν μέτρα προαγωγής υγείας, καθώς έχει τεκμηριωθεί ότι είναι το αποτελεσματικότερο σχέδιο δράσης έναντι των κινδύνων, προκλήσεων και αντίξοων συνθηκών, ώστε να βελτιωθεί το επίπεδο υγείας και ευεξίας των ατόμων στην εργασία (Μπιτσώρη, Μπαλάσκα και Δημογέροντας 2017).

Συνοψίζοντας, για την αντιμετώπιση της εξουθένωσης, αν και έχουν καταγραφεί αρκετές ατομικές παρεμβάσεις μικρός είναι ο αριθμός των ερευνών από όπου προκύπτει να επιδρούν θετικά στην επαγγελματική εξουθένωση των ιατρών. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι οι ατομικές παρεμβάσεις δεν είναι αποτελεσματικές σε περιβάλλοντα εργασίας όπως τα νοσηλευτικά ιδρύματα. Δηλαδή, η εστίαση στο άτομο πάνω από τον οργανισμό είναι συνεπής με παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται σε άλλα επαγγέλματα (Kompiet and Kristensen 2001).

Από την άλλη πλευρά, διαφαίνεται ότι οι συνθήκες στον εργασία καθορίζουν εάν το άτομο θα είναι αποδοτικό στην εργασία του (Αλεξιάς, Αναγνωστόπουλος και Πιλάτης 2010:132). Παρόλα αυτά, πολλοί είναι οι ερευνητές που εστίασαν στους ατομικούς παράγοντες και δόθηκε ιδιαίτερη βαρύτητα, για αρκετούς λόγους, εκ των οποίων η αντίληψη ότι «είναι ευκολότερο και φθηνότερο να αλλάζεις ανθρώπους παρά οργανισμούς» (Maslach, Schaufeli and Leiter 2001).

Το πλαίσιο της «κοινής ευθύνης» και η ανάγκη για λύσεις σε επίπεδο συστήματος έχουν αρχίσει να αναγνωρίζονται, όμως κάποιες υποθέσεις έγιναν εμπόδια στους οργανισμούς για να αναλάβουν αποτελεσματική δράση. Το πρώτο εμπόδιο είναι η πεποίθηση ότι οι ενέργειες που είναι απαραίτητες για την καλλιέργεια της ευημερίας του γιατρού θα έρθουν σε σύγκρουση με άλλους οργανωτικούς στόχους. Το δεύτερο είναι η υπόθεση ότι όλες οι αποτελεσματικές παρεμβάσεις για τη μείωση της εξουθένωσης θα είναι δαπανηρές και επομένως, απαγορευτικές λόγω κόστους. Όμως, ένα αφοσιωμένο εργατικό δυναμικό ιατρών είναι απαραίτητο για την επίτευξη θεσμικών στόχων, ενώ είναι πραγματικότητα, ότι με μικρές επενδύσεις, αρκετές αποτελεσματικές παρεμβάσεις μπορούν να έχουν μεγάλο αντίκτυπο (Shanafelt and Noseworthy 2016).

Η πολιτεία οφείλει να δαπανήσει πόρους και ενέργεια προκειμένου να αντιμετωπίσει σωστά το πρόβλημα της εξουθένωσης των εργαζομένων. Η παροχή από μέρους της ειδικών συμβουλευτικών-επιμορφωτικών προγραμμάτων είναι αναγκαία. Επίσης, θα συνέβαλε αν σε κάθε οργανωμένο χώρο εργασίας υπήρχαν οι ειδικοί σε θέματα προστασίας της ασφάλειας και υγείας του προσωπικού (Βασιλάκη και συν 2001; Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008:646). Τέλος, η εφαρμογή μέτρων προαγωγής υγείας, κρίνεται απαραίτητη, καθώς αποτελεί επιτυχημένη τακτική μπροστά σε κινδύνους, προκλήσεις και αντίξοες συνθήκες, ώστε να βελτιωθεί το επίπεδο υγείας και ευεξίας των ατόμων στην εργασία (Μπιτσώρη, Μπαλάσκα και Δημογέροντας 2017).

Εν κατά κλείδι η αντιμετώπιση της εξουθένωσης θα πρέπει να θεωρείται ως κοινή ευθύνη για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, τους οργανισμούς, τα ιδρύματα και τους μεμονωμένους γιατρούς (Wallace, Lemaire and Ghali 2009).

Κεφάλαιο 7

Διεθνείς και Ελληνικές σχετικές έρευνες

7.1 Διεθνής βιβλιογραφική ανασκόπηση

Στην μελέτη των Shanafelt και συνεργατών (2002), για την αξιολόγηση της εξουθένωσης στους ειδικευόμενους ιατρούς και τις αυτοαναφερόμενες πρακτικές φροντίδας των ασθενών, ποσοστό 76% από τους συμμετέχοντες πληρούσε τα κριτήρια της επαγγελματικής εξουθένωσης. Διαπιστώθηκε ότι αυτοί που παρουσίασαν συμπτώματα του συνδρόμου είχαν πιο πολλές πιθανότητες να εφαρμόσουν μη κατάλληλες πρακτικές στην φροντίδα των ασθενών, όπως κακή συμπεριφορά, λάθη και παραλείψεις στη φαρμακευτική αγωγή και στη διάγνωση (Shanafelt et al 2002).

Στη μελέτη των West και συνεργατών (2006), με σκοπό την αξιολόγηση της συχνότητας των ιατρικών λαθών που αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι γιατροί καθώς και την καταγραφή της συσχέτισης με την ποιότητα ζωής, την εξουθένωση και τα συμπτώματα της κατάθλιψης, το 34% από τους συμμετέχοντες ανέφερε ότι έκανε τουλάχιστον ένα σημαντικό ιατρικό λάθος κατά την περίοδο της μελέτης ενώ, κατά τους προηγούμενους τρεις μήνες αναφέρθηκε σε ποσοστό 14,7%. Από τα αντιληπτά σφάλματα, το 97% συζητήθηκε με τουλάχιστον ένα άτομο που ήταν κυρίως κάποιος συνάδελφος (83%). Τα ιατρικά λάθη που αντιλαμβάνονταν οι ίδιοι συσχετίστηκαν με συνακόλουθη μείωση της ποιότητας ζωής και συνδέονταν με σημαντική προσωπική δυσφορία και με θετική αναλογία πιθανοτήτων για κατάθλιψη στο επόμενο χρονικό διάστημα. Επιπλέον, η εξουθένωση και η μειωμένη ενσυναίσθηση σχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο μελλοντικών σημαντικών ιατρικών λαθών που αντιλαμβάνονται οι ίδιοι (West et al 2006).

Στη μελέτη των Embriaco και συνεργατών (2007), που πραγματοποιήθηκε με σκοπό να διερευνηθεί ο επιπολασμός της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους γιατρούς σε ΜΕΘ ενηλίκων σε γαλλικά δημόσια νοσοκομεία, διαπιστώθηκε υψηλό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης και συγκεκριμένα στο 50% των ΜΕΘ, ενώ το 46,5% των ερωτηθέντων που εργάζονταν στις ΜΕΘ εμφάνιζε επαγγελματική εξουθένωση και επιθυμούσε να εγκαταλείψει την εργασία του. Επίσης,

διαπιστώθηκε ότι από αυτούς τους εργαζόμενους, όσοι τελικά θα παραμείνουν, η εξουθένωση θα τους οδηγήσει στο να είναι λιγότερο παραγωγικοί και αποτελεσματικοί στην εργασία τους, και ως εκ τούτου σχετίζεται με μικρότερη ευχαρίστηση από την εργασία καθώς και περιορισμένη δέσμευση για τον οργανισμό. Οργανωτικοί παράγοντες και όχι παράγοντες που με συνδέονται τους ασθενείς, φάνηκε να σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση (Embriaco et al 2007).

Η Fahrenkopf με τους συνεργάτες εκπόνησαν το 2008 προοπτική μελέτη κοόρτης, με σκοπό να προσδιοριστεί η συχνότητα εμφάνισης και εξάπλωσης της κατάθλιψης και της εξουθένωσης στο προσωπικό τριών παιδιατρικών νοσοκομείων στις ΗΠΑ και να αναδειχθεί εάν υπάρχει σχέση μεταξύ αυτών των διαταραχών και των σφαλμάτων φαρμακευτικής αγωγής. Διαπιστώθηκε ότι, το 75% των συμμετεχόντων είχε εμφανίσει επαγγελματική εξουθένωση και το 20% ήταν καταθλιπτικοί. Όσοι είχαν εμφανίσει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είχαν πιο πολλές πιθανότητες να αναφέρουν δυσκολία συγκέντρωσης στην εργασία και ανησυχία για κατάθλιψη, ενώ αν και πιο διάχυτη η εξουθένωση από την κατάθλιψη, δεν φάνηκε να σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά σφαλμάτων. Όσοι είχαν κατάθλιψη έκαναν πάνω από έξι φορές υψηλότερα ποσοστά λάθους στη φαρμακευτική αγωγή από εκείνους που δεν είχαν εκδηλώσει και επίσης, ανέφεραν πιο κακή υγεία. Επιπλέον, το 96% συνολικά αυτών που πληρούσαν τα κριτήρια για κατάθλιψη πληρούσαν και τα κριτήρια για επαγγελματική εξουθένωση (Fahrenkopf et al 2008).

Αυτή η μελέτη προκαλεί σημαντικές ηθικές ανησυχίες. 24 από τους 123 συμμετέχοντες βρέθηκαν να διατρέχουν υψηλό κίνδυνο κατάθλιψης, εντούτοις δεν ήταν εφικτό να ενθαρρυνθούν να αναζητήσουν θεραπεία λόγω του στοιχείου της εμπιστευτικότητας της έρευνας, καθώς κανένας από αυτούς δεν εξέφρασε ενεργό αυτοκτονικό ιδεασμό. Η θετική βαθμολογία για κατάθλιψη απουσία έκφρασης αυτοκτονικού ιδεασμού, δεν κρίθηκε επαρκής για την παραβίαση της συμφωνίας εμπιστευτικότητας. Τα γενικά αποτελέσματα της μελέτης κοινοποιήθηκαν στους αρμόδιους διευθυντές των τριών παιδιατρικών κέντρων σε μια προσπάθεια βελτίωσης των μέτρων προσυμπτωματικού ελέγχου και θεραπείας, αλλά εάν κάποιος από αυτούς τους συμμετέχοντες έλαβε την κατάλληλη ιατρική φροντίδα δεν έγινε γνωστό. Μετά την ολοκλήρωση της μελέτης, αυτοί που είχαν κατάθλιψη διαπιστώθηκε ότι έκαναν περισσότερα ιατρικά λάθη, ωστόσο αυτό ήταν άγνωστο κατά την συλλογή των

δεδομένων και ως εκ τούτου δεν μπορούσαν να προσεγγιστούν για τα λάθη τους, ούτε οι θεράποντες ιατροί τους μπορούσαν να κάνουν πιο προσεκτική επίβλεψη. Όμως χωρίς εξασφαλισμένη εμπιστευτικότητα οι συμμετέχοντες δεν θα είναι το ίδιο ειλικρινείς στις απαντήσεις τους στην έρευνα, ωστόσο προκαλεί ανησυχία η παρουσία σημαντικού αριθμού καταθλιπτικών εργαζομένων στα παιδιατρικά κέντρα, που διαπράττουν ιατρικά λάθη (Fahrenkopf et al 2008).

Στην έρευνα που πραγματοποίησε ο Prins και οι συνεργάτες του (2009), με σκοπό την εξέταση των «αυτοαναφερόμενων σφαλμάτων» σε γιατρούς στην Ολλανδία, την αξιολόγηση της σύνδεσης τους με την εξουθένωση και τον εντοπισμό ενδεχόμενων πηγών κινδύνου, όπως το φύλο, το κλινικό περιβάλλον, η διάρκεια εκπαίδευσης, η ειδικότητα, η υπόθεση ότι η εξουθένωση σχετίζεται με την αντίληψη ότι γίνονται περισσότερα λάθη φάνηκε ότι υποστηρίχθηκε. Επιπλέον, τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι, σχετίζεται περισσότερο με τα αντιληπτά σφάλματα λόγω έλλειψης χρόνου, δηλαδή, οι γιατροί που έχουν λιγότερο χρόνο για να εκτελέσουν τα καθήκοντά τους ενδεχομένως να κάνουν ένα σφάλμα και να το αναφέρουν (Prins et al 2009).

Μια ακόμη έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον West και τους συνεργάτες του (2009), προκειμένου να διερευνηθεί η συσχέτιση της κόπωσης και της δυσφορίας με τα κύρια ιατρικά λάθη που αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι γιατροί. Οι συμμετέχοντες που ανέφεραν τουλάχιστον ένα σφάλμα κατά τη διάρκεια της περιόδου μελέτης είχαν σημαντικά χαμηλότερη συνολική ποιότητα ζωής, παρουσίασαν μεγαλύτερη κόπωση και υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης ενώ, το 68,7% αυτών διαγνώστηκε θετικά για κατάθλιψη τουλάχιστον μία φορά σε σύγκριση με το 43,6% αυτών που δεν ανέφεραν σφάλμα. Παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, το ύψος του χρέους του φοιτητικού δανείου, η οικογενειακή κατάσταση φάνηκε να μην επιδρούν στο αποτέλεσμα. Τα ευρήματα της μελέτης, τα οποία είναι σε συμφωνία με προηγούμενη μελέτη (West 2006), σε γενικές γραμμές υποδηλώνουν ότι η κόπωση, η δυσφορία, η εξουθένωση, η κατάθλιψη και η μειωμένη ποιότητα ζωής συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο μελλοντικών σημαντικών ιατρικών λαθών που αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι γιατροί και τονίζουν τη σημασία της μείωσης των φαινομένων (West et al 2009).

Άλλη μια μελέτη των Shanafelt και συνεργατών (2010), για την διερεύνηση της συσχέτισης της επαγγελματικής εξουθένωσης και των αντιληπτών μεγάλων ιατρικών λαθών μεταξύ των Αμερικανών χειρουργών, σε δείγμα 7905 χειρουργούς, ανέδειξε ότι υπάρχει μια ισχυρή σχέση μεταξύ των δύο, ενώ ανάμεσα στους ισχυρότερους παράγοντες που σχετίζονταν με την αναφορά ενός πρόσφατου σημαντικού ιατρικού σφάλματος ήταν η εξουθένωση και η κατάθλιψη. Το 8,9% ανέφεραν ανησυχία ότι είχαν κάνει ένα σοβαρό ιατρικό σφάλμα πρόσφατα, συγκεκριμένα τους 3 τελευταίους μήνες, ενώ μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων (70%) το απέδωσε σε μεμονωμένους παράγοντες παρά σε επίπεδο συστήματος (Shanafelt et al 2010).

Ο Mardon και οι συνεργάτες (2010), εκπόνησαν μελέτη με στόχο την αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών και των ενδονοσοκομειακών επιπλοκών και των ανεπιθύμητων συμβάντων. Η μελέτη βασίζεται σε στοιχεία από 179 νοσοκομεία των ΗΠΑ, που υπέβαλαν οικειοθελώς τα δεδομένα στη Συγκριτική Βάση Δεδομένων της Νοσοκομειακής Έρευνας για την Κουλτούρα Ασφάλειας Ασθενών (HSOPS) του 2007. Από τα αποτελέσματα διαφάνηκε ότι, τα νοσοκομεία με πιο θετική κουλτούρα για την ασφάλεια των ασθενών είχαν πιο χαμηλά ποσοστά ενδονοσοκομειακών επιπλοκών ή ανεπιθύμητων συμβάντων, όπως μετρήθηκαν από τους δείκτες ασφάλειας ασθενών AHRQ (PSIs) (Mardon et al 2010).

Σε μια ακόμη έρευνα του Shanafelt και των συνεργατών του (2011), ποσοστό 6,3% από τους συμμετέχοντες χειρουργούς ανέφεραν αυτοκτονικό ιδεασμό τους προηγούμενους δώδεκα μήνες, ποσοστό τουλάχιστον διπλάσιο από το ποσοστό στον γενικό ενήλικο πληθυσμό. Από αυτούς, μόνο το 26% είχε ζητήσει ψυχιατρική ή ψυχολογική βοήθεια, κυρίως λόγω της ανησυχίας σχετικά με τον αν η αναζήτηση θεραπείας θα μπορούσε να επηρεάσει την άσκηση του επαγγέλματος τους. Σε αυτή τη μελέτη ο αυτοκτονικός ιδεασμός μεταξύ των χειρουργών συσχετίστηκε έντονα με συμπτώματα κατάθλιψης και την εξουθένωση. Αν και η σχέση μεταξύ αυτοκτονικού ιδεασμού και κατάθλιψης είναι αναγνωρισμένη, η συσχέτιση μεταξύ αυτοκτονικού ιδεασμού και εξουθένωσης μόλις άρχισε να ορίζεται (Shanafelt et al 2011:54,59).

Άλλη μια μελέτη σχεδιάστηκε από τον Embriaco και τους συνεργάτες (2012) για να αξιολογήσουν αυτή τη φορά τον επιπολασμό των συμπτωμάτων κατάθλιψης σε γιατρούς των ΜΕΘ σε γαλλικά δημόσια νοσοκομεία και των σχετικών παραγόντων κινδύνου. Η παρούσα μελέτη ανέφερε υψηλό ποσοστό συμπτωμάτων κατάθλιψης μεταξύ των συμμετεχόντων καθώς περίπου το ένα τέταρτο των γιατρών εμφάνισαν σημεία κατάθλιψης. Η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους εντατικολόγους δεν συσχετίστηκε με τη σοβαρότητα της κατάστασης των ασθενών, αλλά συσχετίστηκε με οργανωτικούς παράγοντες (Embriaco et al 2012).

Στη μελέτη των Hayashino και συνεργατών, που πραγματοποιήθηκε το 2012 στην Ιαπωνία, με στόχο την αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ ιατρικών λαθών, παρουσίας ελπίδας και εξουθένωσης μεταξύ των ασκούμενων ιατρών, παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ ελπίδας και αυτοαναφοράς ιατρικών λαθών. Στην έρευνα συμμετείχαν μέλη μιας ομάδας 6.459 νοσοκομειακών γιατρών, μέσω διαδικτύου και με τη χρήση της κλίμακας Likert 12βαθμών, με στοιχεία όπως «Μπορώ να δω πιθανότητες εν μέσω δυσκολιών» και «Νιώθω ότι η ζωή μου έχει αξία», διερευνήθηκε η γενική αίσθηση ψυχοκοινωνικής δύναμης ή θετικών προσδοκιών, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν μεγαλύτερη ελπίδα. Οι γιατροί που βίωσαν υψηλότερη εξουθένωση ανέφεραν υψηλότερη συχνότητα σφαλμάτων, ενώ οι γιατροί που έχουν υψηλότερα επίπεδα ελπίδας, δεν ανέφεραν πολλές περιπτώσεις σφαλμάτων, ακόμη κι αν είχαν υψηλό στην κλίμακα επίπεδο εξουθένωσης. Δηλαδή, μπορούν να δουν θετικές πιθανότητες για το μέλλον με αποτέλεσμα, η ψυχολογική τους δυσφορία να μειωθεί. Αντίθετα, οι γιατροί με χαμηλότερα επίπεδα ελπίδας δυσκολεύονται να προσαρμοστούν σε ένα δύσκολο εργασιακό περιβάλλον και αναφέρουν υψηλότερη συχνότητα ιατρικών λαθών (Hayashino et al 2012).

Σε παλαιότερη σχετική με το θέμα έρευνα των Rustoen, Cooper και Miaskowski (2010), διαπιστώθηκε ότι όσοι είχαν υψηλότερα επίπεδα ελπίδας ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας και καλύτερη ποιότητα ζωής, παράγοντες που έχουν αποδειχθεί ότι σχετίζονται με χαμηλή συχνότητα ιατρικών λαθών που αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι γιατροί (Rustoen, Cooper and Miaskowski 2010).

Ο Chen και οι συνεργάτες του πραγματοποίησαν μια συγχρονική έρευνα (2013), με στόχο να προσδιοριστεί η συχνότητα εμφάνισης της εξουθένωσης σε ένα μεγάλο δείγμα γιατρών στην Ταϊβάν και να συσχετιστεί με την εργασιακή ικανοποίηση και την εμπειρία ιατρικού λάθους. Διαπιστώθηκε υψηλή συχνότητα εξουθένωσης μεταξύ συμμετεχόντων που σχετιζόταν με μεγαλύτερη χρήση αλκοόλ όταν αισθάνονταν κατάθλιψη λόγω του μεγάλου φόρτου εργασίας. Ο αριθμός των σφαλμάτων συσχετίστηκε έντονα με την επαγγελματική εξουθένωση υψηλού επιπέδου, γεγονός που είναι πιθανό να επιδράσει αρνητικά στην ασφάλεια των ασθενών. Η υψηλή εξουθένωση στους γιατρούς, λόγω κυρίως των πολλών ωρών εργασίας και άλλων παραγόντων, όπως το σύστημα αξιολόγησης, η νοσοκομειακή κουλτούρα, οι σχέσεις ασθενών-γιατρών και το εργασιακό περιβάλλον είναι ένα σοβαρό θέμα που οφείλουν να αντιμετωπίσουν οι αρχές της Ταϊβάν (Chen et al 2013).

Ο Garrouste-Orgeas και οι συνεργάτες του εκπόνησαν μελέτη (2015), με πρωταρχικό στόχο την διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, της επαγγελματικής εξουθένωσης και της κουλτούρας ασφάλειας με τον κίνδυνο ιατρικών λαθών στις ΜΕΘ και με δευτερεύον στόχο την αξιολόγηση των ασθενών και των παραγόντων κινδύνου. Για την επίτευξη αυτών, πραγματοποιήθηκε μια προοπτική, παρατηρητική, πολυκεντρική μελέτη σε 31 ΜΕΘ στη Γαλλία. Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε υψηλή συχνότητα επιλεγμένων ιατρικών λαθών, τα περισσότερα από τα οποία δεν προκάλεσαν βλάβη στους ασθενείς. Η εξουθένωση δεν συσχετίστηκε με ιατρικά λάθη και ανεπιθύμητα συμβάντα, αλλά συνδέονται τα συμπτώματα κατάθλιψης. Άλλοι παράγοντες κινδύνου για ιατρικά λάθη ή ανεπιθύμητα συμβάντα σχετιζόνταν με την οργάνωση των ΜΕΘ, το προσωπικό ως προς την ειδική εκπαίδευση σε θέματα ασφάλειας και τους ασθενείς ως προς τον φόρτο εργασίας (Garrouste-Orgeas et al 2015).

Ο Hall και οι συνεργάτες του (2016) εκπόνησαν έρευνα με σκοπό την διερεύνηση της σχέσης ευημερίας και εξουθένωσης σε εργαζόμενους στον τομέα της υγείας και ασφάλειας στην φροντίδα των ασθενών. Πραγματοποιήθηκε ανάλυση σαράντα έξι μελετών, οι οποίες ομαδοποιήθηκαν με βάση το εάν περιελάμβαναν ένα μέτρο ευεξίας ή εξουθένωσης. Από τα αποτελέσματα διαφάνηκε ότι, η κακή ευεξία και ο μέτριος έως υψηλός βαθμός εξουθένωσης, στις περισσότερες μελέτες συνδέονται με άσχημα αποτελέσματα ασφάλειας των ασθενών, όπως ιατρικά λάθη (Hall et al 2016).

Όπως προκύπτει από την έρευνα των Salpigktidi και των συνεργατών του (2016), γιατροί εκπαιδευόμενοι στο ελληνικό σύστημα βρέθηκαν να αντλούν χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης, και ικανοποίησης από τη ζωή τους γενικότερα, σε σύγκριση με τους άλλους συμμετέχοντες εκπαιδευόμενους στο βρετανικό και στο γερμανικό σύστημα. Επίσης, είχαν συχνότερες συγκρούσεις εργασίας-οικογένειας και χαμηλότερη συλλογική υποστήριξη. Επιπλέον, περίπου 8 στους 10 συμμετέχοντες εκπαιδευόμενους στο ελληνικό σύστημα θεώρησαν ότι η οικονομική κρίση και η επιβράδυνση της οικονομικής ανάπτυξης επέφερε δυσκολίες στο χώρο εργασίας τους και οικονομικές και ψυχολογικές επιπτώσεις στα άτομα, ώστε να εκφράζουν την επιθυμία να αλλάξουν τόπο διαμονής και να εγκατασταθούν σε μια ξένη χώρα προς αναζήτηση εργασίας (Salpigktidis et al 2016).

Στην έρευνα των Shanafelt και Noseworthy (2016), περιγράφονται εννέα οργανωτικές στρατηγικές περιορισμού της εξουθένωσης και υποστήριξη της δέσμευσης. Η αναγνώριση του προβλήματος της επαγγελματικής εξουθένωσης και το έμπρακτο ενδιαφέρον του οργανισμού για την ευημερία των γιατρών του είναι το απαραίτητο πρώτο βήμα προς την επίτευξη προόδου. Οι άλλες οργανωτικές στρατηγικές αφορούν στην αξιοποίηση της δύναμης της ηγεσίας, στην ανάπτυξη και εφαρμογή στοχευμένων παρεμβάσεων, στην καλλιέργεια της εργασίας, στις ανταμοιβές και στα κίνητρα με σύνεση, στην ευθυγράμμιση των αξιών και στην ενίσχυση του πολιτισμού, στην προώθηση της ευελιξίας και της ολοκλήρωσης της επαγγελματικής ζωής, στην παροχή πόρων για την προώθηση της ανθεκτικότητας και της αυτοφροντίδας. Ο τρόπος υλοποίησης των στρατηγικών θα πρέπει να προσαρμοστεί ώστε να ταιριάζει στον εκάστοτε οργανισμό (Shanafelt and Noseworthy 2016).

Ο Wen και οι συνεργάτες του (2016), πραγματοποίησαν έρευνα με σκοπό να διερευνηθεί η εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ νοσοκομείων διαφορετικών βαθμίδων σε δέκα επαρχίες της Κίνας και να εξεταστεί εάν σχετίζεται με ιατρικά λάθη. Από τους 1.537 γιατρούς που συμμετείχαν στη μελέτη το 76,9% ανέφερε κάποια συμπτώματα εξουθένωσης ή σοβαρά συμπτώματα εξουθένωσης και το 54,8% ανέφερε ότι διέπραξε ιατρικά λάθη κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους. Σε γενικές γραμμές, οι Κινέζοι γιατροί ανέφεραν μεγάλο φόρτο εργασίας, υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης και ιατρικά λάθη (Wen et al 2016).

Μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση μελετών πραγματοποιήθηκε από την Panagioti και τους συνεργάτες της (2017), με σκοπό πρώτον, να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων στη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους γιατρούς, δεύτερον, να εξετάσει ποιοι τύποι παρεμβάσεων είναι πιο αποτελεσματικοί και τρίτον, να διερευνήσει εάν υπάρχουν διαφορές στην επίδραση των παρεμβάσεων σε διαφορετικά περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης (πρωτοβάθμια περίθαλψη, δευτεροβάθμια ή εντατική) και σε γιατρούς με διαφορετικά επίπεδα εργασιακής εμπειρίας. Τα στοιχεία από αυτή τη μελέτη υποδηλώνουν ότι ήταν σημαντικά καλύτερα τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων που κατευθύνονται από τον οργανισμό από τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων σε επίπεδο μεμονωμένου γιατρού. Το εύρημα αυτό, υποστηρίζει την άποψη ότι το σύνδρομο πηγάζει στην οργανωτική συνοχή του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και είναι πρόβλημα όχι των ατόμων, αλλά ολόκληρου του οργανισμού υγείας και απαιτεί μια προσέγγιση ενσωματωμένη στον οργανισμό. Εάν δηλαδή, η επαγγελματική εξουθένωση είναι πρόβλημα ολόκληρων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, είναι λιγότερο πιθανό να ελαχιστοποιηθεί αποτελεσματικά με μοναδική παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο (Panagioti et al 2017).

Η Tsigas και οι συνεργάτες της (2017), εκπόνησαν μελέτη με σκοπό την ανάπτυξη μιας βασισμένης σε στοιχεία συστηματικής λίστας ελέγχου ιατρικών σφαλμάτων (MEC) για την αυτοαναφορά ιατρικών σφαλμάτων. Επιπλέον, εξέτασαν τη συγκριτική επιρροή μεμονωμένων, δομικών και οργανωτικών παραγόντων του νοσοκομείου στη συχνότητα των ιατρικών σφαλμάτων που αναφέρονται, με την εξουθένωση να αποτελεί έναν από τους οργανωτικούς παράγοντες που αξιολογήθηκαν. Συμμετείχαν 231 γιατροί που εργάζονταν σε μεγάλο εκπαιδευτικό νοσοκομείο στην Θεσσαλονίκη στην Ελλάδα. Αφού διαφάνηκαν οι πολλές διαστάσεις του συνδρόμου, τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν τη σημασία των οργανωτικών παραγόντων για την πρόληψη ιατρικών λαθών (Tsigas et al 2017).

Μια επιπλέον έρευνα, πραγματοποιήθηκε από τον Tawfik και τους συνεργάτες του (2018), με σκοπό τον προσδιορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης, της ευεξίας και τον βαθμό ασφάλειας της μονάδας εργασίας σε σχέση με τα αντιληπτά μεγάλα ιατρικά σφάλματα σε γιατρούς των ΗΠΑ. Από 6586 εργαζόμενους που παρείχαν πληροφορίες, οι 3574 (54,3%) ανέφεραν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης, οι 2163 (32,8%) υπερβολική κόπωση και οι 427 (6,5%) πρόσφατο αυτοκτονικό ιδεασμό. Οι

255 (3,9%) από 6563 ανέφεραν κακή ή αποτυχημένη βαθμολογία ασφάλειας ασθενών στον κύριο χώρο εργασίας τους και 691 (10,5%) ανέφεραν ένα σημαντικό ιατρικό σφάλμα τους προηγούμενους τρεις μήνες, ενώ οι γιατροί που ανέφεραν σφάλματα φάνηκε πιο πιθανό να έχουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης (Tawfik et al 2018).

Ο Garcia και οι συνεργάτες του (2019), σε συστηματική ανασκόπηση, με μετα-ανάλυση που πραγματοποίησαν, κατέγραψαν θετική συσχέτιση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας και της ασφάλειας των ασθενών. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι, ο υψηλός βαθμός εξουθένωσης έχει άμεση σχέση με εξωγενείς παράγοντες, όπως ο μεγάλος φόρτος, οι διαπροσωπικές σχέσεις, ενώ φάνηκε ότι για την ασφάλεια των ασθενών η αποφυγή της εξουθένωσης από την εργασία αποτελεί μεγάλης σημασίας τακτική (Garcia et al 2019).

Ο Yates εκπόνησε μελέτη (2020), για τις αιτίες και τις συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών και για την αύξηση της ικανοποίησης τους από την εργασία. Ο αντίκτυπος της επαγγελματικής εξουθένωσης, εκτός από την χαμηλότερη ποιότητα περίθαλψης, την μείωση της ικανοποίησης των ασθενών, το υψηλότερο κόστος, τα ιατρικά λάθη και γενικότερα τα χειρότερα αποτελέσματα, είναι εξίσου σημαντικός στην υγεία των γιατρών, που είναι πιθανό να κινδυνεύει. Αποτελέσματα πολλών ερευνών έδειξαν μια ανισορροπία στη σχέση μεταξύ προσπάθειας για την κάλυψη των απαιτήσεων της εργασίας και ανταμοιβής για την απόδοση της εργασίας, η οποία έχει συνδεθεί με αρνητικά αποτελέσματα για την υγεία των εργαζομένων. Οι αλλαγές στα συστήματα υγείας και η αυξημένη αλληλεπίδραση με τα ηλεκτρονικά συστήματα και την τεχνολογία, οδηγεί τους γιατρούς στο να εργάζονται πιο πολλές ώρες και τελικά να βρίσκουν λιγότερη χαρά στην άσκηση της ιατρικής (Yates 2020).

7.2 Ελληνική βιβλιογραφική ανασκόπηση

Οι Δημητρόπουλος και Φιλίππου, στη μελέτη που δημοσίευσαν το 2008, περιγράφουν τις ενδείξεις, τα συμπτώματα, τις αιτίες της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας και προτείνουν μέτρα πρόληψης και

αντιμετώπισης του. Αρχικά ο εργαζόμενος θα πρέπει να γνωρίζει τα «όρια» του στην εργασία και επιπλέον, δεν θα πρέπει να αγνοήσει ενδείξεις που προμηνύουν την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, προκειμένου να αποτρέψει την εκδήλωση της ή να την αντιμετωπίσει έγκαιρα. Επίσης, λόγω της αναγνωρισμένης αμοιβαίας επίδρασης του ατόμου με τις συνθήκες του χώρου εργασίας θα πρέπει οι παρεμβάσεις να συνδυάζονται κατευθυνόμενες από τον άνθρωπο και τον οργανισμό. Οι διοικήσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων οφείλουν να δαπανήσουν πόρους και ενέργεια προκειμένου να αντιμετωπιστεί σωστά το πρόβλημα της εξουθένωσης των εργαζομένων (Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008).

Η έρευνα των Αλεξιά, Αναγνωστόπουλου και Πιλάτη (2010), στοχεύει να καταγράψει την διάσταση της εξάπλωσης της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και να μελετήσει τον συσχετισμό της με την επαγγελματική ικανοποίηση. Σε εργαζόμενους γιατρούς του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς» με τυχαία δειγματοληψία, μοιράστηκαν ερωτηματολόγια και επεστράφησαν συμπληρωμένα 392 (ποσοστό συμμετοχής 65,66%). Τα αποτελέσματα έδειξαν στην συναισθηματική εξάντληση σημαντικά μεγαλύτερη τιμή για τους γιατρούς νεαρής ηλικίας και με μικρότερη επαγγελματική εμπειρία σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία (πάνω από 51 ετών) και με μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία (πάνω από 26 έτη), και επίσης στους ειδικευόμενους. Αντίστοιχη κατάσταση φάνηκε στα προσωπικά επιτεύγματα ενώ στην αποπροσωποποίηση σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία είχαν οι νεότεροι ηλικιακά γιατροί, όπως και οι άγαμοι και με μικρότερη επαγγελματική εμπειρία (Αλεξιάς, Αναγνωστόπουλος και Πιλάτης 2010).

Στην έρευνα του Διλιντά (2010), με σκοπό τον προσδιορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου, σε πληθυσμό 218 εργαζομένων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου. που επιλέχθηκαν τυχαία και η συλλογή των στοιχείων έγινε με ερωτηματολόγια, διαφάνηκε ένα μέτριο επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζομένους, ενώ φάνηκε να έχουν άμεση σχέση παράγοντες του χώρου εργασίας, με το ιατρικό προσωπικό να εμφανίζει υψηλότερο ποσοστό στην έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν το ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια κατάσταση με πολλές διαστάσεις και καθιστούν απαραίτητη την αξιολόγηση των ενδείξεων του συνδρόμου

εγκαίρως, πριν να είναι αργά, ώστε να προληφθεί και να μειωθούν οι συνέπειες του (Διλιντάς 2010).

Στη μελέτη που πραγματοποίησε ο Δουβανάς και οι συνεργάτες (2011), στις ΜΕΘ Παίδων και Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) σε παιδιατρικό νοσοκομείο στην Αθήνα διαπιστώθηκε, ότι η επαγγελματική εξουθένωση όχι απλά είναι υπαρκτή, αλλά κινείται σε μεσαία, ανεβασμένα επίπεδα (Δουβανάς και συν 2011).

Έρευνα των Γκικόκα και συνεργατών (2018), που πραγματοποιήθηκε με σκοπό να διερευνηθούν οι παράγοντες παρακίνησης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε περιβάλλον δημόσιου νοσοκομείου, έδειξε ότι οι εργαζόμενοι αποδίδουν τη μεγαλύτερη σημασία στον παράγοντα «επιτεύγματα» ως παράγοντα παρακίνησης, δηλαδή στην αναγνώριση της σημασίας της εργασίας τους. Η αναγνώριση και η επιβράβευση αποτελούν ισχυρό παράγοντα παρακίνησης, καθώς και η σύνδεση παραγωγικότητας και οικονομικής επιβράβευσης, η οποία προϋποθέτει έναν ικανοποιημένο εργαζόμενο. Σαφώς, η ηγεσία οφείλει να λαμβάνει υπόψη την ιεραρχία των αναγκών και των κινήτρων.

Ο Σαρρής και οι συνεργάτες του (2018), εκπόνησαν μελέτη με σκοπό την διερεύνηση της ποιότητας ζωής των επαγγελματιών υγείας σε δείγμα 545 λειτουργών υγείας, από τους οποίους 149 ήταν ιατροί στο νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός». Καθώς διαπιστώθηκε στους γιατρούς ότι η ψυχοκοινωνική υγεία τους υστερούσε έναντι της σωματικής και εκφράστηκε κόπωση καθώς και εξουθένωση, η βελτίωση των συγκεκριμένων διαστάσεων θα είχε θετικά αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής των εργαζομένων και κατ' επέκταση στη θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς (Σαρρής και συν 2018).

Κεφάλαιο 8

Συμπεράσματα

Στο μεταβαλλόμενο εξωτερικό περιβάλλον παρατηρείται συνεχώς αύξηση των προκλήσεων και των απειλών για τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, κυρίως στο οικονομικό, στο κοινωνικό και στο τεχνολογικό επίπεδο και σοβαρών περιβαλλοντικών ζητημάτων, που επιδρούν με ποικίλους τρόπους πάνω στους οργανισμούς.

Ειδικότερα, η εμφάνιση νέων αναγκών των ασθενών και νέων ασθενειών, η γήρανση του πληθυσμού, η συμπεριφορά υγείας και ο τρόπος ζωής του πληθυσμού, το αυξανόμενο κόστος υγειονομικής περίθαλψης, η αύξηση της πληροφορίας, η μόλυνση και η ρύπανση της ατμόσφαιρας και οι επιπτώσεις των κλιματολογικών συνθηκών, επηρεάζουν τη λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και στη χώρα μας. Θεωρούνται κίνδυνοι που θα πρέπει να ανησυχούν τα νοσοκομεία και που πιθανώς θα τα οδηγήσουν σε απόκλιση από την αποστολή τους εάν δεν ενεργοποιηθούν μηχανισμοί για την λήψη μέτρων αντιμετώπισής τους.

Καθώς το εξωτερικό περιβάλλον συνεχώς αλλάζει, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να είναι ευέλικτοι και προσαρμόσιμοι σε κάθε δεδομένο. Οι αλλαγές που προκύπτουν, πιθανόν να σημαίνουν για τους οργανισμούς, την ανάγκη προσαρμογής της στρατηγικής τους, αφού οι μεταβολές μπορεί να είναι καθοριστικής σημασίας για τη βιωσιμότητα τους ή είναι πιθανόν να επηρεάσουν το πλαίσιο της ανάπτυξης τους, της οργάνωσης ασφαλούς υγειονομικής περίθαλψης και της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών.

Παράλληλα, τα νοσοκομεία θα πρέπει να εντοπίσουν τις εσωτερικές αδυναμίες και να λάβουν μέτρα βελτίωσης, ή τουλάχιστον για τον περιορισμό τους, καταφέροντας έτσι να αποφύγουν τις όποιες απειλές προέρχονται από το περιβάλλον στο οποίο λειτουργούν.

Βεβαίως, για να είναι ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ασφαλές και πραγματικά ασθενοκεντρικό, πρέπει πρωτίστως να προστατεύει την υγεία των εργαζομένων του. Η στροφή προς το ανθρώπινο στοιχείο και η εστίαση στην ικανοποίηση του προσωπικού, δεν συνδέεται μόνο με ποιοτικά αποτελέσματα των

υπηρεσιών, αλλά και με προσωπικά οφέλη για το ίδιο το άτομο, με την επαγγελματική και την με προσωπική του ευημερία. Αυτό σημαίνει πως, οι διοικήσεις των οργανισμών δεν πρέπει να αξιολογούν μόνο στοιχεία σχετικά με την ποιότητα, με την οικονομική απόδοση και με τον αριθμό των ασθενών, αλλά θα πρέπει να αξιολογούν διάφορες διαστάσεις της ευημερίας του προσωπικού.

Η επαγγελματική εξουθένωση περιγράφεται ως ένα σύνδρομο σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης, που έχει πολλαπλές επιπτώσεις στους επαγγελματίες υγείας, δυσχεραίνει την επικοινωνία με τους ασθενείς και υποβαθμίζει την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών στα νοσοκομεία.

Διερευνώντας, καταγράφηκαν αρκετές ατομικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας, χωρίς να διαφαίνεται να επιδρούν θετικά, σε αντίθεση με τις παρεμβάσεις που εμπίπτουν στην αρμοδιότητα της διοίκησης των οργανισμών και σχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον. Οι παρεμβάσεις αυτές καθορίζουν εάν το άτομο θα είναι αποδοτικό στην εργασία του, σχετίζονται με τα ιατρικά σφάλματα, την ασφαλή υγειονομική περίθαλψη των ασθενών και το επίπεδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η δημιουργία ασφαλέστερου εργασιακού περιβάλλοντος είναι μεγάλη πρόκληση για την ηγεσία. Συγκεκριμένα, για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης η αλλαγή των συνθηκών εργασίας, είναι επιβεβλημένη. Η διαμόρφωση συνθηκών που να ευνοούν την ανάπτυξη της επαγγελματικής ικανοποίησης, όπου προτεραιότητα αποτελεί η ευημερία των εργαζομένων και η υιοθέτηση πρακτικών που να συμβάλουν στην αποφυγή των συγκρούσεων και στη διατήρηση κλίματος καλής συνεργασίας στον εργασιακό χώρο, κρίνεται αναγκαία. Επιπλέον, η ηγεσία του νοσοκομείου οφείλει να παρέχει στήριξη στους εργαζόμενους.

Ακολούθως, τα ιατρικά σφάλματα και τα δυσμενή περιστατικά όλα δείχνουν ότι οφείλονται, κυρίως σε συστήματα, όπου δημιουργούνται συνθήκες στις οποίες τα σφάλματα εξελίσσονται και διογκώνονται, προκαλώντας μια σειρά καταστάσεων και αλληλεπιδράσεων, οι οποίες ευνοούν οι εργαζόμενοι να διαπράττουν σφάλματα καθώς και να μην τα προλαμβάνουν. Στις περισσότερες περιπτώσεις έχουν ως αιτία πρόκλησης το μη σωστό προγραμματισμό και τρόπο λήψης αποφάσεων, την κακή επικοινωνία και

την έλλειψη συντονισμού των μελών των ομάδων, τη μη τήρηση διαδικασιών, τους περιορισμένους πόρους, την ελλιπή εκπαίδευση και συνεχιζόμενη κατάρτιση. Επιπλέον, η έλλειψη πληροφοριακών συστημάτων για τον εντοπισμό, την καταγραφή και την ανάλυσή των ιατρικών λαθών συντείνει στο να αποκρύπτονται, με συνέπεια να μην αποκτιέται εμπειρία μέσα από τα λάθη.

Τα ιατρικά λάθη εκτός από τις αρνητικές συνέπειες στο επίπεδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της ασφάλειας των ασθενών, δυσχεραίνουν την ήδη βεβαρυμμένη λειτουργία του συστήματος υγείας και έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην οικονομία και κατ'έπекταση στην κοινωνία. Παράλληλα, τα ιατρικά λάθη μπορεί να έχουν δυσάρεστες υλικές και ηθικές επιπτώσεις και σημαντικό συναισθηματικό αντίκτυπο στους γιατρούς που μπορεί να διαρκέσουν για χρόνια μετά την διάπραξη του λάθους, ώστε οι γιατροί να είναι κρυφό θύμα και να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος.

Όπως οι κίνδυνοι πρόκλησης των ιατρικών λαθών, έτσι και οι παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση τους, αποτελούν ένα πολυπαραγοντικό θέμα. Καταρχάς, θα πρέπει να είναι προσανατολισμένες στους πολίτες προκειμένου να κατανοήσουν ότι παρ' όλη την πρόοδο, τα λάθη και τα δυσμενή περιστατικά δεν θα εκλείψουν. Επιπλέον, θα πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι οι γιατροί και οι ασθενείς προσπαθούν από κοινού να αντιμετωπίσουν τον ίδιο αντίπαλο, την «ασθένεια». Παράλληλα, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, οφείλει να λάβει εκπαίδευση για την πρόληψη των ιατρικών λαθών και επίσης, οφείλει να ομολογεί τα λάθη και να μην τα αποκρύπτει. Ταυτόχρονα, ο εντοπισμός των ιατρικών σφαλμάτων και των ανεπιθύμητων συμβάντων χρειάζεται αποτελεσματικά συστήματα αναφοράς και καταγραφής. Προφανώς η πολιτεία, η οποία φέρει μεγάλη ευθύνη, καθώς πολλά από τα λάθη οφείλονται στις δυσλειτουργίες του συστήματος υγείας, όπως στην υποστελέχωση σε προσωπικό, που σχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση, στις ελλείψεις στον εξοπλισμό και στα κίνητρα για έρευνα, εκπαίδευση και συνεχή κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας κ.ά. οφείλει να δαπανήσει πόρους και ενέργεια προκειμένου να αντιμετωπίσει σωστά το πρόβλημα.

Όσα διδαχθήκαμε όλη την περίοδο της πανδημίας COVID-19, για ένα σύστημα υγείας ευέλικτο, καινοτόμο και ικανό να ανακάμπτει γρήγορα σε περιόδους κρίσης, με δομές αποτελεσματικές, στελεχωμένες με εκπαιδευμένο προσωπικό και την ποιότητα ενσωματωμένη στην κουλτούρα του προσωπικού και των οργανισμών, αποτελούν την

αφορμή για μια συνεχή προσπάθεια για τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης.

Όλα δείχνουν ότι, τα ελληνικά νοσοκομεία, και κατ'έκταση το σύστημα υγείας, θα πρέπει να αλλάξουν και να υιοθετήσουν νέα συστήματα διοίκησης, διαφορετικά μοντέλα πρακτικών ηγεσίας και κουλτούρας, τα οποία να διευκολύνουν την οργανωσιακή μάθηση με βάση τη συνεργασία, την ομαδική εργασία και την υπευθυνότητα. Αναδεικνύεται η ανάγκη, να προχωρήσουν άμεσα σε μεταρρυθμίσεις, προκειμένου να προσαρμοστούν στο νέο ασταθές σκηνικό, να ανταποκριθούν στην ολοκληρωτική κάλυψη των αναγκών των πολιτών και να εξασφαλίσουν τη βιωσιμότητά τους. Απαιτούνται συνδυασμένες αλλαγές στη συμπεριφορά του συνόλου των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, όπως και στην διοίκηση των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας. Χρειάζεται συντονισμένη προσπάθεια ώστε να «μιλούν όλοι την ίδια γλώσσα» στον χώρο της υγείας. Η ύπαρξη ενός οργανωτικού σχεδιασμού από την πολιτεία και μιας κεντρικής στρατηγικής των οργανισμών για την βελτίωση των εσωτερικών αδυναμιών ή τουλάχιστον για τον περιορισμό τους, καταφέρνοντας έτσι να αποφεύγουν τις όποιες απειλές προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον, θεωρείται κρίσιμης σημασίας.

Κάθε κίνδυνος είναι μια ευκαιρία για αλλαγή. Οι κίνδυνοι δημιουργούν την ανάγκη να αναλογιστούμε πώς έχουμε δομήσει τη ζωή μας και για να προχωρήσουμε σε θετικές αλλαγές. Αρχικά, οφείλουμε να σεβόμαστε κάθε ανθρώπινη ζωή και στη συνέχεια τα συστήματα που δημιουργήθηκαν για να μας εξυπηρετούν. Αρκούσε μόνο ένας ιός για να αναγνωρίσουμε την ταυτότητά μας ως πολίτες του κόσμου. Αυτά που δεν μπορούσαμε να κάνουμε χρόνια, έγιναν μέσα σε λίγες μέρες. Μα πάνω απ' όλα, μας υπενθύμισε πως τίποτα γύρω μας δεν υπάρχει χωρίς την ανθρώπινη ζωή και αυτή είναι η υπέρτατη αξία μας.

Βιβλιογραφία

Αγραφιώτης, Δ. (2003) *Υγεία, Αρρώστια, Κοινωνία*, Τυπωθύτω, στο: Γούλα, Α. (2014) *Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Αδαλή, Ε., Πριάμη, Μ. και Πλατή, Χ. (2000) *Επίδραση δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών, στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης*. Νοσηλευτική, 4: 313-324.

Αδαμακίδου, Θ. και Τσαντίδου, Μ.Α. (2018) *Τα λάθη είναι ανθρώπινα (μέρος II) Μέτρα για την πρόληψη και τη διαχείριση των ιατρογενών λαθών*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(2): 151-162.

Αλεξιάς, Γ., Αναγνωστόπουλος, Φ. και Πιλάτης, Ι. (2010) *Επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από την εργασία του ιατρικού προσωπικού δημόσιου νοσοκομείου των Αθηνών*. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 131Α': 109-136.

Αντωνάκος, Ι., Καπάκη, Β., Καντζανού, Μ., Μεταξάς, Ε., Τούντας, Ι. και Σουλιώτης, Κ. (2019) *Διερεύνηση της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών σε εργαστήρια και τμήματα πανεπιστημιακού γενικού νοσοκομείου*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 36(5): 650-656.

Αντωνίου, Α.Σ. (2006) *Εργασιακό στρες*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνος.

Βασιλακόπουλος, Β. και Λαμπρόπουλος, Σ. (2022) *Το ιατρικό λάθος στην καθημερινή κλινική πράξη*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 39(3): 415-418.

Βενιού, Α., Βασιλειάδου, Σ., Βελέτζα, Δ., Μήλιος, Μ. και Τεντολούρης, Ν. (2016) *Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της άνοιας τύπου Alzheimer*. Αρχεία Ελληνική Ιατρικής, 33(1): 107-114.

Βοζίκης, Α., Πολλάλης, Γ., Ρήγα, Μ., Μαγκίνα, Ν., Στουφής, Ν. και Τενεκετζή, Ζ. (2012) *Σύστημα ανίχνευσης, καταγραφής και ανάλυσης δυσμενών συμβάντων: Εφαρμογή σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ICU-MERIS)*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(3): 345-353.

Γεωργακόπουλος, Θ. (2020) *Ένα Νέο Εθνικό Σύστημα Υγείας*, διαΝΕΟσις, Φεβρουάριος 2020, <https://www.dianeosis.org/2020/02/ena-neo-ethniko-systima-ygeias/> (προσβάσιμη στις 10/4/2023).

Γιαννοπούλου, Α. και Κορρές, Ν. (2017) *Ιατρικό σφάλμα και ασφάλεια ασθενών*. Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική, 10: 27-34.

Γκικόκα, Β., Πετράκος, Α., Σαρρής, Μ., Γούλα, Α., Νικολαδός, Ι. και Σπέης, Κ. (2018) *Εκτίμηση των παραγόντων παρακίνησης για την καλύτερη απόδοση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(2): 230-240.

Γούλα, Α. (2014) *Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Γούλα, Α., Σαρρής, Μ., Πιερράκος, Γ., Σπυρόπουλος, Ν., Βουρλιώτου, Κ. και Νικολαδός, Ι. (2017) *Η προστιθέμενη αξία των μετρήσεων ικανοποίησης των ασθενών*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 34(1): 49-57.

Γρηγοροπούλου, Μ., Πατσάκη, Α., Κατσάρη, Β., Σαράφης, Π., Μπαμίδης, Π., Βαρακλιώτη, Α. και Δομάγερ, Φ. (2018) *Η επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού και διερεύνηση της τάσης μεταπήδησης των νοσηλευτών σε διοικητικές θέσεις*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(5): 663-641.

Δεληγάς, Μ. (2010) *Η επαγγελματική ικανοποίηση*. Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, 43: 6-8.

Δεληγάς, Μ., Τούκα, Δ. και Σπυρούλη, Α. (2012) *Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (burn-out)*. Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας, 50(Απρ-Μάι-Ιούν): 5-12.

Δημητρόπουλος, Χ. και Φιλίππου, Ν. (2008) *Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(5): 642-647.

Διλιντάς, Α. (2010) *Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(3): 498-508.

Δουβανάς, Α., Μπάλιου, Μ., Παντελάκη, Α., Πουσδέρκη, Π. και Μαρβάκη, Χ. (2011) *Πιλοτική μελέτη διερεύνησης επαγγελματικής εξουθένωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού Μονάδων Εντατικής Θεραπείας παιδιατρικού νοσοκομείου*. Το Βήμα του Ασκληπιού, 10(3): 373-388.

ΕΕ (2000) ΧΑΡΤΗΣ ΘΕΜΕΛΙΩΔΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ (2000/C 364/01) Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 18.12.2000 https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_el.pdf (προσβάσιμη στις 22/3/2023).

ΕΕ (2008) ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ, *ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΣΤΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΙΟ ΚΑΙ ΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και του ελέγχου των λοιμώξεων που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη*, ΒΡΥΞΕΛΛΕΣ, 15.12.2008 http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_com2008_el.pdf (προσβάσιμη στις 4/12/2022).

ΕΟΔΥ (2022) *Εβδομαδιαία έκθεση επιδημιολογικής επιτήρησης λοίμωξης από τον SARS-CoV-2 (12 Δεκεμβρίου 2022 - 18 Δεκεμβρίου 2022)*, <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2022/12/covid-gr-weekly-report-2022-50.pdf> (προσβάσιμη στις 26/3/2023).

ΕΣΥ.net (2014) Υπουργείο Υγείας, Παρουσιάσεις-εκθέσεις λειτουργικών συγκ. στοιχείων ανά Υ.Πε. και σύνολο, Κίνηση εξωτερικών ιατρείων Νοσοκομείων του ΕΣΥ έτους 2014, <https://portal.bi.moh.gov.gr/> (προσβάσιμη στις 22/12/2022).

Θανάσας, Ι. και Χαραλάμπους, Μ. (2016) *Βασικές αρχές διοίκησης των σύγχρονων δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα*. Επιστημονικά Χρονικά, 21(2): 158-170.

Θανασιάς, Ε., Καλλιτσάρη, Σ., Μπάμπαλου, Χ., Μεληγάς, Ε. και Καραγεωργίου, Α. (2011) *Ερωτηματολόγιο διερεύνησης επαγγελματικού στρες και επαγγελματικής ικανοποίησης*. Υγεία & Εργασία, 2(3): 59-78.

Θεοδώρου, Μ. και Μητροσύλη, Μ. (1999), *Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο: Ιδιοτυπίες Και Προκλήσεις Τόμος Γ', Δομή Και Λειτουργία Του Ελληνικού Συστήματος Υγείας*. Πάτρα: Εκδόσεις ΕΑΠ.

Θεοφίλου, Π. (2009) *Το Σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στο Χώρο της Υγείας*. e- Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας, (4): 41-50.

Καδδά, Ο. (2019) *Κλινική Διακυβέρνηση στις υπηρεσίες υγείας*. Το Βήμα του Ασκληπιού, 18(1): 1-3.

Κανδρή, Θ., Καλέμη, Γ. και Μόσχος, Ν. (2004) *Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης «burnoutsyndrome» στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Τραύματος του Γ.Ν. Νίκαιας*. Νοσηλευτική, 43(1): 116-125.

Κάντας, Α. (1996) *Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας*. Ψυχολογία, 3(2): 71-85.

Κάντας Α. (1998) *Οργανωτική-Βιομηχανική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κατσή, Κ.Β., Boudoulas, Κ.Δ., Λυτριβη, Ε.Δ., Μασούρα, Κ., Τσιούφης, Κ., Βλασερός, Ι, Καλλικιάζαρος, Ι., Στεφανάδης, Χ. και Μπουντούλας, Χ. (2013) *Το Ιατρικό Σφάλμα στην Κλινική Πράξη: «Errare Humanum Est»*. Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση, 54: 24-28.

Κέφης, Β. (2005) *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική, στο: Γούλα, Α. (2014) *Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Κουλιεράκης, Γ., Μεταλληνού, Ο. και Πάντζου, Π. (2000) *Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων/υπηρεσιών υγείας, Τόμος Β*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Κουλούρη, Α. (2019) *Οργανωσιακή κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας: χαρακτηριστικά, πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα*. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης, 12(1): 5-12.

Κουράκος, Μ. και Καυκιά, Θ. (2019) *Οργανωσιακή κουλτούρα. Η σημασία της για τους παρόχους και τους λήπτες των υπηρεσιών υγείας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 36(3): 312-319.

Κουτελέκος, Ι. και Πολυκανδριώτη, Μ. (2007) *Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών (Burn out syndrome)*. Το Βήμα του Ασκληπιού, 1: 1-7.

Κουτελέκος, Ι. (2013) *Η ασφάλεια των ασθενών*. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 1(1).

Μάρκου, Π. (2005) *Η επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων*. Επιθεώρηση Υγείας, 16: 21-25.

Μιλτιάδης, Χ. και Μπογιατζίδης, Π. (2021) *Εξέλιξη των δαπανών υγείας και των μεταρρυθμίσεων την περίοδο 2009–2017*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 38(1): 108-116.

Μοιρασγεντή, Μ., Σμυρνάκης, Ε., Παναγοπούλου, Ε. και Μπένος, Α. (2018) *Η ασφάλεια των ασθενών και ο ρόλος της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(5): 665-670.

Μπαλάσκα, Δ., Μπιτσώρη, Ζ. (2015) *Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών*. Περιεγχειριτική Νοσηλευτική, 4(3): 160-120.

Μπελετσιώτη, Χ., Παπαδόπουλος, Α. και Νιάκας, Δ. (2018) *Η επίδραση της κρίσης στην υγεία και στη φροντίδα υγείας των κατοίκων της Ελλάδας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(5): 686-697.

Μπελλάλη, Θ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Καλαφάτη, Μ. και Νιάκας, Δ. *Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24(Συμπλ1):75-84.

Μπιτσώρη, Ζ. και Μπαλάσκα, Δ. (2016) *Υπηρεσίες Υγείας και η Χρηματοδότησή τους*. Περιεγχειριτική Νοσηλευτική, 5(2): 113-124.

Μπιτσώρη, Ζ., Μπαλάσκα, Δ. και Δημογέροντας, Γ. (2017) *Προαγωγή υγείας και επαγγελματικοί κίνδυνοι στο χώρο εργασίας*. Περιεγχειριτική Νοσηλευτική, 6(1): 7-18.

Ναούμ, Σ. (2020) *Παράγοντες που σχετίζονται με το σύνδρομο εξουθένωσης στους ιατρούς και οι συνέπειές του*. Επιστημονικά Χρονικά, 25(2): 336-347.

Νόμος 3418/2005, Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. 2005 Νοε 28: Τεύχος Α', Αρ.Φύλλου 287, <https://www.lawspot.gr/nomikes-plirofories/nomothesia/nomos-3418-2005> (προσβάσιμη στις 5/1/2023).

Ομπέση, Φ. (2005) *Δίκαιο νοσηλευτικής ευθύνης*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, στο: Παναγιώτου, Α. (2015) *Αναφορά ιατρικών σφαλμάτων και ασφάλεια ασθενών Η ορθή προσέγγιση του σφάλματος και ο ρόλος του νομικού πλαισίου της ιατρικής ευθύνης*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 32(3): 354-363.

Παγκόσμιο Σχέδιο Δράσης για την Ασφάλεια Των Ασθενών (Global Patient Safety Action Plan - GPSA) <https://eiqsh.eu/global-action-plan-for-patient-safety/#> (προσβάσιμη στις 12/4/2023).

Παναγιώτου, Α. (2015) *Αναφορά ιατρικών σφαλμάτων και ασφάλεια ασθενών Η ορθή προσέγγιση του σφάλματος και ο ρόλος του νομικού πλαισίου της ιατρικής ευθύνης*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 32(3): 354-363.

Παντελέου, Μ. (2007) *Επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της ψυχικής υγείας*. Πτυχιακή εργασία, ΤΕΙ Καλαμάτας.

Παπαδάτου, Δ. και Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999) *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Παπακωστίδη, Α. και Τσουκαλάς, Ν. (2012) *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(4): 480-488.

Παππά, Ε.Α., Αναγνωστόπουλος, Φ. και Νιάκας, Δ. (2008) *Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών*. Αρχεία ελληνικής ιατρικής, 25(1): 94-101.

Πάτσιος, Δ., Κομνός, Α., Αποστολίδης, Χ. και Μπαλασοπούλου, Α. (2014) *Η συμβολή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Εφαρμογή συστήματος διαχείρισης ποιότητας ISO 9001:2008 στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας*. Το Βήμα του Ασκληπιού, 13(4): 351-365.

Πετρίδης, Ε., Λαβράνος, Γ. και Ραφτόπουλος, Β. (2013) *Διερεύνηση του κλίματος ασφάλειας στους παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους γενικού νοσοκομείου*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30(4): 449-455.

Περράκος, Γ. (2008) *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας & Τοπική Κοινωνία*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Περράκος Γ. (2013) *Μοντέλα διοίκησης μακροχρόνιας φροντίδας υγείας στην τοπική κοινωνία*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Πολλάλης, Γ., Βοζίκης, Α. και Ρήγα, Μ. (2012) *Ποιοτικά Χαρακτηριστικά των Ιατρικών Σφαλμάτων: Ερευνητικά ευρήματα από την Ελλάδα*. Το Βήμα του Ασκληπιού, 11(4): 577-592.

ΠΟΥ (2009) Παγκόσμια Ένωση για την ασφάλεια των ασθενών, *Εγχειρίδιο εφαρμογής της λίστας ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις (Πρώτη Έκδοση)*. "Η ασφαλής χειρουργική σώζει ζωές". Σύλλογος Νοσηλευτών Χειρουργείου, Σεπτέμβριος 2009, Θεσσαλονίκη.

[https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/bf38a2d2e174417cc225782600313992/5925D7143EC70FFDC2257C6D0038BDC7/\\$file/surgery_safety_checklist.pdf](https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/bf38a2d2e174417cc225782600313992/5925D7143EC70FFDC2257C6D0038BDC7/$file/surgery_safety_checklist.pdf) (προσβάσιμη στις 10/4/2023).

Ρούπα, Ζ., Ραφτόπουλος, Β., Τζαβέλας, Γ., Σαπουντζή-Κρέπια, Δ. και Κοτρώτσιου, Ε. (2008) *Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από τη ζωή σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα*. Νοσηλευτική, 47(2): 247-255.

Σαρρής, Μ. (2001) *Κοινωνιολογία Υγείας και Ποιότητα Ζωής*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., Πιερράκος, Γ., Γούλα, Α., Πετράκος, Α., Γκικόκα, Β., Νικολαδός, Ι., Σπέης, Κ. και Λατσού, Δ. (2018) *Μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(5): 472-480.

Σούλης, Σ. (2020) *Ο ρόλος των ΜΜΕ και του Διαδικτύου στην Ανάπτυξη Εφαρμοσμένης και Άμεσης Πολιτικής Υγείας, SARS-CoV-2, Οι Παρεμβάσεις στο χρονικό της Πανδημικής Κρίσης*, Αθήνα: Έκδοση Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.

Σουλιώτης, Κ., Παπαδονικολάκη, Τ., Παπαγεωργίου, Μ. και Οικονόμου, Μ. *Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(Συμπλ 1): 9-16.

Σταυροπούλου, Α., Παπαδάκη, Ε., Φτυλάκη, Α. και Καμπά, Ε. (2010) *Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout syndrome): Κατανόηση και πρόωμη αναγνώριση του συνδρόμου από το νοσηλευτικό προσωπικό σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο*. Το Βήμα του Ασκληπιού, 9 (3): 359-374.

Τσαντίδου, Μ.Λ. και Αδαμακίδου, Θ. (2018) *Τα λάθη είναι ανθρώπινα (μέρος Ι). Η σύγχρονη προσέγγιση της αιτιολογίας του ιατρογενούς λάθους επαναπροσδιορίζει τα όρια της ατομικής ικανότητας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(1): 29-43.

Ταραμπέ, Μ., Σταμουλόπουλος, Β. και Τσαγκαράκης, Μ. (2006) *Οι οικονομικές επιπτώσεις του ιατρικού σφάλματος*. Ιατρικό Βήμα, Απρίλιος-Μάιος: 40-44.

Τούκας Δ. (2010) *Ο ρόλος των εργαζομένων στις στρατηγικές ανάλυσης και διαχείρισης της επικινδυνότητας του εργασιακού στρες*. Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, 43:9-12.

Τούντας, Γ. (2003) *Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και υπηρεσίες υγείας*. Αρχεία Ελληνική Ιατρική, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 20(5): 532-546.

Τούντας, Γ. (2020) *Τα Συστήματα Υγείας Και Η Δημόσια Υγεία: Από Το Χθες Στο Αύριο*, διαΝΕΟσις: 1.

Φαναριώτης, Π. (1996) *Ανθρώπινες σχέσεις στο εργασιακό περιβάλλον-Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιχειρησιακή Ψυχολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Σταμούλη.

Φλάμπουρας Νιέτος, Η., Παπαβαγγέλη, Σ., Ζουρνατζή, Ε. και Κουστέλιος, Α. (2018) *Επαγγελματική εξουθένωση εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης*. Επιστημονικό Εκπαιδευτικό Περιοδικό "εκπ@ιδευτικόςκύκλος", 6(1):50-64.

Φουντεδάκη, Κ. (2003) *Αστική ιατρική ευθύνη: γενική εισαγωγή, δογματική και δικαιοπολιτική θεώρηση, θεμελιώδεις έννοιες*. Κομοτηνή, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Σάκκουλας, στο: Παναγιώτου, Α. (2015) *Αναφορά ιατρικών σφαλμάτων και ασφάλεια ασθενών. Η ορθή προσέγγιση του σφάλματος και ο ρόλος του νομικού πλαισίου της ιατρικής ευθύνης*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 32(3): 354-363.

Φουντεδάκη, Κ. (2007) *Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη*. Αθήνα: Εκδόσεις Σάκκουλα, στο: Παναγιώτου, Α. (2015) *Αναφορά ιατρικών σφαλμάτων και ασφάλεια ασθενών. Η ορθή προσέγγιση του σφάλματος και ο ρόλος του νομικού πλαισίου της ιατρικής ευθύνης*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 32(3): 354-363.

Active Citizenship Network (2002) *European Charter of Patients' Rights*, <https://www.eesc.europa.eu/sites/default/files/resources/docs/085-private-act.pdf>
<https://www.activecitizenship.net/charter-of-rights/rights/120-9-right-to-safety.html>

http://www.activecitizenship.net/multimedia/import/files/AFISSA_50x100greek.pdf
(προσβάσιμες στις 10/12/2022).

Argyris, C. (1982) *Reasoning, learning, and action: individual and organizational* Jossey-Bass, San Francisco, in Montgomery, A. (2014) *The inevitability of physician burnout: Implications for interventions*, Burnout Research, 1(1): 50-56.

Aspden, P., Corrigan, J.M., Wolcott, J. and Erickson, S.M. (2004) *Patient safety: achieving a new standard for care*. Washington DC: National Academies Press.

Bahrer-Kohler, S. (2013) *Burnout for Experts Prevention in the Context of Living and Working*, Springer <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-1-4614-4391-9.pdf?pdf=button> (προσβάσιμη στις 28/12/2022).

Berwick, D.M., Nolan, T.W. and Whittington, J. (2008) *The Triple Aim: care, health, and cost*. *Health Aff (Millwood)* 27(3): 759-769.

Bhasale, A.L., Miller, G.C., Reid, S.E. and Britt, H.C. (1998) *Analysing potential harm in Australian general practice: an incident-monitoring study*. *The Medical Journal of Australia*, 169(2): 73-76.

Bianchi, R., Laurent, E., Schonfeld, I.S., Verkuilen, J. and Berna, C. (2018) *Interpretation bias toward ambiguous information in burnout and depression*. *Personality and Individual Differences*, 135: 216-221.

Bodenheimer, T. and Sinsky, C. (2014) *From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider*. *Annals of Family Medicine*, 12(6): 573-576.

Brennan, T.A., Leape, L., Laird, N.M., Hebert, L., Localio, A.R., Lawthers, A.G., Newhouse, J.P., Weiler, P.C. and Hiatt, H.H. (1991) *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I*. *The New England Journal of Medicine*, 324(6): 370-376.

Burke, R. and Richardsen, A. (1993) *Psychological Burnout in Organizations*. *Handbook of Organizational Behavior*, New York, Dekker: 263-298.

Campbell, D.A., Sonnad, S.S., Eckhauser, F.E., Campbell, K.K. and Greenfield L.J. (2001) *Burnout among American surgeons*. *Surgery*, 130(4): 696-705.

Chen, K.Y., Yang, C.M., Lien, C.H., Chiou, H.Y., Lin, M.R., Chang, H.R. and Chiu, W.T. (2013) *Burnout, Job Satisfaction, and Medical Malpractice among Physicians*, Int J Med Sci., 10(11): 1471-1478.

Cherniss, C. (1980) *Professional burnout in human service organizations*, New York: Preager Publisher, στο: Θεοφίλου, Π. (2009) Το Σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στο Χώρο της Υγείας. e- Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας (4):41-50.

Cooper, D. (2001) *Improving Safety Culture: A Practical Guide* (1998).

Cordes, C.L. and Dougherty, T.W. (1993) *A review and an integration of research on job burnout*. The Academy of Management Review, 18(4): 621-656.

Council of Europe (CE) (2006) “*Recommendation Rec7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care*” 965th meeting of the Ministers’ Deputies, Committee of Ministers on 24 May 2006

https://search.coe.int/cm/pages/result_details.aspx?objectid=09000016805ae8b5

(προσβάσιμη στις 10/12/2022).

Council of Europe (CE) (2009) *Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections (2009/C 151/01)*, Official Journal of the European Union 2009 Jun 9, <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:151:0001:0006:en:PDF>

(προσβάσιμη στις 5/12/2022).

Croskerry, P. (2003) *Cognitive forcing strategies in clinical decision making*. Annals of Emergency Medicine, 41(1): 110-120.

Dabrow, S., Russell, S., Ackley, K., Anderson, E. and Fabri, P.J. (2006) *Combating the stress of residency: one school’s approach*. Academic Medicine; Journal of the Association of American Medical Colleges, 81(5): 436-439.

Demerouti, E. and Bakker, A.B. (2008) *The Oldenburg Burnout Inventory: A good alternative to measure burnout and engagement*, in: Handbook of stress and burnout in health care Nova Sciences, 65-78, αναφορά στο: Adamopoulos, I.P. and Syrou, N.F. (2023) *Occupational burnout in public health care sector, scales, measures, and*

education in the frame of period COVID-19 pandemic. European Journal of Environment and Public Health, 7(2): em0127.

Department of Health (DH) (2000) *An Organisation with a Memory: Report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS Chaired by the Chief Medical Officer.* London, UK: The Stationery Office, <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20130107105354/> (προσβάσιμη στις 11/1/2023).

Department of Health (DH) (2003) *Winning Ways Working together to reduce Healthcare Associated Infection in England.*

Donabedian, A. (1988) *The quality of care: how can it be assessed?* Journal of the American Medical Association, 260(12): 1743-1748.

Drummond, D. (2015) *Physician Burnout: Its Origin, Symptoms, and Five Main Causes.* Family Practice Management, 22(5): 42-47.

Dyrbye, L.N., Shanafelt, T.D., Sinsky, C.A., Cipriano, P.F., Bhatt, J., Ommaya, A., West, C.P., Meyers, D. (2017) *Burnout Among Health Care Professionals: A Call to Explore and Address This Underrecognized Threat to Safe, High-Quality Care.* National Academy of Medicine, Discussion Paper, <https://doi.org/10.31478/201707b>.

Edelwich, J. and Brodsky, A. (1980) *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions.* New York: Human Services Press, <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/burn-out-stages-disillusionment-helping-professions> (προσβάσιμη στις 10/4/2023).

Elwahab, A.S. and Doherty, E. (2014) *What about doctors? The impact of medical errors,* The Surgeon, 12(6): 297-300.

Embriaco, N., Azoulay, E., Barrau, K., Kentish, N., Pochard, F., Loundou, A. and Papazian, L. (2007) *High Level of Burnout in Intensivists Prevalence and Associated Factors,* American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 175(7): 686-692.

Embriaco, N., Hraiech, S., Azoulay, E., Baumstarck-Barrau, K., Forel, J.M., Kentish-Barnes, N., Pochard, F., Loundou, A., Roch, A. and Papazian, L. (2012) *Symptoms of depression in ICU physicians*. *Annals of Intensive Care*, 2: 34.

European Commission (EC) (2006) *Special Eurobarometer 241: Medical errors*. https://data.europa.eu/data/datasets/s403_64_3_241?locale=en (προσβάσιμη στις 5/1/2023) στο: Παναγιώτου, Α. (2015) *Αναφορά ιατρικών σφαλμάτων και ασφάλεια ασθενών Η ορθή προσέγγιση του σφάλματος και ο ρόλος του νομικού πλαισίου της ιατρικής ευθύνης*. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(3): 354-363.

European Commission (EC) (2007) *Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations*, Office for Quality Indicators, European Union Network For Patient Safety, EUNetPaS, Europe, https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/2007109/2007109_eunetpas-report-use-of-psci-and-recommandations-april-8-2010.pdf (προσβάσιμη στις 21/1/2023)

European Commission (EC) (2013) Eurobarometer 80.2 Patient Safety and Quality of Care Brussels, June 2014, <https://www.gesis.org/en/eurobarometer-data-service/survey-series/standard-special-eb/study-overview/eurobarometer-802-za5877-nov-dec-2013> (προσβάσιμη στις 10/12/2022).

European Commission (EC) (2014) *Patient safety and Healthcare-Associated Infections*, Report from the commission to the Council, June 2014, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014DC0371&from=EN> (προσβάσιμη στις 10/12/2022).

Fagin, L., Brown, D. and Bartlett, H. (1996) *Stress, coping and burnout in mental health nurses: findings from three research studies*. *International Journal of Psychiatry*, 42(2): 102-111.

Fahrenkopf, A.M., Sectish, T.C., Barger, L.K., Sharek, P.J., Lewin, D., Chiang, V.W., Edwards, S., Wiedermann, B.L., Christopher, P. and Landrigan, C.P. (2008) *Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study*. *BMJ*: 336-488.

Feudtner, C., Christakis, D.A. and Christakis, N.A. (1994) *Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical environment and personal development*, *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 69(8): 670-679.

Flin R., Burns, C., Mearns, K., Yule, S. and Robertson, M. (2006) *Measuring safety climate in health care*. *Quality & Safety in Health Care*, 15(2): 109-115.

Freudenberger, H.J.(1974) *Staff Burn-Out*. *Journal of Social Issues*, 30(1): 159-165 in: Grover, S., Adarsh, H., Naskar, C., Varadharajan, N. (2018) *Physician burnout: A review*. *Journal of Mental Health and Human Behaviour*, 23(2): 78-85, και στο Ρέμπελος, Δ., Μέρμηγκας, Κ., Κοϊνης, Α., Αντωνίου, Σ.Α. (2015) *Η επαγγελματική εξουθένωση των εκπαιδευτικών. Η σχέση ισορροπίας προσωπικής και επαγγελματικής ζωής*, *Scientific Journal Articles*, <http://scientific-journal-articles.org/greek/free-online-journals/education/education-articles/rempepos-mermigkas-koinis-antoniou/burnout-teachers-rempepos-mermigkas-koinis-antoniou.htm>

Galantino, M., Baime, M., Maguire, M., Szapary, P. and Farrar, J. (2005) *Short communication: in association of psychological and physiological measures of stress in health-care professionals during an 8-week mindfulness meditation program*, *Stress Health*, 21(4): 255-261.

Garcia, CdL., de Abreu, L.C., Ramos, J.L.S., de Castro, C.F.D., Smiderle, F.R.N., dos Santos, J.A. and Bezerra, I.M.P. (2019) *Influence of Burnout on Patient Safety: Systematic Review and Meta-Analysis*. *Medicina*, 55(9): 553.

Garrouste-Orgeas, M., Philippart, F., Bruel, C., Max, A., Lau, N. and Misset, B. (2012) *Overview of medical errors and adverse events*. *Annals of Intensive Care*, 2(2).

Garrouste-Orgeas, M., Perrin, M., Soufir, L., Vesin, A., Blot, F., Maxime, V., Beuret, P., Troché, G., Klouche, K., Argaud, L., Azoulay, E. and Timsit, J.F. (2015) *The Iatroréf study: medical errors are associated with symptoms of depression in ICU staff but not burnout or safety culture*. *Intensive Care Medicine*, 41(2): 273-284.

Gorter, R.C., Eijkman M.A. and Hoogstraten, J. (2001) *A career counseling program for dentists: Effects on burnout*. *Patient Education and Counseling*, 43(1): 23-30.

Goula, A., Stamouli, M.A., Alexandridou, M., Vorreakou, L., Galanakis, A., Theodorou, G., Stauroopoulos, E., Kelesi, M. and Kaba, E. (2021a) *Public Hospital Quality Assessment. Evidence from Greek Health Setting Using SERVQUAL Model*, International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(7): 3418.

Goula, A., Stamouli, M.A., Latsou, D., Gkioka, V. and Kyriakidou, N. (2021b) *Learning Organizational Culture in Greek Public Hospitals*, International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(4)1867: 2-14.

Greenberg, N., Weston, D., Hall, C., Caulfield, T., Williamson, V. and Fong, K. (2021) *Mental health of staff working in intensive care during COVID-19*, Occupational Medicine, 71(2): 62-67.

Griffin, F.A. and Resar, R.K. (2009) *IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition)*. Institute for Healthcare Improvement, IHI Innovation Series White paper, Cambridge, MA,
<https://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/IHIGlobalTriggerToolWhitePaper.aspx> (προσβάσιμη στις 10/4/2023).

Griffith, J., Steptoe, A. and Cropley, M. (1999) *An Investigation of Coping Strategies Associated with Job Stress in Teachers*. British Journal Educational Psychology, 69(4): 517-531.

Grunfeld, E., Whelan, T.J., Zitzelsberger, L., Willan, A.R., Montesanto, B. and Evans, W.K. (2000) *Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction*. National Library of Medicine, 163(2): 166-169.

Hall, L.H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A. and O'Connor, D.B. (2016) *Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review*. PLOS ONE, 0159015.

Hannigan, B., Edwards, D., Coyle, D., Fothergill, A. and Burnard, P. (2002) *Burnout in mental health nurses: findings from the all-Wales stress study*. Journal of Psychiatric Mental Health Nursing, 7(2): 127-134.

Hayashino, Y., Utsugi-Ozaki M., Feldman, M.D., Fukuhara, S. (2012) *Hope Modified the Association between Distress and Incidence of Self-Perceived Medical Errors among Practicing Physicians: Prospective Cohort Study*. PlosOne 7(4) e35585.

Haynes, A., Weiser, T., Berry, W.C., Lipsitz, S.R., Breizat, A.H.S., Dellinger, E.P., Dziekan, G., Herbosa, T., Kibatata, P.L., Lapitan, M.C.M., Merry, A.F., Reznick, R.K., Taylor, B., Vats, A., Gawande, A.A; Safe Surgery Saves Lives Study Group (2011) *Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention*. *BMJ Quality & Safety* 20(1): 102-107.

Iacovides, A., Fountoulakis, K.N., Kaprinis, St., Kaprinis, G. (2003) *The relationship between job stress, burnout and clinical depression*. *Journal of Affective Disorders*, 75(3): 209-221.

Institute for Healthcare Improvement (IHI) (2003) *Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events*

<https://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/IHIGlobalTriggerToolforMeasuringAEs.aspx> (προσβάσιμη στις 12/4/2023).

Institute for Work & Health (IWH) (2007) *Safety climate has “great potential” in reducing workplace injury rates*, Toronto, <https://www.iwh.on.ca/newsletters/at-work/49/safety-climate> (προσβάσιμη στις 8/4/2023).

Institute of Medicine (IOM) (1990) *Medicare: A strategy for quality assurance: Vol.1*. Washington, DC: National Academy Press (US).

Institute of Medicine (IOM) (1999) *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press (US), in: Shanafelt, T.D., Balch, C.M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., Collicott, P., Novotny, P.J., Sloan, J., Freischlag, J. (2010) Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of Surgery*, 251(6): 995-1000.

Institute of Medicine (IOM) (2001) *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press (US) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25057539/> (προσβάσιμη στις 8/4/2023).

International Patient Safety Goals – IPSGs (2006) Joint Commission International (JCI), <https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/> (προσβάσιμη στις 5/12/2022),

<https://odipy.gov.gr/diethneis-stochoi-gia-tin-asfaleia-ton-asthenon/> (προσβάσιμη στις 5/12/2022).

International Society for Quality in Health Care-ISQua (ISQua), <https://isqua.org/> (προσβάσιμη στις 5/12/2022).

James, J.T. (2013) *A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care*, *Journal of Patient Safety*, 9(3): 122-128.

Joint Commission International (JCI),
<http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/> (προσβάσιμη στις 5/12/2022).

Jones, J.W. (1980) *Preliminary Test Manual for the Staff Burnout Scale for Health Professionals*, House Management Consultants Inc, London, in: Adamopoulos, I.P. and Syrou, N.F. (2023) *Occupational burnout in public health care sector, scales, measures, and education in the frame of period COVID-19 pandemic*. *European Journal of Environment and Public Health*, 7(2),em0127.

<https://www.ejeph.com/download/occupational-burnout-in-public-health-care-sector-scales-measures-and-education-in-the-frame-of-12532.pdf>

Kalra, J., Kalra, N. and Baniak, N. (2013) *Medical error, disclosure and patient safety: a global view of quality care*. *Clinical Biochemistry*, 46(13-14): 1161–1169.

Kilmann, R.H. (2011) *Quantum Organizations: A New Paradigm for Achieving Organizational Success and Personal Meaning*. Newport Coast, CA: Kilmann Diagnostics: 97–107.

Kirby, R. (2014) *The consequences of medical mistakes: the stakes are getting higher!* *Trends in Urology & Men's Health*, 5(6): 16-18.

Kluger, M.T., Townend, K. and Laidlaw, T. (2003) *Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists*. *Anaesthesia*, 58(4): 339-345.

Kompier, M.A.J. and Kristensen, T.S. (2001) *Organizational work stress interventions in a theoretical, methodological and practical context*, in: Montgomery, A. (2014) *The inevitability of physician burnout: Implications for interventions*, *Burnout Research*, 1(1): 50–56.

Kondro, W. (2010) *Medical errors increasing because of complexity of care and breakdown in doctor–patient relationship, physician consultant says*. *Canadian Medical Association Journal*, 182 (13): E645-E646.

Kopp, B.J., Erstad, B.L., Allen, M.E., Theodorou, A.A. and Priestley, G. (2006) *Medication errors and adverse drug events in an intensive care unit: direct observation approach for detection*. *Critical Care Medicine*, 34(2): 415-425 .17.

Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E. and Christensen, K.B. (2005) *The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout*. *Work & Stress*, 19(3): 192-207.

Leape, L.L., Brennan, T.A., Laird, N., Lawthers, A.G., Localio, A.R., Barnes, B.A, Hebert, L., Newhouse, J.P., Weiler, P.C. and Hiatt, H. (1991) *The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II*, *The New England Journal of Medicine*, 324(6): 377-384.

Leape, L.L. (1994) *Error in Medicine*. *Journal of the American Medical Association*, 272(23): 1851-1857.

Leape, L.L., Berwick, D., Clancy, C., Conway, J., Gluck P., Guest, J., Lawrence D., Morath, J., O’Leary, D., O’Neil, P., Pinakiewicz, D. and Isaak, T. (2009) *Transforming healthcare: a safety imperative*, *Qual Saf Health Care*, 18(6): 424-428.

Leiter, P.M. and Maslach, C. (1988) *The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment*. *Journal of Organizational Behavior* 9:297-308

Leiter, P.M. (1991) *Coping Patterns as Predictors of Burnout: The Function of Control and Escapist Coping Patterns*. *Journal of Organizational Behavior*, 12: 123-144.

Leiter, M.P. and Durup, J. (1994) *The discriminant validity of burnout and depression: A confirmatory factor analytic study*. *Anxiety, Stress, and Coping*, 7: 357-373.

Leiter P.M. and Maslach, C. (2005) *A Mediation Model of Job Burnout*, in: Antoniou, A.S.G. and Cooper, C.L. (Eds.), *Research companion to organizational health psychology*, 544-564. Cheltenham, UK: Edward Elgar.

Liaison Committee on Medical Education, *Functions and Structure of a Medical School: Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the M.D. Degree*. Liaison Committee on Medical Education; 2012, in: Montgomery, A. (2014) *The inevitability of physician burnout: Implications for interventions*. *Burnout Research*, 1(1): 50-56.

Lown, M., Lewith, G., Simon, C. and Peters, D. (2015) *Resilience: what is it, why do we need it, and can it help us?*. *British Journal of General Practice*, 65(639): e708-e710.

Luthar, S.S., Cicchetti, D. and Becker, B. (2000) *The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work*. *Child Development* 71(3): 543-562.

Macan, T.H., Shahani, C., Dipboye, R.L. and Phillips, A.P. (1990) *College students' time management: Correlations with Academic Performance and Stress*. *Journal of Educational Psychology*, 82(4): 760-768.

Macaskill, N.J. (1992) *Psychotherapists-in-training evaluate their personal therapy: results of a UK survey*. *British Journal of Psychotherapy*, 9(2): 133-138.

Makary, M.A. and Daniel, M. (2016) *Medical error-the third leading cause of death in the US*. *British Medical Journal*, 353: 21-39,
<https://www.ertnews.gr/eidiseis/epistimi/evzoia/ygeia/ta-iatrika-lathi-i-triti-kirioteri-etia-thanatou/> (προσβάσιμη στις 10/4/2023)

Mardon, R.E., Khanna, K., Sorra, J., Dyer, N. and Famolaro, T. (2010) *Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events*, *Journal of Patient Safety*, 6(4): 226-232.

Maslach, C. (1976) *Burn-out*, *Human behavior*, 9(5): 16-22.

Maslach, C. (1978) *Job Burnout: How People Cope*, *Public Welfare*, 36, 56-58.

Maslach, C. (1982) *Burnout. The Cost of Caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Maslach, C. and Jackson, S.E. (1982) *Burnout in the Health Professions: A Social Psychological Analysis*, in: Sanders G.S. and Suls, J. (eds) *Social psychology of health and illness*. Hillsdale. NJ: Erlbaum: 227-251.

Maslach, C. and Jackson, S.E. (1985) *The role of sex and family variables in burnout*. *Sex Roles*, 12:837-851.

Maslach, C. and Jackson, S.E. (1986) *Maslach Burnout Inventory manual (2nd ed.)* Palo Alto, California Consulting Psychologists Press.

Maslach, C. and Schaufeli, W.B. (1993) *Historical and conceptual development of burnout*, στο: Κάντας, Α. (1996) *Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας*. *Ψυχολογία*, 3(2): 71–85.

Maslach, C., Jackson, S.E. and Leiter, P.M. (1997) *Maslach Burnout Inventory Manual*, Third edition, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 191-218.

Maslach, C., Schaufeli, W.B. and Leiter, M.P. (2001) *Job Burnout*. *Annual Review of Psychology*, 52: 397-422, στο: Παππά, Ε.Α., Αναγνωστόπουλος, Φ., Νιάκας, Δ. (2008) *Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας*. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(1): 97.

McCue, J.D. and Sachs, C.L. (1991) *A stress management workshop improves residents' coping skills*. *Archives of Internet Medicine*, 151(11): 2273-2277.

McKinley, T.F., Boland, K.A. and Mahan, J.D. (2017) *Burnout and interventions in pediatric residency: A literature review*. *Burnout Research*, 6: 9-17.

Montgomery, A., Panagopoulou, E., Kehoe, I. and Valkanos, E. (2011) *Connecting organisational culture and quality of care in the hospital: is job burnout the missing link?* *Journal of Health Organization and Management*, 25(1): 1477-7266.

Montgomery, A. (2014) *The inevitability of physician burnout: Implications for interventions*. *Burnout Research*, 1(1): 50-56.

Naoum, S., Spinthouri, M., Mitseas, P. and Sarafis, P. (2021) *Patient Satisfaction and Physician Empathy at a Hellenic Air Force Health Service*. *Military Medicine*, September-October, 186(9-10): 1029-1036.

National Patient Safety Agency (NPSA) (2001)<https://www.npsa.org.uk/> (προσβάσιμη στις 5/12/2022).

National Patient Safety Agency (NPSA) (2003) *Seven Steps to Patient Safety: A Guide for NHS Staff*. London: NPSA, <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-seven-steps-patient-safety-13073195> (προσβάσιμη 15/1/2023).

National Patient Safety Agency (2009) *Seven steps to patient safety in general practice*. NPSA, London, <http://www.wales.nhs.uk/documents/Sevenstepsoverview.pdf> (προσβάσιμη στις 15/1/2023).

National Reporting and Learning System (NRLS) (2003) <https://report.nrls.nhs.uk/nrlsreporting/#:~:text=The%20National%20Reporting%20and%20Learning,in%20healthcare%20has%20developed%20substantially> (προσβάσιμη στις 5/12/2022.).

Nieva, V.F. and Sorra, J. (2003) *Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations*. *Quality & Safety in Health Care*, 12(2): ii17–ii23.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2004) *Selecting indicators for patient safety at the health systems level in OECD countries*, Health Technical Papers No 18, <https://www.oecd.org/els/health-systems/33878001.pdf> (προσβάσιμη στις 10/1/2023).

Ospina-Kammerer, V. and Figley, C.R. (2003) *An evaluation of the respiratory one method (ROM) in reducing emotional exhaustion among family physician residents*. *International Journal of Emergency Mental Health*, 5(1): 29-32.

Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., Lewith, G., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C., Dawson, S., van Marwijk, H., Geraghty, K. and Esmail, A. (2017) *Physician Work Environment and Well-Being*, *JAMA Intern Med*. 177(2): 195-205.

Panagopoulou, E., Montgomery, A.J. and Tsiga, E. (2015) *Bringing the well being and patient safety research agenda together: why healthy HPs equal safe patients*. *Frontiers in Psychology*, 6(211): 1-3.

Papathanasiou, I., Fradelos, E., Kleisiaris, C., Tsaras, K., Kalota, M. and Kourkouta, L. (2014) *Motivation, Leadership, Empowerment and Confidence: Their Relation with Nurses' Burnout*. *Mater Sociomed*, 26(6): 405-410.

Pines, A.M. and Aronson, E. (1988) *Career burnout: Causes and cures*, New York: Free Press, στο: Θεοφίλου, Π. (2009) *Το Σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στο Χώρο της Υγείας*. e- Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας, (4): 41-50.

Pines, A.M. (1993) *Burnout: An existential perspective*, in: Schaufeli, W.B., Maslach, C. and Marek, T. (Eds.), (1993) *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, 33-51, Washington: Taylor & Francis, <https://psycnet.apa.org/record/1993-97794-003>

Prins, J.T., van der Heijden, F.M., Hoekstra-Weebers, J.E., Bakker, A.B., van de Wiel, H.B., Jacobs, B., Gazendam-Donofrio, S.M. (2009) *Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors*. *Psychology, Health & Medicine*, 14(6): 654-666.

Rachiotis, G., Kourousis, C., Kamilaraki, M., Symvoulakis, E.K., Dounias, G., and Hadjichristodoulou, C. (2014) *Medical supplies shortages and burnout among greek health care workers during economic crisis: a pilot study*. *International Journal of Medical Sciences*, 11(5): 442-447.

Rathert, C., Williams, E.S. and Linhart, H. (2018) *Evidence for the Quadruple Aim: A Systematic Review of the Literature on Physician Burnout and Patient Outcomes*. *Medical Care* 56(12): 976-984.

Reason, J. (2000) *Human error: models and management*. *BMJ*, 320(7237): 768-770 in: Garrouste-Orgeas, M., Philippart, F., Bruel, C., Max, A., Lau, N., Misset, B. (2012) *Overview of medical errors and adverse events*. *Annals of Intensive Care*, 2(2).

Reilly, N.P. (1994) *Exploring a Paradox: Commitment as a moderator of the Stress or burnout Relationship*. *Journal of Applied Psychology*, 24: 297-314.

Rustoen, T., Cooper, B.A. and Miaskowski, C. (2010) *The importance of hope as a mediator of psychological distress and life satisfaction in a community sample of cancer patients*. *Cancer Nursing*, 33(4): 258-267.

Salpigktidis, I.I, Paliouras, D., Gogakos, A.S., Rallis, T., Nikolaos, C., Schizas, N.C., Chatzinikolaou, F., Niakas, D., Sarafis, P., Bamidis, P., Lazopoulos, A., Triadafyllidou, S., Zarogoulidis, P., Barbetakis, N. (2016) *Burnout syndrome and job satisfaction in Greek residents: exploring differences between trainees inside and outside the country*, *Annals of Translational Medicine*, 4(22): 444.

Schaufeli, W.B. and van Dierendonck, D. (1993) *The construct validity of two burnout measures*. *Journal of Organizational Behavior*, 14(7): 631-647.

Schaufeli, W.B., Maslach, C., Jackson, S.E. and Leiter, P.M. (1996) *The Maslach Burnout Inventory (MBI) and MBI Manual*, https://www.researchgate.net/publication/263809956_Maslach_Burnout_Inventory_-_General_Survey_GS (προσβάσιμη στις 13/4/2023).

Schaufeli, W.B. and Enzmann, D. (1998) *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis, in Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., Seppänen, J. (2017) *Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis*. *Burnout Research*, 4: 1-11.

Schein, E.N. (1985) *Organizational culture and leadership*, San Francisco, Jossey-Bass, στο: Κουλούρη, Α. (2019) *Οργανωσιακή κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας: χαρακτηριστικά, πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα*. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 12(1): 5-12.

Seuntjens, A. (1982) *Burnout in Nursing. What it is and how to prevent it*. *Nursing Administration Quarterly*, 7(1): 12-19.

Shanafelt, T.D., Bradley, K., Wirf, J.E. and Back, A.L. (2002) *Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program*. *Annals of Internal Medicine*, 136(5): 358-367.

Shanafelt, T.D., Balch, C.M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., Collicott, P., Novotny, P.J., Sloan, J. and Freischlag, J. (2010) *Burnout and medical errors among American surgeons*. *Annals of Surgery*, 251(6): 995-1000.

Shanafelt, T.D., Balch, C.M., Dyrbye, L., Bechamp, G., Russell, T., Satele, D., Rummans, T., Swartz, K., Novotny, P.J., Sloan, J. and Oreskovich, M.R. (2011) *Special report: suicidal ideation among American surgeons*. *Archives Surgery* 146:54-62

Shanafelt, T.D. and Noseworthy, J.H. (2016) *Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout*. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(11): 129-146.

Shanafelt, T.D., Mungo, M, Schmitgen, J., Storz, K.A., Reeves, D., Hayes, S.N., Jeff, A. Sloan, J.A., Swensen, S.J. and Buskirk, S.J. (2016) *Longitudinal Study Evaluating the Association Between Physician Burnout and Changes in Professional Work Effort*. *Mayo Clinic Proceedings*, 91(4): 422-431.

Shapiro, S., Astin, J., Bishop, S. and Cordova, M.J. (2005) *Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial*. *International Journal of Stress Management*, 12(2): 164–176.

Sifaki-Pistola, D., Chatzea, V.E., Melidoniotis, E. and Mechili, E.A. (2018) *Distress and burnout in young medical researchers before and during the Greek austerity measures: forerunner of a greater crisis?*. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 253(7): 727-355.

Sirriyeh, R., Lawton, R., Gardner, P. and Armitage, G. (2010) *Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being*. *Quality & Safety in Health Care*, 19(6): e43.

Southwick, S. and Charney, D. (2012) *Resilience: the secret of mastering life's greatest challenges*, Cambridge: Cambridge University Press, in: Lown, M., Lewith, G., Simon, C. and Peters, D. (2015) *Resilience: what is it, why do we need it, and can it help us?*. *British Journal of General Practice*, 65(639): e708-e710.

Tawfik, D.S., Profit, J., Morgenthaler, T. I., Satele, D.V., Sinsky, C.A., Dyrbye, L.N., Tutty, M.A., West, C.P. and Shanafelt, T.D. (2018) *Physician Burnout, Well-being, and Work Unit Safety Grades in Relationship to Reported Medical Errors*. Mayo Clinic Proceedings, 93(11): 1571-1580.

Thomas L.R., Ripp J.A. and West C.P. (2018) *Charter on physician well-being*, JAMA, 319(15): 1541-1542.

Tilbert, J.C., Wynia, M.K., Sheeler, R.D., Thorsteinsdottir, B., James, K.M., Egginton, J.S., Liebow, M., Hurst, S., Danis, M. and Goold, S.D., (2013) *Views of us physicians about controlling health care costs*. The Journal of the American Medical Association, 310: 380-389.

Tsiga, E., Panagopoulou, E. and Montgomery, A. (2017) *Examining the link between burnout and medical error: A checklist approach*. Elsevier, Burnout Research, 6: 1-8.

Vachon, M.L.S. (1987) *Occupational stress in the care of the critically ill, the dying and the bereaved*, New York: Hemisphere Publ. Co, στο: Θεοφίλου, Π. (2009). Το Σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στο Χώρο της Υγείας. e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας. (4): 41-50.

Vozikis, A. and Riga, M. (2012) *Patterns of Medical Errors: A Challenge for Quality Assurance in the Greek Health System* <https://www.intechopen.com/chapters/33272> στο: Γιαννοπούλου, Α. και Κορρές, Ν. (2017) *Ιατρικό σφάλμα και ασφάλεια ασθενών*. Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική, 10: 30.

Vuori, I. (1998) *Does physical activity enhance health?* Patient Education and Counseling, 33(1Suppl): S95-103.

Wallace, J.E., Lemaire, J.B. and Ghali, W.A. (2009) *Physician wellness: a missing quality indicator*. The Lancet, 374(9702): 1714-1721.

Waterman, A.D, Garbutt, J., Hazel, E., Dunagan, W.C., Levinson, W, Fraser, V.J, and Gallagher, T.H. (2007) *The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada*. Joint Commission Journal on Quality Patient Safety, 33(8): 467-476.

Wen, J., Cheng, Y., Hu, X., Yuan, P., Hao, T. and Shi, Y. (2016) *Workload, burnout, and medical mistakes among physicians in China: A cross-sectional study*. *BioScience Trends*, 10(1): 27-33.

West, C.P., Huschka, M.M., Novotny, P.J., Sloan, J.A., Kolars, J.C., Habermann, T.M. and Shanafelt, T.D. (2006) *Association of Perceived Medical Errors With Resident Distress and Empathy A Prospective Longitudinal Study*. *JAMA*, 296(9): 1071-1078.

West, C.P. and Shanafelt, T.D. (2007) *The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education*. *BMC Medical Education*, 7(29): 1-9.

West, C.P., Tan, A.D., Habermann T.M., Sloan, J.A. and Shanafelt, T.D. (2009) *Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors*. *JAMA*, 302(12): 1294-1300.

West, C.P., Dyrbye, L.N. and Shanafelt, T.D. (2018) *Physician burnout: contributors, consequences and solutions*. *Journal of Internal Medicine*, 283(6): 516-529.

Westrum, R. (2004) *A typology of organizational cultures*. *Qual Safetn Health Care*, 13(2): ii22-ii127.

Williford, M.L, Scarlet, S., Meyers, M.O., Lockett, D.J., Fine, J.P., Goettler, C.E., Green, J.M., Clancy, T.V., Hildreth, A.N., Meltzer-Brody, S.E. and Farrell, T.M. (2018) *Multiple-institution comparison of resident and faculty perceptions of burnout and depression during surgical training*. *JAMA Surgery*, 153(8): 705-711.

World Organization Health (WHO) International Health Conference, New York, 1946.

World Health Organization (WHO) (1986) *The Ottawa Charter for Health Promotion*, Geneva, στο: Μπιτσώρη, Ζ., Μπαλάσκα, Δ. και Δημογέροντας, Γ. (2017) *Προαγωγή υγείας και επαγγελματικοί κίνδυνοι στο χώρο εργασίας*. *Περιεγχειριτική Νοσηλευτική*, 6(1): 7-18.

World Health Organization (WHO) (2002) *Prevention of hospital - acquired infections: A practical guide, 2nd edition*,

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67350/WHO_CDS_CSR_EPH_2002.12.pdf?sequence=1&isAllowed=y (προσβάσιμη στις 10/12/2022).

World Health Organization (WHO) (2004) *World alliance for patient safety: forward programme 2005*,

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43072/9241592443.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (προσβάσιμη στις 10/4/2023).

World Health Organization (WHO) (2005a) *Clean care is safer care*. Genève,

<https://www.who.int/news-room/events/detail/2005/10/13/default-calendar/clean-care-is-safer-care> (προσβάσιμη στις 10/12/2022).

World Health Organization (WHO) (2005b) *Patients for patient safety*,

<https://www.who.int/initiatives/patients-for-patient-safety> (προσβάσιμη στις 10/4/2023).

World Health Organization (WHO) (2008) *Safe Surgery Saves Lives*,

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70080/WHO_IER_PSP_2008.07_eng.pdf?sequence=1 (προσβάσιμη στις 5/12/2022).

World Health Organization (WHO) (2009) *Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist 2009*,

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_eng.pdf?sequence=1 (προσβάσιμη στις 12/4/2023).

World Health Organization (WHO) (2011a) *Patient safety curriculum guide: multi-professional edition*, Genève, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501958> (προσβάσιμη στις 5/12/2022).

World Health Organization (WHO) (2011b) *Global Pulse Oximetry Project background document*, in: Herbert, L.J. and Wilson, H. (2012) *Pulse oximetry in low-resource settings* *Breathe* 9(2): 90-98.

World Health Organization (WHO) (2015) *Partnerships for safer health service delivery: Evaluation of WHO African Partnerships for Patient Safety 2009 – 2014*, Geneva, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/176272/1/WHO_HIS_SDS_2015.13_eng.pdf?ua=1&ua=1 (προσβάσιμη στις 5/12/2022).

World Health Organization (WHO) (2016) *Planning for the Global Patient Safety Challenge- Medication Safety*, Geneva, [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/psf/medication-without-harm/who-his-sds-2016-20-eng.pdf?sfvrsn=2eb324bc_6](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/psf/medication-without-harm/who-his-sds-2016-20-eng.pdf?sfvrsn=2eb324bc_6) (προσβάσιμη στις 12/4/2023).

World Health Organization (WHO) (2019a) *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*, <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases> (προσβάσιμη στις 11/04/2023).

World Health Organization (WHO) (2019b) *10 facts on patient safety*, 26 August 2019, <https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/10-facts-on-patient-safety>

World Health Organization (WHO) (2020) *Healthy at home-Mental health*, <https://www.who.int/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health> (προσβάσιμη στις 5/4/2023).

World Health Organization (WHO) (2021) *Global Patient Safety Action Plan- GPSA* <https://eiqsh.eu/global-action-plan-for-patient-safety/#> (προσβάσιμη στις 11/04/2023).

Wu, A.W., Folkman S., McPhee, S.J. and Lo, B. (1991) *Do house officers learn from their mistakes?* JAMA, 265(16): 2089-2094.

Wu, A.W. (2000) *Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too.* BMJ, 320(7237): 726–727.

Xesfingi, S.and Vozikis, A. (2016) *Patient satisfaction with the healthcare system: Assessing the impact of socio-economic and healthcare provision factors.* BMC Health Services Research, 16:94.

Yates, S.W.(2020) *Physician Stress and Burnout.* American Journal of Medicine, 133(2): 160-164.

Zhu, W., Wang, Z.M., Wang, M.Z., Lan, Y.J. and Wu, S.Y. (2006) *Job burnout and contributing factors for nurses.* Sichuan Da XueXueBao Yi Xue Ban, 37(4): 632-635.

Zohar, D. (1980) *Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications*. Journal of Applied Psychology, 65(1): 96-102.

Ιστοσελίδες

Κορωνοϊός COVID-19: Πανδημία 2020, <https://www.hygeia.gr/koronoios-ti-prepei-na-ignorizoyme-amp-pos-mporoyme-na-profylachthoyme/> (προσβάσιμη στις 10/04/2023).

Κορωνοϊός (COVID-19), Η τελευταία κατάσταση σε αριθμούς, <https://www.trt.net.tr/greek/covid19> (προσβάσιμη στις 26/3/2023).

Προαγωγή της Υγείας, https://upload.livemedia.gr/Media/65/Other/Documents/7ο%20Panellinio/37_workshop_rekleitim.saridim.pdf (προσβάσιμη στις 12/4/2023).

Τι είναι οι ομάδες Balint, Ελληνική Εταιρεία Ιατρικής Ψυχολογίας και Ομάδων Μπάλιντ, <https://www.balintgroupgreece.com/about-balint-groups/> (προσβάσιμη στις 10/04/2023).

Φουντουλάκης, Κ. *Επαγγελματική εξουθένωση*, Psychiatry on-line, <https://psychiatry.gr/ekpaideutiko-uliko/19-joomla/95-2019-12-30-12-15-59> (προσβάσιμη στις 9/4/2023).

COVID-19 Κορωνοϊός, <https://longform.protothema.gr/koronoios/> (προσβάσιμη στις 11/4/2023).

Psychological resilience, Wikipedia, https://en.wikipedia.org/wiki/Psychological_resilience (προσβάσιμη στις 12/4/2023).

Resilience, Psychology Today, <https://www.psychologytoday.com/us/basics/resilience> (προσβάσιμη στις 12/4/2023).

Word of the year 2022, Dictionary by Merriam-Webster, <https://www.merriam-webster.com/words-at-play/word-of-the-year/pandemic> (προσβάσιμη στις 11/4/2023).