



# Canvis en la cultura de seguretat dels pacients després d'una intervenció combinada en tres hospitals

Lena Ferrús i Estopà



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- Compartiqual 3.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - Compartiqual 3.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-ShareAlike 3.0. Spain License.**



# Canvis en la cultura de seguretat dels pacients després d'una intervenció combinada en tres hospitals

Tesis doctoral  
**Lena Ferrús i Estopà**



**Programa de Doctorat en Ciències Infermeres**  
**Escola Universitària d'Infermeria.**  
Universitat de Barcelona

***Canvis en la  
cultura de seguretat dels pacients  
després  
d'una intervenció combinada  
en tres hospitals***

Tesi doctoral presentada per:  
**Lena Ferrús i Estopà**

Directores  
**Dra. Lourdes Garcia i Viñets**  
**Dra. Montserrat Martin i Baranera**

Juny, 2013



## **Dedicatòria**

Al Ramon, que m'ha acompanyat durant tot el camí.  
A la Laia i l'Oriol, pel seu respecte i comprensió durant aquest trajecte.  
A la Martina i el Lluc que han fet que el darrer tram hagi sigut més ric i feliç.

I molt especialment a totes les infermeres que, a tot hora, vetllen per la  
seguretat del pacient.



## **Agraïments**

Als meus pares, Jaume i Malenes, que van confiar sempre amb mi i em van ensenyar el valor de l'esforç i el treball. I al meu germà Jaume, pels seus estímuls durant la meva adolescència. Va ser el primer pas per arribar on sóc ara, a nivell personal i professional.

Al Santiago Nofuentes que va confiar en mi per desenvolupar el projecte de la seguretat del pacient en el CSI.

A la Maria Rotllan pel seu recolzament durant el procés inicial i per les acalorades discussions, que ens ajudaven a fer un pas més en l'aprenentatge d'això que és la cultura de seguretat i el seu lideratge; i a la Carmen Gimeno per la seva comprensió i encoratjament al final d'aquest camí.

Al Juan Francisco Pajares, l'Araceli López i la Meritxell Tàpia per la seva col·laboració en la traducció i retrotraducció del qüestionari.

A l'Àngels Vernet per la seva contribució en el decurs dels grups de discussió.

Als col·legues de l'equip de la Direcció de Planificació i Seguretat del Pacient per la seva ajuda i els seus estímuls.

Al Jaume Monteis i a l'Araceli López per les preguntes reptadores i consells després de la lectura d'algun esborrany.

A l'Assumpta Janariz que m'ha donat suport, ànims i una ajuda inestimable, en la darrera fase de composició del document final.

A tots els qui van participar en les entrevistes en profunditat de l'etapa exploratòria als inicis de la tesi; i als qui van participar en els grups de discussió a l'etapa final.

A la Dra. Lourdes Garcia i la Dra. Montse Martín, per la seva exigència i generositat, la seva disponibilitat, les seves preguntes reptadores, l'ajuda, els consells i la paciència manifestada durant tot aquest llarc camí.

I a tots aquells i aquelles que al llarg d'aquests tres anys m'heu preguntat sovint:

- Com va la tesi?

- La tesi va bé, la que no va tan bé sóc jo! – els hi contestava.

A tots i a totes, us agraeixo que aquest treball hagi pogut ser per mi una experiència única d'aprenentatge, de creixement i ... irrepetible.





## RESUM

**Títol:** Canvis en la cultura de seguretat dels pacients en 3 hospitals després d'una intervenció combinada

**Antecedents:** Davant de la magnitud de les conseqüències dels esdeveniments adversos en els hospitals, posada de manifest amb la publicació de l'informe *To err is human*, una de les recomanacions formulades per l'*Institute of Medicine* i la Unió Europea era el desenvolupament d'una cultura orientada a la seguretat del pacient (CSP). La promoció d'una CSP s'ha convertit en un dels pilars del moviment mundial per la seguretat pacient, amb la perspectiva de que aquesta actua com una força inductora per evitar esdeveniments adversos, aprendre dels errors i prevenir-los. Aquest moviment condueix a nous models d'intervenció dirigits a passar d'una cultura de culpar els individus pels errors, a una cultura on els errors són tractats com oportunitats per millorar el sistema i evitar el dany. Aquest canvi cultural influeix en les cultures professionals i organitzatives que estan experimentant una transformació cap a la promoció d'una atenció més segura. El Consorci Sanitari Integral (CSI), convençut de que la cultura dominant influeix en els comportaments de seguretat dels professionals i dels pacients, es va plantejar fer accions dirigides a promoure la CSP entre els seus professionals. Avaluar la CSP permetria promoure els comportaments que hi conduïssin i a la vegada ajudaria els seus gestors, a utilitzar els resultats de les avaluacions en el disseny de programes i sistemes eficaços de gestió de la seguretat dels pacients.

**Objectius:** Descriure les intervencions desenvolupades per millorar la cultura de seguretat dels pacients en tres centres del Consorci Sanitari Integral. Avaluar l'efectivitat de les intervencions sobre la percepció de la cultura de seguretat dels pacients (CSP) en els professionals de tres hospitals. Efectuar una anàlisi psicomètrica de la versió en català del qüestionari HSPSC de la AHRQ.

**Àmbit de l'estudi:** Tres hospitals del CSI (564 llits).

**Metodologia:** S'ha fet un estudi quasi-experimental preintervenció-postintervenció (PRE-POST), longitudinal, prospectiu i explicatiu, utilitzant metodologia quantitativa i qualitativa. S'ha utilitzat una adaptació al català del qüestionari *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC) que mesura la percepció dels professionals per una banda entorn al grau de seguretat dels pacients, amb una escala de l'1 al 10; i per l'altra entorn a dotze dimensions de CSP a través de 42 afirmacions que tenen 5 opcions de resposta, en una escala tipus *Likert*, i una opció de No sap/no contesta. S'han analitzat les dades globalment i per grup professional, centre de treball i anys que treballen en el centre segons moment de l'enquesta (PRE POST). Per la comparació de la distribució de freqüències, s'ha utilitzat el test de Chi quadrat. Per les variables quantitatives s'ha utilitzat la t d'Student i quan no es complien els supòsits de normalitat la U de Mann-Whitney. S'han aplicat models de regressió logística per conèixer la influència de les variables independents sobre les respostes als diferents ítems del qüestionari. S'ha emprat la tècnica qualitativa dels grups de discussió com a complement a l'anàlisi i la interpretació dels resultats de l'enquesta.

**Fases:** 1) Impuls a la CSP amb la promoció de pràctiques segures i accions de sensibilització als professionals el febrer del 2009. 2) Primera enquesta amb el qüestionari HSPSC versió en català, el juny del 2009 (dos hospitals) i el juny del 2010 (un hospital). 3) Continuïtat en les activitats de promoció de pràctiques segures, sensibilització i formació als professionals i implantació d'un sistema de notificació d'esdeveniments adversos (SiNASP: *Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente*). 4) El mes de març del 2012, es va fer la segona enquesta. 5) Grup de discussió entorn a les dimensions de CSP explorades amb el qüestionari, per contrastar els resultats de l'enquesta amb les opinions vives dels professionals.

**Resultats:** La taxa de resposta es va situar entre el 23,6% (PRE) i el 29,3% (POST). Els qui van tenir una taxa més alta van ser el grup d'infermeria (24,1% vs 30,6%) i el grup de l'Hospital Sociosanitari de l'Hospitalet (44,4% vs 54,3%). El grau de seguretat dels pacients percebuda va incrementar (6,48 vs 7,4). Els grups que van puntuar més alt i van presentar un increment ( $p < 0,05$ ) en el POST, van ser els qui feia més de 5 anys que treballaven en el centre i els de l'Hospital General de l'Hospitalet. Considerant globalment les 42 afirmacions, la valoració positiva no va presentar diferències significatives entre el PRE i el POST (47,2% vs 45,3%). Les dimensions amb valoracions positives més altes, sota els criteris de la AHRQ (75%) no van arribar a ser una fortalesa i eren el *Treball en equip a la unitat/servei* (73,8% vs 70,7%) i *Expectatives/accions de la direcció/supervisió que afavoreixen la seguretat del pacient* (65,1% vs 62,2%;  $P < 0,05$ ). Les valoracions positives més baixes van ser: la *Dotació de personal* (22,2% vs 24,2%) i el *Suport de la gerència a la seguretat del pacient* (26,7% vs 28,0%). Els resultats de la resta de dimensions es van situar entre el 30% i el 50%, considerats per la AHRQ com baixos i clarament tributaris d'àrees de millora per l'organització. El moment de l'enquesta va tenir poca influència en les respostes positives, no obstant destaca l'afirmació *Quan es comet un error, el personal té por que això quedi en el seu expedient*, per presentar una major probabilitat de valoracions positives en el POST, amb una OR de 1,68 (IC95%: 1,21-2,31). El factor que va presentar més influència sobre les respostes va ser el grup professional. El grup d'infermeria, en general va donar valoracions més baixes que el grup de metges, destaca com a exemple l'afirmació *Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comès algun error, ho utilitzen en la teva contra*, que tenia una probabilitat 2,61 (IC95%: 1,65-4,15) vegades més gran en el grup de metges que en d'infermeria. Els grups de discussió van permetre corroborar els resultats de l'enquesta i van posar veu, emocions i sentiments als resultats quantitius. En l'anàlisi psicomètrica, l'Alpha de Cronbach va resultar baixa per alguna dimensió i l'anàlisi factorial exploratòria va presentar alguns dubtes en quant a la composició de les 12 dimensions. Les correlacions entre les dimensions i la valoració del grau de seguretat percebut varen ser positives i significatives ( $p < 0,01$ ).

**Conclusions:** Durant el període en estudi s'han fet accions intenses i diverses per promoure la cultura de seguretat del pacient. El grup d'infermeria és el qui ha fet més notificacions (47% del total). En termes globals, ha millorat la percepció de la seguretat dels pacients, no obstant les valoracions positives a la cultura de seguretat són baixes. Els canvis PRE-POST han estat poc apreciables i s'han manifestat en el grup dels qui feia més temps que treballava en el centre i en el grup de l'Hospital General de l'Hospitalet. El *Treball en equip a les unitats/serveis* ha estat la dimensió més ben valorada i la *Dotació de personal* i el *Suport de la Gerència a la seguretat del pacient* han estat les que han presentat valoracions més baixes. S'han obtingut resultats moderats (40%-50%) en les dimensions: *Expectatives i accions que fan els comandaments intermedis per afavorir la seguretat dels pacients*, *l'Aprenentatge de la organització*, el *Feed-back i la comunicació sobre els errors*, i la *Resposta no punitiva als errors*. L'anàlisi PRE- POST mostra que el moment en que s'ha fet l'enquesta ha tingut poca influència en els resultats i que la variable amb major influència ha estat el grup professional. El grup d'infermeria, en general és més exigent, al valorar la cultura de seguretat del pacient, per sota del grup de metges. L'anàlisi factorial confirma les dimensions: *Expectatives/accions de la direcció que afavoreixen la seguretat*, *Treball en equip a la unitat/servei*, *Aprenentatge de l'organització*.

**Paraules clau:** cultura de seguretat del pacient, seguretat del pacient, seguretat, cultura, esdeveniment advers, error, percepció, sistema de notificació d'incidents, mesura de la cultura de seguretat, enquesta, HSPSC, diferències professionals.

## RESUMEN

**Títol:** Cambios en la cultura de seguridad de los pacientes en 3 hospital después de una intervención combinada

**Antecedentes:** Ante la magnitud de las consecuencias de los eventos adversos en los hospitales, puesta de manifiesto con la publicación del informe *To err is human*, una de las recomendaciones formuladas por el *Institute of Medicine* y la Unión Europea era el desarrollo de una cultura orientada a la seguridad del paciente (CSP). La promoción de una CSP se ha convertido en uno de los pilares del movimiento mundial por la seguridad paciente, con la perspectiva de que ésta actúa como una fuerza inductora para evitar eventos adversos, aprender de los errores y prevenirlos. Este movimiento conduce a nuevos modelos de intervención, dirigidos a pasar de una cultura de culpar a los individuos por los errores, a una cultura donde los errores son tratados como oportunidades para mejorar el sistema y evitar el daño. Este cambio cultural influye tanto en los profesionales como en las organizaciones que se están transformando con la finalidad de promover una atención más segura. El *Consorci Sanitari Integral* (CSI), convencido de que la cultura dominante influye en los comportamientos de seguridad de los profesionales y de los pacientes, desarrollar acciones dirigidas a promover la CSP entre sus profesionales. Evaluar la CSP permitiría promover los comportamientos que condujeran a ella y a la vez ayudaría a sus gestores, a utilizar los resultados de las evaluaciones en el diseño de programas y sistemas eficaces de gestión de la seguridad de los pacientes.

**Objetivos:** Describir las intervenciones desarrolladas para mejorar la cultura de seguridad de los pacientes en tres centros del Consorci Sanitari Integral. Evaluar la efectividad de las intervenciones, sobre la percepción de la cultura de seguridad de los pacientes (CSP), en los profesionales de tres hospitales. Efectuar un análisis psicométrico de la versión en catalán del cuestionario HSPSC de la AHRQ.

**Ámbito del estudio:** Tres hospitales del CSI (564 camas).

**Metodología:** Se ha realizado un estudio cuasi-experimental preintervención-post (PRE-POST), longitudinal, prospectivo y explicativo, utilizando metodología cuantitativa y cualitativa. Se ha utilizado una adaptación al catalán del cuestionario Hospital Survey on *Patient Safety Culture* (HSPSC) que mide la percepción de los profesionales, por una parte en torno al grado de seguridad de los pacientes, con una escala de 1 a 10; y por la otra en torno a doce dimensiones de CSP a través de 42 afirmaciones que tienen 5 opciones de respuesta, en una escala tipo Likert, y una opción de No sabe / no contesta. Se han analizado los datos globalmente y por grupo profesional, centro de trabajo y años que trabajan en el centro, según momento de la encuesta (PRE POST). Para la comparación de las distribuciones de frecuencias, se ha utilizado el test de Chi cuadrado. Para las variables cuantitativas se ha utilizado la t de Student y cuando no se cumplían los supuestos de normalidad la U de Mann-Whitney. Se han aplicado modelos de regresión logística para conocer la influencia de las variables independientes sobre las respuestas a las distintas afirmaciones del cuestionario. Se ha utilizado la técnica cualitativa de los grupos de discusión, como complemento al análisis y la interpretación de los resultados de la encuesta.

**Fases:** 1) Impulso a la CSP con la promoción de prácticas seguras y acciones de sensibilización a los profesionales en febrero de 2009. 2) Primera encuesta con el cuestionario HSPSC versión en catalán, en junio de 2009 (dos hospitales) y en junio de 2010 (un hospital). 3) Continuidad en las actividades de promoción de prácticas seguras, sensibilización y formación a los profesionales e implantación de un sistema de notificación de eventos adversos (SiNASP: Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente). 4) En el mes de marzo del 2012, se realizó la segunda encuesta. 5) Grupo de discusión en torno a las dimensiones de CSP exploradas con el cuestionario, para contrastar los resultados de la encuesta con las opiniones vivas de los profesionales.

**Resultados:** La tasa de respuesta se situó entre el 23,6% (PRE) y el 29,3% (POST). Quienes tuvieron una tasa más alta fueron el grupo de enfermería (24,1% vs 30,6%) y el grupo del *Hospital Sociosanitari de l'Hospitalet* (44,4% vs 54,3%). El grado de seguridad de los pacientes percibida incrementó (6,48 vs 7,4). Los grupos que puntuaron más alto y presentaron un incremento ( $p < 0,05$ ) en el POST, fueron los que hacía más de 5 años que trabajaban en el centro y los del *Hospital General de l'Hospitalet*. Considerando globalmente las 42 afirmaciones, la valoración positiva no presentó diferencias significativas entre el PRE y el POST (47,2% vs 45,3%). Las dimensiones con valoraciones positivas más altas, bajo los criterios de la AHRQ (75%) no llegaron a ser una fortaleza y eran el *Trabajo en equipo en la unidad / servicio* (73,8% vs 70,7%) y *Expectativas / acciones de la dirección / supervisión que favorecen la seguridad del paciente* (65,1% vs 62,2%,  $P < 0,05$ ). Las valoraciones positivas más bajas fueron: la *Dotación de personal* (22,2% vs 24,2%) y el *Apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente* (26,7% vs 28,0%). Los resultados del resto de dimensiones se situaron entre el 30% y el 50%, considerados por la AHRQ como bajos y claramente tributarios de áreas de mejora para la organización. El momento de la encuesta tuvo poca influencia en las respuestas positivas, no obstante destaca la afirmación *Cuando se comete un error, el personal teme que esto quede en su expediente*, por presentar una mayor probabilidad de valoraciones positivas en el POST, con una OR de 1,68 (IC95% :1,21-2, 31). El factor que presentó mayor influencia sobre las respuestas fue el grupo profesional. El grupo de enfermería, en general dió valoraciones más bajas que el grupo de médicos, destaca como ejemplo la afirmación *Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra*, que tenía una probabilidad 2,61 (IC95%: 1,65-4,15) veces mayor en el grupo de médicos que en enfermería. Los grupos de discusión permitieron corroborar los resultados de la encuesta y pusieron voz, emociones y sentimientos a los resultados cuantitativos. En el análisis psicométrico, el Alpha de Cronbach resultó baja para alguna dimensión y el análisis factorial exploratorio presentó algunas dudas en cuanto a la composición de las 12 dimensiones. Las correlaciones entre las dimensiones y la valoración del grado de seguridad percibido fueron positivas y significativas ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** Durante el período en estudio se han hecho acciones intensas y diversas para promover la cultura de seguridad del paciente. El grupo de enfermería es el que ha hecho más notificaciones (47% del total). En términos globales, ha mejorado la percepción de la seguridad de los pacientes, no obstante las valoraciones positivas a la cultura de seguridad son bajas. Los cambios PRE-POST han sido poco apreciables y se han manifestado en el grupo de los que hacía más tiempo que trabajaba en el centro y en el grupo del *Hospital General de l'Hospitalet*. El *Trabajo en equipo en las unidades / servicios* ha sido la dimensión mejor valorada y la *Dotación de personal* y el *Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente* han sido las que han presentado valoraciones más bajas. Se han obtenido resultados moderados (40% -50%) en las dimensiones: *Expectativas y acciones que hacen los mandos intermedios para favorecer la seguridad de los pacientes*, el *Aprendizaje de la organización*, el *Feed-back* y la *comunicación sobre los errores*, y la *Respuesta no punitiva a los errores*. El análisis PRE-POST muestra que el momento en que se ha realizado la encuesta ha tenido poca influencia en los resultados y la variable con mayor influencia ha sido el grupo profesional. El grupo de enfermería, en general es más exigente, al valorar la cultura de seguridad del paciente, por debajo del grupo de médicos. El análisis factorial confirma las dimensiones: *Expectativas / acciones de la dirección que favorecen la seguridad*, *Trabajo en equipo en la unidad / servicio*, *Aprendizaje de la organización*.

**Palabras clave:** cultura de seguridad del paciente, seguridad del paciente, seguridad, cultura, evento adverso, error, percepción, sistema de notificación de incidentes, medida de la cultura de seguridad, encuesta, HSPSC, diferencias profesionales

## **ABSTRACT**

**Title:** Changes in patient safety culture in 3 hospitals after a combined intervention

**Background:** Given the magnitude of the consequences of adverse events in hospitals, evidenced by the publication of the report 'To err is human', one of the recommendations made by the Institute of Medicine and the European Union was the development of a culture oriented to patient safety (PSC). Promoting a PSC has become one of the pillars of the global movement for patient safety, with the prospect that it acts as an inducing force to prevent adverse events, to learn from mistakes and to prevent them. This movement leads to new models of intervention, aimed at moving from a culture of blaming individuals for errors, to a culture where mistakes are treated as opportunities to improve the system and prevent damage. This cultural change influences the professional and organizational cultures which are undergoing a transformation in order to promote safer care. The Consorci Sanitari Integral (CSI), convinced that the dominant culture influences safety behaviors of professionals and patients, decided to develop actions to promote PSC among its professionals. Assessing PSC would promote those behaviors that lead to it and at the same time it would help managers to use the results of the evaluations in designing effective patients security programs and management systems.

**Objectives:** To describe the interventions carried out to improve the patient safety culture in three hospitals of CSI. To evaluate the effectiveness of interventions on the perception of patient safety culture (PSC) in the professionals of the three hospitals. To perform a psychometric analysis of the catalan version of the HSPSC questionnaire from the AHRQ.

**Scope of the analysis:** Three hospitals of the CSI (564 beds)

**Methodology:** The analysis was quasi-experimental pre- and post-intervention (PRE-POST), longitudinal, prospective and explanatory, using quantitative and qualitative methodology. An adaptation in Catalan of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) questionnaire has been used. This questionnaire measures the perception of professionals, on one hand on the level of safety of patients, with a scale of 1 to 10; and on the other hand on twelve dimensions of PSC, through 42 statements that have 5 answer choices in a Likert scale, and an option of don't know / refusal. Data were analyzed globally and by professional group, workplace and years working at the hospital at the survey time (PRE POST). The chi-square test has been used for the comparison of the frequency distribution. The t test has been used for quantitative variables and the Mann-Whitney test when the assumptions of normality were not met. Logistic regression models have been applied to determine the influence of the independent variables on the different items' ratings. Furthermore, the qualitative technique of focus groups has been used to improve the analysis and interpretation of survey results.

**Phases:** 1) Encouraging the PSC with the promotion of safe practices and awareness-raising among professionals in February 2009. 2) First survey with the Catalan version of the HSPSC questionnaire in June 2009 (two hospitals) and June 2010 (one hospital). 3) Continuity in advocacy of safe practices, awareness and training for professionals and implementation of a reporting system for adverse events (SiNASP: Reporting and Learning System for Patient Safety). 4) In March 2012, the second survey was conducted. 5) Focus group about the PSC dimensions explored in the questionnaire, in order to compare the results of the survey with live opinions of professionals.

**Results:** The response rate ranged from 23.6% (PRE) to 29.3% (POST). The highest rate was from the nursing group (24.1% vs 30.6%) and the group from the Hospital Sociosanitari de l'Hospitalet (44.4% vs 54.3%). The degree of perceived patient safety increased (6.48 vs 7.4). The groups that scored higher and showed an increase ( $p < 0.05$ ) in the POST, were those who had been working more than 5 years at their hospital and those working at Hospital General de l'Hospitalet. Considering the 42 statements globally, the positive assessment showed no significant differences between PRE and POST (47.2% vs 45.3%). The dimensions with the highest positive ratings under the criteria of the AHRQ (75%) did not become a strength and were *Teamwork within units* (73.8% vs 70.7%) and *Supervisor/manager expectations and actions promoting safety* (65.1% vs 62.2% of  $P < 0.05$ ). The lower positive ratings were: *Staffing* (22.2% vs 24.2%) and *Management support for patient safety* (26.7% vs 28.0%). The results of the other dimensions were between 30% and 50%, considered by AHRQ as low and clearly seen as areas of improvement for the organization. The time of the survey had little influence on the positive responses, however the statement '*When you make a mistake, the staff fears that this remains on their record,*' had a higher probability of positive in POST, with an OR of 1.68 (95% CI :1,21-2, 31). The factor which had the greatest influence on the responses was the professional group. In general the nursing group gave generally lower ratings than the medical group. The statement '*If peers or superiors learn you've made a mistake, they use it against you*' stands as an example: it showed a probability of being positively rated 2.61 (95% CI: 1.65 to 4.15) times higher in the group of doctors than in the nursing group. The focus groups helped corroborate the results of the survey and they gave voice, emotions and feelings to the quantitative results. In psychometric analysis, Cronbach's Alpha was low for some dimensions and the exploratory factor analysis raised some doubts as to the composition of the 12 dimensions. The correlations between the dimensions and the assessment of the degree of perceived safety were positive and significant ( $p < 0,01$ ).

**Conclusions:** Intense and diverse actions have been conducted during the period of analysis to promote patient safety culture. The nursing team is the one that has done more notifications (47% of total). Overall, the perception of patient safety has improved, although the positive ratings on the safety culture are low. PRE-POST changes have not been significant, and they are found in the group that was working longer at their hospital and in the group of the Hospital General de l'Hospitalet. Teamwork within units has been the best rated dimension and Staffing and Management support for patient safety are the ones that have presented lower rates. Results have been moderate (40% -50%) in the dimensions: Supervisor/manager expectations and actions promoting safety, Organizational learning, Feedback and communication about error, and the Nonpunitive response to error. The analysis PRE-POST shows that the time of the survey has had little influence on the results, and that the professional group has been the variable with the greatest influence. When rating patient safety culture, the nursing group is in general more demanding than the medical group. Factor analysis confirms the dimensions: Supervisor/manager expectations and actions promoting safety, Teamwork within units Organizational learning.

**Keywords:** patient safety culture, patient safety, safety, culture, adverse event, error, perception, critical incident reporting, measuring safety culture, survey, HSPSC, professional differences.

## ÍNDIX

<b>PREÀMBUL</b> .....	<b>17</b>
<hr/>	
<b>PRIMERA PART</b> .....	<b>21</b>
<b>1. PRESENTACIÓ</b> .....	<b>23</b>
<b>2. ABREVIATURES I GLOSSARI</b> .....	<b>25</b>
<b>3. RELLEVÀNCIA DEL PROBLEMA i JUSTIFICACIÓ</b> .....	<b>29</b>
<b>4. OBJECTIUS DE LA RECERCA I HIPÒTESI</b> .....	<b>33</b>
<hr/>	
<b>SEGONA PART</b> .....	<b>35</b>
<b>5. MARC TEÒRIC</b> .....	<b>37</b>
<b>5.1 Marc general referència: Entorn i coordenades teòriques</b> .....	<b>38</b>
5.1.1. Context i tendències en relació a la seguretat del pacient .....	38
5.1.2. La qualitat de l'atenció sanitària .....	39
5.1.3. Magnitud. Xifres entorn a la seguretat dels pacients .....	39
5.1.4. Les iniciatives al voltant de a la Seguretat dels pacients .....	42
5.1.5. Les organitzacions complexes .....	46
5.1.6. Les organitzacions d'alta confiabilitat .....	47
5.1.7. Equivocar-se és humà .....	48
5.1.8. Les pràctiques segures en l'assistència a la salut .....	51
5.1.9. Efectivitat de les intervencions en pràctiques segures .....	55
5.1.10. Sistemes de registre i notificació d'esdeveniments adversos .....	57
5.1.11. Pacients en defensa de la seva seguretat .....	60
5.1.12. Els costos de la no seguretat dels pacients .....	61
5.1.13. La formació dels nous professionals .....	62
<b>5.2 Cultura de seguretat del pacient</b> .....	<b>63</b>
5.2.1. La cultura de la seguretat i resultats de salut .....	70
5.2.2. La mesura de la cultura de seguretat del pacient.....	71
5.2.3. Clima versus cultura de seguretat del pacient .....	75
<b>5.3 Context general i local: Catalunya i el Consorci Sanitari Integral</b> .....	<b>77</b>
5.3.1. Entorn econòmic actual. La crisi econòmica .....	77
5.3.2. La promoció de la cultura de seguretat del pacient a Catalunya .....	77
5.3.3. Context local: el Consorci Sanitari Integral.....	79
<hr/>	
<b>TERCERA PART</b> .....	<b>85</b>
<b>6. TREBALL EMPÍRIC</b> .....	<b>87</b>
<b>6.1 Metodologia</b> .....	<b>88</b>
6.1.1. Àmbit d'estudi .....	88
6.1.2. Període d'estudi .....	88

6.1.3.	Metodologia quantitativa .....	89
6.1.4.	Metodologia qualitativa .....	98
<b>6.2.</b>	<b>Consideracions ètiques .....</b>	<b>104</b>

<b>QUARTA PART</b>	<b>103</b>
--------------------	------------

<b>7.</b>	<b>RESULTATS .....</b>	<b>107</b>
<b>7.1.</b>	<b>Descripció de les intervencions desenvolupades .....</b>	<b>107</b>
7.1.1.	Accions més destacades entre les dues enquestes .....	107
7.1.2.	Pràctiques segures implantades a cada centre .....	110
7.1.3.	Notificacions d'esdeveniments adversos, els factors contribuents i les mesures correctores a cada centre .....	111
7.1.4.	Accions de sensibilització i formació .....	119
<b>7.2.</b>	<b>Taxa de participació i descripció de la població que respon l'enquesta .....</b>	<b>121</b>
7.2.1.	Taxa de participació .....	121
7.2.2.	Dades sociodemogràfiques dels que contesten l'enquesta .....	122
<b>7.3.</b>	<b>Efectivitat de la intervenció combinada.....</b>	<b>126</b>
7.3.1.	Mesures de resultat .....	126
7.3.2.	Mesures de percepció a nivell hospitalari .....	133
7.3.3.	Mesures de percepció a nivell d'unitat organitzativa .....	136
7.3.4.	Valoració global .....	146
7.3.5.	Descripció dels comentaris sobre aspectes no tractats a l'enquesta .....	147
<b>7.4.</b>	<b>Resultats segons centre i moment de l'enquesta .....</b>	<b>152</b>
7.4.1.	Grau de seguretat del pacient percebuda per centre .....	152
7.4.2.	Esdeveniments adversos notificats .....	153
7.4.3.	Dimensions i afirmacions sobre la cultura de la seguretat del pacient a l'Hospital Sant Joan Despí .....	154
7.4.4.	Dimensions i afirmacions sobre la cultura de la seguretat del pacient a l'Hospital General de l'Hospitalet .....	156
7.4.5.	Dimensions i afirmacions sobre la cultura de la seguretat del pacient a l'Hospital Sociosanitari de l'Hospitalet .....	158
7.4.6.	Valoració global segons centre .....	160
<b>7.5.</b>	<b>Resultats segons grup professional i moment de l'enquesta .....</b>	<b>161</b>
7.5.1.	Grau de seguretat del pacient percebuda per grup professional .....	161
7.5.2.	Dimensions sobre la cultura de la seguretat del pacient per al grup de "metges/farmacèutics" .....	162
7.5.3.	Dimensions sobre la cultura de la seguretat del pacient per al grup de "infermeres/llevadores/ auxiliars d'infermeria" .....	165
7.5.4.	Dimensions sobre la cultura de la seguretat del pacient per al grup "altres professionals" .....	167
7.5.5.	Valoració global segons grup professional.....	170
<b>7.6.</b>	<b>Resultats segons anys de treball en el centre i moment de l'enquesta .....</b>	<b>171</b>
7.6.1.	Grau de seguretat del pacient percebuda segons temps de treball en el centre .....	171
7.6.2.	Dimensions i afirmacions sobre la cultura de la seguretat del pacient del grup de "≤ 5 anys en el centre" .....	172
7.6.3.	Dimensions i afirmacions sobre la cultura de la seguretat del pacient del grup de "> 5 anys en el centre" .....	175



7.6.4. Valoració global segons anys de treball en el centre.....	177
<b>7.7. Diferències segons grup professional metges/farmacèutis i infermeres/llevadores/auxiliars .....</b>	<b>178</b>
7.7.1. Diferències entre metges/farmacèutics i infermeres/auxiliars d'infermeria en les respostes positives .....	178
7.7.2. Diferències entre metges/farmacèutics i infermeres/auxiliars d'infermeria en les respostes negatives .....	181
<b>7.8. Factors que van influir en les respostes positives .....</b>	<b>183</b>
<b>7.9. Síntesi dels resultats quantitius .....</b>	<b>191</b>
7.9.1. Comparatiu global .....	191
7.9.2. Mesures de resultat.....	194
7.9.3. Mesures de percepció a nivell hospitalari.....	195
7.9.4. Mesures de percepció a nivell d'unitat organitzativa .....	196
7.9.5. Comparatiu de les dimensions segons centre .....	198
7.9.6. Comparatiu de les dimensions segons grup professional .....	199
7.9.7. Comparatiu de les dimensions segons anys de treball en el centre.....	200
7.9.8. Influència del moment de l'enquesta .....	201
7.9.9. Valoracions positives més altes .....	201
7.9.10. Valoracions negatives més altes .....	203
<b>7.10. Anàlisi psicomètrica de la versió en català del qüestionari HSPSC ..</b>	<b>206</b>
7.10.1. Anàlisi de la consistència interna .....	206
7.10.2. Influència de la qualificació al grau de seguretat percebuda sobre les 12 dimensions .....	208
7.10.3. Anàlisi de constructe. Matriu rotada de 12 factors .....	211
7.10.4. Contrast dels ítems de cada dimensió del qüestionari amb la matriu factorial rotada de 12 factors .....	214
7.10.5. Síntesi final de l'anàlisi dels components .....	222
<b>7.11. Resultats dels grups de discussió .....</b>	<b>224</b>
7.11.1. Composició dels grups .....	224
7.11.2. Contingut del corpus textual .....	224
<hr/>	
<b>CINQUENA PART</b>	<b>249</b>
<hr/>	
<b>8. DISCUSSIÓ.....</b>	<b>251</b>
8.1. Els qui contesten l'enquesta .....	253
8.2. L'entorn de les dues enquestes .....	255
8.3. Les intervencions desenvolupades per modificar la cultura .....	256
8.4. Influències sobre les respostes .....	271
8.5. Anàlisi psicomètrica del qüestionari .....	274
<b>9. LIMITACIONS DE L'ESTUDI. ....</b>	<b>275</b>
<b>10. CONCLUSIONS .....</b>	<b>279</b>
<b>11. RECOMANACIONS.....</b>	<b>283</b>
<b>12. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES.....</b>	<b>291</b>
<b>13. ANNEXOS.....</b>	<b>303</b>
<b>14. ÍNDEX DE QUADRES, FIGURES, GRÀFICS I TAULES .....</b>	<b>397</b>



## PREÀMBUL

En una de les fases de crisi que vaig viure en el decurs de l'elaboració d'aquesta àrdua, encoratjadora i estimulante tesi, vaig rellegir un llibre que m'havia orientat i ajudat en altres moments de desconcert.

El vaig rellegir de forma casual. Va ser la providència la qui me'l va portar a les mans? O van ser les ganes de desencallar el tema que tenia entre mans que em va fer trobar el que buscava?. Tant se val. Vaig tenir la sort de trobar-lo justament aquell dia.

Em refereixo al llibre de Jorge Wagensberg que tracta sobre la incertesa<sup>1</sup>, Wagensberg planteja que davant la incertesa se li presenten dues opcions i diu: *“Una: el món és un món de preguntes i la meua tasca és buscar les respostes. L'altra: el món és un món de respostes i a mi en toca descobrir de quines preguntes. Les dues actituds són acceptables, però diferents.*

*En la primera actitud, diguem-ne actitud A, la ment es col·loca al bell mig de l'univers i es pregunta el perquè de les coses. La seva preocupació és aquí la causalitat i la finalitat de tot el que s'esdevé. En aquesta opció les preguntes són sempre les mateixes i el que canvia són les respostes. Per aquest camí s'arriba, més d'hora que no pas tard, al coneixement revelat i a les creences. La història de les creences és la història de les bones respostes. S'avança quan canvia la resposta. La pregunta és pura rutina.*

*En l'altra actitud, diguem-ne la B, la ment intenta excloure's del centre de l'univers i es preocupa més sobre el com de les coses, és a dir, es preocupa per la intel·ligibilitat de tot el que s'esdevé. Aquest camí condueix, més tard que no pas d'hora, al coneixement científic i a la investigació. La història de la ciència és la història de les bones preguntes. S'avança quan canvia la pregunta. La resposta és pura rutina. Un paradigma és una treva entre dues bones preguntes”*

Wagensberg, diu també que ningú s'instal·la al cent per cent en una de les actituds, es crea així el coneixement útil per a navegar en la incertesa. Per ell els conceptes clau són la complexitat, el coneixement i la incertesa.

Segons Edgar Morin<sup>2</sup> quan es parla de complexitat “es tracta d'afrontar la dificultat de pensar i de viure”. Comprendre les interaccions entre els diferents components de la naturalesa humana (socials, bio-químico-físics, psicològics, polítics, ètics, ...) en contínua evolució, és un desafiament per al segle XXI.

I vet aquí que són conceptes que enllacen amb el contingut d'aquesta tesi.

## **Complexitat**

La seguretat del pacient que és el motiu d'aquesta tesi, està influenciada per un teixit de constituents heterogènis que interactuen entre sí: el malalt, el seu entorn familiar i social, els diferents professionals de la salut, l'hospital i els diferents dispositius assistencials com a estructura física i organitzativa, les estructures polítiques, els fenòmens socials, econòmics i ètics, ... tots ells interactuen per mantenir o millorar la salut i prevenir la malaltia.

Tots els malalts i les seves famílies són diferents uns dels altres (edat, sexe, nivell cultural, estatus social, ...) i únics, que pateixen un problema de salut que es manifesta en cadascú d'una manera particular.

L'objectiu dels professionals de la salut, és el servei de salut al malalt i la seva família. A vegades aquests professionals no tenen tots els coneixements necessaris, o l'habilitat necessària o la capacitat per acceptar que són humans i que per això s'equivoquen i que es poden produir esdeveniments adversos ocasionats per un error o un incident inevitable.

L'hospital, a vegades no té l'estructura física, o la dotació de recursos necessària perquè els processos dissenyats contribueixin a afavorir la interacció entre el malalt i el professional, en benefici de la salut del primer.

L'organització, tot i que aprèn contínuament i evoluciona cap a la eficiència i l'efectivitat, a vegades està més centrada en ella mateixa que en la seguretat del client que ha d'atendre.

Aquesta complexitat, en un entorn de reducció i contenció de la despesa es presenta amb traços inquietants de confusió, desordre, ambigüitat i incertesa.

## **El coneixement<sup>a</sup>**

Segons Wagensberg, la ciència és la forma més prestigiosa de coneixement a l'hora d'anticipar la incertesa de l'entorn; la curiositat és el que ens mou a adquirir el coneixement i que el coneixement és una representació necessàriament finita d'una complexitat presumptament infinita.

La set de coneixement entorn a la cultura de la seguretat dels pacients és el que ha impulsat, en tot moment, l'interès per assolir l'objectiu d'aquesta tesi, que de forma sintètica podríem dir que és "saber" o conèixer quines són les dimensions prevalents de la cultura de la seguretat del pacient i

---

<sup>a</sup> **Coneixement.** Capacitat de l'ésser humà per comprendre la naturalesa, les qualitats i les relacions de les coses. Conjunt de dades i idees que es coneixen sobre alguna cosa, especialment d'una matèria o ciència.

com es pot intervenir en una organització per enfortir aquesta cultura de seguretat per crear un entorn més segur en benefici dels pacients.

### **La incertesa<sup>a</sup>**

Les organitzacions són complexes i tenen vida pròpia a part de les intervencions intencionades que fem. Durant el temps d'aquesta intervenció combinada<sup>b</sup>, hi ha hagut molts canvis en l'estructura organitzativa, el lideratge i l'activitat del Consorci Sanitari Integral que hauran influenciat el clima de seguretat del pacient. Canvis que han vingut des de dins de la mateixa organització i canvis que han estat fruit dels canvis polítics i econòmics en el nostre entorn més immediat.

A la vegada, la particularitat de cada persona fa que hi hagi una gran variabilitat de respostes davant la malaltia i això dóna al professional i al mateix malalt una incertesa davant el risc que representen la pròpia malaltia i les intervencions o les omissions que fan els professionals.

Per altra banda, a l'inici d'aquesta recerca hi havia incertesa entorn el resultat, fruit d'aquesta intervenció combinada d'accions orientades a incrementar la cultura de seguretat.

**Nota:** Per fer més àgil la lectura d'aquest document, quan s'utilitza el terme infermera o llevadora es refereix als diplomats universitaris en infermeria o als especialistes en infermeria obstètrica i ginecologia. Quan s'utilitza el terme metge o farmacèutic es refereix als llicenciats en medicina o farmàcia ja siguin dones o homes. A la vegada que quan s'utilitza el terme personal d'infermeria, es refereix en conjunt a l'equip de cures format per infermeres i auxiliars d'infermeria.

---

<sup>a</sup> **Incetesa:** "La incertesa és l'estat de falta de seguretat sobre el coneixement, caracteritzat pel dubte.

<sup>b</sup> **Intervenció combinada:** Consisteix en la promoció de pràctiques segures, la implantació d'un sistema de notificació d'esdeveniments adversos i el desenvolupament d'activitats formatives i de sensibilització dirigides a millorar la cultura i la seguretat del pacient.



## **PRIMERA PART**

- 1. PRESENTACIÓ**
- 2. ABREVIATURES I GLOSSARI**
- 3. RELLEVÀNCIA DEL PROBLEMA i JUSTIFICACIÓ**
- 4. OBJECTIUS DE LA RECERCA I HIPÒTESI**





## 1. PRESENTACIÓ

Aquesta tesi està estructurada en cinc parts, la **primera part**, inclou les abreviatures i un glossari per ajudar a fer més entenedor el text, i a continuació presenta la justificació que sustenta la elaboració d'aquesta tesi i quins són els objectius i la hipòtesi que orienten tot el procés de recerca.

**La segona part** exposa el marc teòric i es subdivideix en tres grans apartats. El primer apartat fa referència a l'entorn i les coordenades teòriques que sustenten l'interès d'aquest treball. Es fa un recorregut sobre les tendències en relació a la seguretat del pacient i la qualitat de l'atenció sanitària. Es posa de manifest la magnitud del problema i les xifres relatives al nombre d'esdeveniments adversos que es produeixen arreu del món desenvolupat i que han estat el disparador de les iniciatives dirigides a la millora de la seguretat del pacient. Es fan referències a les organitzacions d'alta confiabilitat per l'interès que té que les institucions sanitàries s'emmirallin en aquestes organitzacions, per aprendre la forma d'abordar les accions dirigides a promoure la cultura de seguretat.

En el mateix apartat, s'explica que l'error és una condició humana i que la manera d'afrontar-los, dins de les organitzacions, és centrar-se en el sistema abans que en la persona que comet l'error. També, en aquest apartat s'enumeren les pràctiques segures que s'estan abordant arreu i la importància de la notificació dels esdeveniments adversos que es produeixen, com a sistema d'aprenentatge a partir de les experiències viscudes. Per últim es fa referència a dos aspectes finals: l'interès d'implicar els pacients en la seva seguretat i el moviment que hi ha per a promoure-ho; i finalment els costos de la no seguretat .

El segon apartat explora l'enfocament de la seguretat dels pacients des de la perspectiva sistèmica i l'anàlisi dels errors per aprendre de l'experiència. Es detallen diferents definicions del concepte cultura de la seguretat del pacient i les dimensions que la componen segons diferents autors. I finalment, en aquest apartat s'exposa l'interès de mesurar la cultura de la seguretat del pacient; es descriuen tres eines per avaluar la cultura de la seguretat del pacient i el motiu de la selecció del qüestionari *Hospital Survey on Patient Safety Culture*<sup>3</sup> (HSPSC) de la *Agency for Healthcare Research and Quality* dels EUA per avaluar la cultura de seguretat<sup>a</sup> al Consorci Sanitari Integral. I per últim es distingeix entre els conceptes de cultura i clima.

El tercer apartat, fa una breu descripció del context econòmic i sobre les iniciatives entorn a la seguretat del pacient a Catalunya i al Consorci Sanitari Integral.

---

<sup>a</sup> Per a facilitar la lectura d'aquest text, s'utilitzarà indistintament els termes seguretat i cultura quan s'està parlant de seguretat del pacient i cultura de la seguretat del pacient.

## **La tercera part**

Aquesta part exposa el disseny de la recerca que es concreta en ús de la metodologia quantitativa per descriure les diferències en la percepció de la cultura de seguretat del pacient utilitzant el qüestionari HSPSC, abans i després de la intervenció combinada. I per contribuir a l'anàlisi dels resultats quantitatius de l'enquesta, s'ha utilitzat la metodologia qualitativa dels grups de discussió.

**La quarta part** presenta els resultats agrupats per cadascun dels tres objectius generals que s'havien definit a l'inici de la recerca. S'identifiquen les intervencions que s'han realitzat en el CSI durant el període 2009-2012 i es destaquen les fites a nivell organitzatiu que han pogut influir sobre els canvis en la cultura de seguretat del pacient.

A continuació es presenten les diferències dels resultats entre la primera i la segona enquesta globalment i per cadascuna de les afirmacions i les dimensions de cultura de contempla el qüestionari HSPSC. També s'analitzen les diferències entre els tres centres que constitueixen el Consorci Sanitari Integral del Baix Llobregat i Barcelonès, entre els grups professionals, entre els professionals segons els anys que fa que treballen a l'hospital.

En l'apartat de resultats es presenten les principals aportacions dels grups de discussió que seran útils per entendre i interpretar alguns dels resultats de la segona enquesta.

I per finalitzar la quarta part es presenta una anàlisi psicomètrica del qüestionari per a aproximar-nos a la validesa del qüestionari en el nostre entorn.

**La cinquena part** d'aquesta tesi presenta la discussió i les principals conclusions abans de donar les recomanacions que constitueixen l'últim apartat d'aquest capítol. Per últim les recomanacions que se'n puguin extreure d'aquest treball.

Al final hi ha una relació de les cites bibliogràfiques que té el text i un apartat d'annexos per facilitar la lectura d'aquesta tesi, tot i tenint les dades per consultar quan el lector ho requereixi.

I per últim s'ha inclòs una relació paginada dels quadres, figures, gràfics i taules per facilitar una consulta més detallada de les dades.

## 2. ABREVIATURES I GLOSSARI

### Abreviatures utilitzades en el present treball

<b>AHRQ</b>	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
<b>APEAS</b>	Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Atención Primaria
<b>CSI</b>	ConSORCI Sanitari Integral
<b>EA</b>	Esdeveniments adversos
<b>ENEAS</b>	Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización
<b>EUA</b>	Estats Units d'Amèrica
<b>EUNetPaS</b>	<i>European Union Network for Patient Safety and Quality of Care</i>
<b>FAD</b>	Fundació Avedis Donabedian
<b>HMPS</b>	<i>Harvard Medical Practice Study</i>
<b>HSPSC</b>	<i>Hospital Survey Patient Safety Culture</i>
<b>MaPSaF</b>	<i>Manchester Patient Safety Framework</i>
<b>NQF</b>	<i>National Quality Forum</i>
<b>OMS</b>	Organització Mundial de la Salut
<b>POST</b>	Segona enquesta postintervenció
<b>PRE</b>	Primera enquesta preintervenció
<b>SAC</b>	<i>Severity Assessment Code</i>
<b>SAQ</b>	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
<b>TIC's</b>	Tecnologies de la Informació i la Comunicació
<b>UCI</b>	Unitat de Cures Intensives
<b>vs</b>	<i>versus</i>

## Glossari<sup>a</sup>

**Condicions latents:** Deficiències estructurals en el sistema o “patògens residents” que predisposen a resultats adversos

**Complicació<sup>b</sup>:** Es defineix una complicació com la conseqüència no intencionada i indesitjable d'un diagnòstic o d'un acte terapèutic que produeix un efecte no desitjable que pot impactar en l'atenció del pacient. Situació que agreuja i allarga el curs d'una malaltia i que no és propi de la mateixa.

Trastorn del pacient que sorgeix durant el procés de dispensació de l'atenció sanitària, sigui quin sigui l'entorn en el que es dispensa.

Malaltia o lesió que sorgeix arran d'una altra malaltia i/o intervenció assistencial.

**Dany associat a l'atenció sanitària:** Dany derivat de plans o mesures adoptats durant la prestació d'assistència sanitària o associat a ells, no el causa d'una malaltia o lesió subjacent.

**Efecte secundari:** Efecte conegut, diferent del desitjat primordialment, relacionat amb les propietats farmacològiques d'un medicament.

**Error actiu:** Error que es produeix en el nivell de l'operador de primera línia i que els seus efectes es perceben quasi immediatament.

**Error del sistema:** Error que no és el resultat de les accions d'un individu, sinó el resultat previsible d'una sèrie d'accions i factors que componen un procés de diagnòstic o tractament.

**Error:** El fet de no dur a terme una acció prevista segons es pretenia o d'aplicar un pla incorrecte.

**Esdeveniment advers:** Resultat no desitjat per al pacient, que pot ser o no conseqüència d'un error. Esdeveniment que causa un dany involuntari al pacient per un acte de comissió o d'omissió, no per la malaltia o el trastorn de fons del pacient. Incident imprevist i no desitjat relacionat directament amb l'atenció o els serveis prestats al pacient.

**Esdeveniment advers no prevenible:** Esdeveniment advers conseqüència d'una complicació que no es va poder prevenir donat l'estat actual de coneixements

---

<sup>a</sup> **Font del glossari:** Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe técnico definitivo. Enero 2009. OMS. Disponible: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf) [Accessible 5 abril 2013].

<sup>b</sup> Aquesta definició està completada per la referència: Dekutoski MB, Norvell DC, Dettori JR, Fehlings MG, Chapman JR. Surgeon perceptions and reported complications in spine surgery. Spine (Phila Pa 1976). 2010 Apr 20;35(9 Suppl):S9-S21.

**Esdeveniment advers prevenible:** Esdeveniment advers que no s'hauria produït si el pacient ha rebut l'atenció de referència adequada per a l'ocasió.

**Factor contribuent:** Circumstància, acció o influència que es considera que ha tingut un paper en l'origen o l'evolució d'un incident o que ha augmentat el risc d'incident.

**Gestió de riscos:** Procés d'identificació, avaluació, anàlisi i gestió de tots els riscos i incidents en cada nivell de l'organització i agregació dels resultats a escala de l'empresa en el seu conjunt, el que facilita l'establiment de prioritats i una millor presa de decisions per aconseguir un equilibri òptim entre riscos, beneficis i costos.

**Grau de dany:** Gravetat, durada i repercussions terapèutiques del dany derivat d'un incident.

**Incident relacionat amb la seguretat del pacient:** Esdeveniment o circumstància que ha ocasionat o podria haver ocasionat un dany innecessari a un pacient.

**Lesió:** Dany produït als teixits per un agent o un esdeveniment.

**Mesura de millora:** Mesura adoptada o circumstància alterada per millorar o compensar qualsevol dany derivat d'un incident.

**Mesures adoptades per reduir el risc:** Accions encaminades a reduir, gestionar o controlar un dany futur o la probabilitat d'un dany associat a un incident.

**Millora del sistema:** Resultat o conseqüència de la cultura, els processos i les estructures que estan dirigits a prevenir la fallada del sistema i millorar la seguretat i la qualitat

**Prevenible:** Acceptat generalment com una cosa evitable en les circumstàncies particulars del cas.

**Pràctiques segures:** Pràctiques clíniques, científiques o professionals reconegudes per la majoria dels professionals en un camp determinat. És habitual que estiguin basades en proves científiques i s'estableixin per consens.

**Qualitat:** Grau en què els serveis de salut prestats a persones i poblacions augmenten la probabilitat d'aconseguir els resultats sanitaris desitjats i són coherents amb els coneixements professionals del moment.

**Quasi error:** Error que no arriba al pacient.

**Risc:** probabilitat que es produeixi un incident.

**Seguretat del pacient:** Reducció del risc de dany innecessari associat a l'atenció sanitària fins a un mínim acceptable.



### 3. RELLEVÀNCIA DEL PROBLEMA I JUSTIFICACIÓ

Actualment l'atenció mèdica i les cures són altament complexes i molt especialitzades. Per altra banda l'avenç tecnològic ha representat una gran ajuda en l'atenció sanitària, però també majors riscos per la salut i la seguretat dels pacients, de manera que durant el diagnòstic o el tractament, hi ha una major probabilitat d'ocasionar danys involuntaris al pacient. L'especialització i la tecnologia han comportat que l'assistència sanitària sigui més efectiva que anys enrere, però potencialment és més perillosa. Els múltiples estudis, que s'han realitzat en diferents països del món i que es descriuen més endavant, han posat de manifest la magnitud del problema i han provocat que, de forma accelerada, dins de les polítiques governamentals i dels proveïdors de serveis de salut, la seguretat del pacient sigui una prioritat.

Davant d'aquesta situació, tal i com es descriu més endavant, les organitzacions sanitàries que es preocupen per la qualitat dels seus serveis i per la seguretat dels pacients, han de fer front als esdeveniments adversos, fomentant una cultura de seguretat dels pacients. Al respecte, hi ha estudis que relacionen la percepció del clima de seguretat del pacient amb una reducció de la mortalitat i una disminució de l'estada; altres estudis posen de manifest que les taxes de complicacions intrahospitalàries i els esdeveniments adversos es relacionen amb actituds positives lligades a la cultura de seguretat de les organitzacions i professionals.

En el nostre entorn, la cultura de la seguretat del pacient topa amb la cultura de les organitzacions sanitàries que en els darrers anys han estat influenciades per l'èmfasi en la producció, la eficiència i el control del costos. Aquesta tendència pot posar en risc la seguretat del pacient si no opta, a més de per la eficiència i l'anàlisi dels processos, per la transformació des d'una perspectiva cultural de seguretat.

Hi ha pocs estudis i publicacions en el nostre entorn que evidencii els beneficis d'una estratègia dirigida a la millora de la cultura de la seguretat del pacient. Comprendre millor com la cultura de la organització pot influir sobre el clima de seguretat permetria conèixer quins aspectes de la cultura tenen més influència en el clima de la seguretat. L'interès creixent pel tema s'ha vist acompanyat de la necessitat d'elaborar instruments que permetin avaluar aquesta cultura. Disposar d'aquesta informació, permetria promoure els comportaments que hi condueixen i a la vegada ajudaria els gestors sanitaris, a utilitzar els resultats de les avaluacions, per a dissenyar programes i sistemes eficaços de gestió de la seguretat.

Es creu rellevant destacar que la OMS, dins del marc de l'Aliança Mundial per la Seguretat dels Pacients, el 2008 definia com a línia prioritària de recerca en els països desenvolupats, la cultura de seguretat del pacient<sup>4</sup>. Per altra banda, a partir del 2005, el *Ministerio de Sanidad y Política Social*, seguint les recomanacions de la OMS, va impulsar les pràctiques segures i estudis per conèixer quina era la situació entorn a la seguretat del pacient en el territori espanyol. Un dels treballs encomanats anava dirigit a estudiar la cultura de

seguretat dels pacients en els hospitals espanyols<sup>5</sup>. De la mateixa manera, des del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, a partir del 2006 es van promoure pràctiques segures a nivell dels hospitals de la xarxa d'utilització pública; i el 2008 el Consorci Sanitari Integral (CSI), fruit del moviment per la seguretat dels pacients d'arreu, va incloure dins de la planificació estratègica del 2009-2011, l'objectiu de promoure la cultura de seguretat dels pacients i es va concretar en la creació de l'Àrea de Seguretat de Pacients a nivell corporatiu.

En aquest context, el febrer del 2009 vaig ser nomenada Responsable de l'Àrea de Seguretat del Pacient del Consorci Sanitari Integral (CSI). El meu interès per la seguretat del pacient es remuntava als anys 90 quan vaig interessar-me pel risc que tenien els pacients ingressats a les unitats d'hospitalització quan la dotació de personal d'infermeria era insuficient. Vaig centrar la meua atenció en aquets tema, desenvolupant alguns projectes de recerca relacionats amb els sistemes de mesura de la càrrega de treball de les infermeres. Juntament amb un equip d'infermeres col·laboradores, amb l'ajut econòmic del *Fondo de Investigación Sanitaria* i la col·laboració d'alguns hospitals, varem validar el sistema *Project Research Nursing* conegut com el PRN<sup>a</sup>. Aquesta experiència em va obrir un camí que em va conduir a desenvolupar altres projectes relacionats amb el tema de la dotació de recursos d'infermeria a les unitats d'Hospitalització.

Més recentment, l'any 2005, a partir d'un encàrrec del Consell de Col·legis d'Infermeres de Catalunya, vaig dirigir el projecte *Recomanacions per la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització: Factors que influencien la pràctica infermera<sup>b</sup>*, els resultats del qual posaven en evidència que la dotació de personal d'infermeria tenia relació amb els resultats de salut.

Altrament, el contacte més vinculat directament al moviment de la seguretat del pacient el vaig tenir durant els anys 2008-2010, quan vaig formar part de l'equip d'investigació del projecte SENECA<sup>6</sup> dirigit pel Dr. Emilio Ignacio García de la Universitat de Cadis i finançat per la *Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social*. El projecte SENECA tenia com objectiu la definició d'estàndards de cures per la seguretat del pacient en els hospitals del Sistema Nacional de Salut. A banda de la participació en tot el projecte, vaig liderar els grups focals que es van realitzar des de Catalunya; i des del CSI es va participar en la validació del instrument elaborat.

Paral·lelament, vaig participar activament en l'equip de recerca del projecte RN4CAST-Espanya (2009-2010). *Registered Nurse Forecasting* (RN4CAST<sup>7</sup>) era un projecte Europeu dirigit per Dra. Linda Aiken de la Universitat de Pensilvania (EUA) i coordinat conjuntament amb el Prof. Walter Sermeus de la Universitat de Lovaina (Bèlgica). El projecte estava enquadrat dins del *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*. L'objectiu era millorar els models de previsió i planificació dels recursos humans en infermeria, estudiant com les condicions laborals i les condicions en que el personal d'infermeria presta la seva atenció

<sup>a</sup> Ferrús L, Portella E Mata R. Determinación de estándares de cuidados de enfermería. Revista Rol de Enfermería 1991 mayo; 153:37-42.

<sup>b</sup> <http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/estudi%20consell.PDF>



afecta a la captació i retenció d'aquestes infermeres, així com als resultats de salut en els pacients. L'instrument d'avaluació d'aquest projecte també contemplava aspectes relacionats amb la cultura de la seguretat del pacient basats en les dimensions utilitzades per la AHRQ<sup>a</sup> per avaluar la cultura de seguretat del pacient.

En la mateixa línia i en el marc de la Càtedra de Direcció, Gestió i Administració Sanitària de la Universitat Autònoma de Barcelona (dirigida pel Dr. Ricard Gutiérrez Martí), vaig coordinar un estudi finançat per d'Institut d'Estudis de la Salut a nivell de 40 hospitals (aguts, salut mental i sociosanitaris) de Catalunya<sup>8</sup>, en el que es van utilitzar les mateixes eines (qüestionaris) que en el projecte (RN4CAST)-*Espanya*. L'estudi posava de manifest algunes llacunes en les cultures organitzativa i de seguretat entre els hospitals de Catalunya.

Els dos projectes (SENECA i RN4CAST) estaven directament vinculats amb la temàtica d'aquesta tesi. Van ser aquests projectes els que em van despertar l'interès d'explorar entorn a la cultura de seguretat del pacient i on vaig intuir, per una banda la complexitat i la transcendència del tema i per l'altra el que les infermeres hi tenen un paper clau. Les infermeres estan 24 hores al dia al peu del llit del pacient i són les garants de la seva seguretat. Les infermeres, tenen el deure i la responsabilitat de vetllar per la seva seguretat actuant d'advocades del pacient quan ell no pot fer-ho.

En aquest context el mes de febrer del 2009, em vaig incorporar a l'Àrea de Seguretat del pacient del CSI com responsable corporatiu. La nova responsabilitat em va generar molts interrogants i m'oferia la oportunitat de desenvolupar una recerca amb el propòsit de conèixer la influència de l'aplicació d'estratègies de promoció de pràctiques segures, d'aprenentatge dels errors i de sensibilització i formació als professionals, sobre la cultura de seguretat del pacient; amb la finalitat última de que a mig-llarg termini hauria d'influir en els resultats de salut. Tenia una especial motivació pel tema i particularment volia conèixer, entre altres, les diferències en la percepció dels diferents grups professionals. La influència que aquestes estratègies, podien tenir sobre les infermeres, m'interessava particularment, donat que la clau de l'èxit d'algunes de les pràctiques segures que es promovien, requeia sobre la capacitat de lideratge per part de les infermeres. Com es detalla més endavant, el lideratge infermer ha tingut una gran influència sobre els resultats de salut en el cas dels projectes de la llista de verificació quirúrgica (checklist), la Bacterièmia Zero i la Pneumònia Zero.

Explorar en relació als components de la cultura de seguretat, conèixer el clima de seguretat dins del CSI i albirar les actuacions recomanables per a fomentar la cultura de forma sistèmica, era un repte encoratjador.

El propòsit d'aquesta investigació era el d'aprofundir en el coneixement de les dimensions de la cultura de seguretat dels pacients, i avaluar la influència de les estratègies de promoció de la cultura de seguretat del pacient sobre la percepció dels professionals.

<sup>a</sup> <http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/estudi%20consell.PDF>



## **4. OBJECTIUS DE LA RECERCA I HIPÒTESI**

### **4.1 Objectius de la recerca**

#### **Objectiu general 1**

Descriure les intervencions desenvolupades per millorar la cultura de seguretat dels pacients en tres centres del Consorci Sanitari Integral

#### **Objectius específics**

- 1.1 Identificar les intervencions de l'Àrea de Seguretat dels pacients del Consorci Sanitari Integral.
- 1.2 Descriure les pràctiques segures implantades a cada centre.
- 1.3 Caracteritzar les notificacions d'esdeveniments adversos, els factors contribuents i les mesures correctores empreses.
- 1.4 Quantificar les activitats formatives i de sensibilització desenvolupades sobre seguretat dels pacients

#### **Objectiu general 2**

Avaluar l'efectivitat de la intervenció combinada sobre la percepció dels professionals entorn a la cultura de seguretat dels pacients.

#### **Objectius específics**

- 2.1. Contrastar els canvis en la valoració atorgada a la cultura de seguretat dels pacients abans i després de la intervenció combinada
- 2.2. Diferenciar la valoració atorgada a la cultura de seguretat dels pacients abans i després de la intervenció combinada segons grup de professional, anys de treball en el centre i centre de treball.
- 2.3. Comparar la valoració atorgada a la cultura de la seguretat dels pacients pel grup infermeres/auxiliars d'infermeria amb els altres grups professionals, abans i després de la intervenció.
- 2.4 Identificar els factors que influeixen en la valoració atorgada a la cultura de seguretat dels pacients

#### **Objectiu general 3**

Efectuar una anàlisi psicomètrica de la versió en català del qüestionari HSPSC de la AHRQ.

#### **Objectiu específic**

- 3.1 Analitzar la consistència interna i el constructe del qüestionari

## **4.2 Hipòtesi**

El sistema de notificació d'esdeveniments adversos, les activitats formatives i la promoció de pràctiques segures influeixen favorablement sobre la cultura de seguretat dels pacients.

## **SEGONA PART**

### **5. MARC TEÒRIC**



## **5. MARC TEÒRIC**

Es presenta el marc teòric en el que es basa aquesta recerca i es subdivideix en tres grans apartats. **El primer apartat** fa referència a l'entorn i les coordenades teòriques que sustenten l'interès d'aquest treball. Es fa un recorregut sobre les tendències en relació a la seguretat del pacient i la qualitat de l'atenció sanitària; es posa de manifest la magnitud del problema i les xifres relatives al nombre d'esdeveniments adversos que es produeixen arreu del món desenvolupat i que han estat el disparador de les iniciatives dirigides a la millora de la seguretat del pacient. Hi ha referències a les organitzacions d'alta confiabilitat, per l'interès que té per les institucions sanitàries emmirallar-se en aquestes organitzacions per aprendre la forma d'abordar les accions dirigides a promoure la cultura de seguretat.

En el mateix apartat, s'explica que l'error és una condició humana i que la manera d'afrontar l'error, dins de les organitzacions, és centrar-se en el sistema abans que en la persona el comet. També s'enumeren les pràctiques segures que s'estan abordant arreu i la importància de la notificació dels esdeveniments adversos que es produeixen com a sistema d'aprenentatge a partir de les experiències viscudes. Per últim es fa referència a dos aspectes finals: l'interès d'implicar els pacients en la seva seguretat i el moviment que hi ha per a promoure-ho; i els costos de la no seguretat .

El **segon apartat** explora l'enfocament de la seguretat des de la perspectiva sistèmica i l'anàlisi dels errors per aprendre de l'experiència. Es detallen diferents definicions del concepte cultura de la seguretat del pacient i de les dimensions que la componen, segons diferents autors sobre la cultura de la seguretat del pacient.

El **tercer apartat** fa una breu descripció del context econòmic i sobre les iniciatives entorn a la seguretat del pacient a Catalunya i al Consorci Sanitari Integral.

## 5.1 Marc general de referència: entorn i coordenades teòriques

### 5.1.1 Context i tendències en relació a la seguretat del pacient

Quan per prestar assistència sanitària el que calia eren coneixements, bon tracte, domini d'algunes tècniques i l'ús dels remeis que hi havia a l'abast, l'assistència sanitària que es donava, era relativament segura<sup>9</sup>.

Actualment l'atenció mèdica i les cures són altament tecnològiques i molt especialitzades, de manera que durant el diagnòstic o el tractament, hi ha una major probabilitat d'ocasionar un dany al pacient. En definitiva, l'assistència sanitària és més efectiva però potencialment perillosa.

Durant la segona meitat del segle XX, els sistemes sanitaris del món desenvolupat estaven centrats en oferir, al major nombre de persones possible, el major nombre de prestacions assistencials que es poguessin fer amb els recursos disponibles. A l'objectiu de l'equitat se li va afegir el de la qualitat dels serveis que s'oferien. La seguretat es considerava un dels atributs de la qualitat, com l'accessibilitat, la eficàcia i l'efectivitat dels tractaments.

Paral·lelament, a la vegada que l'activitat assistencial estava més a l'abast de més ciutadans, es produïa un increment de la tecnologia (tècniques diagnòstiques i de tractaments) que ocasionava una sofisticació en els processos diagnòstics i terapèutics. Aquest creixement de l'activitat i la tecnologia, ha comportat un major nombre de contactes entre el pacient i el sistema de salut, i, conseqüentment, ha produït també, un increment en el nombre d'esdeveniments adversos (EA)<sup>a</sup>.

Per altra banda, la diversificació de professions sanitàries i la superespecialització d'algunes, el gran nombre i diversitat de medicaments que hi ha a l'abast del prescriptor i el propi pacient, la resistència que han generat alguns d'aquests medicaments (antibiòtics), l'aparició de noves patologies, els creixents costos que han significat tots aquests avenços, i la necessitat de prendre mesures de contenció de les despeses per a garantir la equitat, han fet més complexa l'atenció a la salut i comporta majors riscos.

---

<sup>a</sup> L'esdeveniment advers és l'esdeveniment relacionat amb l'assistència rebuda pel pacient que té o pot tenir conseqüències negatives. Inclou els diferents nivells:

**Efecte advers:** Tot accident imprevist i inesperat, que ha causat lesió i/o incapacitat i/o prolongació de l'estada i/o èxitus, que es deriva de la assistència sanitària i no de la malaltia de base del pacient.

**Incident:** Succés que no ha provocat dany o complicació o aquell que en altres circumstàncies podria afavorir l'aparició d'un efecte advers.

**Quasi incident:** Acció u omissió que podria haver causat dany a un pacient però que no l'ha produït a causa de l'atzar, la prevenció o la mitigació de la mateixa



Ara bé, la seguretat clínica o els riscos que tenen els pacients que són atesos en el sistema sanitari, ha estat, des de sempre, un motiu de preocupació dels professionals sanitaris; l'aforisme hipocràtic "*Primum non nocere*"<sup>10</sup> n'és un clar referent. Aquest principi, poques vegades és violat intencionalment per part dels metges, infermers o professionals de la salut, però els fets assenyalen que en el procés d'obtenció d'atenció sanitària, els pacients pateixen danys cada dia, en tots els països del món.

Un referent recent, relacionat amb aquesta necessitat de corregir els problemes que puguin aparèixer, és Ernest Codman (1869–1940)<sup>11</sup>, el cirurgià que va ser expulsat de diverses societats científiques per recomanar als metges que havien de fer un seguiment dels seus malalts per saber com havien evolucionat després del tractament al que havien estat sotmesos. En el camp de la infermeria tenim com a referent a Florence Nigthingale<sup>12</sup> que aplicant mesures higièniques i organitzatives, va reduir de forma significativa la mortalitat entre les tropes britàniques a la guerra de Crimea (1855).

### 5.1.2 La qualitat de l'atenció sanitària

Des dels inicis dels estudis sobre la qualitat en el sistema sanitari, la seguretat del pacient havia estat considerada com un atribut de la qualitat, encara que expressat de forma indirecta amb l'aforisme atribuït a Hipòcrates: "no fer mal"

Avedis Donabedian<sup>13</sup> el 1983 en el llibre clàssic sobre "*La calidad en la atención Médica. Definición i métodos de evaluación*", diu que la qualitat és una propietat que es pot dividir al menys en dos parts: tècnica i interpersonal.

Quan a la qualitat tècnica, manifesta que és el grau en que l'atenció sanitària prestada, és capaç d'assolir l'equilibri més favorable entre els riscos i els beneficis que comporta.

En el text, deixa clar que la qualitat no és un atribut únic i que no està en absolut clar quins són els atributs de la qualitat. El que conclou és, que com a concepte unificador, la qualitat de l'atenció és "aquella classe d'atenció que s'espera pugui proporcionar al pacient el màxim i més complert benestar, després d'haver tingut en compte el balanç dels guanys i les pèrdues esperades que acompanyen el procés de l'atenció en totes les seves parts. Aquest concepte és fonamental pels valors, ètica i tradicions professionals de la salut: al menys no fer mal, usualment fer algun bé i, idealment, realitzar el major benefici que sigui possible assolir en qualsevol situació donada".

### 5.1.3 Magnitud. Xifres entorn a la seguretat del pacient

En els últims anys, explícitament a la seguretat del pacient, se li presta una gran atenció. Aquesta major rellevància, inqüestionable, ve arran de la publicació de l'informe de l'Institute of Medicine (IOM) del Estats Units d'Amèrica (EUA) *To err is human: Building a safer Health System*<sup>14</sup> (2000). Aquest informe posava en evidència que als EU d'Amèrica es produïen entre 44.000 i 98.000

morts anuals evitables a conseqüència dels esdeveniments adversos (EA), més morts que per accidents de trànsit, càncer de mama o infecció per HIV. L'informe estava basat en els resultats de dos estudis previs del *Harvard Medical Practice Study* (HMPS)<sup>15-16</sup> i el de Utha i Colorado<sup>17</sup>, d'aquí la divergència entre les dues xifres estimades de morts.

Una de les primeres referències d'estudis, previs a l'informe de l'IOM, el va publicar l'any 2003 Schimmel<sup>18</sup>, era un estudi prospectiu realitzat el 1960-1961 amb 1014 pacients i va trobar que un 20% havia patit un o més esdeveniments adversos.

El primer estudi d'entitat (*Harvard Medical Practice Study*) es va realitzar el 1984, en els pacients hospitalitzats a l'estat de Nova York, encara que no es va publicar fins el 1991. Era un estudi promogut per la preocupació derivada del creixent cost de les primes d'assegurança per la mala praxi i també per l'interès dels proveïdors en desenvolupar iniciatives de qualitat assistencial per prevenir les lesions iatrogèniques i conèixer les seves causes. El motiu que orientava la revisió dels casos, era establir el grau de negligència en l'ocurrència dels EA. Es va trobar que un 3,7% dels malalts ingressats patia algun EA durant la seva estada, que l'atenció negligent va ser responsable de 28% dels casos i que el 47,7% estaven relacionats amb intervencions quirúrgiques. Una anàlisi posterior va concloure que el 70% d'aquests EA va conduir a discapacitats lleus o transitòries i el 3% a discapacitats permanents; i que en el 14 % van contribuir a la mort.

L'any 1992, utilitzant una metodologia similar a la del HMSP, es va realitzar un estudi a Utha i Colorado publicat l'any 2000 i van trobar una incidència anual del 2,9% d'EA. A Utha el 32,6% dels EA eren deguts a una negligència i a Colorado era el 27,4%. Un 44,9% estaven relacionats amb intervencions quirúrgiques i la causa principal dels esdeveniments no quirúrgics va estar relacionada amb la medicació (19,3%). També la perspectiva de l'estudi, com el de Harvard, era medicolegal, contràriament a la perspectiva de la prevenció que va orientar els estudis posteriors arreu del món, al conèixer aquestes xifres.

A aquests estudis els han seguit altres. Exemples són els estudis realitzats a Austràlia, el Regne Unit, Dinamarca, Nova Zelanda, Canadà i Espanya. Aquests estudis han arribat a conclusions similars, aportant una altra dada clau: el grau d'esdeveniments adversos "evitables" i s'han fet seguint la mateixa metodologia però amb una motivació diferent, la de conèixer els errors, la gravetat i la importància.

A Austràlia el 1995 es va publicar el *The Quality in Australian Health Care Study*<sup>19</sup>. Un estudi realitzat a 28 hospitals del sud d'Austràlia, revelava que el 16,6% dels ingressos hospitalaris estaven associats a un esdeveniment advers, que el 51% d'aquest eren evitables i que el 4,9% van contribuir a la mort.

Al Regne Unit<sup>20</sup>, una revisió retrospectiva de 1014 registres mèdics i d'infermeria van evidenciar que el 10,8% dels pacients havien experimentat un esdeveniment advers i que la meitat haurien estat evitables.

A Dinamarca<sup>21</sup> la revisió de 1097 ingressos de 17 hospitals van posar en evidència que un 9% dels ingressos patia algun esdeveniment advers, que el 44,4% eren prevenibles i que el 3% tenien com resultat una incapacitat permanent o la mort.

A Nova Zelanda<sup>22</sup> un treball realitzat el 1995 i publicat el 2001, evidenciava que hi havia un 10,7% dels casos observats que havien patit algun esdeveniment advers, que un 40% eren evitables i que més de la meitat s'havien produït en un context quirúrgic. Els esdeveniments adversos d'origen no quirúrgic tenien més probabilitat d'haver ocorregut fora de l'hospital i d'estar relacionats amb la medicació.

L'estudi realitzat al Canadà<sup>23</sup> amb 3745 pacients hospitalitzats l'any 2000 (publicat el 2004) en hospitals de les 5 províncies canadenques, va identificar que un 7,5% dels ingressos hospitalaris patia algun esdeveniment advers que en un 36,9% eren evitables i que en el 20,8% dels casos identificats havien produït o contribuït a la mort. A partir dels resultats interpretaven que, en un any, 185.000 dels ingressos hospitalaris estaven associats a un esdeveniment advers i que 70.000 eren evitables.

A Espanya es va realitzar també un estudi de similars característiques i motivacions, l'estudi ENEAS<sup>24</sup> de la *Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social*. Segons aquest estudi, fet en 25 hospitals la incidència d'esdeveniments adversos relacionats amb l'assistència sanitària era de 9,3%, dels quals el 42,6% eren evitables (veure la 39 1) i els malalts majors de 65 anys, com en altres estudis, van presentar una major freqüència de EA que els menors de 65 anys (12,4% vs 5,4%).

**Taula 1:** Tipus d'Esdeveniments adversos segons incidència i evitabilitat (ENEAS 2005)

Tipus d'EAs	Incidència	Evitables
Relacionats amb les cures	7,63%	56,0%
Relacionats amb la medicació	37,4%	34,8%
Relacionats amb la infecció nosocomial	34,8%	56,6%
Relacionats amb els procediments	25,04%	31,7%
Relacionats amb el diagnòstic	2,75%	31,7%
Altres	1,85%	33,3%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>42,6%</b>

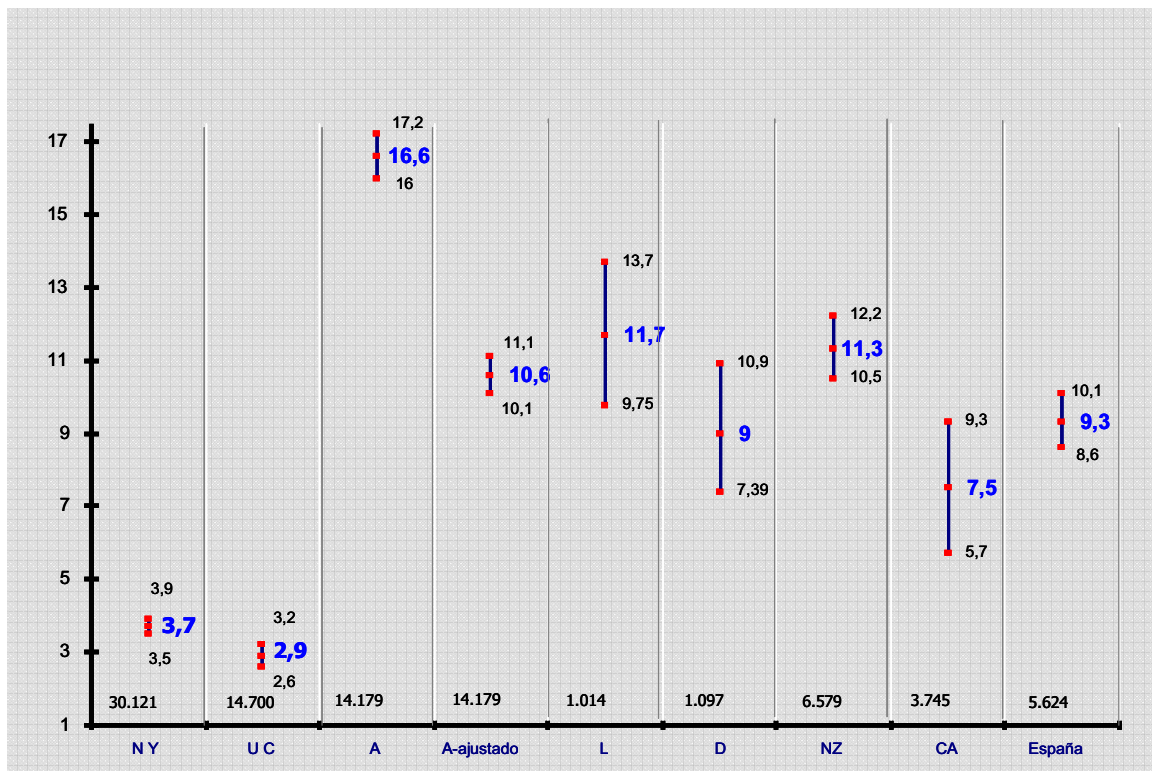
**Font:** Elaboració pròpia a partir de les dades del Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006

La figura 1 presenta els resultats de diferents estudis realitzats arreu del món. S'observa clarament la diferència de la incidència d'esdeveniments adversos trobada en els diferents estudis. Destaquen les xifres dels estudis sobre els que es va basar l'informe *To err is human*, que són més reduïdes en relació a la

resta, on l'enfocament estava més orientat a la prevenció i en base a la revisió dels registres dels professionals troba xifres més altes, al voltant del 10%.

Per altra banda, es va realitzar l'estudi APEAS<sup>25</sup> en l'àmbit de 48 centres d'atenció primària, que posava de relleu una prevalença de pacients amb EA del 10,11 o/oo, dels quals el 70,2 % eren evitables i 54,7% lleus . Una xifra que no es pot menystenir, tenint en compte l'elevada freqüentació a l'atenció primària.

**Figura 1:** Distribució de la incidència trobada en els principals estudis



**Font:** Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo. Madrid. 2006.

Els múltiples estudis, que s'han realitzat en diferents països del món, han provocat que, de forma accelerada, dins de les polítiques governamentals i dels proveïdors de serveis de salut, la seguretat del pacient estigui a l'agenda política. Aquest interès es tradueix en que cada vegada hi ha més línies d'actuació de les autoritats sanitàries recomanant "pràctiques segures".

Tot i que les xifres d'esdeveniments adversos són elevades, segons la OMS aquestes estimacions són molt conservadores i només veiem la punta visible de l'iceberg<sup>26</sup>.

#### 5.1.4 Les iniciatives al voltant de la Seguretat del pacient

La primera iniciativa a nivell mundial va estar de la OMS, que l'any 2002 en la 55 Assemblea Mundial de la Salut<sup>27</sup> va aprovar una resolució en que s'instava els estats membres, a prestar "la major atenció possible al problema de la

seguretat dels pacients” i a establir i consolidar “sistemes de base científica, necessaris per millorar la seguretat del pacient i la qualitat de l’atenció de salut, en particular la vigilància dels medicaments, l’equip mèdic i la tecnologia”.

L’any 2004, des de l’Organització Mundial de la Salut (OMS), davant la necessitat de compartir experiències entorn a la seguretat del pacient, es constituí l’“Aliança Mundial per la Seguretat del Pacient”<sup>28</sup> amb el propòsit de facilitar el desenvolupament i la implantació de les polítiques relacionades amb la seguretat del pacient, i la finalitat de disminuir la duplictat d’activitats i els costos que se’n deriven, recolzar iniciatives col·lectives, servir de vehicle per a compartir coneixements i recursos (aprendre del altres) i promoure el treball en equip. Veure el quadre 1 per conèixer les àrees d’acció.

#### Quadre 1: Àrees d’acció de l’Aliança Mundial per a la Seguretat del Pacient

<b>Repte Global per la seguretat del malalt</b> Abordar el problema de les infeccions associades amb l’atenció de salut en un campanya denominada “Atenció higiènica és atenció més segura”
<b>Pacients per la seguretat del pacient</b> Involucrar els pacients i consumidors
<b>Taxonomia per a la seguretat del pacient</b> Formular una taxonomia de la seguretat del pacient que serveixi per notificar successos adversos.
<b>Investigació en el camp de la seguretat del pacient</b> Elaborar sistemes de notificació i aprenentatge per a facilitar l’anàlisi de les causes que originen els errors i prevenir-los
<b>Solucions per a la seguretat del pacient</b> Identificar i divulgar “les millors pràctiques”

Font: Alianza de la Seguridad del Paciente: desarrollo del programa 2005. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2004

En el marc de l’Aliança Mundial per a la Seguretat del Pacient, entre altres aspectes remarcables, el 2009 es va publicar l’Informe tècnic *Más que palabras. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la seguridad del paciente* que pretén l’homogeneïtzació supranacional del llenguatge relacionat amb la seguretat del pacient i ha estat elaborat a partir del treball de 14 experts i del consens de prop de 100 experts de diferents països<sup>29</sup>. El document aporta la definició de termes i conceptes clau que ajuden a la comprensió internacional i faciliten un llenguatge comú.

Al final d’aquest document hi ha un glossari que està extret d’aquest informe mencionat per ajudar a la lectura.

Tot i així, per la rellevància del concepte el quadre 2 contempla diferents definicions del concepte Seguretat del pacient.

## Quadre 2: Definicions de Seguretat del Pacient

<b>Institute of Medicine (EUA)</b>	La prevenció del dany als pacients. L'èmfasi es posa en el sistema de lliurament de l'atenció que evita l'error, aprèn dels errors que ocorren i construeix una cultura de seguretat que implica els professionals, les organitzacions i els pacients
<b>Agency for Healthcare Research and Quality<sup>30</sup></b>	L'absència de lesions accidentals/evitables produïdes per l'atenció mèdica
<b>What Exactly Is Patient Safety?<sup>31</sup></b>	La seguretat del pacient és una disciplina en el sector de la salut que aplica els mètodes de seguretat de la ciència amb la finalitat d'aconseguir un sistema d'assistència sanitària fiable. La seguretat del pacient és un atribut dels sistemes de salut, que redueix al mínim la incidència i el impacte dels esdeveniments adversos, i maximitza la recuperació
<b>Clasificación internacional para la Seguridad del Paciente<sup>29</sup></b>	La seguretat és la reducció del risc de danys innecessaris fins un mínim acceptable, el qual es refereix a les nocions col·lectives dels coneixements del moment, els recursos disponibles i el context en el que es presta l'atenció, ponderades front el risc de no dispensar el tractament o de dispensar-ne un altre.

A nivell europeu, el 2008 a Holanda es va crear la Xarxa Europea per a la Seguretat del Pacient (EUNetPaS). El projecte agrupa 27 estats membres i té com a objectiu establir una xarxa de les parts interessades de la UE per fomentar i millorar la col·laboració en l'àmbit de la Seguretat del Pacient.

La Xarxa Europea per a la Seguretat del Pacient (EUNetPaS) se centra en quatre àrees clau:

### 1. Promoure una cultura de la Seguretat del Pacient

Els representants nacionals i experts tenen un paper clau en la recopilació i l'intercanvi d'informació relativa a la seguretat del pacient

### 2. Estructurar la Formació en Seguretat del Pacient a través de:

- L'intercanvi mutu d'experiències i coneixements sobre les intervencions d'aprenentatge per als professionals de la salut i la participació de pacients i cuidadors.
- L'actuació sobre els líders que prenen decisions sobre l'educació superior per promoure la integració de l'educació de la Seguretat del Pacient en els programes mèdics i d'infermeria de pregrau i postgrau.
- La proposta d'un pla d'estudis bàsic europeu per a la Seguretat del Pacient en l'educació superior i com a part de l'educació permanent, tenint en compte els pacients i les necessitats dels professionals de la salut

### 3. Implementar Sistemes d'Informació i Aprenentatge

La identificació, la recopilació i l'estructuració de la informació sobre Seguretat del Pacient a la UE, proporcionant als Estats membres amb una base de dades de solucions als problemes a la que poder recórrer

#### 4. Pilotar la Implantació de la Seguretat dels Medicaments

Millorar la seguretat dels medicaments en els hospitals mitjançant la identificació de bones pràctiques, traduir-los en eines i provar aquestes eines en els hospitals seleccionats.

A nivell de l'estat espanyol, el *Ministerio de Sanidad y Consumo* (MSC) el 2006 va situar la seguretat del pacient en el centre de les polítiques sanitàries com un dels elements clau de la millora de la qualitat<sup>32</sup>, així es reflectia en l'estratègia 8 del *Plan de calidad del SNS*<sup>33</sup>. Aquesta estratègia tractava de promoure, sense interferir amb les polítiques de les diferents comunitats autònomes, accions de millora: el desenvolupament de sistemes d'informació sobre esdeveniments adversos i la promoció de pràctiques segures en els centres assistencials.

Així, es va començar a treballar en diferents projectes:

- Conèixer la percepció dels professionals del sistema sobre la cultura de seguretat del pacient a través del qüestionari *Hospital Survey on Patient Safety Culture*<sup>34</sup>.
- Millorar la informació, promovent fòrums i jornades patrocinades pel MSC amb la finalitat de compartir experiències nacionals i internacionals en seguretat del pacient
- Millorar la formació de postgrau sobre seguretat del pacient finançant cursos bàsics
- Promoure la recerca i finançant estudis d'interès com l'estudi ENEAS ja mencionat, l'APEAS, la validació dels qüestionari *Hospital Survey on Patient Safety Culture* i *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*<sup>35</sup>, SENECA<sup>2,36</sup>
- Promoure pràctiques sanitàries segures recomanades per la OMS i pel *National Quality Forum* en base a la evidència<sup>a</sup>:
  - Promoure la creació i desenvolupament de unitats de gestió de la seguretat del pacient
  - Millorar la identificació inequívoca dels pacients ingressats
  - Promoure el rentat de mans com a mètode per a evitar les infeccions nosocomials
- Promoure bones pràctiques clíniques relacionades amb alguns procediments (anestèsia, cirurgia, cures d'infermeria) i l'ús segur dels medicaments
- Establir aliances a nivell internacional OMS, Consell d'Europa i la *Organización para la Cooperación y el Desarrollo* (OCDE) amb la finalitat de generar sinèrgies entorn a la seguretat del pacient.

A nivell de Catalunya, l'any 2006 es va constituir l'Aliança per a la Seguretat del pacient a Catalunya impulsada pel Departament de Salut de la Generalitat, amb la coordinació de la Fundació Avedis Donavedian (FAD)<sup>37</sup>, per establir una xarxa de grups d'interès que s'impliquessin en la promoció de la seguretat del pacient i en la integració d'idees que potenciessin la conscienciació i l'abordatge de la

---

<sup>a</sup> El *National Quality Forum* és una organització, sense ànim de lucre que treballa per la millora de la qualitat de l'atenció sanitària nord-americana. Els seus membres són societats acadèmiques de diferents professions, organitzacions de consumidors y proveïdors de serveis de salut. <http://www.qualityforum.org>

temàtica a Catalunya. La creació de l'Aliança, es va formalitzar a través d'un conveni entre diferents institucions (veure quadre 3).

### **Quadre 3:** Organismes que componen l'Aliança per la seguretat del pacient a Catalunya

- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya
- Institut Català de la Salut
- Consorci Hospitalari de Catalunya
- Fundació Unió Catalana d'Hospitals
- Agrupació Catalana d'Establiments Sanitaris
- Fundació Avedis Donabedian

Font: [http://www.seguretatpacient.org/cms/index\\_staging.html](http://www.seguretatpacient.org/cms/index_staging.html)

Així doncs, a nivell global i a nivell local es duen a terme iniciatives per a millorar que les organitzacions sanitàries ofereixin una atenció més segura als pacients.

## **5.1.5 Les organitzacions complexes**

A una organització complexa, com són totes les organitzacions que donen atenció a la salut, s'hi afegeix un entorn canviant i incert.

La complexitat, la incertesa i la interdependència<sup>38</sup> són característiques de les organitzacions de salut:

- La complexitat caracteritzada per la multitud de processos i professionals que hi treballen
- La incertesa caracteritzada per diversitat de pacients amb una gran variabilitat de condicions de salut i les diferents respostes als tractaments
- La interdependència que requereix una coordinació organitzativa programada (horaris, normatives, procediments, jerarquia, distribució del treball, ...) davant d'una coordinació no programada (autonomia dels professionals i polítiques d'ajustament mutu<sup>39</sup>.)

A tot això se li afegeix l'exigència de l'eficiència clínica, que demana promptitud en l'atenció, qualitat en les prestacions dels professionals i seguretat per al pacient.

Davant d'aquesta realitat, pròpia de les organitzacions complexes, les organitzacions desenvolupen cultures diferents que afecten a les persones en el sentir, pensar i actuar. La cultura és un producte de l'experiència en grup, per tant es pot aprendre, i el que és més important, es pot canviar<sup>38</sup>. El que realment gestionen els líders és la cultura, un bon lideratge pot portar d'un tipus de cultura a un altre<sup>40</sup>.

La cultura de tota la organització en global probablement es mantingui sense canvis apreciables durant llarg temps, però si la alta direcció de la organització sap reconèixer i incentivar els esforços i ho fa visible a la resta de la



organització, les unitats o serveis poc a poc, de forma aïllada, poden ser generadores de grans canvis i anar contaminant a la resta de la organització.

De la mateixa manera, pot contaminar negativament a la resta de la organització, si la direcció no pren mesures quan un servei o unitat presenta signes de baixa cultura de seguretat del pacient (no notificació d'incidents, poca participació en les accions formatives, no adherir-se a les pràctiques segures amb evidència científica).

És notori que algunes àrees o serveis i alguns individus en particular poden prendre una actitud de resistència al canvi. Algunes vegades el seu estatus d'elit dins de la organització (influències polítiques, taxes de publicació alta, connexions amb organitzacions sindicals, professionals o acadèmiques) dificulten la intervenció de la direcció. En aquests casos, cal que la direcció tingui la habilitat d'intervenir de forma decidida, per tal d'evitar que la situació s'enquisti i sigui una mala influència per altres grups.

### **5.1.6 Les organitzacions d'alta confiabilitat**

Les organitzacions més segures són aquelles que tenen uns majors riscos: les companyies aèries, les centrals nuclears, les companyies elèctriques, ...

Els portaavions nuclears, les centrals nuclears, els centres de control de trànsit aeri, són organitzacions que tenen una característica remarcable i que les distingeix d'altres organitzacions, la seva obsessió col·lectiva en la possibilitat de fracàs/accident i es coneixen com organitzacions d'alta confiabilitat<sup>41</sup>.

Esperen fer errors i s'entrenen perquè el seu personal els reconegui. En lloc d'aïllar els fracassos els generalitzen, en lloc de fer reparacions locals busquen reformes en el sistema. Encara que aquestes organitzacions estan lluny de l'àmbit sanitari, comparteixen característiques comunes importants.

Les organitzacions d'alta confiabilitat són exemples perfectes de l'enfocament de sistema. Preveuen el pitjor i es preparen per afrontar-ho, a tots els nivells de l'organització.

L'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)<sup>42</sup> dels EUA, en un dels informes elaborats sobre seguretat del pacient posa de manifest que en el nucli de les organitzacions d'alta fiabilitat, hi ha cinc conceptes clau que són essencials en relació a la seguretat del pacient:

#### **1. Sensibilitat en les operacions**

Preservar la consciència constant dels dirigents i el personal de l'estat dels sistemes i els processos que afecten l'atenció al pacient. Aquesta consciència és la clau per assenyalar els riscos i prevenir-los.

## **2. La resistència a simplificar.**

Els processos simples són bons, però les explicacions simplistes de com funcionen les coses, són perilloses. És essencial evitar explicacions excessivament simples de com es produeixen les fallades (personal no qualificat, la formació inadequada, la falta de comunicació, etc), per comprendre les veritables raons que a vegades col·loquen els pacients en situació de risc.

## **3. La preocupació pel fracàs.**

Quan es produeixen els quasi-errrors, aquests són vistos com una prova de que els sistemes han de ser millorats per reduir el dany potencial per als pacients. En lloc de veure els quasi-errrors com a prova de que el sistema té salvaguardes efectives, són vistos com un símptoma de les àrees que requereixen més atenció.

## **4. El respecte a experiència.**

Si els líders i supervisors no estan disposats a escoltar i respondre a les percepcions dels professionals que saben com funcionen realment els processos i quins són els riscos que corren els pacients en realitat, no hi ha una veritable cultura d'alta fiabilitat.

## **5. Resistència.**

Els líders i el personal necessiten ser entrenats i preparats per saber com respondre quan es produeixen fallades en el sistema.

Les organitzacions d'alta confiabilitat no són immunes als errors, han après a convertir els entrebancs ocasionals (els errors o els incidents) en oportunitats per a millorar el sistema.

### **5.1.7 Equivocar-se és humà**

Quan es produeix un esdeveniment advers (una intervenció quirúrgica al costat equivocat o l'administració d'una dosi de medicament superior a la necessària) pot haver-hi dos enfocaments bàsics: buscar qui s'ha equivocat o esbrinar quina ha estat la causa de que l'error hagi pogut produir-se i hagi arribat al pacient.

Des del camp de la psicologia James Reason<sup>43</sup>, presenta diverses teories i models universalment acceptades per explicar la naturalesa de l'error humà. Segons Reason el problema de l'error humà pot ser vist de dos maneres: l'enfocament de la persona individual o l'enfocament del sistema. Cadascun té un model de causalitat de l'error diferent, de forma que per afrontar l'error hi ha dos maneres de fer-ho.

L'enfocament de l'individu, es centra en que l'error pot ser a causa d'un oblit, del cansament, de la falta d'atenció, de la càrrega de treball, de la imprudència o de la negligència; mentre que l'enfocament del sistema es concentra en les condicions sota les que cada persona treballa i tracta de construir defenses per a evitar errors o mitigar-los. La premissa bàsica de l'enfocament del sistema és

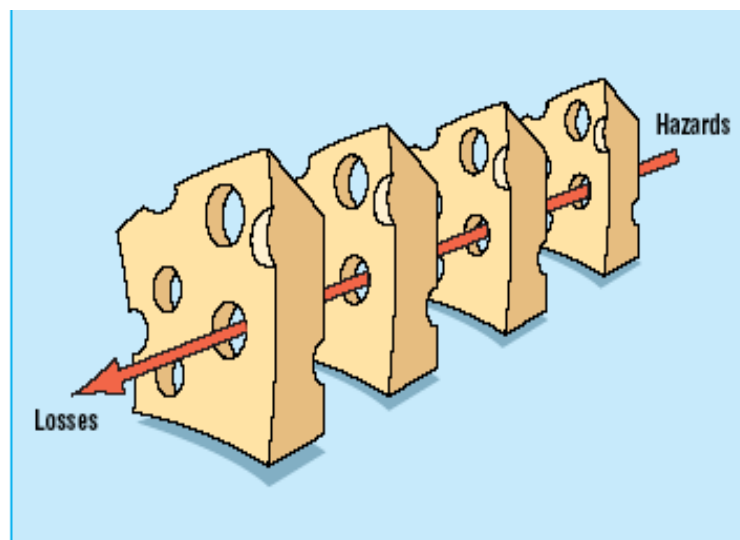
que els essers humans són fal·libles, els errors formen part de la condició humana, per tant són esperables, inclús en les millors organitzacions.

Donat que no es pot canviar la condició humana, el que s'ha de canviar són les condicions en que els essers humans actuen. Cal doncs crear sistemes segurs on defenses, barreres i garanties ocupen un lloc clau en l'enfocament del sistema, perquè ajuden a prevenir els errors que són la conseqüència de la manca de barreres. En un món ideal, cada barrera estaria intacta, però en realitat aquestes barreres són com talls de formatge suís, amb forats (veure figura 2).

Els forats en les defenses/barreres sorgeixen per dos raons: errors actius i condicions latents. Quasi tots els EA es produeixen per una combinació d'aquestes dues raons. Els "errors actius" són els actes poc segurs que cometem les persones (lapsus, barroeries, descuits, ...). Les condicions latents són els "agents patògens" residents dins del sistema. Sorgeixen de les decisions preses pels dissenyadors, els constructors, els qui elaboren els procediments o normes i els gestors. Totes les decisions estratègiques tenen un potencial per introduir agents patògens en el sistema. Els partidaris de l'enfocament de sistema treballen per assolir un programa de gestió que s'orienta a diferents objectius: la persona, l'equip, la tasca, el lloc de treball i la institució com un tot.

Els errors sorgeixen de les condicions del sistema i té a veure amb la dotació, les eines, els equips inadequats, la insuficiència de recursos i els processos mal dissenyats. Les persones en aquest context són molt més propenses a ser víctimes que instigadors dels esdeveniments adversos.

**Figura 2:** El model de formatge suís, de com les defenses i les barreres poden ser penetrades per una trajectòria d'accident



**Font:** Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000 March 18; 320(7237): 768–770

Emmanuel et alt.<sup>44</sup> en l'article *What Exactly Is Patient Safety?* dediquen un apartat a limitar la culpa de l'error. Posen de manifest que és un gran canvi pensar que els esdeveniments adversos ocorren a causa de les fallades del sistema, no només per la ineptitud de les persones.

L'enfocament tradicional assumeix que les persones conscients i ben entrenades, no cometen errors. El pensament tradicional equipara error a incompetència i considera el càstig apropiat i eficaç per motivar els individus a ser més acurats.

L'ús d'aquest tipus de culpa té un efecte tòxic. Els professionals rarament revelen els errors i els pacients i els comandaments no se n'assabenten. El baix índex de notificació fa que sigui gairebé impossible aprendre dels errors i a la vegada, aquesta posició és recolzada pels advocats per tal de minimitzar el risc de judicis per mala praxi. Aquesta actitud posa un teló de fons recelós i antagònic a la interacció terapèutica.

Aquesta forma de pensar, va canviar a la dècada de 1990 en resposta a diferents tipus d'informació. Per una banda es va reconèixer que els efectes adversos es produïen molt més sovint del que fins aleshores es pensava, i s'evidenciava que la meitat d'aquestes lesions es van considerar evitables.

Per altra banda, es va contraposar a l'enfocament tradicional (les persones ben entrenades no cometen errors), l'aportació de Reason, pel que fa als conceptes: d'"error actiu" i "condicions latents".

L'error actiu és el que cometen els professionals quan actuen amb els pacients i amb la resta de l'equip i les "condicions latents" són els defectes en el disseny dels sistemes, les organitzacions, la gestió, la formació i l'equip. Són condicions que en un nivell superior o en l'entorn porten als individus, que interactuen amb els pacients, a cometre errors. Castigar els individus per aquests errors, sembla doncs que té poc sentit, ja que els errors es seguiran produint, mentre no s'esmenin les causes subjacents.

Els errors es podrien reduir canviant els sistemes i els processos. L'estandardització, la simplificació i l'ús de restriccions (barreres a l'error) ajudarien a crear un entorn més segur.

L'aplicació dels conceptes d'enginyeria en el disseny dels processos que es produeixen dins del sistema sanitari, també contribueix a la seguretat del pacient. La tecnologia i les eines de la indústria també s'utilitzen en el món sanitari; les bombes d'infusió i la informatització de l'ús de la medicació són un clar exemple.

Les restriccions, enteses com una funció que força a complir una determinada acció, serien una condició del disseny que faria impossible l'error, com per exemple els connectors incompatibles que impedeixen la connexió del gas anestèsic al port d'oxigen d'una màquina d'anestèsia, o les connexions dels

catèters que impedeixen que la connexió d'una alimentació enteral sigui compatible amb la connexió d'una via parenteral<sup>45</sup>.

### 5.1.8 Les pràctiques segures en l'assistència a la salut

L'informe de la AHRQ i la Universitat de Califòrnia, "*Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*" liderat Shojania et al. (2001)<sup>46</sup> defineix les pràctiques segures com "les que redueixen la probabilitat del risc d'esdeveniments adversos relacionats amb l'exposició a l'atenció sanitària", per exemple l'ús de les màximes barreres estèrils en la col·locació de catèters endovenosos per evitar infeccions<sup>47</sup>.

La pràctica clínica segura exigeix, segons Aranaz et al.<sup>48</sup>, assolir tres objectius: identificar quins procediments clínics, diagnòstics i terapèutics són més eficaços, garantir que s'apliquen a qui ho necessita i que es facin correctament i sense errors. De fet, seguretat no vol dir absència total de riscos relacionats amb l'assistència: les infeccions nosocomials, les complicacions, els efectes no desitjats dels medicaments, els errors de diagnòstic o de tractament, i aquests són motiu de preocupació dels professionals i gestors. Aibar<sup>49</sup> diu que un risc assistencial es aquella situació o acte relacionat amb l'assistència sanitària rebuda que pot tenir conseqüències negatives per als pacients: efecte advers, incident, etc.

La OMS el 2007 va publicar i promoure 9 solucions per a la seguretat del pacient relacionades amb problemes per a la pràctica segura i la prevenció dels esdeveniments adversos:

1. Evitar medicaments d'aspecte o nom semblants
2. Identificar els pacients
3. Millorar la comunicació durant les transicions dels pacients
4. Realitzar el procediment correcte en el lloc del cos correcte
5. Controlar les solucions concentrades d'electròlits
6. Assegurar la precisió de la medicació en les transicions assistencials
7. Evitar els errors de connexió de catèters i tubs
8. Utilitzar un sol cop els dispositius d'injecció
9. Millorar la higiene de les mans, per prevenir les infeccions associades a l'atenció a la salut

A finals del 2012, una part central del treball per a la Seguretat del Pacient de l'OMS estava relacionada amb dues campanyes internacionals que tenen l'experiència i les proves sobre aspectes importants i que ha permès formular recomanacions per garantir la seguretat dels pacients que reben atenció a nivell mundial.

Aquestes dues recomanacions estan àmpliament disponibles i proporciona eines per aplicar-les en una varietat d'entorns d'atenció sanitària a tot el món:

### **Una atenció neta és una atenció més segura**

La OMS treballa en associació amb les comunitats de salut a tot el món i altres organitzacions afins per assegurar que la millora sostenible de la higiene de les mans forma part de les agendes de salut nacionals i internacionals.

### **La Cirurgia Segura Salva Vides**

L'objectiu d'aquesta recomanació sobre Seguretat del Pacient és millorar la seguretat de l'atenció quirúrgica en tots els centres sanitaris. La llista de verificació quirúrgica millora el compliment de les normes i disminueix la incidència de complicacions.

El *National Quality Forum* (NQF), el 2006 promovia 30 recomanacions per a millorar les pràctiques clíniques segures<sup>50</sup>. Saturno (2008) va publicar un informe<sup>51</sup> sobre el grau d'implantació de les recomanacions del NQF (veure quadre 4) en 24 hospitals espanyols, que posava de manifest que només es complien de forma acceptable el 10% de les recomanacions i un 69,6% de les recomanacions tenien un nivell de compliment amb deficiències considerables.

Des de l'Agència de Qualitat del *Ministerio de Sanidad y Consumo*, es va elaborar un informe tècnic sobre les pràctiques segures recomanades pels agents governamentals de diferents països<sup>52</sup> per prevenir els EA en els pacients atesos en els hospitals. Es van identificar 28 pràctiques de les quals nou no estaven a la llista del NQF, aquestes eren:

- l'ús únic dels dispositius d'injecció
- la utilització de codis de colors per equips i materials de neteja per a prevenir infeccions
- la identificació dels pacients
- les mesures per a evitar els errors de connexió de catèters i tubs
- les mesures per garantir la seguretat dels pacients amb al·lèrgies associades al làtex
- les mesures de precaució en l'ús de la contenció física o immobilitzacions dels pacients
- les mesures per a la valoració efectiva a urgències després d'un traumatisme
- les mesures de prevenció de suïcidis en malalts hospitalitzats
- els equips de resposta ràpida per a tenir cura dels pacients en estat crític.

**Quadre 4: SET DE BONES PRÀCTIQUES PER LA SEGURETAT DEL PACIENT** Adaptat de: *Safe Practices for Better Healthcare. The National Quality Forum, Washington 2003.*

<b>GRUPO 1: Cultura de Seguridad</b>
1. Cultura de seguridad.
<b>GRUPO 2: Adecuar la capacidad del servicio a necesidades del paciente</b>
2. Información al paciente sobre riesgos comparados.
3. Existencia de normas razonadas para la dotación de personal de enfermería.
4. Personal médico de UCI con formación específica.
5. Participación del farmacéutico en los procesos de prescripción, dispensación y administración de fármacos.
<b>GRUPO 3: Adecuada transferencia de información y una clara comunicación.</b>
6. Asegurar comprensión de órdenes emitidas verbalment.
7. Uso normado de abreviaturas y anotación de dosis.
8. Preparar resúmenes e informes con datos y documentos, no de memoria.
9. Transmisión clara y a tiempo de cambios en la atención del paciente.
10. Asegurar la comprensión del consentimiento informado.
11. Asegurar conocimiento de preferencias del paciente para cuidados terminales.
12. Implementar prescripciones computerizadas.
13. Implementar protocolo para prevenir etiquetado erróneo de Rx.
14. Implementar protocolos para prevenir cirugía en sitio y paciente equivocado.
<b>GRUPO 4: Mejorar seguridad en situaciones específicas.</b>
15. Evaluar riesgo de infarto en pacientes quirúrgicos y prescribir betabloqueantes a los pacientes con alto riesgo.
16. Evaluación y prevención de úlceras de decúbito.
17. Evaluación y prevención de trombosis venosas profundas.
18. Gestión específica de la anticoagulación.
19. Evaluación y prevención del riesgo por aspiración.
20. Prevención de infecciones asociadas al uso de catéteres venosos centrales.
21. Prevención de infección en herida quirúrgica.
22. Utilizar protocolos para prevenir daños renales por contraste.
23. Evaluar riesgo de malnutrición y prevenir su aparición.
24. Evaluar y prevenir complicaciones en pacientes intervenidos con manguito de isquemia.
25. Lavado / descontaminación de manos antes y después de contacto directo con pacientes y objetos entorno al mismo.
26. Vacunar personal sanitario contra la gripe.
<b>GRUPO 5: Mejorar seguridad en el uso de medicamentos.</b>
27. Zona de preparación de medicación 5S.
28. Métodos estandarizados para el etiquetado, empaquetado y almacenaje de medicamentos.
29. Identificación específica de medicación de "alta alerta" (Quimioterapia, anticoagulantes, electrolitos concentrados, insulina).
30. Dispensación de medicamentos en dosis unitarias.

**Font:** Indicadores de buenas practicas sobre seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

Entre les 30 pràctiques identificades en varen seleccionar 5, considerades pràctiques segures contra els esdeveniments adversos que són de baixa complexitat per a la implantació i alt impacte potencial general en la seguretat del pacient (quadre 5).

**Quadre 5:** Pràctiques segures amb major impacte potencial i menor nivell de complexitat

Millorar la higiene de les mans
Vacunació de treballadors i pacients contra la grip
Mesures per prevenir la pneumònia associada a l'ús de ventilació mecànica
Utilització de codis de colors per equips i material de neteja per prevenir la infecció nosocomial.
Mesures relacionades amb la prevenció de la infecció del lloc quirúrgic

**Font:** Prácticas Seguras. Recomendaciones por agentes gubernamentales para la prevención de efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

Actualment (2012) a Espanya, el *Ministerio de Sanidad i Política Social*, a través de la secció *Seguridad del Paciente de la Agencia de Calidad*, promou:

**Programa del Rentat de mans.** El programa fa extensives les propostes de la OMS i recomana la higiene de mans en els 5 moments.

**Projecte Bacterièmia Zero** que tenia l'objectiu de reduir la mitjana estatal a 4 episodis de bacterièmia per cada 1000 dies de cateterització venosa central a les unitats de cures intensives i el 2011 va assolir 2,61 episodis /1000 dies de cateterització venosa. Es basa en les propostes de Peter Pronovost (2006)<sup>47</sup> sobre les mesures de barrera per tal d'evitar la contaminació en el moment de la col·locació i el manteniment d'una via central. Es un projecte que promou la OMS i que està liderat per la *Sociedad de Medicina Intensiva, Crítica i Unidades Coronarias*.

**Projecte Pneumònia Zero.** Es va observar que la implantació del projecte de la Bacterièmia Zero reduïa les pneumònies a les UCI's. (de 14,9 pneumònies per 1000 dies ventilació mecànica es va passar a 11,4)<sup>a</sup>. Utilitzant l'estructura del projecte Bacterièmia Zero es proposen unes mesures bàsiques de seguretat a les unitats de cures intensives en el maneig dels pacients sotmesos a ventilació mecànica (rentat de mans, control del neumotaponament, higiene bucal, posició semi-incorporada, ...).

**SiNASP.** *Sistema de notificación y aprendizaje sobre seguridad de pacientes.* És una plataforma accessible als Hospitals que s'hi adhereixen per a fer notificacions d'esdeveniments adversos i que té un triple usuari final: a nivell de l'estat, a nivell de comunitat autònoma i a nivell d'hospital. A nivell d'hospital té una funcionalitat que permet (encara que de forma limitada) la gestió de les notificacions rebudes a nivell de cada centre.

**Red ciudadana de Formadores en Seguridad del Paciente.** És una xarxa promoguda pel Ministeri que pretén sensibilitzar els pacients entorn a la seva

<sup>a</sup> <http://ezcollab.who.int/DisplayKnowledge.aspx?c=3c928d51-6d34-4d67-aec4-0bc7dbca55ca&f=525a8a29-d1e2-4a44-ad9f-60961097fb66&i=cb3fe162-7933-401f-9994-f8d3c724f5e6>



pròpia seguretat i que aporta la perspectiva dels ciutadans per a la seguretat del pacient<sup>53</sup>.

A Catalunya, a través de la Direcció de General de Serveis Sanitaris del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i amb el suport de la Fundació Avedis Donabedian, durant el període 2007 - 2010 es van promoure i recolzar els projectes de prevenció de la infecció de la ferida quirúrgica i el de la prevenció de les complicacions en l'anestèsia, que van tenir un impacte important en la participació dels diferents hospitals i en els resultats.

També des d'aleshores i actualment (2011-2012) es promouen 4 projectes col·laboratius entre diferents hospitals de Catalunya, als que s'hi han adherit al voltant de 50 hospitals: el rentat de mans, la identificació inequívoca dels pacients, la prevenció de caigudes i la cirurgia segura (implantació de la llista de verificació quirúrgica).

Es manté des de fa 4 anys el projecte de la Bacterièmia Zero i el 2012 fruit dels èxits assolits en el projecte s'ha iniciat el projecte de la Pneumònia Zero també a les UCI's dels hospitals de Catalunya.

Per altra banda, durant el 2011, des de la Subdirecció General de Serveis Sanitaris, del Departament de Salut, també s'ha promogut que els diferents hospitals de Catalunya s'adherissin a la proposta de participar en la segona autoavaluació de la seguretat en l'ús dels medicaments a través d'un qüestionari<sup>54</sup> desenvolupat originàriament per l'*Institute for safe Medication Practices* (ISMP) dels EUA. Aquesta proposta estava finançada i recolzada per la *Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud*, a través del *Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos*, delegació a Espanya del *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP). El qüestionari pretén identificar els punts de risc i les oportunitats de millora, a partir d'una valoració basal de cada hospital i poder objectivar els progressos que es facin en l'ús dels medicaments.

### 5.1.9 Efectivitat de les intervencions en pràctiques segures

Algunes de les intervencions que s'han descrit anteriorment no han tingut una evidència sòlida. Hi ha mesures que s'han pres sobre la base del sentit comú, sense tenir una base empírica per a demostrar la seva efectivitat<sup>55</sup>. Tot i així, hi ha pràctiques que han estat sobradament evidenciades com a efectives com les llistes de verificació de la cirurgia segura<sup>56</sup> (pacient correcte, procediment correcte en el lloc correcte) i la de la prevenció de la bacterièmia ocasionada per la cateterització venosa central, que en 4 anys del projecte Bacterièmia Zero, ha tingut una reducció del 42%<sup>57</sup>. Altres, com els programes de higiene de mans, de prevenció de caigudes tenen resultats menys espectaculars.

Un treball de Woodward et al.(2010)<sup>55</sup> conclou que els mètodes epidemiològics clàssics són difícils d'aplicar en aquest camp, donades les dificultats per aleatoritzar i mesurar els resultats.

Woodward utilitza l'abordatge de les capes de ceba, que conceptualitza les intervencions de millora depenent de la proximitat amb el pacient (des de la implicació del pacient, els canvis en els professionals que estan en contacte directe amb el pacient, els canvis a nivell de la planificació i la gestió dels sistemes sanitaris) i categoritza les intervencions en una jerarquia d'efectivitat en la reducció d'errors, de forma que puguin guiar les prioritats per a l'acció.

Segons Woodward en general les intervencions que mostren una major efectivitat són aquelles que forcen una funció i fan difícil que l'error ocorri<sup>55</sup> (per exemple que la connexió d'una alimentació enteral no sigui compatible amb una cateterització venosa, per tal d'impedir la infusió d'alimentació en el torrent sanguini); estratègies intermèdies inclouen l'estandardització dels procediments i les més febles s'enfoquen en la formació i el canvi de conducta individual. Les estratègies amb millors expectatives són els sistemes de prescripció electrònica amb suport a la decisió, les llistes de verificació, les transferències estandarditzades d'informació entre professionals (en els canvis de torn entre infermeres o en els canvis de guàrdia o els passis de visita) i l'entrenament per simulació.

Alguns canvis, aparentment, són fàcils d'iniciar, es poden fer dins de totes les organitzacions o amb tots els professionals. Per exemple, l'ús de la llista de comprovació de la cirurgia que promou la OMS, no requereix tecnologia a no ser que estiguin informatitzats per un ús de control, com s'ha fet en alguns hospitals del nostre país, tampoc requereix una reorganització considerable en el procés d'implantació. Altres canvis requereixen una major inversió de temps, esforç cooperatiu, o de capital.

Altrament, moltes propostes de pràctiques segures, encara que els propis professionals reconeixen que són útils i fins i tot necessàries, topen amb la dificultat dels canvis en el comportament dels equips; aquest és l'escull més difícil en tots els processos d'implantació dels canvis. Per aquest motiu, pràcticament totes les intervencions requereixen un enfocament d'organització i una acció mantinguda en el temps que ajudin a mantenir els canvis de comportament<sup>58</sup>.

Pel que fa a quines característiques contextuais són les que contribueixen, o poden contribuir, a l'aplicació eficaç d'aquestes pràctiques segures, Taylor et al. (2011)<sup>59</sup>, varen determinar les característiques del context que influenciaven l'eficàcia en les intervencions de 5 pràctiques segures.

1. El compliment del protocol universal de la cirurgia segura (lloc correcte, procediment correcte, pacient correcte);
2. La realització de la reconciliació de la medicació a l'ingrés i a l'alta de l'hospital i;
3. El registre de les ordres mèdiques i els sistemes informàtics de suport de decisions;
4. Les pràctiques dissenyades per reduir la taxa i el risc de caigudes,
5. L'ús d'una llista de verificació per prevenir les infeccions del torrent sanguini.

S'analitzava com el context pot afectar a la implementació d'aquestes pràctiques segures i les discussions dels experts, que participaven en el projecte, es van basar en les característiques dels contextos, no en la forma d'intervenció. Es van identificar 4 àmbits contextuais:

- Cultura de la seguretat, el treball en equip i la implicació de lideratge.
- Característiques estructurals de l'organització (per exemple, la mida, la complexitat organitzativa o l'estat financer).
- Factors externs (per exemple, incentius financers o el rendiment o reglamentació de les pràctiques segures).
- Disponibilitat i implantació d'eines de gestió (per exemple, la formació del personal o incentius interns de l'organització).

Tot i així, els experts van informar que només hi havia dos d'aquests contextos que no tenien una gran influència sobre la implantació de les pràctiques segures:

- per una banda a nivell d'organització: el treball en equip no tenia influència sobre l'ús de les llistes de verificació en la prevenció de la infecció en el torrent sanguini i la cirurgia segura; i
- per altra banda els factors externs tampoc tenien massa influència sobre la implantació de la llista de verificació en la prevenció de la infecció en el torrent sanguini.

### **5.1.10 Sistemes de registre i notificació d'esdeveniments adversos**

Ja hem dit en altres paraules que la seguretat dels pacients és un tema complex en el que interactuen els diferents professionals, processos i proveïdors. La necessitat de millorar-la, exigeix un abordatge sistèmic i des de tots els nivells de l'organització, des dels que estan a primera línia, als que estan al nivells de major poder de decisió dins de les organitzacions i les estructures sanitàries.

Per a incrementar la seguretat del pacient es requereix tenir tres objectius<sup>60</sup> que es complementen entre si:

- Identificar i analitzar els esdeveniments adversos
- Prevenir els esdeveniments adversos
- Reduir els seus efectes

Un dels mitjans per identificar els esdeveniments adversos i poder aprendre de l'experiència que aquests comporten, és un sistema de registre i notificació d'esdeveniments adversos.

L'informe de l'*Institut of Medicine* (IOM)<sup>61</sup> va posar de manifest que els sistemes de notificació eren una estratègia clau per aprendre dels errors i evitar que tornessin a aparèixer. Aquests sistemes haurien de garantir que les dades dels incidents es recollissin en un format estructurat i útil per detectar patrons, descobrir factors subjacents i generar solucions; així, havien de complir dues finalitats, per una banda que els professionals proporcionin informació útil per a

poder actuar per la millora de la seguretat del pacient i per l'altra poder garantir la responsabilitat social de rendir comptes sobre la pràctica clínica.

En el cas de l'enfocament sobre la responsabilitat social es proposen els sistemes obligatoris i públics de notificació. Però si l'enfocament va dirigit a l'aprenentatge dels errors per evitar que tornin a aparèixer, estem davant de la proposta de sistemes de caràcter voluntari.

Els dos sistemes poden donar fruits positius, però l'objectiu primordial que pretenen aquests sistemes, és compartir el que passa per aprendre dels errors. En cap moment s'entenen com un sistema d'informació útil per estimar la freqüència dels esdeveniments adversos i els incidents en el sistema sanitari des d'una perspectiva epidemiològica, sinó una forma de compartir i aprendre de les fallades o els errors que es produeixen

Dins d'un enfocament sistèmic, els sistemes de registre i notificació són voluntaris i sense un componen punitiu, i posen l'èmfasi en la identificació d'incidentes on no hi ha hagut dany o un dany menor. S'estima que aproximadament només es notifiquen un 5% dels esdeveniments adversos. Ens trobem doncs a la punta de l'iceberg que amaga a sota un 95% d'incidentes o quasi errors que identificar-los és una important font d'aprenentatge.

Sari et al.<sup>62</sup> en un estudi publicat el 2006 posava en evidència que els sistemes de notificació, sovint generen resistències a la participació. Es va seleccionar una mostra de 1.004 ingressos de vuit especialitats, van fer una revisió de les històries clíniques i de les notificacions d'esdeveniments adversos fetes durant el mateix període i van detectar que un 22,9% de les hospitalitzacions es van associar a incidents de seguretat i un 11% amb esdeveniments adversos. El sistema de notificació no donava informació sobre la majoria d'incidentes. que sí que van ser detectats al revisar les històries clíniques, i es va detectar que només un 5% dels incidents que van ocasionar dany al pacient van ser notificats. Tot i així, i donat que l'objectiu dels sistemes de notificació no tenen un objectiu epidemiològic, sinó d'aprenentatge, malgrat la baixa notificació segueix sent una important font d'aprenentatge.

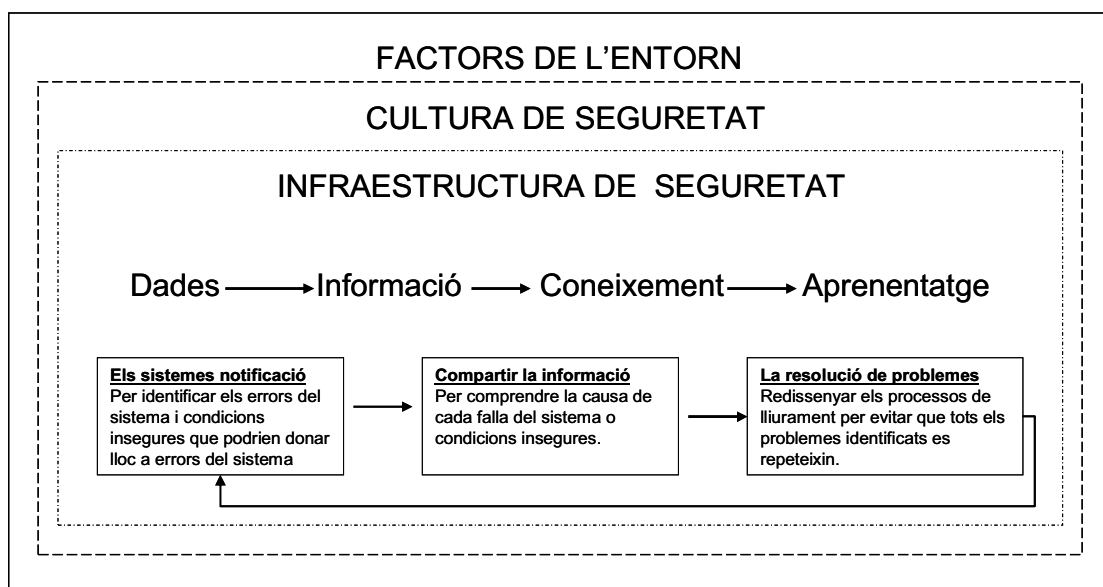
Kingston et al.<sup>63</sup> descriu que els impediments, a nivell de l'organització, per notificar són els factors socials (creences, actituds, valors), les emocions (la por a perdre el prestigi, la por, el sentiment de culpa, la vergonya) i les conseqüències derivades d'experiències positives o negatives anteriors. Per altra banda es reconeix que documentar les situacions que es produeixen poden ser una justificació front a pacients agressius o de defensa davant de possibles queixes dels pacients.

Per tal de donar resposta a les dificultats en la implantació dels sistemes de notificació Sirio et al.<sup>64</sup> defineixen un model d'aprenentatge compartit basat en el reconeixement de que la seguretat del pacient és un problema del sistema i que és resultat d'un conjunt de factors interrelacionats que operen a múltiples nivells del sistema de salut (figura 3)

En el nostre entorn, hi ha diferents tipus de sistemes de notificació: a nivell geogràfic-polític (estatals o regionals), d'organitzacions (corporacions, hospitals, ...), a nivell de professions (anestesiòlegs, ...) o a nivell de tipologia d'errors o esdeveniments adversos per a les infeccions nosocomials (ENVIN, EPINCAT), errors de medicació.

En 3 anys de la implantació del sistema de la *Agencia de Calidad del Ministerio de Salud y Consumo*, conegut per les sigles SiNASP (*Sistema de notificación y aprendizaje sobre la seguridad del paciente*), a nivell de Catalunya hi ha al voltant de 20 hospitals (7.942 llits) <sup>65</sup> que l'utilitzen i fins el primer trimestre del 2012 hi ha hagut un total de 2.942 notificacions.

**Figura 3:** Model d'aprenentatge segons la *Pittsburgh Regional Healthcare Initiative*



**Font:** Sirio CA, Keyser DJ, Norman H, Weber RJ i Muto CA <sup>66</sup>.

La notificació dels esdeveniments adversos o dels incidents encara presenta resistències arreu <sup>67-69</sup>. Les principals raons de la baixa notificació es troben en la consideració de que són poc útils, que consumeixen temps i esforç i que cal dedicar-lo a altres prioritats, la por a les accions punitives, la pobra cultura de seguretat de l'organització, la manca d'entesa entre els metges per clarificar que cal reportar, la manca de coneixement de com s'analitzen els incidents reportats, la retroalimentació inadequada, les creences sobre els riscos i la manca de percepció del valor que afegeix al procés.

Per altra banda, es relaciona una alta notificació d'incidents amb una alta cultura de seguretat dels pacients.

### 5.1.11 Els pacients en defensa de la seva seguretat

El gestionar els riscos per a la seguretat del pacient i el focalitzar les actuacions en enfocaments sistèmics i en l'aprenentatge a partir dels errors, no deixa d'estar centrat en els proveïdors del servei (ja siguin les organitzacions o els propis professionals). La gestió dels riscos no només s'ha de centrar en la reenginyeria dels processos. Quan un pacient ha patit un perjudici com a conseqüència de l'atenció de salut, les necessitats d'aquest pacient afectat, són de màxima importància. Levine<sup>70</sup> plantejava aquest problema: "L'error mèdic és més que un problema d'enginyeria, susceptible als canvis tecnològics i de solucions "sistèmiques". Les polítiques posades en marxa per reduir els errors mèdics també han d'atendre les necessitats financeres i emocionals de les persones que pateixen un gran dany i sovint permanent".

Una altra qüestió és la relació que s'estableix amb el pacient. L'estructura de poder que fins ara hi ha en la nostra cultura entre el proveïdor del servei (metges, infermeres, fisioterapeutes, ...) i el pacient, encara té una certa estructura de poder desigual, i les normes fonamentals del professionalisme demanen honestedat i la divulgació d'allò que li hagi produït o li hagi pogut produir dany al pacient<sup>71-74</sup>.

Els pioners (1987) en el moviment d'informació franca als pacients i de transparència i amb major experiència és la *Veterans Health Administration* dels EUA. A partir de la mort d'un pacient a causa d'un error durant la seva atenció, van prendre la decisió de revelar a la família que havia estat a conseqüència d'un error. Actualment aquest enfocament humanista és conegut com el model Lexinton<sup>75-77</sup>.

Coincidint amb totes les consideracions anteriors, però des de la perspectiva dels pacients, la Declaració de Londres "*Pacientes en defensa de su seguridad*",<sup>78-79</sup>, va posar de manifest que els pacients tenen dret a una atenció de salut segura, i advoca per superar la cultura de l'error i la negació. Els pacients demanen honradesa, franquesa i transparència. D'aquesta manera, es pretén convertir la reducció dels errors de l'atenció en salut, en un dret humà bàsic que conservi la vida a tot el món. Així mateix, fixa com dos dels seus objectius fonamentals:

- establir sistemes per informar sobre els danys relacionats amb l'atenció de salut i ocupar-se'n a tot el món, i
- la definició de pràctiques òptimes relacionades amb els danys de tot tipus causats per l'atenció en salut i promoure aquestes pràctiques en el pla mundial.

Aquest document posa de manifest la implicació dels propis pacients en la consecució d'un sistema de salut més segur, en el qual, indefectiblement a fi de reduir els errors mèdics i les males pràctiques, ocupen un lloc fonamental els sistemes de notificació d'esdeveniments adversos .

També a nivell de l'Estat espanyol el 2007 es va promoure la *Declaración y compromiso de los pacientes por la seguridad en el sistema nacional de salud*<sup>80</sup>.

En aquest document els pacients diuen *“Pedimos a todas las instituciones y personas implicadas: Esfuerzo, Honestidad, Transparencia Y Participación y ofrecemos Esfuerzo, Honestidad, Transparencia y Participación.*

Des de *Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud* s'ha dissenyat i validat un qüestionari sobre la percepció de seguretat de l'atenció sanitària en l'àmbit hospitalari i en una enquesta realitzada a 86 pacients de diferents hospitals espanyols un 7% declaraven haver patit algun error clínic, i un 91,7% van afirmar que estaven segurs o molt segurs amb l'atenció sanitària<sup>81</sup>.

Un altre estudi de *l'Agencia de Calidad*, en el marc d'un projecte més ampli sobre la seguretat de les cures d'infermeria en els hospitals, es va entrevistar a 1933 pacients i en una escala de 0 a 10 punts la mitjana de percepció de la seguretat es situava en el 8,37 (ds 1,8)<sup>36</sup>.

### **5.1.12 Els costos de la no seguretat del pacient**

Una altra vessant de la qüestió de la seguretat del pacient és el cost que comporten els incidents i els esdeveniments adversos i les seves conseqüències.

L'estudi ENEAS posava també de manifest que el 63,3% del total dels EA va requerir la realització de nous procediments (p.ex.: proves diagnòstiques) i en un 69,9% tractaments addicionals (p.ex.: medicació, rehabilitació o cirurgia). Així que a la no seguretat del pacient se li afegeixen els costos associats als EA.

Un estudi realitzat per *l'Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud* sobre els costos de la no seguretat del pacient<sup>82</sup> posava en evidència que per al sistema de salut espanyol, el cost global (en euros 2005) dels problemes associats a procediments i intervencions quirúrgiques, signifiquen una despesa considerable. Per exemple, per l'EA Hemorràgia o hematoma s'estima un cost de 446 milions d'euros anuals i pel Pneumotòrax 39 milions d'euros. Les infeccions nosocomials també signifiquen, segons el mateix estudi, una despesa considerable. Si arribéssim a prevenir el 56,6% de les infeccions nosocomials en el lloc quirúrgic (% que es considera evitable) el sistema de salut estalviaria 417 milions d'euros.

En el cas dels EA, per l'ús dels medicaments, les despeses que se'n deriven són fonamentalment degudes a l'increment de l'estada, les proves diagnòstiques i el tractament per a la solució. Segons aquest treball, el cost global per al sistema de salut, se situava al voltant dels 41 milions d'euros.

### 5.1.13 La formació dels nous professionals

Un dels reptes que hi ha en la formació dels nous professionals sanitaris és la sensibilització i la formació entorn a la cultura de seguretat. Els hospitals haurien d'incorporar els alumnes de medicina i infermeria i els metges i infermeres residents, en l'anàlisi dels esdeveniments adversos i fomentar que participin activament, en les iniciatives orientades a la seguretat del pacient, com a part essencial de la seva formació<sup>83</sup>.

Des d'aquesta perspectiva, és interessant l'estudi realitzat a Austràlia<sup>84</sup> en el que hi van participar 5.298 professionals clínics i gestors, que intentava identificar els factors que influeixen en la intenció conductual dels professionals cap a la seguretat del pacient (PSBI<sup>a</sup>). Varen observar que les infermeres tenen nivells significativament més alts de participació prevista, en les conductes de seguretat dels pacients, que els metges. Això era consistent amb l'experiència dels autors de l'article i en l'experiència de la redactora d'aquest treball, donat que és evident que són predominantment les infermeres les qui fan més notificacions d'incidents clínics (57%) i que participen més en les activitats formatives organitzades en el centre.

El mateix estudi destacava que les creences sobre el valor de les accions preventives per millorar la seguretat dels pacients i la percepció dels comportaments dels experts homòlegs eren predictors del comportament dels professionals sanitaris entorn a la seguretat del pacient. Això posava en evidència que el canvi cultural pot venir més per les actituds dels professionals que pels coneixements que adquireixen durant la seva formació entorn a la seguretat del pacient.

---

<sup>a</sup> Patient Safety Behavioural Intent



## 5.2 Cultura de seguretat del pacient

D'acord amb l'*Institut of Medicine* del Estats Units d'Amèrica, el major desafiament per avançar cap a un sistema de salut més segur és canviar la cultura. Es tracta de passar d'una cultura de culpar els individus pels errors a una cultura on els errors són tractats no com a fracassos personals, sinó com oportunitats per millorar el sistema i evitar el dany<sup>89</sup>.

L'orientació cap a l'enfocament de la seguretat des d'una perspectiva sistèmica significa acceptar els errors com a part inherent al treball; aleshores, el que cal és actuar en la prevenció i minimització dels riscos per al malalt. Això condueix a nous models d'intervenció dirigits a estandarditzar basant-se en l'evidència científica i en complir les recomanacions. Només així es podran prevenir els riscos i aprendre dels propis errors, només així és possible identificar les causes que els originen i desenvolupar estratègies per evitar que es repeteixin. Per això cal crear una cultura professional i organitzativa que afavoreixi la comunicació i l'anàlisi dels errors, com fan en les empreses d'alta confiabilitat tal com s'ha mencionat anteriorment<sup>34</sup>.

Sorra et al.<sup>3</sup>, defineixen la cultura de seguretat del pacient com "el producte dels valors de la persona i del grup, les actituds, percepcions, competències i patrons de comportament que determinen el compromís d'una organització i l'estil de la gestió de la seguretat". El quadre 6 mostra definicions de cultura de la seguretat del pacient coincidents i complementàries a aquesta.

Aquest canvi cultural que incentiva l'aprenentatge a través de promoure que es comparteixi la informació sobre els errors, els fracassos i els quasi accidents, té una connexió important amb els fonaments essencials ètics de les professions sanitàries, que comparteixen l'imperatiu professional ja mencionat, "*primum non nocere*". També, aquest canvi cultural influeix en les cultures professionals i organitzatives que estan experimentant una transformació cap a la promoció d'una atenció més segura.

La promoció d'una cultura de seguretat del pacient s'ha convertit doncs, en un dels pilars del moviment mundial per la seguretat pacient. Una cultura orientada a la seguretat del pacient, és un inductor per a l'evitació dels esdeveniments adversos, aprendre dels errors i prendre les mesures pertinents per tal d'evitar que tornin a aparèixer<sup>83-84</sup>.

**Quadre 6: Definicions de Cultura de Seguretat del Pacient**

Font	Definició
AHRQ <sup>90</sup>	Les organitzacions d'alta fiabilitat cerquen constantment minimitzar els efectes adversos tot i portar a terme un treball intrínsecament perillós. Aquestes organitzacions estableixen una cultura de seguretat mantenint un compromís amb la seguretat a tots els nivells, des dels proveïdors de primera línia, als gerents i executius.
Singer SJ et al. <sup>91</sup>	Per cultura de la seguretat, ens referim, els valors compartits entre els membres de l'organització sobre el que és important, les seves creences sobre com funcionen les coses dins de l'organització, i la interacció d'aquests amb les estructures de la unitat de treball i d'organització i sistemes, que en conjunt produeixen les normes de comportament que promouen la seguretat dins de l'organització.
Reiman T et al. <sup>92</sup>	Cultura de seguretat del pacient es pot definir com la voluntat i la capacitat d'una organització per entendre la seguretat, així com la disposició i la capacitat per actuar en matèria de seguretat. La seguretat del pacient requereix el control i la direcció per part de l'organització, tot i sent conscients dels processos socials i els fenòmens psicològics.
Versió hongaresa del <i>Safety Attitude Questionnaire</i> <sup>93</sup>	La cultura pot ser definida com el conjunt de valors individuals i de grup, actituds i pràctiques que guien la conducta dels membres del grup. Característiques d'una forta cultura de seguretat inclouen un compromís per discutir i aprendre dels errors, el reconeixement de la inevitabilitat dels errors, la identificació proactiva d'amenaques latents i proveïts de sistemes no punitius per informar i analitzar els esdeveniments adversos.
Versió alemanya del <i>Manchester Patient Safety Framework</i> <sup>94</sup>	Actituds, creences, valors i supòsits que són comuns a com les persones perceben i actuen sobre temes de seguretat en les seves organitzacions i en la importància potencial d'aquestes característiques compartides per iniciar canvis fonamentals i sostinguts per la seguretat del pacient.
Versió del Regne Unit de <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> <sup>95</sup>	La cultura de seguretat d'una organització és el producte dels valors de l'individu i del grup, actituds, percepcions, competències i patrons de comportament que determinen el compromís i l'estil i el domini de la salut d'una organització i la gestió de la seguretat. Les organitzacions amb una cultura de seguretat positiva es caracteritzen per les comunicacions basades en la confiança mútua, per percepcions compartides de la importància de la seguretat, i per la confiança en l'eficàcia de les mesures preventives
Versió sueca del <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> <sup>96</sup>	Les actituds i patrons de comportament que determinen el compromís amb la seguretat del pacient a nivell individual i de grup.

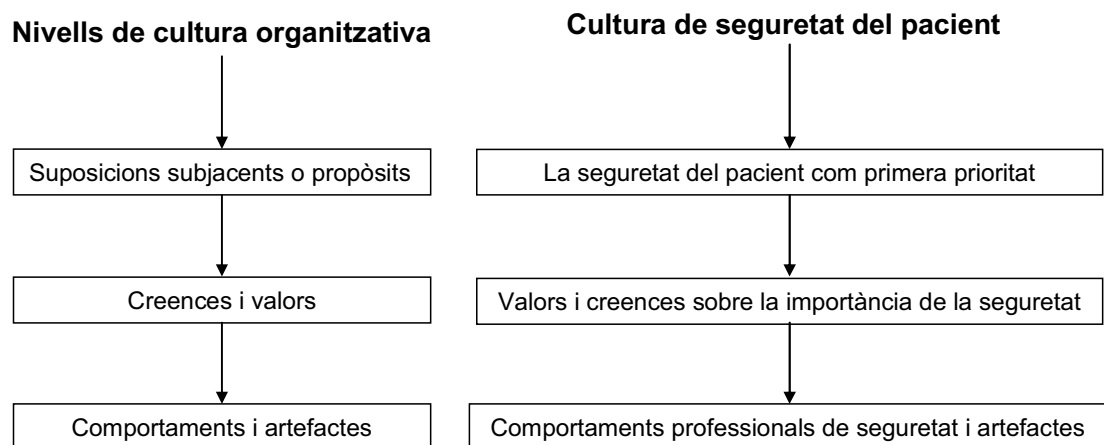
Font	Definició
Versió Italiana del Healthcare workers perception of adverse events and incident reporting. <sup>97</sup>	Actitud proactiva cap als esdeveniments adversos i incidents
Hellings et alt. <sup>98</sup>	Un patró integrat de comportament individual i organitzacional basat en les creences compartides i els valors que contínuament intenten reduir al mínim el dany que pot produir al pacient en el procés de prestació d'assistència.

**Font:** Elaboració pròpia a partir de les fonts bibliogràfiques

En el nostre entorn, aquesta cultura de la seguretat del pacient topa amb la cultura de les organitzacions sanitàries que en els darrers anys han estat influenciades per l'èmfasi en la producció, la eficiència i el control del costos. Aquesta tendència pot posar en risc la seguretat del pacient si no opta, a més de per la eficiència i l'anàlisi dels processos, per la transformació des d'una perspectiva cultural de seguretat. L'anàlisi dels costos de la no seguretat<sup>82</sup> aporta dades importants per a enfocar l'eficiència també des de la perspectiva de la seguretat dels pacients.

La figura 4 mostra la relació entre els nivells de la cultura organitzativa segons Schein<sup>99</sup> i la cultura segons les perspectives funcionals en la seguretat del pacient segons Reiman et alt (2008)<sup>100</sup>.

**Figura 4:** Perspectives funcionals en la seguretat del pacient (adaptat a partir del model de la cultura organitzacional de Schein )



**Font:** Feng X, Bobay K. Weiss M.<sup>101</sup> (Adaptada per l'autora)

Segons Schein<sup>102</sup>, "Cultura organitzacional és el patró de premisses bàsiques que un determinat grup inventa, descobreix o desenvolupa en el procés

d'aprendre a resoldre els seus problemes d'adaptació externa i d'integració interna i que funcionen prou bé a punt de ser considerades vàlides i, per tant, de ser ensenyades a nous membres del grup com la manera correcta de percebre, pensar i sentir en relació a aquests problemes”.

A vegades es fan servir els termes cultura i clima indistintament. El clima són els aspectes més mesurables. Clima ha estat definida com "una descripció basada en la percepció del que l'organització és, en termes de pràctiques, polítiques, procediments i rutines, mentre que la cultura ajuda a definir les causes subjacents i els mecanismes de per què aquestes coses passen en una organització basada en ideologies fonamentals, supòsits, valors i artefactes"<sup>103</sup>. Per tant, el clima es refereix a les percepcions compartides en relació amb un fet, àrea específica d'interès, com ara la seguretat<sup>104</sup> mentre que la cultura es refereix a la ideologia dels empleats i l'orientació fonamental<sup>105</sup> i explica per què un objectiu com la seguretat es posa de manifest en la forma d'exterioritzar o manifestar-se en una organització en particular<sup>106</sup>. Quan es fa una enquesta s'obté una foto de la cultura de les percepcions del personal. Per tant quan s'utilitzen qüestionaris per estudiar les percepcions dels grups (serveis/unitats o als diferents professionals) el terme més apropiat seria el de clima.

La cultura organitzacional canvia d'un hospital a l'altre i el tipus de cultura es relaciona amb el clima de seguretat dins de l'hospital. La cultura de seguretat del pacient evidentment està influenciada i forma part a la vegada de cultura organitzativa. Hi ha estudis que suggereixen que la cultura d'una organització sanitària és un factor crític en el desenvolupament d'un clima de seguretat del pacient i en la implementació reeixida de les iniciatives de millora de la qualitat. Els hospitals que tenen una cultura organitzativa més propensa al treball en equip tenen un millor clima de seguretat del pacient en relació a aquelles que tenen una cultura més jerarquitzada i burocràtica<sup>84,107-109</sup>.

Es considera rellevant destacar l'anàlisi realitzada per les infermeres Feng, Bobay y Weiss<sup>101</sup>. El seu treball va posar de manifest que "la cultura de seguretat del pacient és un subconjunt de la cultura organitzacional. El que es refereix específicament als valors i creences relatives a la seguretat del pacient dins de les organitzacions de l'àmbit sanitari”.

Comprendre millor com la cultura de la organització pot influir sobre el clima de seguretat permetria conèixer quins aspectes de la cultura tenen més influència en el clima de la seguretat.

El concepte de cultura de seguretat del pacient prové de la definició de la cultura de seguretat a nivell de les indústries (aviació, nuclears, elèctriques, ...). Neva et al.<sup>110</sup> el 2003 recollien la definició que donava l' *Advisory Committe on the Safety of Nuclear Installations* dels EUA sobre cultura de seguretat i manifestava que era fàcilment adaptable a la cultura de seguretat del pacient:

*"La cultura de la seguretat d'una organització és el producte dels valors individuals i de grup, actituds, percepcions, competències i patrons de comportament que determinen el compromís, l'estil i la competència de les organitzacions per gestionar la salut i la seguretat. Les organitzacions amb una cultura de seguretat positiva es caracteritzen*

*per comunicacions basades en la confiança mútua, per les percepcions compartides de la importància de la seguretat i per la confiança en l'eficàcia de les mesures preventives"*

La cultura dominant influeix en els comportaments de seguretat i en els resultats, tant pel que fa als treballadors com als pacients. Cada vegada hi ha més organitzacions sanitàries que estan prenent consciència de la importància de millorar la cultura de la seguretat del pacient com a pilar clau per transformar la cultura organitzativa per millorar la seguretat del pacient. Aquest interès creixent s'ha vist acompanyat de la necessitat d'instruments d'avaluació de la cultura de seguretat del pacient.

Conèixer quin són els components d'aquesta cultura de la seguretat facilita l'elaboració d'eines de mesura per avaluar-la. Disposar d'aquesta informació permet promoure els comportaments que hi condueixen i a la vegada ajuda els gestors sanitaris, a utilitzar els resultats de les avaluacions, per a dissenyar programes i sistemes eficaços de gestió de la seguretat.

El repte per l'elaboració d'eines de mesura de la cultura de seguretat del pacient està en definir, tal com hem esmentat, els components d'aquesta cultura, en definitiva els comportaments que es posen en evidència en un entorn cultural basat en la seguretat del pacient.

En la cerca d'aquests components o dimensions Reiman et al.<sup>92</sup> van elaborar, a partir de diferents estudis empírics, un inventari de dimensions de la seguretat del pacient que es pot veure en el quadre 7 .

Segons el treball elaborat per Feng, Bobay y Weiss (2008)<sup>101</sup> per als professionals de la salut, les infermeres en particular, els valors que estan lligats a seguretat són el més important i per tant afecta el seu comportament de seguretat. Les normes de seguretat com expressió dels valors i les creences, se centren en les normes no escrites que orienten les infermeres en les conductes de seguretat, i transmeten un sentit d'identitat, "això és el que som i així és com fem les coses".

Aquests comportaments de seguretat són únics per cada unitat o grup i conformen el patró cultural del grup. Així mateix, per a una mateixa organització en el seu conjunt, poden diferir d'un departament o unitat a l'altra. Aquests comportaments de seguretat o les normes s'integren en la cultura general i el canvi es produeix a través de l'organització o unitat o a nivell individual, de la mateixa manera pot passar quan s'incorpora personal nou, que a vegades introdueixen elements culturals nous a dins de l'organització.

**Quadre 7: Les dimensions de la cultura de la seguretat del pacient en diferents estudis empírics**

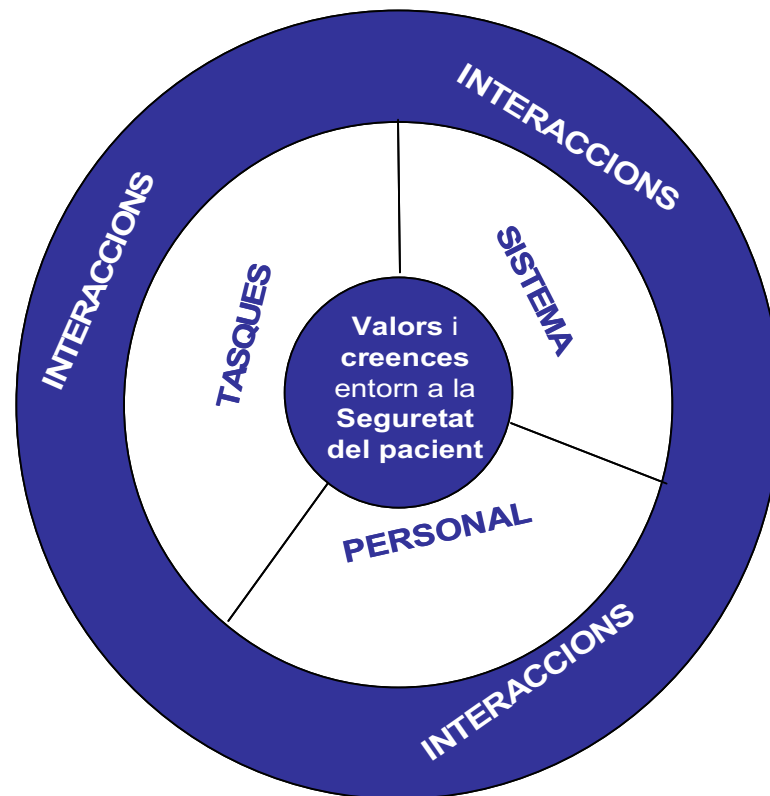
Autors	Dimensions de la cultura de seguretat dels pacients
<b>Sorra et al.</b> <sup>3</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La percepció general de seguretat</li> <li>• Freqüència de notificar els esdeveniments</li> <li>• Expectatives i accions del supervisor / gerent de la unitat/servei per promocionar la seguretat del pacient</li> <li>• Aprenentatge organitzatiu .La millora contínua</li> <li>• El treball en equip dins de les unitats</li> <li>• Comunicació obertura</li> <li>• Feedback i la comunicació sobre l'error</li> <li>• Resposta no punitiva a l'error</li> <li>• Dotació de Personal</li> <li>• Suport de la gerència de l'hospital a la seguretat del pacient</li> <li>• Canvis de torn i transicions dins de l'hospital</li> <li>• El treball en equip entre les unitats/serveis hospitalaris</li> </ul>
<b>Sexton et al.</b> <sup>111</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El clima de treball en equip</li> <li>• La satisfacció en el treball</li> <li>• La percepció de la gestió</li> <li>• El clima de seguretat</li> <li>• Les condicions de treball</li> <li>• El reconeixement de l'estrès</li> </ul>
<b>Singer et al.</b> <sup>91</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'organització (visió de l'alta direcció, comunicació amb els comandaments, es preocupa per la seguretat, mesures per evitar riscos, ...)</li> <li>• El departament (el personal està format, es treballa per reduir els riscos, es revisa l'acompliment dels objectius, ...)</li> <li>• Producció (dotació de recursos, fer la feina de forma ràpida, falta de temps, ...)</li> <li>• Notificacions / recerca d'ajuda (facilitat en fer notificacions, conseqüències de les notificacions, ...)</li> <li>• La vergonya / autoconsciència (vergonya en manifestar els errors, errors a conseqüència de la fatiga, ...)</li> </ul>
<b>Zohar et al.</b> <sup>112</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientació al pacient</li> <li>• El desenvolupament professional</li> <li>• El treball en equip</li> </ul>

**Font:** Reiman T, Pietikäinen E, Oedewald P. <sup>92</sup>

La cultura de la seguretat del pacient és un marc complex que involucra diverses dimensions que guien molts comportaments discrecionals de la seguretat del pacient <sup>34,111</sup>. Segons Feng, Bobay i Weiss <sup>101</sup> els comportaments

dels professionals estan determinats per diferents subdimensions. En sintetitzen 4 i s'il·lustren les seves relacions a la figura 5.

**Figura 5:** Diagrama de la cultura de la seguretat del pacient segons Feng, Bobay y Weiss



**Font:** Feng X, Bobay K. Weiss M. <sup>101</sup>

Aquestes subdimensions són recíprocament interactives entre sí i són la clau de la seguretat del pacient. En el quadre 8 es descriuen les subdimensions.

**Quadre 8:** Components de la seguretat del pacient per cada subdimensió segons Feng, Bobay y Weiss<sup>101</sup>

Sub-dimensions	Components de cada subdimensió
<b>Sistema</b>	<b>Integritat del sistema.</b> Es refereix a les polítiques de seguretat, les normes i procediments, els pressupostos, la dotació de personal i la programació, les eines i l'equipament d'una organització sanitària.
	<b>Suport del líder.</b> El suport de la gerència és l'element crític per a la creació d'una cultura de la seguretat del pacient.
<b>Personal</b>	<b>Competència personal.</b> Garantia de coneixements tècnics/professionals adequats, habilitats i informació per prestar atenció de salut, a la vegada que es manté la seguretat del pacient.
	<b>Compromís personal.</b> La participació del personal en les decisions sobre la seguretat del pacient i els esforços per mantenir-la
<b>Tasques associades</b>	<b>Comportaments.</b> Si una tasca s'associa amb alta probabilitat de risc per la vida o la salut, el compliment del comportament de seguretat s'espera que sigui alt.
<b>Interaccions</b>	<b>Comunicació.</b> En les organitzacions amb alta cultura de seguretat del pacient la comunicació tendeix a ser més oberta, menys censurable i solidària
	<b>Aliances.</b> Per una banda les aliances amb els pacients i les famílies, per l'altra amb els diferents professionals o proveïdors de servei amb que interactua cada professional.

Font: Elaboració pròpia a partir de Feng, Bobay y Weiss<sup>101</sup>

### 5.2.1 La cultura de seguretat i resultats de salut

Encara que hi ha divergències, quan al impacte que la cultura de la seguretat del pacient té sobre els resultats, fomentar la cultura és avançar cap a la seguretat del pacient. Hi ha estudis que relacionen moderadament la percepció del clima de seguretat del pacient amb una reducció de la mortalitat i una disminució de l'estada<sup>83</sup>, altres estudis han relacionat els indicadors de seguretat del pacient (PSI) que determina la AHRQ i posen de manifest que les taxes de complicacions intrahospitalàries i els esdeveniments adversos es relacionen amb actituds positives lligades a la cultura de seguretat<sup>84</sup>.



Un estudi holandès<sup>85</sup> va trobar associacions entre la gestió institucional de la qualitat i la gestió de les mesures preventives, encara que no va trobar associació amb la disminució de les nafres per pressió.

Un estudi efectuat amb 67 hospitals als EUA relacionava els resultats d'una enquesta de clima de seguretat amb la taxa de reingressos als 30 dies de l'alta i posava de manifest una associació positiva significativa entre valors baixos del clima de seguretat i majors taxes de reingrés per infart agut de miocardi i per insuficiència cardíaca<sup>86</sup>.

### 5.2.2. La mesura de la cultura de seguretat del pacient i el clima

L'interès per caracteritzar la cultura de la seguretat dels pacients i poder fer un monitoratge per avaluar l'impacte de les intervencions, ha promogut la cerca d'eines de mesura del clima de seguretat del pacient en els hospitals. Hi ha múltiples publicacions sobre l'ús d'instruments de mesura de la cultura de seguretat del pacient<sup>111, 113-119</sup>. En particular, hi ha dos qüestionaris que són els més utilitzats, i han estat traduïts i/o adaptats en diferents països:

- *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*<sup>111</sup>.
- *Hospital Survey on Patient Safety Culture*<sup>3</sup> (HSPSC) de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2008)

Un altre instrument molt interessant és el *Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)*<sup>120</sup>, promogut per la *National Patient Safety Agency* del National Health Service. En comparació amb els dos qüestionaris esmentats, té la particularitat de que és una matriu d'avaluació que es recomana utilitzar en grup (equips directius, equips de salut, grups de seguretat) i que pretén reflexionar sobre la cultura de seguretat i els processos de gestió de riscos, i orienta sobre les febleses i les forteses de l'organització i les accions a emprendre.

Aquest instrument avalua deu dimensions que coincideixen amb el HSPSC i que es detallen a continuació:

1. Compromís amb la millora contínua global
2. Es dona prioritat a la seguretat
3. Errors del sistema i la responsabilitat individual
4. Registre dels incidents i les millors pràctiques
5. L'avaluació dels incidents i les millors pràctiques
6. Aprenentatge i el canvi a efectuar
7. La comunicació sobre temes de seguretat
8. Administració de personal i qüestions de seguretat
9. Educació i formació del personal
10. Treball en equip

El MaPSaF està dissenyat per ajudar a l'equip avaluador a:

- reconèixer que la seguretat del pacient és un concepte complex i multidimensional; facilita la reflexió sobre la cultura de la seguretat del pacient d'una organització o d'un equip;
- estimular la discussió sobre les fortaleses i debilitats de la cultura de la seguretat del pacient dins de l'equip o l'organització;
- detectar les diferències de percepció entre els grups de professionals; ajuda a entendre com pot transformar-se una organització amb una cultura de seguretat més madura;
- ajudar a avaluar qualsevol intervenció específica per canviar la cultura de la seguretat de la seva organització i equip.

Per cadascuna de les 10 dimensions, la matriu d'avaluació descriu 5 nivells del grau de maduresa que té la cultura de seguretat dels pacients dins de la organització, unitat o servei (veure quadre 9 a la pàgina següent) i permet classificar per cada dimensió el nivell en que es troba l'àmbit que s'avalua.

Els dos qüestionaris citats s'utilitzen per conèixer quina és la percepció dels professionals sobre els aspectes relacionats amb la cultura de seguretat del pacient o conèixer de forma prospectiva l'evolució del clima amb l'ús de l'eina de forma sistemàtica i periòdica dins de l'organització. La seva utilització és en l'àmbit d'una tipologia d'unitats (UCI's, urgències, cirurgia, pediatria, ...), d'un grup professionals o en l'àmbit de tot un hospital o d'una mostra de centres d'un país. Sigui quin sigui el grup d'anàlisi, la finalitat que persegueixen és valorar quines poden ser les estratègies a seguir i quines són les àrees de millora.

**Quadre 9:** Nivells de maduresa de la cultura de seguretat del pacient segons el *Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)*.

Codi	Descripció
<b>A</b>	<b>Patològica:</b> Per què hem de perdre el temps en assumptes de seguretat dels pacients?
<b>B</b>	<b>Reactiva:</b> Ens prenem seriosament la seguretat del pacient i fem alguna cosa quan tenim un incident
<b>C</b>	<b>Burocràtica:</b> Disposem de sistemes en marxa per la gestió de la seguretat dels pacients
<b>D</b>	<b>Proactiva:</b> Sempre estem en alerta / reflexió sobre les qüestions de seguretat del pacient que puguin produir-se
<b>E</b>	<b>Generadora:</b> La gestió de la seguretat del pacient és una part integrant de tot el que fem

Font: *Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)*. Acute.The University of Manchester. National Patient Safety Agency.2006. [www.npsa.nhs.uk](http://www.npsa.nhs.uk)

El qüestionari d'autoavaluació *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), contempla les característiques sociodemogràfiques de l'enquestat i avalua sis factors que es descriuen al quadre 10 i presenta algun dels ítems per cadascun d'ells. Està compostat per seixanta ítems, alguns dels quals estan formulats negativament i es respon mitjançant una escala *Likert* de cinc punts (Molt en desacord, Molt poc en desacord, Neutre, Poc d'acord, Molt d'acord).

És un qüestionari que ha estat àmpliament utilitzat en diferents tipus d'unitats d'hospitalització, especialment en les unitats de cures intensives ha estat traduït a diversos idiomes, presenta bones qualitats psicomètriques i té diferents versions segons l'àmbit d'aplicació.

**Quadre 10:** Descripció d'alguns dels ítems per cada factor o dimensió del *Safety Attitudes Questionnaire*

Definició del factor	Descripció d'algun ítem
<b>Clima de treball en equip:</b> la qualitat percebuda de la col·laboració entre el personal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Els desacords es resolen adequadament (és a dir, no qui té la raó, sinó el que és millor per al pacient)</li> <li>▪ Els nostres metges i infermeres treballen junts com un bon equip coordinat</li> </ul>
<b>Satisfacció en el treball:</b> la positivitat de l'experiència laboral.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ M'agrada la meva feina</li> <li>▪ Aquesta unitat de vigilància intensiva és un bon lloc per treballar</li> </ul>
<b>Les percepcions de la gestió:</b> l'aprovació de les mesures de gestió.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La direcció dóna suport als meus esforços diaris en aquesta unitat</li> <li>▪ La gerència està fent una bona feina</li> </ul>
<b>El clima de seguretat:</b> visió d'una estructura organitzativa forta i un compromís proactiu amb la seguretat.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Em sento perfectament segur del que s'està tractant aquí</li> <li>▪ Personal de l'UCI amb freqüència fa cas omís de les normes o directrius</li> </ul>
<b>Les condicions de treball:</b> la qualitat percebuda de l'entorn de treball i el suport logístic (personal, equip, etc).	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Els nostres nivells de dotació de personal són suficients per manejar el nombre de pacients que hi ha</li> <li>▪ En aquesta unitat l'equipament és adequat</li> </ul>
<b>Reconeixement de l'estrès:</b> reconeixement de com el rendiment es veu influenciat per factors d'estrès.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En condicions de fatiga jo sóc menys eficaç en el treball</li> <li>▪ Quan la meva càrrega de treball és excessiva, el meu rendiment es deteriora</li> </ul>

**Font:** Sexton JB , Helmreich RL, Neilands TB et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. BMC Health Serv Res. 2006 Apr 3;6:44.

L'HSPSC, és un qüestionari del que s'han demostrat bons criteris psicòmètrics, incloent l'anàlisi de temes, l'anàlisi factorial exploratòria, l'anàlisi factorial confirmatòria i la correlació entre l'anàlisi i la fiabilitat<sup>121-126</sup>. També ha estat traduït a diversos idiomes i s'està utilitzant anualment de forma sistemàtica als EUA (620 hospitals el 2012)<sup>127</sup>, i s'ha utilitzat a diferents països d'Europa<sup>96, 128-135</sup> el Líban<sup>136</sup>, l'Àrabia Saudita<sup>137</sup>, la Xina<sup>138</sup>, Corea<sup>139</sup> i el Japó<sup>140</sup>.

A Espanya també s'ha utilitzat a partir d'un estudi encomanat per la *Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud* i realitzat des de la *Universidad de Múrcia*<sup>5</sup>.

El qüestionari explora:

A) Set dimensions dels aspectes de la cultura de la seguretat a nivell d'unitat organitzativa:

- Expectatives i accions de la direcció/supervisió de la unitat/servei per promoure la seguretat (4 ítems),
- Aprenentatge organitzacional, Millora Contínua (3 ítems),
- El treball en equip dins de les unitats/serveis (4 ítems),
- Franquesa en la comunicació oberta (3 ítems),
- Feedback i comunicació sobre els errors (3 ítems),
- Resposta no punitiva als errors (3 ítems),
- Dotació de personal (4 ítems).

B) Tres dimensions de cultura de seguretat del pacient a nivell hospitalari:

- Suport per part de la gerència de l'hospital en la seguretat del pacient (3 ítems),
- Treball en equip entre les unitats de l'hospital (4 ítems),
- Els problemes en els canvis de torn i les transicions entre serveis/unitats (4 ítems).

C) Finalment, s'hi inclouen dos dimensions de resultat

- Percepció general de seguretat del pacient (4 ítems),
- Freqüència de la notificació d'esdeveniments adversos (3 ítems),

Adicionalment inclou dues variables quantitatives de resultat:

- Grau de seguretat del pacient (de la Unitat/Servei de l'hospital) (1 ítem),
- El nombre d'esdeveniments reportats (1 ítem).

Sorra i Nieva<sup>3</sup>, autors del HSPSC, defineixen cultura de seguretat del pacient com "el producte dels valors de la persona i del grup, les actituds, percepcions, competències i patrons de comportament que determinen el compromís d'una organització i l'estil de la gestió de la seguretat".

Per consultar una informació més ampla sobre els tres instruments es pot accedir a les eines i a les recomanacions de com administrar-les i analitzar-les (veure quadre 11)

**Quadre 11 . Webs d'Informació sobre els qüestionaris SAQ, HSPSC i MaPSaF**

**SAQ:** [http://www.uth.tmc.edu/schools/med/imed/patient\\_safety/questionnaires/registration.html](http://www.uth.tmc.edu/schools/med/imed/patient_safety/questionnaires/registration.html)

**HSPSC:** <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospsurvindex.htm>

**MaPSaF:** <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59796>

### **5.2.3. Clima versus cultura de seguretat del pacient**

Quan s'utilitzen qüestionaris per estudiar, a nivell de grup, les percepcions dels individus, el terme més apropiat a utilitzar, és "el clima". Per clima s'entén que són els aspectes més fàcilment mesurables de la cultura de la seguretat. Donat que les enquestes no solen ser capaces de mesurar tots els altres aspectes de la cultura (els comportaments, els valors i les competències), generalment s'utilitza el terme clima i cultura indistintament.

En aquest treball hem fet servir majoritàriament el terme cultura de la seguretat del pacient, encara que es presenten els resultats d'una enquesta que valora comportaments i actituds relacionades amb la cultura de seguretat dels pacients.



## **5.3 Context general i local: Catalunya i el Consorci Sanitari Integral**

### **5.3.1. Entorn econòmic actual. La crisi econòmica**

Tot aquest moviment per la seguretat del pacient actualment està emmarcat per la forta crisi econòmica que està condicionant de manera molt important la provisió de serveis públics a Catalunya.

Els efectes d'aquesta crisi econòmica, d'abast mundial, té un gran impacte sobre els diferents serveis públics i concretament a Catalunya l'escenari és similar.

Aquesta nova realitat econòmica influeix directament sobre el sector farmacèutic i sobre els proveïdors de serveis sanitaris, que pateixen l'any 2011 un ajustament important per la reducció de tarifes, reducció de la contractació de serveis i implantació de noves mesures de copagament farmacèutic entre altres.

Aquesta crisi econòmica té també una influència considerable en la vida laboral dels professionals de la salut, que experimenten l'impacte al veure minvat el seu poder adquisitiu (congelació i reducció salarial) i al tenir en risc els llocs de treball.

Promoure la cultura de seguretat dels pacients en aquests entorn és una empresa difícil, però irrenunciable.

### **5.3.2. La promoció de la cultura de seguretat del pacient a Catalunya**

Per iniciativa del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya l'any 2005 es va promoure l'Aliança per la Seguretat dels Pacients a Catalunya amb la finalitat d'establir una xarxa de grups d'interès que s'impliquessin en la seguretat dels pacients i en la integració de les idees que potenciessin la conscienciació i l'abordatge de la temàtica promoguda per la OMS a Catalunya. L'Aliança estava composta pel Departament de Salut, l'Institut Català de la Salut, el Consorci Hospitalari de Catalunya, la Unió Catalana d'Hospitals, l'Agrupació Catalana d'Establiments Sanitaris i l'Institut Avedis Donabedian.

Per altra banda i en la mateixa línia, es van promoure projectes de recerca centrats en la seguretat dels pacients amb la participació de la majoria de les societats científiques en col·laboració amb l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears.

En aquest marc es van promoure projectes multicèntrics i es van dur a terme diverses iniciatives dirigides a la reducció de la infecció nosocomial, la seguretat en l'ús de la sang i hemoderivats i en la prevenció dels errors de medicació.

Una altra línia d'actuació va ser l'impulsar pràctiques segures i proporcionar l'adopció d'eines metodològiques de treball per crear i consolidar de forma progressiva una cultura de seguretat dels pacients en els centres assistencials, que partia de la implicació dels líders dins de les organitzacions sanitàries.

L'any 2008 des del Departament de Salut i dins del projecte de l'Aliança per a la Seguretat dels Pacients iniciat el 2005, es van impulsar un seguit de programes dirigits a impulsar de manera ferma la seguretat dels pacients en els hospitals de Catalunya

Un pas important en el compromís per a la seguretat del pacient va ser l'any 2009. Davant de la necessitat d'alineació amb l'estratègia en seguretat dels pacients del Pla de Salut de Catalunya a l'horitzó 2010, es va crear el Servei de Promoció de la Seguretat del Pacient, estructurat en dues unitats funcionals:

- la Unitat Funcional de Seguretat dels Pacients, amb funcions de desenvolupament d'estratègies i realització de treball de camp (com, per exemple, auditories de seguiment de projectes), i
- la Unitat Funcional d'Avaluació i Recerca en Qualitat Assistencial, amb les funcions de l'elaboració del quadre de comandament i del mapa de riscos, el disseny d'instruments de mesura de la seguretat, el *benchmarking*, l'avaluació dels projectes proposats i portats a terme, i el desenvolupament del Canal Seguretat dels Pacients i del programa anual de formació continuada en seguretat<sup>141</sup>.

Arran d'aquest impuls es van promoure diversos projectes de seguretat del pacient que aplegaven més de 700 professionals implicats en 100 centres assistencials de diferents àmbits<sup>142</sup>. Els projectes més destacats eren la prevenció de la infecció nosocomial hospitalària a través d'estratègies d'higiene de les mans, la identificació inequívoca de pacients, la Bacterièmia Zero associada a catèters en les unitats de cures intensives (UCI) i fora de les UCI, les pràctiques segures en la prevenció de caigudes de pacients, la prevenció de la infecció quirúrgica colorectal, la prevenció d'incidents en cirurgia (llista de verificació quirúrgica), les pràctiques segures en l'avaluació anestèsica preoperatòria, la promoció de la instauració de programes de conciliació de la medicació en pacients hospitalitzats i l'ús d'eines de suport a la prescripció segura de medicaments, entre els més destacats.

A més d'aquests projectes, es va promoure un abordatge integral de la seguretat dels pacients en els centres hospitalaris en diverses àrees: les UCI, les unitats d'hospitalització, els serveis d'urgències, i les àrees quirúrgiques. Aquests projectes van mobilitzar professionals d'aquestes àrees de 24 hospitals de Catalunya i va significar un desplegament extens de la cultura de seguretat dels pacients dins dels hospitals i en les àrees de major risc.

L'Hospital General de l'Hospitalet va ser un dels 24 hospitals i s'hi va implicar activament en les àrees d'Urgències i Quirúrgica.



L'any 2010 i arran d'aquest projecte, en gran part d'aquests 24 hospitals (els tres hospitals del CSI inclosos), es va instaurar el sistema notificació d'esdeveniments adversos del *Ministerio de Sanidad y Política Social*: el SiNASP (*Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente*). La formació als gestors del sistema i la seva implantació en els centres també va comportar una major sensibilització dels professionals dels hospitals per la seguretat dels pacients.

Altrament, l'estratègia en seguretat dels pacients de Catalunya va marcar les següents línies estratègiques:

1. Impulsar la cultura de la Seguretat (creació del Consell Assessor de la Seguretat dels Pacients),
2. Difondre el coneixement de la Seguretat (cursos i jornades en seguretat del pacient)
3. Implicar els professionals i els pacients, (promoció de la participació dels professionals en activitats formatives i projectes de seguretat)
4. Establir fòrums de comunicació (impuls dins del Canal Salut del Canal Seguretat de Pacients)

### 5.3.3. Context local: el Consorci Sanitari Integral (CSI)

El CSI és una entitat pública de serveis sanitaris, socials i socio-sanitaris que està participada pel Servei Català de la Salut, l'Institut Català de la Salut, els Ajuntament de l'Hospitalet i de Sant Joan Despí, El Consell Comarcal del Baix Llobregat i la Creu Roja. Va néixer l'any 2000 amb la unió de l'Hospital de la Creu Roja de Barcelona i el de l'Hospitalet de Llobregat

En aquest temps ha passat a gestionar al voltant de 20 centres de Barcelona, Hospitalet de Llobregat i el Baix Llobregat dels àmbits de l'atenció primària, hospital d'aguts, socio-sanitari, residències, Servei d'Avaluació de la Dependència i Servei d'Atenció Domiciliària, i a multiplicat per tres la xifra de professionals (al voltant de 3000).

Actualment està immers en un procés de canvi i d'innovació particularment centrat en la fusió dels tres centres hospitalaris de l'Hospitalet i Sant Joan Despí i per la implantació del sistema de gestió *Leanhealthcare* una iniciativa pionera a Espanya, a tota la organització. Tot això dins del marc de la crisi econòmica que afecta a tota la societat i els serveis de salut en particular.

El CSI es defineix com una organització modèlica de persones per a persones, que està compromesa amb la societat i vetlla per la continuïtat assistencial a través dels centres i dels professionals. Es defineix també modèlica per la qualitat dels serveis, la satisfacció dels pacients, el desenvolupament dels seus professionals i pels resultats econòmics que la fan viable.

El Consorci compta d'una definició acurada dels seus valors corporatius i comportaments elaborats de forma consensuada amb la participació de més de

1000 dels seus professionals. Els valors corporatius que manifesta, que el guien, són la qualitat professional, el equip, el desenvolupament i el compromís

Definia la visió que la orienta cap a una atenció sanitària integral i modèlica com: *Volem ser una empresa pública de serveis sanitaris i socials centrada en les persones, compromesa amb la societat i modèlica per la qualitat dels serveis, per la satisfaccions dels clients, pel desenvolupament dels professionals i per uns resultats econòmics que la facin viable<sup>a</sup>.*

I definia la seva missió com: *La raó d'ésser del Consorci Sanitari Integral és oferir uns serveis sanitaris i socials de qualitat òptima, basats en les expectatives i necessitats dels ciutadans, en l'evidència científica, la continuïtat assistencial i l'atenció integral, mitjançant la utilització eficient dels recursos i amb professionals competents, compromesos i satisfets. El Consorci ha de promoure la docència, la recerca i la innovació.*

És una organització que compta amb tres hospitals d'aguts, l'Hospital Dos de Maig de Barcelona, l'Hospital General de l'Hospitalet i l'Hospital Sant Joan Despí-Moises Brogi que donen assistència a una població de referència de més de 600.000 habitants; i un Hospital Sociosanitari a l'Hospitalet de Llobregat.

Els centres hospitalaris d'aguts han estat en més d'una ocasió entre els TOP 20<sup>b</sup> dels centres de referència de la sanitat a tot l'estat espanyol.

El Consorci ha obtingut reconeixements en la gestió i la qualitat com el segell de bronze de la qualitat europea i múltiples certificacions ISO. Les enquestes de satisfacció que han completat els usuaris col·loquen el centres entre els millors de Catalunya.

Està adherit al Pacte Mundial, una iniciativa internacional de Nacions Unides que té per objectiu aconseguir un compromís voluntari en responsabilitat social a través de la implantació de 10 principis basats en drets humans, laborals, mediambientals i de lluita contra la corrupció

Des de l'inici del Consorci, fins als inicis de la crisi econòmica, la eficàcia dels professionals i dels centres havien permès una situació econòmico-financera equilibrada. Fet que va possibilitar el finançament d'inversions i de reposició d'equipaments i de nous serveis i projectes.

El Centre de Serveis Compartits del Consoci aplega els serveis que donen suport i servei a tota l'organització:

- Atenció al ciutadà i treball social
- Comunicació

---

<sup>a</sup> [www.csi.cat](http://www.csi.cat)

<sup>b</sup> TOP 20, és un programa de participació gratuït i anònim, en el que estan convidats a participar tots els hospitals d'aguts d'Espanya i que dona guardons als centres amb millors resultats en qualitat, adequació i eficiència

- Economia i finances
- Infraestructures
- Planificació i **Seguretat del pacient**
- Sistemes d'informació
- Recursos humans

Entre el 2003 al 2010, el CSI celebrava cada any els Premis Consorci que reconeixien i premiaven el treball amb qualitat, l'aplicació de mètodes de millora en el treball i la bona pràctica dels seus professionals. També es donava un premi als valors corporatius, beques i ajuts a la recerca de la Fundació Assaig. L'any 2010 es va incorporar el premi als millors treballs relacionats amb la seguretat dels pacients.

Fruit dels canvis organitzatius i dels necessaris ajustos econòmics que a patit el CSI en els darrers anys, no s'ha fet cap més convocatòria durant el període que afecta a aquesta recerca.

El 2010 es va rebre el Premi Nacional a la Innovació en la Qualitat Assistencial del Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat 2010.

### **Dates més destacades a nivell d'estructura organitzativa**

El present estudi se centra en el període que s'inicia el juny del 2009 quan es realitza una primera enquesta de cultura de seguretat del pacient a l'Hospital General de l'Hospitalet i a l'Hospital Sociosanitari de l'Hospitalet fins el març del 2012 en que es realitza la segona enquesta. Durant aquest període l'estructura organitzativa del Consorci Sanitari Integral, ha experimentat alguns canvis que es detallen a continuació en el quadre 12.

**Quadre 12.** Aconteixements més destacats al CSI a nivell organitzatiu general i de l'Àrea de seguretat del pacient en particular.

Mes-Any	Aconteixements més destacats
Juny 2008	Planificació estratègica 2009-2012. Obertura d'una línia d'actuació específica relacionada amb la seguretat del pacient
Febrer 2009	Creació de l'Àrea de Seguretat del Pacient depenent de la direcció de Planificació i Organització del CSI
Març-Desembre 2009	Sessions Formatives sobre Seguretat del Pacients als professionals dels Hospitals del CSI (inclòs Hospital Dos de Maig)
Març-Desembre 2009	Implantació de la metodologia <i>Lean Healthcare</i> al CSI amb 12 projectes lligats a la seguretat del pacient
Juny 2009	Passi de la primera enquesta
Desembre 2009	Formació sobre el sistema de notificació d'incidents i esdeveniments adversos (SiNASP) (HGH i HSH)
Febrer 2010	Obertura gradual de l'Hospital Sant Joan Despí amb el 20% de la plantilla i l'equip directiu complet provinent de l'Hospital Dos de Maig de Barcelona. Incorporació d'alguns caps de Servei, comandaments, i resta de la plantilla provinent de diferents hospitals de l'entorn, entre ells alguns del Hospital General de l'Hospitalet i l'Hospital Sociosanitari (fonamentalment infermeres)
Febrer 2010	Posta en marxa del SiNASP a l'Hospitalet (HGH i HSH)
Abril-Maig 2010	Formació sobre el sistema de notificació d'incidents i esdeveniments adversos (SiNASP) a l'HSJD
Maig 2010	Implantació del SiNASP al HSJD
14 maig 2010	XII Premis i ajuts de la Fundació Assaig i els dels II Premis Valors Corporatius. Assistència de 1300 persones. Hotel Hesperia Towers. (Darrer acte anual des del 2008)
Juny 2010	Nota a tot el personal sobre la reducció del salari de tot el personal del 5%
Maig 2010	Sessió amb tots els comandaments del CSI convocada pel Director General per revisar els primers resultats de les Notificacions al SiNASP. I convidar a la implicació de tots en la Seguretat dels Pacient.
Juny 2010	Jornades de Planificació estratègica del CSI. Assistents els directius dels centres i de la corporació. Durada de 2 dies. 1 matí dedicat a la seguretat dels pacients. Sessió de 1h de sensibilització. Passi del cas de la Vincristina. I treball en grups per detectar les àrees de millora relacionades amb la Seguretat dels Pacients dins el CSI. Definició de compromisos.
Juny 2010	Definició i difusió del model assistencial del CSI
Juny 2010	Relleu del Conseller Delegat del CSI

Mes-Any	Aconteixements més destacats
Octubre 2010	Relleu Gerent HGH
Novembre 2010	I Jornada científica a l'HSJD sobre bioètica i seguretat del pacient.
Desembre 2010	Dimissió del Director General del CSI
Gener 2011	Dimissió del Conseller Delegat del CSI
Abril 2011	Abolició de la figura de Director General i nomenament del Gerent del CSI.
Juny 2011	Implantació de la Matriu d'anàlisi dels processos amb la metodologia <i>Lean healthcare</i> . Porta incorporats criteris sobre la seguretat dels pacients.
Febrer 2011	Entrevista L Ferrús i T Casanova (referent de la Seguretat del Pacient a l'HGH) sobre l'ús del SiNASP per la web del SiNASP
Febrer 2011	Reconeixement d'excel·lència. Projecte Bacterièmia Zero. A l'equip professional de la UCI i Servei de Medicina Intensiva de l'Hospital General de l'Hospitalet. Atorgat per pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i la Aliança per la Seguretat del Pacient de Catalunya
25 maig 2011	Presentació del nou organigrama, i estructura organitzativa i cartera de serveis del CSI. Unificació dels Hospitals HGH/HSJ i HSJD. Amb un Director General i un Director assistencial únic per a tot el CSI
8 juliol 2011	Comunicat de premsa del departament de Salut: L'atenció sanitària que ofereix el centre Dos de Maig (HDM) de Barcelona s'integrarà en altres centres ubicats als barris de referència. Aquest anunci comporta un trasbals també pels altres centres del CSI per l'amenaça que comporta als seus llocs de treball si els professionals de l'HDM prefereixen adscriure's als Hospitals del CSI.
13 juliol 2011	Nomenament del President del Consell Rector del CSI <sup>a</sup> (Joaquim Serrahima) en substitució de la Sra. Núria Marin
13 juliol 2011	Comunicat de premsa del President del Consorci Sanitari Integral desmentint el possible trasllat o tancament de l'Hospital General de l'Hospitalet, malgrat l'afectació sobre l'activitat l'obertura de l'Hospital de Sant Joan Despí
Juliol 2011	Dimissió de la Directora de Centres
Setembre 2011	Nomenament de la nova Directora de Centres (ex-directora de Planificació i Seguretat del Pacient del CSI) Nomenament de la nova directora de Planificació i Seguretat del Pacient del CSI

<sup>a</sup> El **Consell Rector** és el màxim òrgan de govern del CSI, entitat pública que gestiona l'activitat sanitària de l'Hospital Dos de Maig, l'Hospital General de l'Hospitalet i l'Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi, entre altres centres. Els seus membres són la **Creu Roja**, el **CatSalut**, el **Consell Comarcal del Baix Llobregat** i els **ajuntaments de l'Hospitalet i de Sant Joan Despí**.

Mes-Any	Aconteixements més destacats
Octubre 2011	Nou model de Gestió del Departament de Salut: Temps de garantia per a les operacions sense risc vital. Circuits ràpids per a malalties de risc vital. Transparència.
17 octubre 2011	Anunci de la Transversalitat en els Hospitals del CSI
23 desembre 2011	En la línia d'avançar cap a la transversalitat, hi ha un nou canvi d'estructura organitzativa i unificació dels Hospitals del CSI: HSJD-HGH i HSH amb un equip directiu únic, unificació dels processos i consideració d'un sol hospital amb tres centres.
Gener 2012	Proposta de canvi organitzatiu: Unificació de serveis (Caps de Servei únics, Gestors de processos unificats). Presentació del nou pla estratègic 2011-2012 del CSI: Sostenibilitat i millora continua
Març 2012	Passi de la segona enquesta de cultura de la seguretat dels pacients

## **TERCERA PART**

### **6. TREBALL EMPÍRIC**





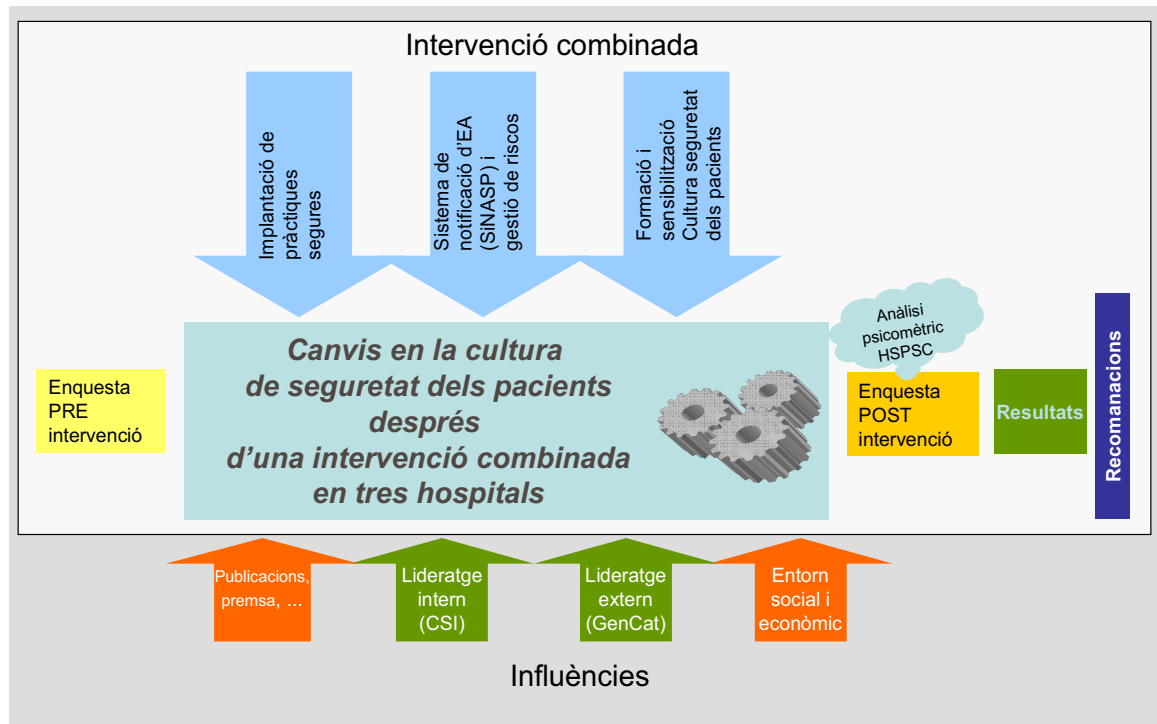
## 6. TREBALL EMPÍRIC

Aquesta part exposa el disseny de la recerca que es concreta per una banda en l'anàlisi descriptiu i bivariàble i la regressió logística per analitzar els canvis després de la intervenció; i per l'altra en l'anàlisi psicomètrica del qüestionari per conèixer la seva consistència i la seva validesa.

Finalment es descriu la tècnica dels grups de discussió, utilitzada per a contribuir a l'anàlisi estadística dels resultats de l'enquesta.

Es pot veure una representació gràfica del projecte a la figura 6.

**Figura 6 .** Representació gràfica del procés de la recerca



## **6.1. Metodologia**

S'ha desenvolupat un projecte de recerca mixt, utilitzant metodologia quantitativa i qualitativa aplicades en l'àmbit de la gestió dels serveis de salut, que ens ha permès fer un abordatge integral de l'estudi

Per assolir l'objectiu general "Descriure les intervencions desenvolupades per millorar la cultura de seguretat dels pacients en tres centres del Consorci Sanitari Integral" s'ha emprat la tècnica d'anàlisi documental formal i de contingut.

Per assolir l'objectiu general "Avaluar l'efectivitat de la intervenció combinada sobre la percepció dels professionals entorn a la cultura de seguretat dels pacients" s'ha utilitzat l'anàlisi estadística de les dades obtingudes a través d'una enquesta de percepció sobre la cultura de seguretat del pacient als professionals sanitaris del CSI.

Per a l'objectiu general "Efectuar l'anàlisi psicomètrica de la versió en català del qüestionari HSPSC de la AHRQ." s'ha utilitzat la metodologia d'anàlisi dels components principals.

Per contribuir a l'anàlisi i la discussió de les dades vàrem recórrer a la tècnica dels grups de discussió, per comprendre els fenòmens estudiats des d'una perspectiva més rica i directa dels propis professionals

### **6.1.1. Àmbit d'estudi**

L'estudi es va dur a terme en 3 Hospitals del Consorci Sanitari Integral (CSI): Hospital Sociosanitari de l'Hospitalet, Hospital General de l'Hospitalet, Hospital de Sant Joan Despí situats a l'àrea metropolitana de Barcelona.

### **6.1.2. Període d'estudi**

Es va estudiar el període comprès entre juny del 2009 (moment PRE) fins el març del 2012 (moment POST).

Fins el mes de juny del 2009 el desenvolupament d'accions dirigides a promoure la seguretat del pacient en el CSI eren encara incipients i durant l'estudi es van endegar projectes encaminats a promoure la cultura de la seguretat dels pacients.

### 6.1.3. Metodologia quantitativa

S'ha fet un estudi quasi-experimental preintervenció-postintervenció (PRE-POST) d'un sol grup, longitudinal, prospectiu i explicatiu.

#### 6.1.3.1. Subjectes d'estudi

S'ha utilitzat una mostra censal. Els subjectes d'estudi eren tots els professionals sanitaris que treballaven en el CSI en el moment de fer l'enquesta amb una antiguitat superior a 8 mesos: infermeres, auxiliars d'infermeria, metges, farmacèutics, auxiliars sanitaris, tècnics de grau mig (laboratori, anatomia patològica i diagnòstic per la imatge) i personal administratiu de suport a l'assistència.

La mostra es va obtenir a partir del llistat de l'àrea de recursos humans del CSI que incloïa els professionals amb les característiques esmentades.

El total de la mostra censal ha estat de 3.581 individus (1.664 en el moment PRE i 1.917 en el moment POST).

#### 6.1.3.2. Criteris d'inclusió i exclusió

##### Criteris d'inclusió:

Tots els professionals esmentats que treballaven als tres hospitals des de més de 6 mesos en el moment de fer la selecció dels participants (2 mesos abans de l'entrega dels qüestionaris).

##### Criteris d'exclusió:

Els professionals que estaven de baixa laboral, de vacances o amb permís durant el període de recollida dels qüestionaris.

#### 6.1.3.3. Instrument d'avaluació

Per la mesura del clima de seguretat del pacient, s'ha utilitzat la versió castellana adaptada per Gascón<sup>143</sup> del qüestionari HSPSC de la AHRQ, traduïda al català. A tal efecte s'ha obtingut l'autorització del Dr. Juan José Gascón Cánovas (professor titular del Àrea de Medicina Preventiva y Salud Pública) de la Universidad de Múrcia.

Per a la versió en català s'ha fet una traducció al català per part de dos catalanoparlants i una retrotraducció al castellà per part de dos castellanoparlants. Amb dos rondes es va consensuar el text en català.

El qüestionari té 53 preguntes, que s'agrupen en 4 seccions.

**Secció A)** Per valorar el servei/unitat on desenvolupa la major part del seu temps de treball (22 preguntes)

**Secció B)** Per valorar el centre (11 preguntes)

**Secció C)** Valora la comunicació en el servei/unitat on desenvolupa la major part del seu temps de treball (9 preguntes)

**Secció D)** Informació complementària (11 preguntes)

Les tres primeres seccions tenen 42 variables en forma d'afirmació que dona 6 opcions de valoració tipus Likert (Molt d'acord, D'acord, Neutra, En desacord, Molt en desacord i No sap/No contesta). Algunes afirmacions (24) estan formulades en sentit positiu i altres en sentit negatiu (18).

La secció D té 11 variables. La pregunta 43 demana valorar del 1 al 10 el grau de seguretat del pacient en el seu servei/unitat.

Les preguntes 44 fins a la 47 corresponen a l'any que va començar a treballar en la professió/especialitat, en que va començar al centre i en que va començar en el servei/unitat, i quantes hores treballa a la setmana.

La pregunta 48 planteja quants incidents ha notificat per escrit.

La pregunta 49 demana si el participant té habitualment contacte directe amb el pacient.

Les preguntes 50 a la 52 corresponen al principal servei/unitat de treball, la posició laboral (grup professionals) i el centre de treball respectivament.

La pregunta 53 demana qualsevol comentari addicional sobre la seguretat del pacient que no s'hagi tractat en el qüestionari.

El qüestionari anava acompanyat per una carta de la Direcció General que invitava a la participació, i a la revista digital corporativa del CSI hi havia una nota també que convidava a participar. En l'annex 1 es pot veure el qüestionari utilitzat.

#### **6.1.3.4. Recollida de dades**

##### Pre-intervenció

Hi ha dos moments que han estat considerats Pre-intervenció:

- el mes de juny del 2009, per l'Hospital General de l'Hospitalet i l'Hospital Sociosanitari de l'Hospitalet en que es van distribuir 862 qüestionaris,
- i el mes de juny del 2010 (any d'obertura de l'hospital) per l'Hospital Sant Joan Despí, en que es van distribuir 802 qüestionaris.

##### Post-intervenció

Es van distribuir 1.917 qüestionaris en els tres hospitals durant el mes de març del 2012 .

### 6.1.3.5. Sistema de distribució dels qüestionaris

En les dues fases (PRE i POST), es van distribuir els qüestionaris a través dels comandaments intermedis. A la vegada, es van col·locar cartells convidant els professionals a participar.

El termini de resposta va ser de 4 setmanes, es va fer un recordatori a les dues setmanes i es van deixar les urnes dues setmanes més anunciant l'allargament del termini de recollida a través de la revista digital corporativa. Els qüestionaris contestats els dipositaven en urnes habilitades a tal efecte en cada centre.

Mentre es feien les enquestes dels anys 2009 i 2012, de forma simultània, es feia també una enquesta de cultura de la seguretat del pacient als professionals dels altres dispositius assistencials del CSI.

### 6.1.3.6. Principals variables d'estudi

#### Variables independents:

S'estudien 5 variables independents

- ✓ 1) El moment de l'enquesta, que presenta dos opcions:
  - abans de la intervenció (PRE) (anys 2009 i 2010)
  - després de la intervenció (POST) (any 2012)
- ✓ Característiques sociolaborals dels professionals:
  - 2) centre en el que treballa el professional
  - 3) anys que treballa en el centre
  - 4) professió
  - 5) contacte directe amb el pacient

#### Variables dependents

S'estudien 56 variables dependents, que es detallen a continuació:

- 42 afirmacions sobre la cultura de seguretat del pacient
- 12 dimensions compostes per les 42 afirmacions
- La valoració global a la seguretat del pacient percebuda (de 1 a 10)
- El nombre de notificacions d'esdeveniments adversos

A continuació es presenta per cada una de les 12 dimensions les afirmacions que les componen (en total 42).

#### 1.FREQÜÈNCIA DELS EVENTS NOTIFICATS

P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient

P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient

P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient

## **2.PERCEPCIÓ DE SEGURETAT**

- P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient
- P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència
- P.10.- No es produeixen més fallades per casualitat
- P.17.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"

## **3.ESPECTATIVES I ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ DE LA UNITAT/SERVEI QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT**

- P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient
- P.20.- El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient
- P.21.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient
- P.22.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment

## **4.APRENENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ**

- P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient
- P.09.- Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou
- P.13.- Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat

## **5.TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI**

- P.01.- El personal es recolza mutuament
- P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar
- P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte
- P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el company

## **6.FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ**

- P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat
- P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps
- P.39.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta

## **7.FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS**

- P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme
- P.36.- Se'ns informa dels errors que passen en aquest servei/unitat
- P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar

## **8.RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS**

- P.08.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comès algun error, ho utilitzen en la teva contra
- P.12.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"
- P.16.- Quan es comet un error, el personal te por que això quedi en el seu expedient

## **9.DOTACIÓ DE PERSONAL**

- P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball
- P.05.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora

P.07.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal

P.14.- Treballem sota pressió per a realitzar moltes coses massa depressa

#### **10.SUPORT DE LA GERÈNCIA DEL HOSPITAL A LA SEGURETAT DEL PACIENT**

P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient

P.30.- La gerència/direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats

P.31.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient

#### **11.TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS**

P.26.- Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament

P.24.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen bé entre elles

P.32.- Els serveis/unitats treballen de forma coordinada entre sí per a proporcionar la millor atenció possible als pacients

P.28.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats

#### **12.PROBLEMES EN ELS CANVIS DE TORN I TRANSICIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS**

P.25.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra

P.27.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient

P.29.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic

P.33.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.

I finalment el qüestionari donava l'opció al participant a fer comentaris oberts entorn a la seguretat del pacient.

#### **6.1.3.7. Tractament de les dades**

La gravació de les dades del qüestionari l'ha fet una empresa especialitzada (ODEC<sup>a</sup>) que assegura la doble entrada per garantir la fiabilitat de les dades. Per a l'anàlisi de les dades s'ha utilitzat el programa estadístic SPSS per a Windows versió 18.0.

Es va crear una base de dades única que contenia els registres de l'enquesta del 2009 i del 2010 que s'ha considerat el moment preintervenció (PRE) i els de l'enquesta del 2012 que era considerat el moment postintervenció (POST).

Les respostes a les 42 afirmacions i les 12 dimensions sobre cultura de seguretat del pacient i el grau de seguretat del pacient percebut en el centre, s'han analitzat en base a les variables independents: moment de l'enquesta, centre de treball, anys de treball en el centre i grup professional :

<sup>a</sup> ODEC : <http://www.odec.es/web/quest>

#### A. Moment de l'enquesta

Les respostes s'han classificat segons fossin del 2009 i 2010 considerat el moment PRE o del 2012 considerat el moment POST.

#### B. Centre de treball

S'ha classificat les dades segons el centre de treball:

- Hospital General de l'Hospitalet
- Hospital Sociosanitari de l'Hospitalet
- Hospital Sant Joan Despí.

#### C. Anys de treball en el centre:

Per la variable anys de treball en el centre, s'han classificat les respostes segons dues categories:

- els qui fa 5 anys o menys que treballen en el centre
- els qui fa més de 5 anys.

Aquesta categorització pretén distingir els qui estan integrats a la organització dels qui són nous. Es va considerar que 5 anys són un període suficient perquè un professional conegui la organització.

#### D. Grup professional

Per la variable grup professional s'han creat 3 categories segons professió del qui contesta l'enquesta:

- metges i farmacèutics
- infermeres i auxiliars d'infermeria
- altres professionals.

El nombre de farmacèutics era reduït i es van agrupar amb els metges per la similitud en la titulació i les condicions laborals a l'hospital. Les infermeres i les auxiliars d'infermeria s'han agrupat per que en general treballen en equips mixtes i tenen cura dels pacients de forma conjunta.

En el grup d'Altres professionals s'han posat tots els professionals restants. Està compostat pels professionals no assistencials o els professionals sanitaris de suport a l'assistència.

#### E. Els comentaris s'han classificat d'acord al seu contingut, en 10 categories:

1. Posicions reivindicatives
2. Posicions negatives
3. Posicions constructives
4. Problemes estructurals:càrrega de treball
5. Problemes estructurals:materials
6. Problemes estructurals: formació, acolliment



7. Signes de desconfiança
8. En relació als comandaments
9. Neutre
10. Cap/no

La variable servei o unitat, que contempla el qüestionari, s'ha desestimat per l'anàlisi, degut al baix nivell de resposta d'aquesta pregunta i per la incongruència de les dades en una primera exploració (per exemple: infermeres que contestaven que treballaven a Medicina interna i no permetia saber si era a una unitat d'hospitalització, urgències, o consultes externes).

Les respostes a la pregunta 48 que demanava el nombre d'incidents notificats s'han classificat en dues categories de notificació incidents. "No" si la resposta era 0 i "SI" si la resposta era 1 o superior a 1.

### **6.1.3.8. Anàlisi de les dades**

#### **A) Anàlisi descriptiva i bivariàble**

L'anàlisi es presenta, de forma general, sempre comparant els resultats del moment PRE (2009-2010) i del moment POST (2012), segons les diferents categories descrites:

- Globalment per a tot el Consorci
- Segons el Centre de treball (3 centres)
- Segons el temps que fa que treballa en el Centre (2 categories)
- Segons el Grup professional (3 categories)

També s'ha fet una comparació entre els grups metges/farmacèutics i infermeres/llevadores/auxiliars, per explorar si hi havia diferències d'opinió entre els dos grups professionals independentment del moment de l'enquesta.

#### Anàlisi de les variables independents:

Per les variables independents s'han calculat les mesures de tendència central dels anys de treball a la professió, els anys de treball en el centre i els anys de treball en el servei/unitat.

Així mateix s'han calculat les freqüències de les dues categories del temps que feia que treballava en el centre i les freqüències per cada centre, per cada grup professional i si mantenia contacte o no amb els pacients.

#### Anàlisi de les variables dependents:

Per les variables dependents s'han calculat les mesures de tendència central de la percepció del grau de seguretat dels pacients percebuda; les freqüències de les dues categories de notificació d'incidents (si/no) i les freqüències de les

variables corresponents a les 42 afirmacions, amb una valoració en escala tipus *Likert* amb 5 opcions de menor a major acord i una opció de No sap/no contesta. Per a l'anàlisi de les dades, aquesta darrera opció, s'ha considerat com a *missing*. Pel que fa a aquestes 42 variables, inicialment s'ha fet una anàlisi de freqüències mantenint les 5 respostes originals.

Per facilitar l'anàlisi de contrast PRE-POST d'aquestes 42 variables, s'ha invertit l'escala de les preguntes que estaven formulades en sentit negatiu.

I finalment, les respostes del qüestionari s'han codificat en tres categories segons l'esquema del quadre 13.

Amb aquesta codificació s'han calculat les freqüències relatives de cada categoria tant per cadascuna de les 42 afirmacions com pels indicadors compostos de cada una de les 12 dimensions.

**Quadre 13:** Codificació de les respostes segons si les afirmacions estaven formulades en sentit positiu o negatiu

CODIFICACIÓ	Negatiu		Neutre	Positiu	
Formulació en positiu	Molt en desacord	En desacord	Neutre	D'acord	Molt d'acord
Formulació en negatiu (s'ha invertit el sentit)	Molt d'acord	D'acord	Neutre	En desacord	Molt en desacord
Formulació en positiu	Mai	Rarament	A vegades	Quasi sempre	Sempre

Per calcular les medianes dels resultats, es van atribuir valors a les categories qualitatives de les afirmacions segons l'esquema del quadre 14.

**Quadre 14 :** Esquema de conversió de les categories qualitatives de cada ítem en valoracions quantitatives

	1	2	3	4	5
Formulació en positiu	Molt en desacord	En desacord	Neutra	D'acord	Molt d'acord
Formulació en negatiu (s'ha invertit el sentit)	5	4	3	2	1
Formulació en positiu	1	2	3	4	5
	Mai	Rarament	A vegades	Quasi sempre	Sempre

Es presenta una descripció de les diferents variables recollides, utilitzant freqüències absolutes i relatives per a les variables categòriques, i mitjanes i desviacions estàndard (o medianes, valors mínim i màxim i percentils) per a les variables quantitatives.

En l'anàlisi de les variables categòriques, s'ha aplicat el test de Chi quadrat a la comparació de les distribucions de freqüències en funció del moment de l'enquesta (PRE i POST). Per a la comparació, entre ambdós moments, de les variables quantitatives s'ha aplicat la prova t de Student, o bé la U de Mann-Whitney si no es complien els supòsits de normalitat de les distribucions.

Totes les anàlisis es presenten globalment, és a dir pel conjunt del Consorci Sanitari Integral, i també de forma separada segons:

- El centre de treball (3 centres)
- El temps que feia que treballava en el centre (2 categories:  $\leq 5$  anys i  $> 5$  anys)
- El grup professional (3 categories: metges/farmacèutics, infermeres/llevadores/auxiliars d'infermeria i altres professionals)

S'han considerat estadísticament significatius els valors de "p" inferiors o iguals a 0,05.

## **B) Anàlisi regressió logística**

S'han aplicat models de regressió logística per controlar l'efecte de factors potencialment confusors i per conèixer la influència que tenien les variables independents estudiades (moment de l'enquesta, centre de treball, anys de treball en el centre i grup professional) tenen sobre la probabilitat d'obtenir respostes positives a cadascuna de les 42 afirmacions del qüestionari.

La intenció d'aquesta anàlisi era aïllar l'efecte del moment de l'enquesta sobre les respostes positives

## **C) Anàlisi psicomètrica**

Utilitzant tota la base de dades disponible (dades PRE i dades POST), s'ha realitzat

- anàlisi de la consistència interna utilitzant l'Alpha de Cronbach
- matriu de correlacions entre les dotze dimensions i la valoració global al grau de seguretat del pacient percebuda utilitzant la correlació de Pearson
- anàlisi factorial exploratòria utilitzant el mètode d'extracció de components principals amb rotació ortogonal (Varimax)

## 6.1.4. Metodologia qualitativa

### 6.1.4.1. Anàlisi documental

Per la redacció del marc de referència s'han utilitzat documents procedents de fonts primàries documentals i de fonts secundàries.

Les fonts primàries consultades han estat els documents de presentació de projectes o divulgatius del *Ministerio de Salud y Política Social*, del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, de la Fundació Avedis Donabedian, del Consorci Sanitari Integral i les seves webs respectives.

Les fonts secundàries consultades han estat llibres (monografies, tractats, ...) i revistes (articles o editorials) així com les bases de dades informatitzades: PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) i RIMA (<http://www.rima.org/>).

Les paraules clau utilitzades per la cerca han estat: *patient safety, patient safety culture, safety culture, quality safety, safety assessment, quality assurance, quality and safety, nurse staffing and patient care quality and safety, seguridad del paciente, seguridad paciente, cultura de la seguridad*.

Altres fonts secundàries han estat els llibres d'actes de Jornades y Congressos relacionats amb la qualitat assistencial i la seguretat dels pacients i el material de les presentacions en reunions de treball relacionades amb la seguretat del pacients.

Per la identificació de les intervencions desenvolupades en el CSI, per promoure la cultura de la seguretat dels pacients, s'han utilitzat fonts primàries (actes de reunions, presentacions internes, programes de formació, memòries d'activitat, etc.) i fonts secundàries (material de cursos impartits dins de la institució, procediments de treball implantats, etc).

### 6.1.4.2. Grups de discussió

S'ha emprat la tècnica qualitativa dels grups de discussió<sup>144</sup>, com a complement a l'anàlisi i la interpretació dels resultats de l'enquesta realitzada amb el qüestionari HSPSC.

L'objectiu d'utilitzar aquesta tècnica, es basava en la cerca de les experiències i percepcions dels professionals del CSI que haguessin o no participat en l'enquesta, que ens proporcionés una comprensió més rica i detallada de la seva perspectiva a partir de la interacció que es produiria en el marc d'una discussió ordenada entre ells.

Els grups de discussió s'adapten molt bé a la cerca de la comprensió d'una determinada realitat social<sup>145</sup>. El grup de discussió obre un espai per deixar

parlar lliurement. El grup interessa com mitjà d'expressió de les diferents perspectives, com a unitat de producció de discursos ideològics<sup>146</sup>.

El llenguatge narratiu i descriptiu, que proporcionava el discurs dels participants en el contacte directe i la interacció cara a cara, va permetre obtenir una millor comprensió de les experiències i les diferents concepcions de les persones, de quina era la realitat en la que es trobava el CSI, entorn a les dimensions explorades en l'enquesta de la cultura de la seguretat del pacient.

Per aquest motiu es va creure convenient escoltar<sup>144</sup> i contraposar la veu i les reflexions dels participants als números freds d'una enquesta. Conèixer amb la seva pròpia veu les experiències i les percepcions dels participants ens ha ajudat en la interpretació dels resultats quantitatius de l'enquesta.

#### **6.1.4.3. Identificació dels participants**

La població objecte d'estudi han estat els professionals assistencials dels hospitals estudiats (Hospital Sant Joan Despí, Hospital General de l'Hospitalet i Hospital Sociosanitari) i l'equip de l'Àrea de suport a la gestió en temes de qualitat i processos del CSI.

S'ha utilitzat una mostra opinàtica i intencionada-conveniència de 27 participants, amb el propòsit d'aconseguir la màxima heterogeneïtat i diversitat possible.

Els criteris d'inclusió dels professionals assistencials van ser els següents:

- el grup professional (metges, infermeres, auxiliars d'infermeria i treball social),
- el centre (els tres centres esmentats i del Centre de Serveis Compartits que dona suport a la gestió)
- la posició dins de l'organigrama (entre els metges hi havia caps de servei, metges adjunts i un MIR i entre les infermeres hi havia infermeres assistencials i comandaments),
- l'àrea de treball (urgències, hospitalització, quiròfan, hospital de dia, UCI),
- la edat
- el sexe.

Es van crear tres grups de discussió (GD) diferenciats:

- el Grup 1 estava compost per 2 infermeres amb responsabilitats a nivell assistencial i organitzatiu, 7 metges (caps de servei, adjunts o MIR) i una treballadora social amb un nivell de responsabilitat (total 11)
- el Grup 2 estava compost per 5 infermeres i 4 auxiliars d'infermeria assistencials i 2 infermeres amb funcions assistencials i organitzatives (total 11)

- el Grup 3 estava compost per 1 infermera, 2 metges i 3 professionals no sanitaris que tenen una posició d'<sup>a</sup>staff dins de l'organització i que pertanyen tots a l'àmbit de la gestió, l'organització i la qualitat (total 5).

Es va valorar la capacitat de verbalitzar de forma clara les idees, ser reflexiu i la bona predisposició a la participació.

Per facilitar la participació dels diferents professionals es van convocar les sessions al migdia (entre les 13:30h i les 16h). El personal d'infermeria assistencial era només del torn de matí amb l'objectiu de facilitar l'assistència en sortir del seu torn de treball.

#### **6.1.4.4. Captació dels participants**

Donat que la investigadora feia 19 anys que treballava a l'organització, la captació es va fer a partir del coneixement de l'estructura organitzativa i dels professionals que hi treballen. Alguns es van captar per contacte personal i altres a través dels comandaments intermedis o de col·legues.

La invitació als participants es va fer via telefònica o per contacte personal. A aquells que acceptaven la invitació a participar, l'objectiu de la sessió i els dies previstos, se'ls hi va fer una convocatòria per correu electrònic, especificant el dia, l'hora i el centre on es faria la sessió.

Una setmana abans de la sessió, es va fer un nou recordatori adjuntant la sistemàtica que se seguiria durant la sessió i els temes a discutir. Dos participants van declinar la invitació per problemes d'agenda professional i es va fer la reposició amb els mateixos criteris (grup professional, àrea de treball, centres, ...) .Dos dies abans es va fer un nou recordatori especificant la sala on es realitzaria la sessió.

#### **6.1.4.5. Sistemàtica de la sessió i temes tractats**

Es va preparar la sala amb una taula per la sessió i una taula auxiliar per posar entrepans i begudes.

A l'arribada els participants rebien la benvinguda de la investigadora i de la observadora. Es va afavorir un ambient de cordialitat, propi de col·legues de treball i el dinar es va fer a peu dret.

A la taula destinada a realitzar la sessió, en cada lloc hi havia una carpeta personalitzada per cada participant, que contenia la convocatòria, un document amb el nom de tots els assistents, una breu descripció del concepte sobre

---

<sup>a</sup> Equip d'especialistes posat al servei de la direcció d'una empresa amb la finalitat d'aportar-li informació i assessorament tècnic.

[http://www14.gencat.cat/llc/AppJava/index.html?action=Principal&method=cerca\\_generica&input\\_cercar=staff&tipusCerca=cerca.tot](http://www14.gencat.cat/llc/AppJava/index.html?action=Principal&method=cerca_generica&input_cercar=staff&tipusCerca=cerca.tot)

cultura de seguretat dels pacients, la sistemàtica de la sessió i la guia de la sessió grupal que tenia els 5 temes a tractar enunciats amb un títol, una breu definició i les afirmacions contingudes en el qüestionari HSPSC relatives a aquella dimensió. La carpeta també contenia el full del consentiment informat (veure annex 2).

El nombre de dimensions a tractar estava condicionat al temps disponible per part dels participants. En base a aquesta limitació, es van prioritzar 7 dimensions. El criteri utilitzat per la seva selecció va ser que fossin dimensions considerades de resultat per la AHRQ, i de percepció; i que d'aquestes últimes, n' hi hagués d'ambit d'unitat/servei i d'ambit hospitalari.

Els grups 1 i 2 van discutir entorn a 5 dimensions: una dimensió de resultats (*PERCEPCIÓ DE SEGURETAT*), dues dimensions d'ambit d'unitat/servei (*FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ I FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS*) i dues d'ambit de tot l'hospital (*TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS I SUPORT DE LA GERÈNCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT*). El grup 3, per la seva composició es va considerar convenient que discutís també les dimensions *APRENENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ* i *EXPECTATIVES I ACCIONS DELS CAPS/COMANDAMENTS DE SERVEI/UNITAT QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT*.

Com a mètode complementari, mentre els participants s'instal·laven, es va distribuir un full que cada participant emplenava amb les seves característiques sociodemogràfiques, la formació en seguretat dels pacients i l'experiència en notificar incidents en el SiNASP<sup>a</sup>.

Al iniciar la sessió la investigadora i conductora de la sessió van agrair la participació, van exposar el contingut de la carpeta i convidaven a la lectura i signatura del consentiment informat.

Es va fer un breu recordatori de la sistemàtica de la sessió i de l'objectiu de la mateixa, es va recordar que es gravaria la sessió en àudio i s'advertí que, si en algun moment, algun participant demanava que es tanqués la gravació, es faria.

De forma consecutiva es va llegir una breu descripció de cadascuna de les 5 dimensions que entraven a la discussió i les afirmacions relacionades amb cada dimensió. Es demanava a cadascun dels participants, que de forma ordenada, aportés la seva opinió, comentaris o experiències entorn de cada dimensió. Els participants tenien el text de la dimensió que estava en debat en paper i exposat per un retroprojector a la pantalla (veure figura 7).

Es va comptar amb la col·laboració d'una observadora que recollia l'ordre d'intervenció, la comunicació no verbal i altres dades rellevants de la dinàmica del grup i d'una assistent per als temes logístics: acomodar els participants, recollida del consentiment informat, verificar el funcionament del registre en àudio, recollida de les dades sociodemogràfiques, i recollida del full de prioritització.

<sup>a</sup> SiNASP: Sistema de Notificación para el Aprendizaje en Seguridad del Paciente.  
[www.sinasp.es](http://www.sinasp.es)

En la primera sessió hi va participar una tercera persona que actuava de moderadora i vetllava per l'ordre de les intervencions i en els tres casos la investigadora principal va conduir el grup: feia les preguntes i demanava en alguna ocasió que el participant posés algun exemple en cas d'afirmacions inespecífiques.

**Figura 7:** Text exposat durant la discussió de la dimensió "Percepció de la seguretat"

1. PERCEPCIÓ DE SEGURETAT

Els procediments i el circuits són bons per evitar errors i hi ha una manca de problemes de seguretat del pacient

Comentaris entorn a aquestes afirmacions:

- No es produeixen més fallades per casualitat
- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient
- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"
- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència

Comenteu aquella/es afirmació/ons que us criden més l'atenció

Projecte de tesi: Anàlisi de la cultura de la seguretat dels pacients després d'una intervenció combinada. Programa de doctorat en ciències infermeres. Universitat de Barcelona  
Doctoranda: Lena Ferrús Estopà.

Donat que la investigadora principal havia tingut relació amb el 90% dels participants com a responsable de seguretat del pacient en el CSI o per la trajectòria professional prèvia dins de la institució (19 anys), això va afavorir un ambient de cordialitat i camaraderia que va fluidificar el decurs de les sessions.

La guia de la sessió va ser la mateixa en els dos grups de professionals assistencials.

El tercer grup va discutir en base a dues dimensions diferents de la resta i estava compost per membres de la direcció de planificació i seguretat del pacient del CSI. Es va realitzar durant una reunió de treball interna per considerar que les característiques de la discussió aportaven valor a l'equip.



#### **6.1.4.6. Anàlisi de la informació**

Les converses gravades es van transcriure i amb l'ajut del programa informàtic *Atlas-ti* s'han estructurat els textos en 7 categories resultants dels quatre passos efectuats de forma interactiva constant :

1. separació en unitats de significat
2. identificació i classificació de les diferents unitats de significat
3. síntesi i agrupament dels textos
4. disposició i transformació de continguts.

## **6.2. Consideracions ètiques**

El projecte va ser aprovat per la comissió de recerca del Consorci Sanitari Integral el dia 5 de maig del 2010.

L'estudi *per se* no implicava intervencions de cap tipus sobre els pacients. L'enquesta era de resposta voluntària i en cap moment hi ha hagut coacció per obtenir respostes.

La participació en els grups de discussió va ser voluntària i el grup va ser convocat fora del seu horari d'activitat professional per tal de desvincular la convocatòria de l'activitat institucional.

El qüestionari anava acompanyat per una carta del màxim responsable del Consorci Sanitari Integral en el moment de les enquestes i es va obtenir el permís de la gerència per desenvolupar aquesta recerca (veure annex 3)

## **QUARTA PART**

### **7. RESULTATS**



## 7. RESULTATS

En aquest apartat es descriuen les intervencions desenvolupades per promoure la cultura de seguretat dels pacients i a continuació, d'acord als objectius i les expectatives de la recerca plantejades, s'analitzen els canvis en la cultura de la seguretat del pacient entre els professionals del Consorci Sanitari Integral. Es presenten els resultats de les diferències entre la primera i la segona enquesta globalment i per cadascuna 42 afirmacions i les 12 dimensions de cultura que contempla el qüestionari HSPSC. S'analitzen els canvis entre els tres centres, entre els diferents grups professionals, entre els professionals segons els anys que fa que treballen a l'hospital.

En l'apartat de resultats es presenten les principals aportacions dels grups de discussió que seran útils per entendre i interpretar els resultats de la segona enquesta.

I per últim, en aquesta part també es presenta una anàlisi psicomètrica i la valoració de la consistència interna del qüestionari per a aproximar-nos a la validesa del qüestionari en el nostre entorn.

### 7.1 Descripció de les intervencions desenvolupades

#### 7.1.1 Accions més destacades entre les dues enquestes

A continuació en el quadre 15 es presenten les intervencions més destacades realitzades dels de l'Àrea de Seguretat dels Pacients emmarcades dins del desplegament de l'estratègia de promoció de la cultura de la seguretat del pacient en el Consorci Sanitari Integral.

**Quadre 15** : Intervencions més destacades realitzades entre el segon semestre 2008 al primer trimestre 2012 en el CSI

#### **2008 ( 2on semestre): Planificació estratègica 2009-2011**

Línia estratègia CSI Seguretat del pacient:

Objectius estratègics:

- Gestionar la seguretat del pacient
- Promoure la cultura de seguretat del pacient

### 2009 (1er semestre): Desplegament de l'estratègia (I).

- Adhesió als projectes col·laboratius de seguretat dels pacients i els projectes de gestió proposats pel Departament de Salut.
- Creació de la UFSP composta per un professional de cada centre
- Activitats de sensibilització sobre la seguretat del pacient a tot el CSI
- Inici de la promoció de pràctiques segures (projectes col·laboratius de prevenció de caigudes, identificació inequívoca, prevenció d'infecció quirúrgica colorectal, prevenció de complicacions anestèsiques, i rentat de mans) i projectes de gestió en les 4 àrees de risc en base al model EFQM amb el suport de la FAD i del Departament de Salut .

### JUNY 2009. Enquesta de cultura de la seguretat del pacient (PRE)

- Elaboració i aprovació del document sobre lideratge en seguretat del pacient (annex 4)
- Desenvolupament de 3 projectes *Leanhealthcare*<sup>a</sup> sobre seguretat del pacient .

### 2010: Desplegament de l'estratègia (II).

- Difusió sobre el sistema de notificació d'esdeveniments adversos (SiNASP)
- Implantació sistema de notificació d'esdeveniments adversos (SiNASP)
- Creació nuclis de seguretat del pacient a cada centre
- Sessió sobre la seguretat del pacient a tot l'equip directiu del CSI (Sessió teòrica, projecció i discussió del cas Vincristina) i compromisos de l'equip directiu (annex 4).
- Promoció pràctiques segures: implantació d'algunes mesures (identificació inequívoca, cirurgia segura, prevenció de caigudes, relançament del rentat de mans, )
- Formació a tots els metges de l'HGH i HSH
- Anàlisi balanç del funcionament de la UFSP i l'estratègia de seguretat del pacient
- Accions 5'S<sup>b</sup> unitats d'hospitalització i urgències

<sup>a</sup> **Leanhealthcare**: Sistema de gestió basat en el sistema de gestió de Toyota aplicat al sistema sanitari. *Lean* literalment, vol dir "magre", "sense grassa". Si s'aplica el terme *Lean* a l'activitat assistencial es disposa d'un sistema assistencial sense greix, sense malbaratament, sense errors que poden produir esdeveniments adversos i permet donar resposta de manera àgil a les demandes de l'entorn, treballant més eficient, millor i de manera més segura.

<sup>b</sup> **5S**. És una de les tècniques de gestió de *Leanhealthcare* que té per objectiu que els llocs de treball estiguin ben organitzats, nets i estandarditzats per a facilitar i agilitar el treball i evitar els errors.

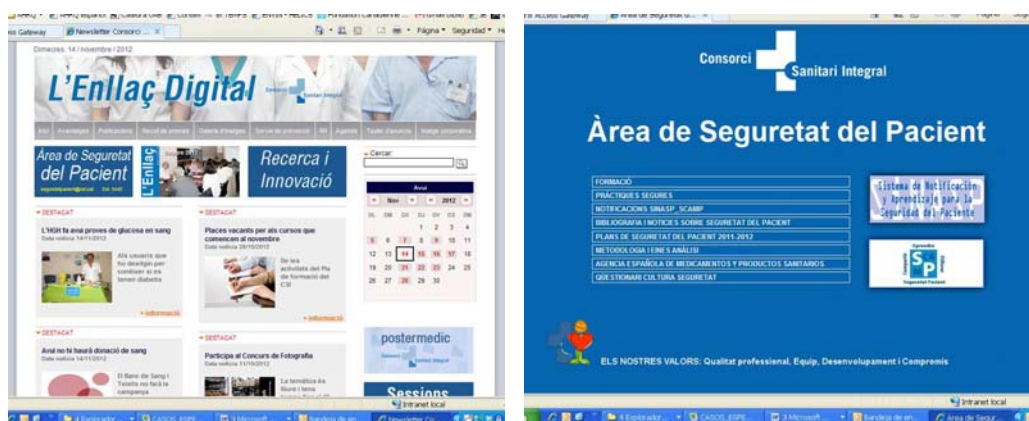
### 2011: Consolidació de l'estratègia

- Fruit de l'anàlisi del funcionament de la UFSP i de la proposta de centralització de la gestió a nivell corporatiu es va dissoldre la UFSP.
- Centralització del sistema de gestió de les notificacions dels esdeveniments adversos i implicació directa dels gestors de procés<sup>a</sup> en l'anàlisi dels esdeveniments relacionats amb la seguretat del pacient i dissolució dels nuclis de seguretat del pacient
- Promoció de pràctiques segures: Inici del projecte del canvi de torn i de l'ús segur del medicament (2012-2013).
- Autoavaluació de l'ús segur del medicament en els tres hospitals amb el *Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales*<sup>147</sup> adaptació del *Medication Safety Self Assessment (MSSA) for hospitals* del *Institute for Safe Medication Practices (ISMP)* dels EUA.
- Inclusió d'un baner de "Seguretat del pacient" a la intranet corporativa que permet accedir al sistema de notificació (SiNASP), fer el seguiment de les accions derivades de les notificacions i conèixer les activitats de sensibilització o formatives en seguretat dels pacients. (veure figura 8)
- Promoció de pràctiques segures: acolliment a nous professionals i canvi de torn, desplegament del projecte sobre l'ús segur del medicament, i relançament dels programes de rentat de mans i prevenció de caigudes.
- Sessions Aprendre de l'experiència (presentació de casos notificats al SiNASP pels serveis/àrees implicades). (annex 7)

### ABRIL 2012

- Enquesta de cultura de la seguretat del pacient (POST)

Figura 8: Intranet corporativa i pàgina de l'Àrea de seguretat del pacient del CSI



<sup>a</sup> El gestor o líder del procés és el responsable de la gestió sistèmica i la millora continua del procés que té assignat i que es coordina amb els gestors dels altres processos de l'organització per assegurar la missió de l'organització.

### 7.1.2 Pràctiques segures implantades a cada centre

El mes de febrer del 2009, el CSI es va adherir formalment als projectes col·laboratius que el Departament de Salut amb el suport tècnic del Institut Avedis Donabedian oferia als hospitals de Catalunya.

Els projectes col·laboratius que s'han desenvolupat són els següents:

- **Higiene de mans:** aquest era un projecte de continuïtat en el que l'HGH i l'HSH hi estaven adherit des del 2005 i que consistia en fer formació sobre el rentat de mans, incorporar la solució hidroalcohòlica a totes les àrees assistencials del hospital i fer observacions de les 5 oportunitats del rentat de mans per conèixer el grau d'adherència. El 2010 al obrir l'HSJD es va replicar el programa.
- **Prevenició de caigudes:** aquest era un projecte de continuïtat en el que el HGH-HSH que hi estava adherit des del 2007 i que consistia en fer una valoració del risc de caigudes a l'arribada del pacient, prendre mesures per prevenir les caigudes segons el risc i reavaluar l'estat dels pacients quan es produïa un canvi en el seu estat. També el 2010 es va replicar el programa a l'HSJD.
- **Identificació inequívoca:** En els inicis (2007) es tractava de tenir tots els pacients degudament identificats amb un braçalet amb el nom i cognoms, número d'història clínica i any de naixement. L'any 2009 es va elaborar i difondre el procediment de la identificació inequívoca en el que es perseguia verificar de forma activa la identitat del pacient i el 2010 es va replicar al HSJD.
- **Cirurgia segura:** aquest projecte es va iniciar formalment a finals del 2009 i consisteix en la utilització d'un llistat de verificació abans de la inducció anestèsica, abans de la incisió quirúrgica i abans de la sortida del quiròfan amb la finalitat d'evitar errors en les diferents fases. També es va replicar a finals del 2010 a l'HSJD
- **Prevenició de complicacions relacionades amb l'anestèsia:** els objectius del projecte eren: reduir les complicacions derivades del maneig anestèsic de la via aèria difícil i millorar l'avaluació preoperatòria de la via aèria en pacients sotmesos a anestèsia general. El projecte s'havia inicat el 2008 i es va replicar a l'HSJD el 2010.
- **Prevenició de la infecció de la ferida quirúrgica en la cirurgia colorectal:** el projecte tenia per objectius: millorar l'adherència a les mesures preventives de la infecció quirúrgica i disminuir la variabilitat entre centres, en la freqüència de infecció quirúrgica. Igualment, aquest projecte s'havia inicat el 2008 i es va replicar a l'HSJD el 2010.



Per altra banda des del *Ministerio de Sanidad y Política Social* i la *Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias* (SEMICYUC) es promovia:

**El projecte Bacterièmia Zero:** consistia en l'aplicació de mesures preventives davant de la cateterització venosa central a les UCI's. L'Hospital General de l'Hospitalet s'hi va adherir el mes de desembre del 2008. L'HSJD el va replicar a finals del 2010.

A partir de l'èxit obtingut, a nivell estatal, amb la reducció de les bacterièmies s'inicià en els dos centres d'aguts (2010) el projecte de la **Pneumònia Zero** dirigit a reduir les pneumònies dels pacients sotmesos a ventilació mecànica.

El Departament de Salut a la vegada oferia la participació en els Projectes de Gestió integral de la seguretat del pacient i l'Hospital General de l'Hospitalet (HGH) es va adherir al projecte d'Urgències i de l'Àrea quirúrgica amb un grau d'adhesió i implicació dels professionals considerable.

En major o menor mesura també s'hi va adherir l'Hospital Dos de Maig, que inicialment estava previst que es tanqués i tot el personal passés a formar part de la plantilla de l'Hospital Sant Joan Despí- Moïses Broggi. Aquest es va obrir el mes de febrer del 2010 i va estar en ple funcionament el juny del 2010. Els professionals del HSJD-MB provenien en un 35% de l'antic Hospital de Dos de Maig on s'havien iniciat els projectes col·laboratius i de gestió esmentats.

### **7.1.3 Notificacions d'esdeveniments adversos, els factors contribuents i les mesures correctores a cada centre.**

El mes de febrer del 2010 s'iniciava la implantació en els centres del CSI del *Sistema de Identificación, Notificación y Aprendizaje sobre la Seguridad del Paciente (SiNASP)* a l'HGH i al HSH i el mes de maig del mateix any al HSJD-MB. .

El SiNASP és un sistema de notificació d'incidents i esdeveniments adversos creat per la Fundació Avedis Donabedian en el marc d'una col·laboració entre aquesta Fundació i l'*Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social*.

Els principis bàsics sobre els que s'assenta el SiNASP són:

- Les notificacions són voluntàries
- Fer una notificació en cap cas ha de comportar un càstig o una sanció, tot el contrari. es tracta d'estimular la notificació.
- La confidencialitat de la informació tant del notificant com del pacient

- Permet la notificació anònima i la notificació nominativa amb desidentificació de les dades en un termini de 15 dies
- És una eina que ha de servir per analitzar els esdeveniments que es produeixen i implantar millores a nivell del centre

Cada centre pot personalitzar la imatge i part del contingut del sistema per tal de donar confiança al notificador de que està notificant en el seu centre. Té un àrea per qui notifica i un àrea per qui gestiona les notificacions. És un portal que difon recomanacions i alertes de seguretat basades en l'anàlisi de les notificacions<sup>a</sup>.

Per la implantació del SiNASP, es van fer sessions de divulgació sobre el sistema als tres centres, en els que hi van participar al voltant d'un 20% del personal sanitari.

### 7.1.3.1 Sistemàtica d'anàlisi de les notificacions

Des de la seva implantació, el febrer 2010, fins el mes de juny del 2011 l'anàlisi dels incidents notificats al HGH i al HSH corria a càrrec d'un nucli de seguretat de cada un dels centres que es reunia de forma periòdica i recomanava les accions de millora que se'n derivaven. A l'HSJD eren analitzades per un grup *ad-hoc* al nucli, per cada incident notificat i es recomanaven les accions de millora pertinents.

A partir del mes de juny del 2011<sup>b</sup>, fruit d'un canvi organitzatiu de més ampli abast, es va centralitzar la recepció i gestió dels incidents notificats, la qual cosa va permetre tenir una visió de conjunt dels esdeveniments que es produïen en el CSI i de les mesures de millora dirigides a la prevenció dels esdeveniments de forma sistèmica als tres hospitals.

Quan es rep una notificació, el SiNASP les classifica automàticament en funció de la gravetat i de la freqüència de l'incident (SAC: Safety Assesment Code)<sup>c</sup>. Les que classifica com risc alt o risc extrem, arriben directament a l'ordinador de butxaca del gestor del SiNASP, que quan s'ha validat la seva classificació s'envia directament al director assistencial i al director de centre perquè en tinguin coneixement. I totes les notificacions es deriven als gestors del procés o els caps de servei per que comencin a treballar en la cerca de causes i accions de millora per eviar la seva reparació.

La figura 9 detalla el flux que es seguia i es segueix, per a gestionar una notificació.

Uns dies després de la recepció d'una notificació d'un esdeveniment advers o d'un quasi incident, s'inicia el procés d'anàlisi amb els gestors de procés implicats. El nivell d'anàlisi que es fa, té a veure amb les característiques del incident. Si es tracta d'un incident de màxima severitat (SAC 1) o de severitat

<sup>a</sup> [https://www.sinasp.es/SiNASP\\_InformacionGeneral.pdf](https://www.sinasp.es/SiNASP_InformacionGeneral.pdf)

<sup>b</sup> Vigent fins a la data de redacció d'aquest treball.

<sup>c</sup> SAC és un sistema per a classificar el risc associat a un determinat incident, que contempla quatre nivells de risc. <http://www.patientsafety.gov/matrix.html> (Accessible 4 abril 2013)

moderada (SAC 2) es realitza un RCA (anàlisi causa arrel). El RCA és una avaluació reactiva que comença després d'un esdeveniment advers i que identifica quines han estat les causes subjacents a l'esdeveniment i quina ha estat la causa final. Generalment es fa amb un equip multidisciplinari en el que intervé algun membre de la direcció en algunes de les seves fases. Si l'esdeveniment és més lleu s'utilitza una versió simplificada de RCA. En base a l'anàlisi efectuat es determinen unes accions de millora, que posteriorment es publiquen a la intranet amb el calendari d'execució. La figura 9 presenta la informació disponible a la intranet a l'abast de tots els professionals.

Figura 9: Representació del sistema de gestió d'una notificació. al SiNASP

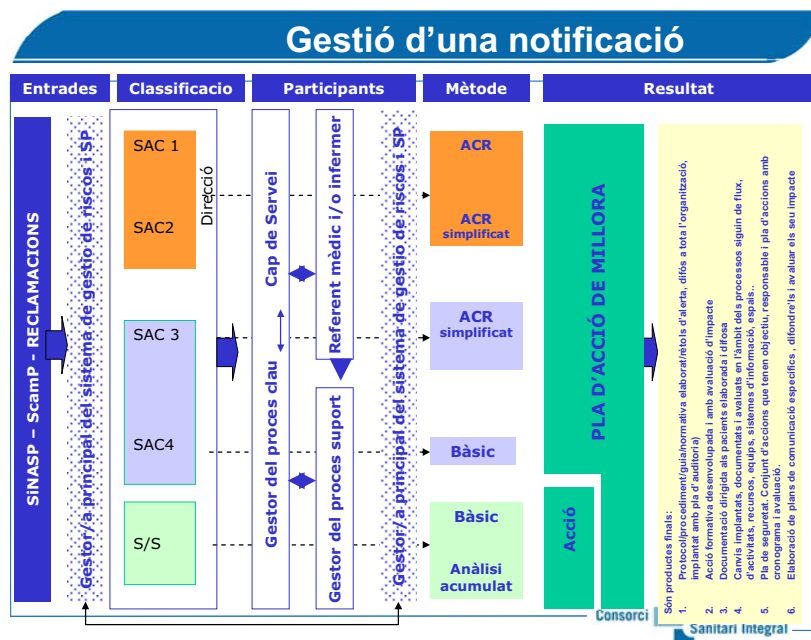


Figura 10: Pantalla per visualitzar el feedback que es donava als professionals sobre les accions que s'han emprés i l'estat en que es trobaven

Seguiment accions de millora derivades de les notificacions al													
Any proposta acció	N. notificació	Centre	SAC	Data notificació	Breu descripció dels incidents	Codi acció de millora (Seguretat Pacient)	Acció de millora derivada d'un incident notificat	Codi tipologia acció de millora	Procediment en què s'implanta acció de millora	Responsable de l'acció de millora	1ª Data planificada d'implantació acció de millora	NIVELL d'Assoliment	
ASSOLIDES 100%													
66	2012	162	HGH	08	23/11/2012	Presència d'una allargadera per connectar ecograf a quiròfan	Canvi de cable electroneuromuscular per evitar allargadera.	2	A Quirúrgica	J Vilarsau		100%	
ASSOLIDES 50.99%													
69	2012	132	HGH	1	18/03/2012	Error en l'administració d'un medicament per un altre	Elaborar i difondre un procediment d'actuació front les ordes verbals en situació d'urgència. (acció del cas HGH191)	2	D Assist	L Ferrús	15-1-2013	Pendent aprovació dels Gestors de Processos	
70	2012	209	HSJD	4	16/03/2012	Radiografia a un pacient equivocat (Unitat d'hospitalització)	Elaborar, difondre i implantar un protocol d'actuació dels tècnics de Di' quan surten a fer una radiografia en alguna àrea de l'hospital	2	A Unitats	B Caro	J Tobias	30/05/2012	
71	2012	150	HGH	0	04/05/2012	Radiografia a Pacient erroni (UC)		2	A Unitats	B Caro	Ramon Solsona		
DINS DEL TERMINI													
78	2012	253	HSJD	3	30/10/2012	Accident d'un pacient conduït amb cadira de rodes. Incrementa temps hospitalització.	Unificació del procediment de trasllat de pacients a hospitalització	3	A Unitats	B Caro	David Casas	31/09/2013	
81	2012	158	HGH	0	nov 2012	Administració metanzolol per error a pacient alergia	Control d'alertes lligades a la medicació (SAP medicador)	2	Sistemes	Lluís Teixell	Lluís Teixell	30-4-2013	

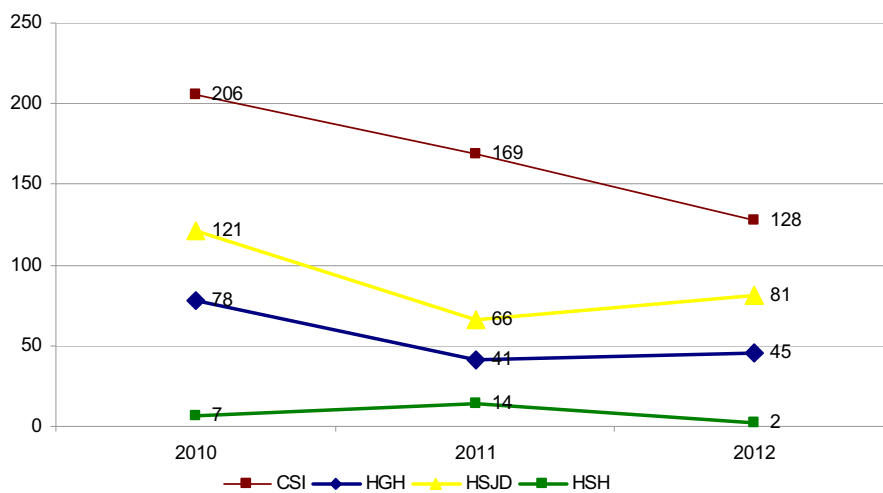
### 7.1.3.2 Notificacions rebudes: característiques

El total de notificacions realitzades en els tres hospitals, des de la implantació del sistema fins el 31 de març del 2012 han estat 365.

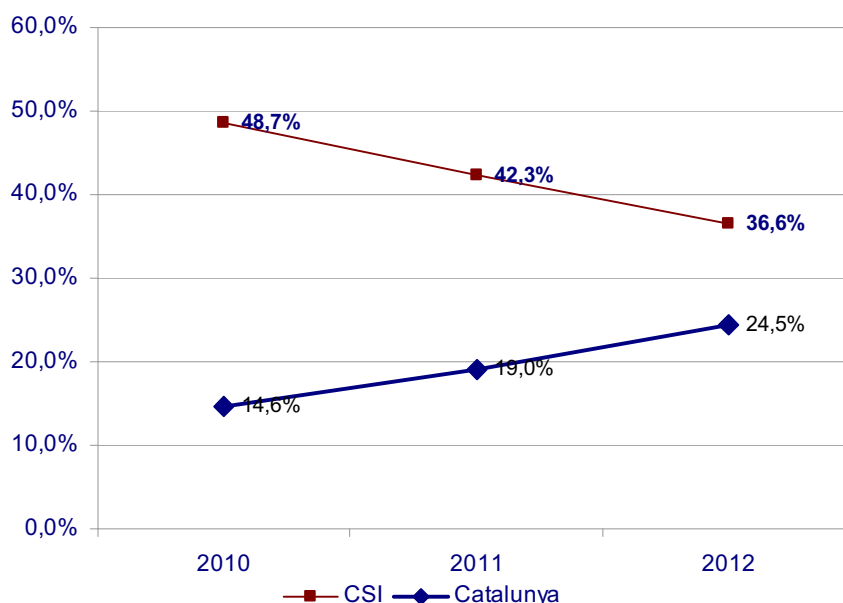
El gràfic 1 mostra l'evolució del nombre de notificacions segons centre i CSI.

Encara que s'observa que s'ha produït una reducció del nombre de notificacions, en el gràfic 2, es posa de manifest que, en comparació amb el nivell de notificació dels altres hospitals de Catalunya que utilitzen el SiNASP, el CSI encara estava per sobre en nombre de notificacions per llit.

**Gràfic 1:** Evolució de les notificacions segons centre i per tot el CSI (febrer 2010 - març 2012)

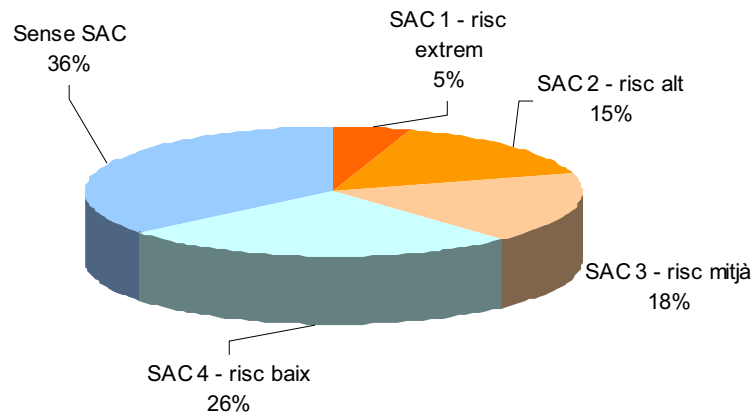


**Gràfic 2:** Evolució de la freqüència relativa de notificacions per llit CSI i els centres catalans que utilitzen el SiNASP

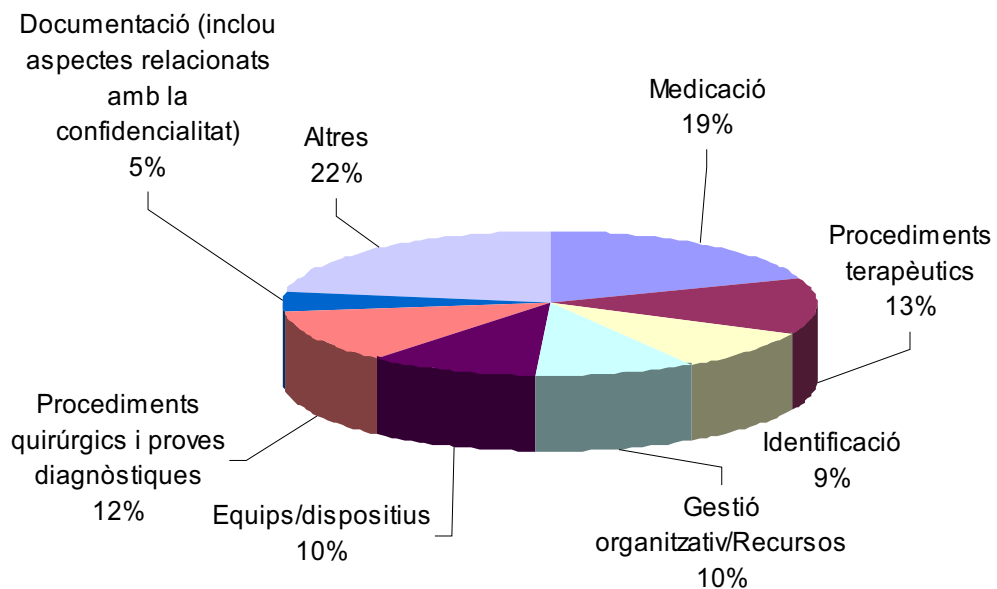


El 38% dels incidents notificats no van arribar al pacient i un 20% corresponia a notificacions que segons el sistema de classificació de les notificacions, eren de risc alt o extrem (veure gràfic 3).

**Gràfic 3:** Distribució de les 365 notificacions al SiNASP segons grau de risc (febrer 2010-març 2012)



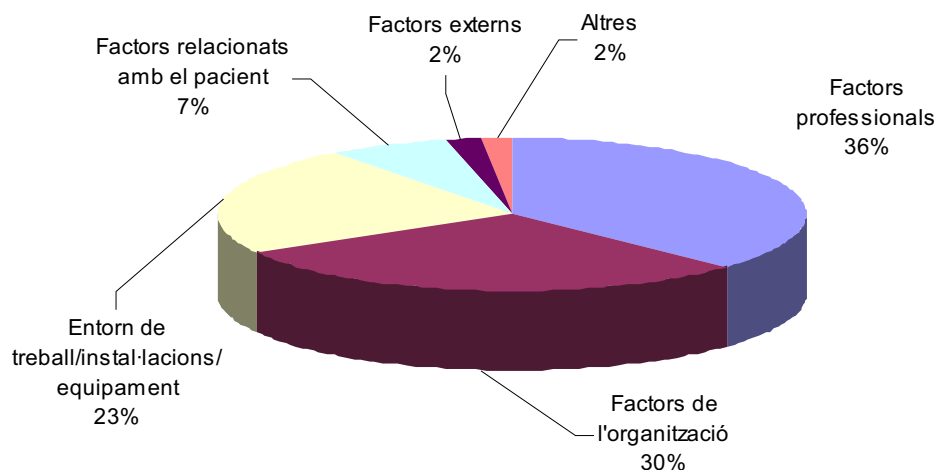
**Gràfic 4:** Distribució de les notificacions al SiNASP segons tipologia d'incident



Les notificacions més freqüents han estat les relacionades amb la medicació, seguides dels procediments terapèutics (com es pot apreciar al gràfic 4). El 47 % del total les va fer el personal d'infermeria

Els factors que van contribuir a que es produïssin els incidents eren els que es poden apreciar en el gràfic 5.

**Gràfic 5:** Distribució de les notificacions segons factor contribuent SiNASP

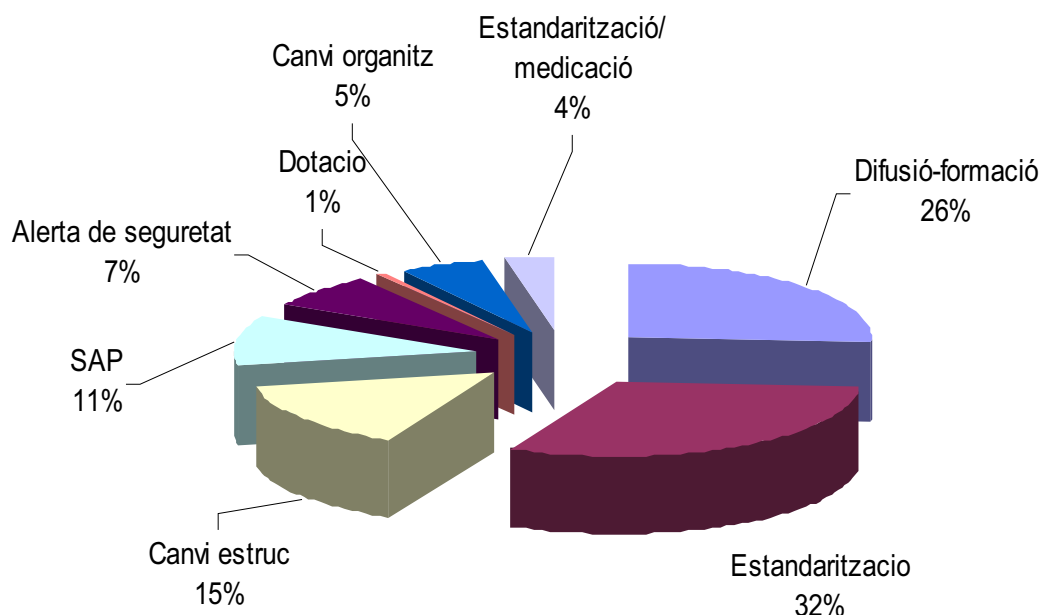


### 7.1.3.3 Característiques de les accions de millora derivades de les notificacions

A partir de l'anàlisi de les notificacions amb els gestors del procés i altres professionals que participaven en l'anàlisi s'acordaven unes accions de millora.

El gràfic 6 mostra les característiques de les accions planificades a partir de les notificacions d'esdeveniments adversos al SiNASP, i permet observar que la majoria d'accions que se n'han derivat estaven relacionades amb l'estandardització (elaboració o actualització de procediments/protocols, circuits, ...) amb un 31% de les accions, seguit de les accions relacionades amb la difusió o formació dels professionals entorn a pràctiques segures, procediments o circuits existents amb un 26 %. Les segueixen els canvis en l'estructura (millores en la dotació de materials o petits canvis en l'estructura física del centre) amb un 15%, i millores en el sistema informàtic (SAP) amb un 11%.

**Gràfic 6** : Característiques de les accions de millora planificades derivades de les notificacions al SiNASP

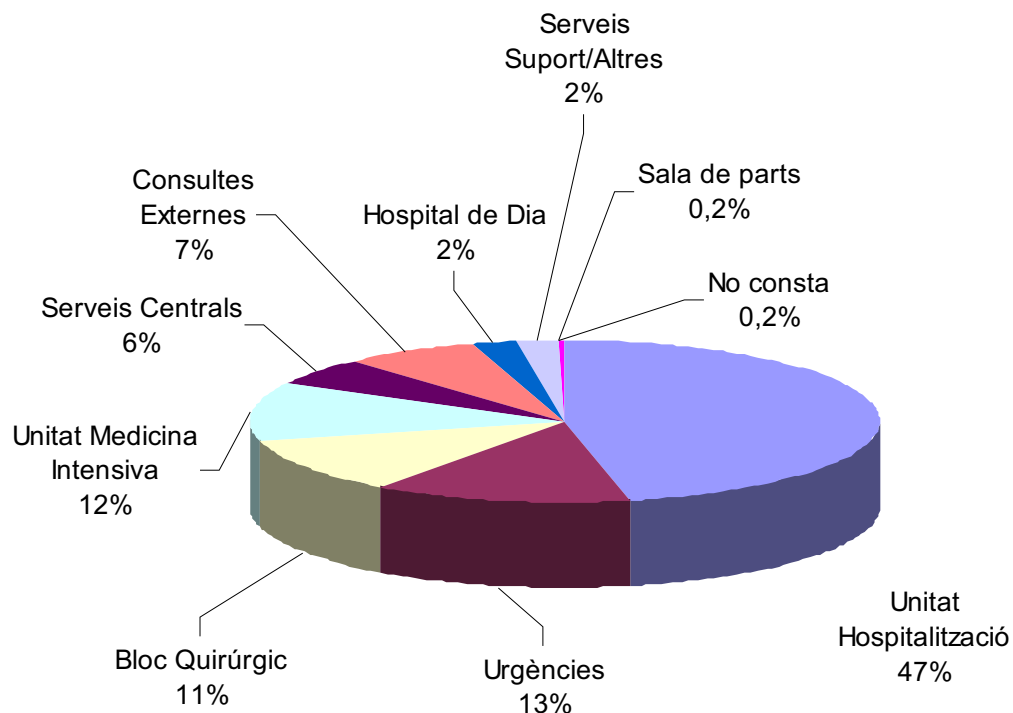


La taula 2 presenta a data 31 de desembre 2012 l'estat de les accions de millora previstes, i el gràfic 7 la comparació entre les accions que estaven previstes i les que s'havien dut a terme a 31 de desembre.

**Taula 2** : Estat de les accions de millora a 31 desembre 2012 relatives als darrers 18 mesos, derivades de les notificacions al SiNASP

Estat de les accions de millora planificades	Total	2on semestre		%
		2011	Tot 2012	
<b>Implantades 100%</b>	<b>94</b>	<b>54</b>	<b>40</b>	<b>46,1%</b>
<b>Implantades 50%-99%</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>5,9%</b>
<b>No implantades</b>	<b>98</b>	<b>38</b>	<b>60</b>	<b>40,7%</b>
No implantades <b>en temps de termini</b>	<b>53</b>	<b>21</b>	<b>32</b>	<b>26,0%</b>
Sense termini	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>2,0%</b>
No implantades <b>fora de termini</b>	<b>26</b>	<b>17</b>	<b>9</b>	<b>12,7%</b>
<b>Totals</b>	<b>204</b>	<b>101</b>	<b>103</b>	
<b>Assoliment</b> (Implantades + No implantades en temps de termini)				<b>77,9%</b>

**Gràfic 7 : Origen de les notificacions dels esdeveniments adversos**



Destaca la hospitalització per ser l'àrea on hi va haver més notificacions, coincident en que és l'àrea on hi treballa més personal d'infermeria. aquest col·lectiu és el qui majoritàriament notifica més incidents i esdeveniments adversos, seguit d'Urgències, UCI i el Bloc quirúrgic.



### 7.1.4 Accions de sensibilització i formació

Les activitats formatives desenvolupades durant el període (taula 3) es van derivar del pla de formació de l'àrea de seguretat de pacient, de les necessitats sorgides per algun esdeveniment advers o per alguna demanda concreta.

**Taula 3** : Activitats de sensibilització i formació 2009-2012

<b>Activitats formatives</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>gen-mar 2012</b>
Ús del sistema de notificació i aprenentatge per a la seguretat del pacient.		196		
Curs avançat de seguretat clínica		63		
Anàlisi causa arrel (seguretat del pacient)	9			
Bacterièmia Zero	42			
Chec-1st per una cirurgia segura			13	
Conceptes bàsics sobre seguretat del pacient	46			
Estratègies per a la prevenció dels errors en l'administració de la insulina	210			
Higiene de mans i prevenció de la infecció hospitalària	210	140	110	46
L'ús segur dels medicaments en els hospitals			47	16
Ús segur dels medicaments en els hospitals (ISMP)			18	
Aliança per la seguretat del pacient a Catalunya	62			
Prevenció infecció nosocomial	22			
Rellançament chek-1st quiròfan (seguretat pacient)			69	
Prevenció de caigudes (seguretat del pacient)	195			
Seguretat del pacient	195	7	26	
Actualització de coneixements en nafres i ferides cròniques				80
Riscos transfusions			32	
Identificació inequívoca	35	66	56	
Curs bàsic seguretat del pacient	9			
GT1 ( <i>benchmarking</i> de resultados) de foro excelencia en sanidad		1		
V Conferencia internacional sobre seguridad del paciente		1		
Vi Reunión internacional de seguridad del paciente			1	
XV Congreso seimc			1	
XXIX Congreso de la sociedad española de calidad asistencial			1	
GT2 ( <i>benchmarking</i> de un proceso relacionado con la SP)		1		
III jornada mejora de la seguridad del paciente en atención primaria		1		
V conferencia internacional de seguridad del paciente		1		
XII jornada de la societat catalana de qualitat assistencial		1		
Seminari de formació en seguretat clínica	4			
Màster gestió qualitat - seguretat pacients	1			
Jornada Pneumonia Zero i seguiment bzo			1	
IV jornada mejora de la seguridad del paciente en atencion primaria			1	
19 Colloquium cochrane / vi conferencia internacional de seg paciente			1	
27 Congreso de calidad asistencial	2			
2ª Reunión de coordinadores de calidad hospitalaria	1			
Estandares y recomendaciones de calidad y seguridad de las unidades			1	
Jornada Bacterièmia Zero			2	
<b>TOTAL</b>	<b>1043</b>	<b>478</b>	<b>380</b>	<b>142</b>

El 2009 que va ser l'inici de la línia estratègica orientada a la seguretat del pacient hi va haver un fort impuls en accions formatives i de sensibilització.

Es consideren activitats de sensibilització les accions d'una hora o 50'. Aquest tipus d'accions anaven dirigides en general a tots els professionals i eren accions obertes on no hi havia una inscripció prèvia.

La taula 3 permet observar que en 39 mesos es van fer 45 accions formatives de característiques diverses, des d'una sessió de sensibilització d'una hora fins a un mestratge de 150h.

El nombre d'hores totals de formació-sensibilització rebuda durant aquest període va ser de 5175 hores.

## 7.2 Taxa de participació i descripció de la població que respon l'enquesta

### 7.2.1 Taxa de participació

En el moment PRE es van distribuir 1.664 qüestionaris als subjectes d'estudi (mostra censal PRE) i se'n van recollir 393 i en el moment POST se'n van distribuir 1.917 (mostra censal POST) i se'n van recollir 561. La taxa de resposta global ha estat del 26,6%, sent més alta en el POST (29,3%) que en la PRE (23,6%) (veure taula 4)

És l'HSH<sup>a</sup> qui va tenir una major taxa de resposta tant en el PRE (44,4%) com en el POST (54,3%).

**Taula 4:** Taxes de participació segons centre i moment de l'enquesta

Centre	MOMENT PRE			MOMENT POST		
	Questionaris distribuïts	Respostes	% participació	Questionaris distribuïts	Respostes	% participació
Hospital Sant Joan Despí	802	157	19,6%	1010	335	33,2%
Hospital General de l'H	772	196	25,4%	813	175	21,5%
Hospital Sociosanit. de l'H	90	40	44,4%	94	51	54,3%
TOTAL	1664	393	23,6%	1917	561	29,3%

L'HGH en el PRE (25,4%) la taxa de resposta era més alta que en el POST (21,5%).

A l'HSJD la taxa de participació del PRE (19,6%) era més baixa a la del POST (33,2%).

Pel que fa a la participació dels professionals la taxa de participació s'ha incrementat per les tres categories de grups professionals en el POST respecte el PRE (veure taula 5) :

- Metges/farmacèutics han passat del 15,5% al 20,4%
- Infermeres/llevadores/auxiliars han passat de 24,1% a 30,6%
- Altres professionals ha passat de 24,0% a 27,4%.

<sup>a</sup> Per facilitar la lectura es denomina HSJD a l'Hospital Sant Joan Despí, HGH a l'Hospital General de l'Hospitalet, i HSH a l'Hospital Sociosanitari de l'Hospitalet.

**Taula 5:** Taxes de participació segons grup professional i moment de l'enquesta

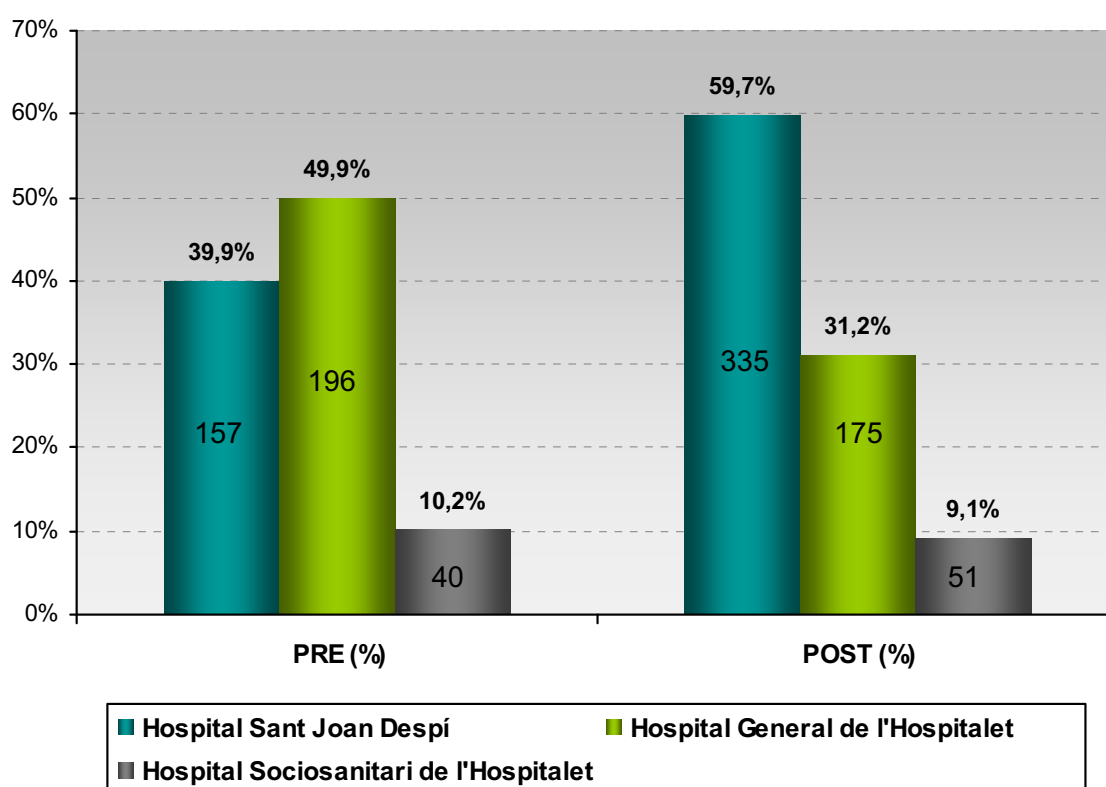
Grup professional	MOMENT PRE			MOMENT POST		
	Qüestionaris distribuïts	Respostes	% participació	Qüestionaris distribuïts	Respostes	% participació
Metges/farmacèutics	420	65	15,5%	506	103	20,4%
Infermera/llevadora/auxiliar infer.	956	230	24,1%	1006	308	30,6%
Altres	288	69	24,0%	405	111	27,4%
No contesta		29			39	
<b>TOTAL</b>	<b>1664</b>	<b>393</b>	<b>23,6%</b>	<b>1917</b>	<b>561</b>	<b>29,3%</b>

## 7.2.2 Dades sociodemogràfiques dels qui contesten l'enquesta

### Centre de treball

En el moment PRE l'HGH hi havia una representació del 50% del total de respostes i l'HSJD un 40%, mentre que en el POST l'HGH va baixar a un 31,2% i l'HSJD es va incrementar fins un 60%. (gràfic 8).

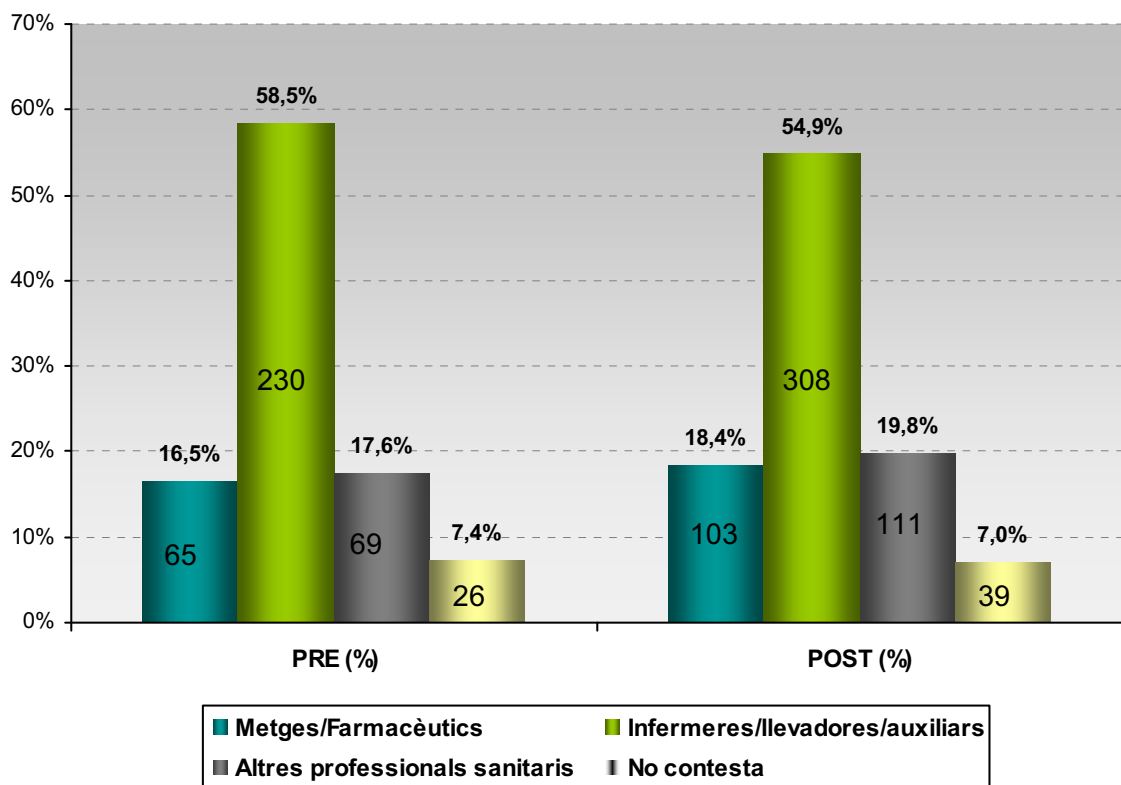
**Gràfic 8:** Distribució absoluta i relativa dels participants segons centre i moment de l'enquesta



### Grup professional

Del nombre global de professionals que van contestar el qüestionari, el personal d'infermeria era el més nombrós, tan en el PRE (58,5%) com en el POST (54,9%), seguit dels altres professionals i el grup menys nombrós era el dels metges en el PRE (16,5%) i en el POST (18,4%). Veure gràfic 9.

**Gràfic 9:** Distribució absoluta i relativa dels participants segons grup professional i moment de l'enquesta



### Segons contacte directe amb el pacient

La major part dels qui contesten l'enquesta tenien contacte directe amb el pacient, en el PRE eren el 81,2% i en el POST eren 89,8% del total.

### Anys de treball en el centre

En el moment PRE el 43 % dels participants feia 5 anys o menys que treballava en el centre i amb una mitjana de 9,23 anys (ds=9,7) de treball en el centre, mentre que en el moment POST era del 62% i una mitjana de 6,91 (ds=8,8) anys d'antiguitat en el centre. L'HGH és qui ha obtingut la mitjana d'anys en el centre més elevada (veure la taula 6) .

**Taula 6:** Estadístics dels anys de treball en el centre segons centre i moment de l'enquesta

MOMENT enquesta	Estadístics	Anys de treball en el centre			
		HSJD	HGH	HSH	CSI
PRE	Mitjana	4,06*	13,91	6,28	9,23
	Mediana	,00	14,00	6,00	6,00
	N	140	179	39	358
	Desv. stan	8,41	9,47	2,82	9,77
POST	Mitjana	3,49	12,85	9,43	6,91
	Mediana	2,00	8,00	10,00	2,00
	N	305	158	42	505
	Desv. stan	5,22	11,15	7,35	8,85
p		<0,05	NS	<0,05	NS

(\*) Els professionals provinents de Dos de Maig responen a l'antiguitat dins del CSI.

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova t d'Student

### Anys de treball a la professió, al centre i al servei/unitat segons grup professional

Els anys a la professió no van variar en el POST a excepció de l'HSH que eren més en el POST: 14,23 anys (ds=8,05) que en el PRE: 11,38 anys (ds=5,4).

Els metges que van contestar eren els qui feia més anys que estaven a la professió, tant en el PRE 16,5 anys (ds 9,6) com en el POST 14,50 anys (ds 9,2).

Dels professionals que han participat, tant el personal d'infermeria com els metges feia menys anys que estaven a la professió en el POST que en el PRE. Veure taula 7.

**Taula 7:** Distribució absoluta, mitjana, i desviació estàndard dels anys a la professió, en el centre i en el servei segons grup professional i total

Grups professionals		Moment PRE			Moment POST		
		Anys de professió	Anys al centre	Anys al servei	Anys de professió	Anys al centre	Anys al servei
Metges/Farmaceutics	Mitjana	16,5	9,1	7,3	14,5	5,6*	5,3
	Desv. típ.	9,6	10,3	9,7	9,2	8,1	7,0
	m	1	0	0	1	1	1
	M	42	42	42	37	37	33
	N	61	63	62	98	98	94
Infermeres/llevadores/auxiliars	Mitjana	13,7	9,8	6,0	13,0	7,2*	4,6*
	Desv. típ.	8,8	10,1	7,4	9,3	9,1	6,1
	m	0	0	0	1	0	0
	M	39	37	37	39	40	35
	N	211	211	201	288	285	266
Altres professionals	Mitjana	9,9	7,2	5,9	11,8	7,3	6,6
	Desv. típ.	7,7	8,1	7,1	9,6	8,6	8,3
	m	0	0	0	1	0	0
	M	26	28	25	38	38	38
	N	66	68	67	102	107	101
Total	Mitjana	13,5	9,2	6,3	13,0	6,9*	5,1*
	Desv. típ.	9,0	9,8	7,8	9,4	8,8	6,9
	m	0	0	0	1	0	0
	M	42	42	42	39	40	38
	N	338	342	330	488	490	461

\* Diferència significativa en relació al PRE aplicant la prova estadística de la t d'Student ( $p < 0,05$ )

## 7.3 Efectivitat de la intervenció combinada

Es de destacar que aquest apartat és el més rellevant per la seva relació directa amb la hipòtesi formulada: El sistema de notificació d'esdeveniments adversos, les activitats formatives i la promoció de pràctiques segures influeixen favorablement sobre la cultura de seguretat dels pacients.

Per avaluar l'efectivitat de les accions desenvolupades s'han analitzat els resultats de 44 ítems del qüestionari.

Els ítems corresponen a les 42 afirmacions que componen les dimensions de la cultura de seguretat, la pregunta 43 sobre la qualificació a la seguretat del pacient percebuda i la pregunta 48 que es refereix a les notificacions d'esdeveniments adversos que manifestaven que havien fet.

S'ofereixen dos tipus de resultats:

- Mesures de resultat
- Mesures de percepció
  - A nivell hospitalari
  - A nivell d'unitat/servei

### 7.3.1. Mesures de resultat

Es consideren mesures de resultat de la cultura de la seguretat del pacient aquells resultats de l'enquesta que es detallen a continuació:

- el grau de seguretat dels pacients percebuda
- el nombre d'esdeveniments notificats
- la dimensió *Freqüència d'esdeveniments notificats*
- la dimensió *Percepció de la seguretat dels pacients*.

#### 7.3.1.1. Grau de seguretat dels pacients percebuda

El qüestionari proporciona l'opció de donar una qualificació global a la seguretat del pacient percebuda, en una escala de l'1 al 10. La qualificació mitjana en el PRE era de 6,48 (ds=1,85) i era significativament diferent ( $p < 0,05$ ) en el POST que va obtenir una valoració mitjana de 7,04 (ds=1,87).

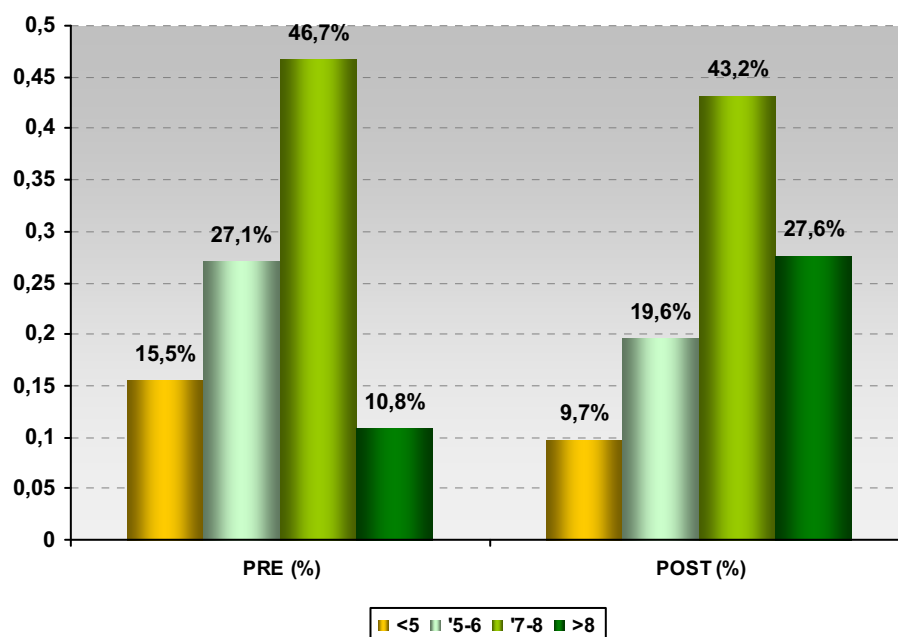
En el POST, el 50% dels professionals van donar una qualificació entre el 6 i el 8,5, qualificació que es podria qualificar de moderadament alta i que és més alta que en el PRE que estava entre el 5 i el 8 (veure la taula 8 i el gràfic 10).



**Taula 8:** Estadístics del grau de seguretat del pacient percebuda segons moment de l'enquesta

Estadístics	Moment PRE	Moment POST
N	362	526
Mitjana	6,48	7,04
p		P<0,05
Mediana	7,00	7,50
Desv. estàndard	1,85	1,87
Mínim	1	1
Màxim	10	10
Percentil 25	5,00	6,00
Percentil 75	8,00	8,50

**Gràfic 10:** Distribució percentual de les categories del grau seguretat del pacient percebuda, segons moment de l'enquesta



La qualificació mitjana ha augmentat també al analitzar-ho segons les categories: centre de treball, grup professional, anys en el centre, segons si tenien o no contacte amb el pacient. A la taula 9 es poden observar les mitjanes i la significació estadística de la diferència entre els dos moments de l'enquesta.

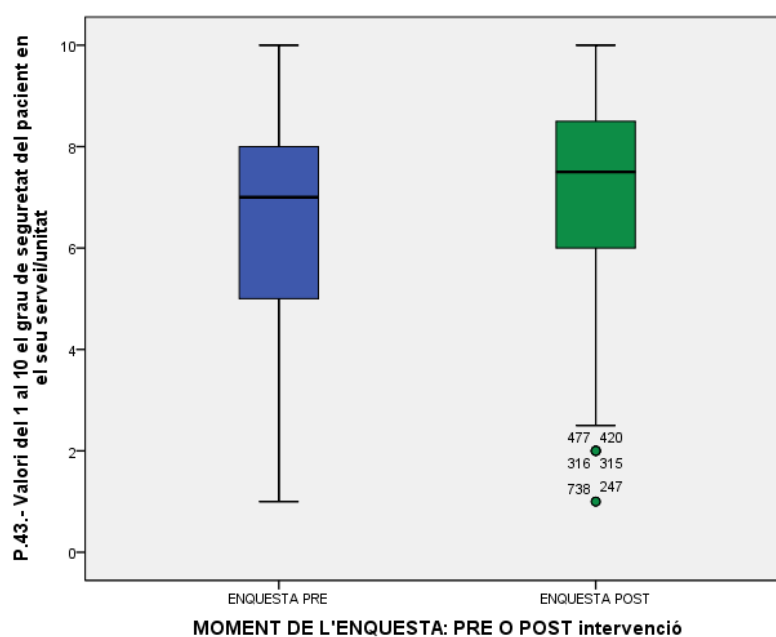
**Taula 9:** Mitjana i desviació estàndard del grau de seguretat del pacient percebuda per grup professionals, centre, temps de treball en el centre i contacte directe amb el pacient segons moment de l'enquesta.

Mitjana del grau de seguretat del pacient percebuda		Mitjana (ds)		p
		Moment PRE	Moment POST	
Tot el CSI		6,48 (1,85)	7,04 (1,87)	<0,01
Grup professional	Metges/Farmacèutics	6,38 (1,77)	7,01 (1,87)	<0,05
	Infermeres/llevadores/auxiliars	6,39 (1,94)	7,00 (1,90)	<0,01
	Altres professionals sanitaris	6,94 (1,55)	7,4 (1,63)	NS
Centre	Hospital Sant Joan Despí	6,62 (1,85)	6,87 (2,00)	NS
	Hospital General de l'Hospitalet	6,52 (1,81)	7,47 (1,55)	<0,01
	Hospital Sociosanitari de l'Hospitalet	5,79 (1,98)	6,67(1,79)	<0,05
Anys de treball en el centre	≤ 5 anys	6,47(1,90)	7,04 (1,93)	<0,01
	> 5 anys	6,44 (1,76)	7,25 (1,65)	<0,01
Segons contacte amb el pacient	Manté contacte amb el pacient	6,45 (1,89)	7,05 (1,87)	<0,01
	No manté contacte amb el pacient	6,78 (1,43)	7,30 (1,75)	NS

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova t d'Student

A continuació en el gràfic 11 es pot apreciar la diferència entre la mitjana de la qualificació global en el PRE i el POST, on s'observa que millora la qualificació atorgada en el POST i una certa dispersió en els valors extrems baixos.

**Gràfic 11:** Diagrama de caixa de la qualificació del grau de seguretat dels pacients percebuda segons moment de l'enquesta



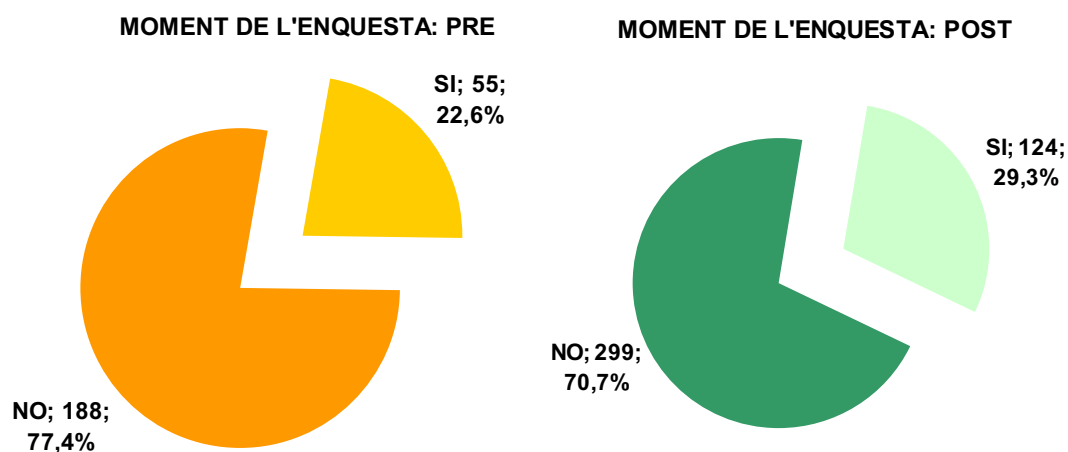
### 7.3.1.2. Nombre d'esdeveniments notificats

La majoria dels enquestats, 77,7% en el PRE i 70,90% en el POST, manifestaven no haver fet, en els últims 12 mesos i per escrit, cap notificació d'un esdeveniment advers,. El 9,5% en el PRE i el 20,8% manifestava que havia fet una o dues notificacions. Veure taula 10 i gràfic 12.

**Taula 10:** Distribució dels professionals que van contestar l'enquesta segons si havien notificat o no algun esdeveniment els darrers 12 mesos

Notificacions en els últims 12 mesos	Moment PRE		Moment POST		Total
	N	%	N	%	N
NO	188	77,7%	299	70,9%	487
SI	55	22,7%	124	29,1%	179
TOTAL	242	100,0%	422	100,0%	664

**Gràfic 12:** Distribució segons si havien notificat o no esdeveniments adversos els darrers 12 mesos en el moment de l'enquesta



A continuació a la taula 11 s'observa que l'HSH presentava una reducció considerable de notificacions, mentre que als altres dos centres incrementaven lleugerament.

**Taula 11:** Nombre de casos, mitjana, desviació estàndard i mediana de notificacions d'esdeveniments adversos segons centre i moment de l'enquesta.

Estadístics	HSJD		HGH		HSH		CSI	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
N	95	253	126	135	22	35	243	423
Mitjana	,44	,64	,85	1,36	4,55	1,00	1,02	,90
DS	1,35	1,60	2,17	8,66	7,07	2,06	2,96	5,08
Mediana	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00
p	<0,05		NS		<0,05		NS	

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Witney

La taula 12, que es presenta a continuació, mostra que els qui deien que havien fet alguna notificació atorgaven una qualificació superior i significativa al grau de seguretat percebuda.

**Taula 12 :** Mitjana del grau de seguretat percebut segons si havien fet o no alguna notificació i moment de l'enquesta.

Notificacions	Mitjana del grau de seguretat percebut (ds)		
	PRE	POST	P
SI	6,61 (1,68)	7,26 (1,80)	p<0,01
NO	5,78 (1,99)	6,66 (1,88)	p<0,05

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova t d'Student

### 7.3.1.3. Dimensió *PERCEPCIÓ DE LA SEGURETAT*

Aquesta dimensió inclou quatre ítems que mesuren la opinió sobre si els procediments i sistemes són bons per la prevenció d'errors i en general si estan treballant compromesos amb la seguretat dels pacients.

Dos dels ítems es refereixen a causes concretes com són el ritme de treball i els procediments existents en el sistema per evitar errors en l'assistència. Els altres dos fan referència pròpiament a la percepció de seguretat dels pacients (veure taula 13).

Encara que la dimensió Percepció de seguretat i tres dels quatre ítems que la componen, no arriben al 50% de respostes positives, s'han incrementat en el POST respecte el PRE.

És una dimensió amb respostes positives baixes<sup>a</sup>. En el POST hi havia un 52,5% de participants que donava respostes negatives a *Mai augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient* i hi havia un 49,8% que donaven respostes negatives a *No es produeixen més fallades per casualitat*.

**Taula 13:** Respostes als ítems de la dimensió *PERCEPCIÓ DE SEGURETAT* segons moment de l'enquesta

Afirmacions	Moment PRE			Moment POST			P
	Negatiiva	Neutra	Positiva	Negativa	Neutra	Positiva	
P.10N.- No es produeixen més fallades per casualitat	51,3%	19,8%	28,9%	49,8%	19,0%	31,2%	ns
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient	55,3%	19,9%	24,8%	<b>52,4%</b>	19,4%	28,2%	ns
P.17N.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"	33,2%	19,5%	47,3%	30,7%	21,3%	48,0%	ns
P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència	30,8%	22,1%	47,2%	20,7%	23,0%	<b>56,3%</b>	p<0,05
<b>Percepció de seguretat</b>	42,6%	20,3%	37,0%	38,4%	20,7%	40,9%	ns

Nota: En negreta les respostes a 50%; En verd significació a favor de les respostes neutres  
p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova de Chi quadrat

Així mateix, va incrementar de forma significativa l'opinió positiva en relació a que els *procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència*, passant de 47,3% en el PRE a 56,3%, en el POST. Es va calcular la mediana d'acord als criteris definits en l'esquema del quadre 14 de la pàgina 98 i les diferències entre el PRE i el POST eren també significatives per aquest ítem.

<sup>a</sup> Segons els criteris de la AHRQ, es senyalen com a fortaleses aquelles dimensions o ítems en que les valoracions positives superen el 75% i es senyalen com a oportunitats de millora aquelles que les valoracions negatives superen el 50%.

### 7.3.1.4. Dimensió **FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS**

Aquesta dimensió inclou tres ítems relacionats amb la percepció de la freqüència de notificacions de tres tipus d'esdeveniments o errors que no arriben a produir dany en el pacient: per ser detectats abans de que li puguin produir dany o que previsiblement no li hauria danyar.

En aquesta dimensió, hi ha hagut un lleuger increment en les respostes positives (0,61%) i les neutres en el POST en relació al PRE) (veure taula 14).

Els ítems ranegen el 50% i podem considerar baixes tant les respostes positives com les negatives

En el POST s'observa que les respostes positives i les negatives han disminuït en relació a l'afirmació sobre si es *notifiquen els errors al ser descoberts i abans de fer dany al pacient* i han incrementat les respostes neutres ( $p < 0,05$ ).

Així mateix, en el POST els 4 ítems tenien un nombre elevat d'opcions neutres, que es situaven al voltant del 30%-35%.

Encara que les respostes positives en el POST estaven per sota del 50%, les respostes negatives eren molt baixes i en conseqüència prou acceptables.

**Taula 14:** Distribució de les respostes de la dimensió **FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS** segons moment de l'enquesta

Afirmacions	Enquesta PRE			Enquesta POST			p
	Negativa	Neutra	Positiva	Negativa	Neutra	Positiva	
P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient	22,1%	23,7%	54,3%	14,8%	<b>35,7%</b>	49,5%	p<0,05
P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient	24,2%	31,1%	44,7%	19,3%	<b>33,5%</b>	47,2%	ns
P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient	23,3%	30,0%	46,7%	18,8%	<b>30,0%</b>	<b>51,3%</b>	ns
<b>Freqüència dels esdeveniments notificats</b>	23,2%	28,3%	48,5%	17,6%	<b>33,0%</b>	49,3%	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova Chi quadrat  
Nota: En negreta les respostes superiors a 30%; En groc significació a favor de les respostes neutre

En l'anàlisi de les medianes s'observa l'increment i que les diferències eren significatives per als tres ítems (veure taula 15)

**Taula 15:** Mediana PRE i POST per cada ítem de la dimensió *FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS*, diferència i significació estadística.

Afirmacions	Enquesta PRE	Enquesta POST	Dif	p
P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient	3,44	3,55	0,11	p<0,05
P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient	3,28	3,47	0,19	p<0,05
P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient	3,32	3,56	0,25	p<0,05

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-witney

### 7.3.2. Mesures de percepció a nivell hospitalari

Les dimensions de la cultura de seguretat del pacient a nivell hospitalari són:

- *Suport de la gerència de l'hospital en la seguretat del pacient (3 ítems)*
- *Treball en equip entre les unitats de l'hospital (4 ítems)*
- *Problemes en els canvis de torn i les transicions entre serveis/unitats (4 ítems).*

#### 7.3.2.1. Dimensió *SUPORT DE LA GERÈNCIA DEL HOSPITAL A LA SEGURETAT DEL PACIENT*

Aquesta dimensió inclou tres ítems que valoren l'interès continuat de la gerència en la seguretat del pacient oferint un ambient laboral que promou la cultura de la seguretat i mostra amb fets que la seguretat del pacient és una prioritat.

És una de les dimensions que han presentat una percepció més problemàtica. El total de respostes positives en el PRE era del 26,7% i en el POST han estat en un 28%. I les negatives s'han reduït del 44% al 40% (veure taula 16).

En cap dels ítems, les respostes positives han superat el 40% i les negatives han sigut moderadament altes.

Globalment es pot considerar una dimensió amb respostes positives molt baixes i negatives altes que es van apropar al 50%.

**Taula 16:** Distribució de les respostes de la dimensió *SUPPORT DE LA GERENCIA DE L'HOSPITAL A LA SEGURETAT DEL PACIENT* segons moment de l'enquesta

Afirmacions	Enquesta PRE			Enquesta POST			p
	Negativa	Neutra	Positiva	Negativa	Neutra	Positiva	
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient	44,4%	33,6%	22,1%	45,7%	32,1%	22,3%	ns
P.30.- La gerència/direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats	34,0%	31,4%	34,5%	29,6%	<b>34,5%</b>	35,9%	ns
P.31N.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient	54,4%	22,2%	23,5%	47,4%	26,8%	25,8%	ns
<b><i>Suport de la gerència de l'hospital a la seguretat del pacient</i></b>	44,3%	29,1%	26,7%	40,9%	<b>31,1%</b>	28,0%	ns

Nota: En negreta les respostes neutres superiors a 30%.

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova de Chi quadrat

### 7.3.2.2. Dimensió *TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS*

Aquesta dimensió vol mesurar la percepció dels professionals sobre la cooperació, la coordinació i el treball conjunt per donar la millor atenció possible als pacients

El balanç entre el POST i el PRE d'aquesta dimensió, no presentava diferències destacables, (veure taula 17). Cap dels ítems que la componen presentava canvis significatius en el POST en relació al PRE. La percepció entorn a que *Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen bé entre elles*, tot i que ha millorat molt lleugerament amb les respostes positives encara es mantienien per sobre del 50%, les negatives. Per altra banda destaca l'empitjorament (disminució de les respostes positives i increment de les negatives) de l'ítem referent a la cooperació entre unitats i serveis (P.26).

De forma positiva (sense ser una fortalesa) destaca l'opinió entorn a que *Sol resultar còmode treballar amb altres serveis unitats*, amb un 63,6% de les respostes positives en el PRE i un 66,7% en el POST. El càlcul de les medianes d'aquest ítem ha posat de manifest diferències entre el PRE i el POST (3,66:3,77;  $p < 0,05$ ).



**Taula 17:** Distribució de les respostes de la dimensió *TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS* segons moment de l'enquesta

Afirmacions	Enquesta PRE			Enquesta POST			p
	Negativa	Neutra	Positiva	Negativa	Neutra	Positiva	
P.24N.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen be entre elles	<b>52,7%</b>	25,8%	21,5%	<b>51,2%</b>	25,6%	23,1%	ns
P.26.- Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament	25,3%	31,2%	43,5%	26,7%	<b>33,8%</b>	39,5%	ns
P.28N.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats	10,0%	26,4%	63,6%	11,5%	21,9%	<b>66,7%</b>	ns
P.32.- Els serveis/unitats treballen de forma coordinada entre sí per a proporcionar la millor atenció possible als pacients	22,3%	29,7%	48,1%	22,9%	28,9%	48,2%	ns
<b>Treball en equip entre unitats/serveis</b>	27,6%	28,3%	44,2%	28,1%	27,5%	44,4%	ns

Nota: En negreta les respostes neutres superiors a 30% i les positives superiors al 50%; En negreta les respostes negatives superiors a 5%.

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova de Chi quadrat

Així doncs, no hi havia una bona coordinació ni cooperació com a serveis, però sí una bona relació entre les persones.

Sembla que les intervencions fetes entre el PRE i el POST no han incidit en aquesta dimensió.

### 7.3.2.3. Dimensió *PROBLEMES EN ELS CANVIS DE TORN I TRANSICIONS ENTRE SERVEIS/ UNITATS*

Aquesta dimensió vol mesurar les percepcions dels professionals respecte els problemes durant els canvis de torn i en l'intercanvi de la informació entre els professionals, per poder garantir la continuïtat i la seguretat del pacient, quan es produeixen transicions entre unitats o serveis.

Cap dels ítems que componen aquesta dimensió ha presentat canvis significatius en el POST respecte el PRE. S'han reduït les respostes positives, i les negatives i han incrementat les neutres (veure taula 18).

*En els canvis de torn es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient, seguia sent un problema que ha empitjorat, i s'ha quedat només amb un 38,2% de respostes positives. Va millorar molt poc El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic que no va aconseguir superar el 50% de respostes positives. Sembla doncs que l'intercanvi d'informació era poc problemàtic però que la informació es perdia.*

**Taula 18:** Distribució de les respostes de la dimensió *PROBLEMES EN ELS CANVIS DE TORN I TRANSICIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS* segons moment de l'enquesta

Afirmacions	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			p
	Negativa	Neutra	Positiva	Negativa	Neutra	Positiva	
P.25N.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra	44,8%	20,6%	34,5%	41,4%	24,9%	33,8%	ns
P.27N.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient	35,1%	21,4%	43,4%	37,4%	24,4%	38,2%	ns
P.29N.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	22,8%	27,7%	49,5%	20,3%	27,0%	<b>52,7%</b>	ns
P.33N.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.	30,8%	26,4%	42,7%	30,6%	29,2%	40,2%	ns
<b>Problemes en els canvis de torn i transicions entre serveis/unitats</b>	<b>33,4%</b>	<b>24,0%</b>	<b>42,5%</b>	<b>32,4%</b>	<b>26,4%</b>	<b>41,2%</b>	ns

Nota: En negreta les respostes positives superiors al 50%

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova de Chi quadrat

Les diferències entre les medianes del PRE i el POST no eren significatives.

### 7.3.3. Mesures de percepció a nivell d'unitat organitzativa

Les dimensions que fan referència a la unitat organitzativa són:

- *Expectatives i accions de la direcció/supervisió de la unitat/servei per promoure la seguretat (4 ítems)*
- *Aprentatge de l'organització, Millora Contínua (3 ítems)*
- *El treball en equip dins de les unitats/serveis (4 ítems)*
- *Franquesa en la comunicació oberta (3 ítems)*
- *Feedback i comunicació sobre els errors (3 ítems)*
- *Resposta no punitiva als errors (3 ítems)*
- *Dotació de personal (4 ítems).*

#### 7.3.3.1. Dimensió *EXPECTATIVES I ACCIONS DELS CAPS/COMANDAMENTS DE SERVEI/UNITAT QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT*

Aquesta dimensió vol mesurar la percepció que tenen els professionals respecte als comandaments i caps de servei, en relació a si tenen en compte els seus suggeriments per millorar la seguretat del pacient; si els feliciten o elogien quan segueixen els procediments de seguretat o si la passen per alt.

Convé destacar que tots els ítems d'aquesta dimensió tenien un menor nombre de respostes positives i un major nombre de respostes negatives en el POST que en el PRE i això repercutia significativament ( $p < 0,05$ ) sobre la dimensió en el seu conjunt.

Tot i la reducció de respostes positives, els resultats obtinguts, eren relativament acceptables (respostes positives per sobre del 50%). L'ítem *El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment*, era un dels tres que tenien més respostes positives en els dos moments de l'enquesta i com dimensió en conjunt, era la segona més ben valorada.

No obstant, *El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient* i la dimensió, en el seu conjunt, tenia diferències PRE - POST, significativament inferiors ( $p < 0,05$ ) (veure taula 19)

**Taula 19:** Distribució de les respostes (negatives, neutres i positiva) dels ítems de la dimensió *EXPECTATIVES/ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT* segons moment de l'enquesta

Afirmacions	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			p
	Negativa	Neutra	Positiva	Negativa	Neutra	Positiva	
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient	15,9%	25,3%	58,8%	18,7%	26,3%	<b>55,0%</b>	p<0,05
P.20.- El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient	16,1%	20,2%	63,7%	15,7%	21,9%	<b>62,4%</b>	ns
P.21N.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient	16,0%	19,3%	64,7%	18,9%	22,9%	<b>58,2%</b>	ns
P.22N.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment	8,4%	18,4%	73,2%	11,4%	15,5%	<b>73,1%</b>	ns
<b><i>Expectatives i accions de la direcció/supervisió de la unitat/ servei que afavoreixen la seguretat</i></b>	14,1%	20,8%	65,1%	16,2%	21,6%	<b>62,2%</b>	p<0,05

Nota: En negreta les respostes positives superiors a 50%; (\*\*) En vermell significació quan disminueixen les respostes positives.

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova de Chi quadrat

Per altra banda, les medianes no presentaven diferències significatives per cap dels quatre ítems (veure la taula 20).

Les respostes a aquesta dimensió, han posat de manifest que el liderat en seguretat del pacient a nivell de servei i unitat, ha estat poc influenciat per les intervencions realitzades per promoure la cultura de la seguretat dels pacients.

**Taula 20:** Mediana PRE i POST per cada ítem de la dimensió *EXPECTATIVES I ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ DE LA UNITAT/SERVEI QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT*, diferència i significació estadística.

Afirmacions	PRE	POST	Dif	p
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient	3,58	3,56	-0,02	ns
P.20.- El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient	3,65	3,72	0,07	ns
P.21N.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient	3,68	3,61	-0,06	ns
P.22N.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment	3,88	3,95	0,07	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

### 7.3.3.2. Dimensió *APRENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ. MILLORA CONTINUA*

Aquesta dimensió està composta per tres ítems sobre la proactivitat en relació a la seguretat dels pacients. Els errors han portat a un canvi positiu i es produeixen canvis i s'avalua la seva eficàcia.

La dimensió, en el seu conjunt, ha tingut un increment de respostes positives i una reducció de les neutres i les negatives. Era la tercera en el nombre de respostes positives, encara que només siguin un 55,7%.(taula 21).

Destaca, per una banda que *Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per evitar que passi de nou*, era el cinquè ítem en respostes positives en el POST, i per l'altra que *Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat*, presentava, en els dos moments de l'enquesta, el nombre de respostes neutres més alt.

Encara que no era significativa, s'ha posat de manifest una lleugera evolució positiva en l'aprenentatge de l'organització. D'altra banda, les diferències de les medianes dels tres ítems eren significatives (veure la taula 22).

**Taula 21:** Distribució de les respostes dels ítems de la dimensió *APRENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ* segons moment de l'enquesta

Afirmacions	Enquesta PRE			Enquesta POST			p
	Negativa	Neutra	Positiva	Negativa	Neutra	Positiva	
P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient	24,6%	25,9%	49,5%	21,9%	23,9%	<b>54,2%</b>	ns
P.09.- Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou	17,4%	18,2%	64,4%	13,4%	18,4%	<b>68,3%</b>	ns
P.13.- Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat	23,0%	37,2%	39,8%	18,0%	<b>37,6%</b>	44,5%	ns
<b>Aprenentatge de la organització</b>	21,7%	27,1%	51,2%	17,7%	26,6%	<b>55,7%</b>	ns

Nota: En negreta les respostes neutres superiors a 30% i les positives superiors a 50%

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova de Chi quadrat

**Taula 22:** Mediana PRE i POST per cada ítem de la dimensió *APRENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ*, diferència i significació estadística.

Aprenentatge de la organització	Enquesta PRE	Enquesta POST	Dif	p
P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient	3,35	3,49	0,14	p<0,05
P.09.- Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou	3,67	3,86	0,19	p<0,05
P.13.- Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad	3,22	3,36	0,14	p<0,05

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

### 7.3.3.3. Dimensió *TREBALL EN EQUIP DINS DE LA UNITAT/SERVEI*

Aquesta dimensió mesura la percepció dels professionals sobre el treball en equip a les unitats o serveis, que es basa en el suport mutu, el tracte amb respecte i el treball conjunt.

És una dimensió que encara que no hagi arribat a complir els criteris de ser una fortalesa, era la que tenia més respostes positives en el seu conjunt en els dos moments de l'enquesta, superant el 70% de respostes positives.

Els ítems que la componen estaven entre els cinc primers en respostes positives en els dos moments de l'enquesta. Tot i així, els quatre ítems han empitjorat, a costa d'incrementar les respostes neutres i en dues també, han incrementat lleugerament les respostes negatives (P04 i P11) (veure taula 23).

Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar, tenia diferències entre el PRE i el POST en sentit negatiu ( $p < 0,05$ ).

**Taula 23:** Distribució de les respostes (negatives, neutres i positiva) dels ítems de la dimensió *TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI* segons moment de l'enquesta

Afirmacions	Enquesta PRE			Enquesta POST			P
	Negativa	Neutra	Positiva	Negativa	Neutra	Positiva	
P.01.- El personal es recolza mútuament	14,7%	10,1%	75,3%	14,3%	14,7%	<b>71,0%</b>	ns
P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar	18,2%	11,8%	70,1%	14,8%	18,0%	<b>67,2%</b>	<b>p&lt;0,05</b>
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	8,0%	12,7%	79,3%	8,2%	14,4%	<b>77,4%</b>	ns
P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el companys	13,1%	16,2%	70,8%	13,7%	19,2%	<b>67,0%</b>	ns
<b>Treball en equip a la unitat/servei</b>	13,5%	12,7%	73,8%	12,7%	16,6%	<b>70,7%</b>	ns

Nota: En groc significació a favor de les respostes neutres; En negreta les respostes positives superiors a 50%

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova de Chi quadrat

Per altra banda, a la taula 24 es pot apreciar que les medianes dels tres ítems d'aquesta dimensió eren significativament més altes en el POST.

**Taula 24:** Mediana PRE i POST per cada ítem de la dimensió *TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI*, diferència i significació estadística

Afirmacions	PRE	POST	Dif	p
P.01.- El personal es recolza mútuament	3,9	4,04	0,14	p<0,05
P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar	3,78	3,93	0,15	p<0,05
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	4,09	4,27	0,19	p<0,05
P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el companys	3,77	3,84	0,08	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Witney

#### 7.3.3.4. Dimensió **FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ**

Aquesta dimensió mesura el grau d'obertura per parlar lliurement, si es veu alguna cosa que pot afectar negativament el pacient i no es dubta en qüestionar a aquells qui tenen una major autoritat.

Era una de les 5 dimensions que tenia menys respostes positives. Els quatre ítems i la dimensió en el POST presentaven un increment de respostes neutres a costa de les positives i les negatives i situant aquelles per sobre del 30% (taula 25). Les diferències entre els dos moments de l'enquesta eren significatives ( $p < 0,05$ ) tant per la dimensió en el seu conjunt i com per als tres ítems.

**Taula 25:** Distribució de les respostes als ítems de la dimensió **FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ** segons moment de l'enquesta

Afirmacions	Enquesta PRE			Enquesta POST			p
	Negativa	Neutra	Positiva	Negativa	Neutra	Positiva	
P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat	20,9%	16,4%	62,7%	10,0%	<b>33,9%</b>	<b>56,1%</b>	p<0,05
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	36,3%	24,5%	39,2%	30,3%	<b>33,1%</b>	36,5%	p<0,05
P.39N.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta	20,3%	23,9%	55,8%	13,9%	<b>31,3%</b>	<b>54,8%</b>	p<0,05
<b>Franquesa en la comunicació</b>	25,8%	21,6%	52,6%	18,1%	<b>32,8%</b>	49,1%	p<0,05

Nota: En groc la significació a favor de les respostes neutres; En negreta les respostes positives superiors a 50% i les neutres superiors a 30%.

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova de Chi quadrat

En positiu convé destacar que *Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat*, era un dels tres primers ítems amb menys respostes negatives (10%),

Val la pena dir que les medianes dels tres ítems van millorar encara que per a l'ítem P37 la diferència no era significativa (taula 26)

**Taula 26:** Mediana PRE i POST per cada ítem de la dimensió *FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ*, diferència i significació estadística

<i>Franquesa en la comunicació</i>	Enquesta PRE	Enquesta POST	Dif	p
P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat	3,57	3,75	0,18	p<0,05
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	3,05	3,11	0,06	ns
P.39N.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta	3,48	3,65	0,17	p<0,05

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

#### 7.3.3.5. Dimensió *FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS*

Aquesta dimensió tracta de la informació entorn als errors o incidents que es produeixen i la discussió de com es poden evitar.

Les diferències entre el PRE i el POST, dels tres ítems i de la dimensió eren significatives (p<0,05). A la taula 27 es pot apreciar que en el POST es va produir una polarització de les respostes reduint les respostes positives i les negatives per incrementar les neutres. L'ítem que tracta sobre la discussió de com es pot evitar que els errors tornin a ocórrer (P38), era el que seguia aquest patró de forma més accentuada.

Globalment els resultats d'aquesta dimensió han posat de manifest que hi havia un marge de millora important pel gran nombre de respostes neutres que tenen els seus ítems.

Per altra banda a la taula 28 es pot apreciar que les medianes dels tres ítems eren més altes en el POST (p<0,05) .



**Taula 27:** Distribució de les respostes (negatives, neutres i positiva) dels ítems de la dimensió *FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS* segons moment de l'enquesta

Afirmacions	Enquesta PRE			Enquesta POST			p
	Negativa	Neutra	Positiva	Negativa	Neutra	Positiva	
P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme	30,6%	22,5%	46,9%	17,8%	<b>33,9%</b>	48,3%	p<0,05
P.36.- Se'ns informa dels error que passen en aquest servei/unitat	29,1%	16,3%	54,6%	14,2%	<b>30,9%</b>	<b>54,8%</b>	p<0,05
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	18,2%	14,7%	67,1%	13,8%	<b>28,4%</b>	<b>57,7%</b>	p<0,05
<b>Feed-back i comunicació sobre els errors</b>	26,0%	17,8%	56,2%	15,3%	<b>31,1%</b>	<b>53,6%</b>	p<0,05

Nota: En verd significació a favor de les neutres i les respostes positives; en groc significació a favor de l'increment de les neutres i la reducció de les negatives. En negreta les respostes positives superiors a 50% i les neutres superiors a 30%.

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova de Chi quadrat

**Taula 28:** Mediana PRE i POST per cada ítem de la dimensió *FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS*, diferència i significació estadística

<i>Feed-back i comunicació sobre els errors</i>	Enquesta PRE	Enquesta POST	Dif	p
P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme	3,25	3,51	0,26	p<0,05
P.36.- Se'ns informa dels error que passen en aquest servei/unitat	3,37	3,69	0,31	p<0,05
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	3,67	3,8	0,13	p<0,05

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

### 7.3.3.6. Dimensió *RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS*

Aquesta dimensió està composta per 3 ítems relacionats amb el comportament dels companys o superiors quan s'assabenten dels errors i que els errors no constin en l'expedient personal.

Els tres ítems i la dimensió presentaven un increment de respostes positives en el POST (taula 29).

**Taula 29:** Distribució de les respostes i significació de les diferències per la dimensió *RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS* segons moment de l'enquesta

Afirmacions	Enquesta PRE			Enquesta POST			p
	Negativa	Neutra	Positiva	Negativa	Neutra	Positiva	
P.08N.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comès algun error, ho utilitzen en la teva contra	9,5%	23,0%	67,5%	12,2%	18,2%	<b>69,6%</b>	ns
P.12N.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"	31,5%	19,7%	48,8%	28,4%	<b>22,3%</b>	49,4%	ns
P.16N.- Quan es comet un error, el personal té por que això quedi en el seu expedient	48,8%	24,7%	26,5%	40,9%	25,9%	33,2%	<b>p&lt;0,05</b>
<b>Resposta no punitiva als errors</b>	29,9%	22,5%	47,6%	27,2%	22,1%	50,7%	ns

Nota: En verd significació a favor de les respostes positives; En negreta les respostes positives superiors a 50%.

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova de Chi quadrat

Per l'ítem *Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comès algun error, ho utilitzen en la teva contra*, s'ha polaritzat lleugerament en les respostes, incrementant les positives (3%) i les negatives (22,1%) en detriment de les respostes neutres.

L'ítem *Quan es comet un error, el personal té por de que això quedi en el seu expedient*, en el PRE fregava el 50% de respostes negatives (criteri d'oportunitat de millora) també s'ha polaritzat, reduint les respostes negatives i incrementant les positives ( $p<0,05$ ).

Per altra banda les medianes dels tres ítems eren superiors en el POST però no de forma significativa.

En aquesta dimensió queda de manifest, una lleugera millora en la cultura tot i que encara li queda un gran marge de millora.

### 7.3.3.7. Dimensió *DOTACIÓ DE PERSONAL*

Aquesta dimensió està composta per quatre ítems que detecten la percepció dels participants entorn a si hi ha prou personal per manejar la càrrega de treball i que les hores de treball són les adequades per a dur la millor atenció al pacient.

Aquesta és la única dimensió de les 12 que tenia una proporció de respostes negatives que superava el 50% tant en el PRE com en el POST.

A la taula 30 es pot apreciar que els ítems P02, P05N i P14N tenien un nombre de respostes positives molt baix i un nombre de respostes negatives molt alt (superaven amb escreix el 50%). No obstant, els quatre ítems i la dimensió en global, van incrementar les respostes positives i reduït les negatives a favor de les neutres i en l'ítem *Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball*, la diferència era significativa.

**Taula 30:** Distribució de les respostes a la dimensió *DOTACIÓ DE PERSONAL* segons moment de l'enquesta

Afirmacions	Enquesta PRE			Enquesta POST			p
	Negativa	Neutra	Positiva	Negativa	Neutra	Positiva	
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	75,3%	8,5%	16,2%	<b>67,4%</b>	15,2%	17,4%	p<0,05
P.05N.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	70,5%	12,3%	17,2%	<b>68,2%</b>	14,5%	17,3%	ns
P.07N.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal	39,7%	19,2%	41,0%	33,1%	19,8%	47,1%	ns
P.14N.- Treballem sota pressió per a realitzar moltes coses massa depressa	73,2%	12,2%	14,5%	<b>68,6%</b>	16,3%	15,2%	ns
<b>Dotació de personal</b>	64,7%	13,1%	22,2%	<b>59,3%</b>	16,4%	24,2%	ns

Nota En verd significació a favor de les respostes positives i les neutres; En negreta les respostes negatives superiors a 50%.

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova de Chi quadrat

A la taula 31 es pot observar que la mediana de l'ítem *A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora*, era més baixa en el POST i la de *En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal* era més alta (p<0,05).

**Taula 31:** Mediana PRE i POST per cada ítem de la dimensió *DOTACIÓ DE PERSONAL*, diferència i significació estadística

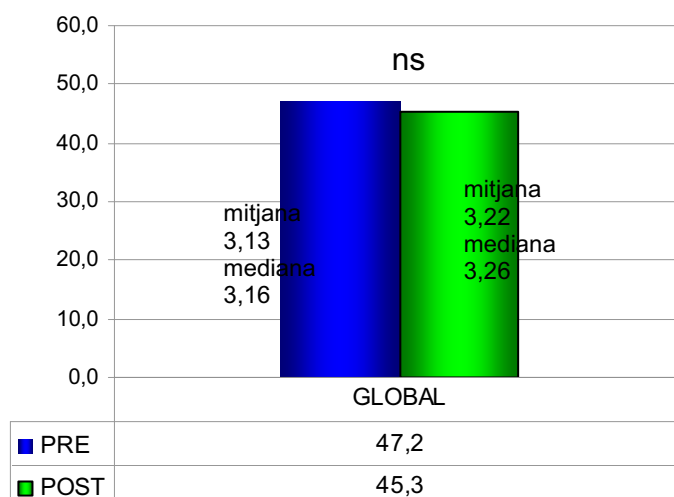
<i>Dotació de personal</i>	PRE	POST	Dif	p
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	1,95	2,04	0,09	ns
P.05N.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	2,17	1,98	-0,19	p<0,05
P.07.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal	3,02	3,27	0,24	p<0,05
P.14N.- Treballem sota pressió per a realitzar moltes coses massa depressa	2,04	1,94	-0,1	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

### 7.3.4. Valoració global

Considerant les respostes positives als 42 ítems que configuren les dimensions es pot s'observar en el gràfic 13 que les respostes positives han baixat. No obstant la mitjana a passat de 3,13 a 3,22 i la mediana de 3,16 a 3,26, tot i que les diferències no son significatives.

**Gràfic 13.** Percentatge de respostes positives en l'enquesta PRE i la POST



p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

### **7.3.5. Descripció dels comentaris personals sobre aspectes de la seguretat del pacient no tractats a l'enquesta**

Al final del qüestionari hi havia un apartat dirigit a que el participant pogués expressar obertament allò que cregués oportú en relació a la seguretat del pacient o la mateixa enquesta

Dels 945 qüestionaris recollits i analitzats, 393 corresponien al moment PRE i 561 al POST. Un 17,3% d'aquests qüestionaris (163) tenien algun comentari; hi havia un total de 172 comentaris.

Es va considerar un comentari personal qualsevol text escrit en l'apartat corresponent i es van classificar en 10 categories segons el significat del seu contingut.

Un 2,5% dels textos corresponian a la categoria "CAP/NO", per considerar que la proactivitat d'escriure Cap o No s'havia de considerar també com un contingut.

Una altra de les categories va ser el NEUTRE, quan la informació aportada no tenia a veure amb la seguretat del pacient. Hi havia un 6,2% (10) comentaris NEUTRES.

La resta de comentaris es van categoritzar com segueix:

1. Posicions reivindicatives
2. Posicions negatives
3. Posicions constructives
4. Problemes estructurals: càrrega de treball
5. Problemes estructurals: materials
6. Problemes estructurals: formació, acolliment
7. Signes de desconfiança
8. Referits a comandaments
9. Neutre
10. Cap/NO

La taula 32 presenta la distribució de cadascuna de les categories de comentaris.

**Taula 32:** Distribució absoluta i relativa de les categories dels comentaris segons moment de l'enquesta

Contingut del comentari	PRE		POST	
	N	% (*)	N	% (*)
1. Posicions reivindicatives	15	27%	22	21%
2. Posicions negatives	9	16%	15	14%
3. Posicions constructives	4	7%	14	13%
4. Problemes estructurals: càrrega de treball	18	32%	26	24%
5. Problemes estructurals: materials	0	0%	4	4%
6. Problemes estructurals: formació, acolliment	3	5%	1	1%
7. Signes de desconfiança	2	4%	19	18%
8. Comandaments	2	4%	2	2%
9. Neutre	5	9%	5	5%
10. Cap/No	2	4%	4	4%

(\*) % sobre el total de qüestionaris amb comentari

### Posicions reivindicatives

Es destaquen alguns dels comentaris que tenien un signe positiu però que reivindicava "alguna millora" a la organització

*El peligro que supone un incendio y las escasas medidas de seguridad tanto para el paciente como para el personal sanitario falta escaleras emergencias rampas etc (2009).*

*Els tractaments del dolor no estan ben controlats. Apareixen pacients sol·licitant el Dr x i no consta en cap llistat. Identificació pacient que arriba a URP amb DNI. " " anestesia, servei i locals amb pulsera identificativa. (2009).*

*Penso que aquesta enquesta no es significativa ja que pel temps que fa que funciona aquest centre encara manquen protocols i coordinació entre els diferents serveis (2010).*

*Hi ha molt per millorar penso que el problema principal es l'organització d'infermeria no hi ha una jerarquia adequada que permeti una coordinació i supervisió adequada i la falta d'unitats ben separades per especialitats no ajuda a tenir infermeria ben entrenada (2012).*

*Crec que manquen protocols criteris unificats entre torns i entre unitats i la supervisió de l'acompliment dels mateixos crec que falta personal per qui de poder fer la nostra feina ben feta i assegurar la seguretat del pacient crec que el programa SAP no ajuda a poder garantir aquest seguretat sobretot tema medicació (2012).*

## Posicions negatives

Altres comentaris tenien un caire negatiu sense cap proposta o reivindicació. A continuació es presenten alguns dels més característics.

*Fer seriosament que totes les incidències i problemes relacionats amb la seguretat del pacient es queda en suspensió del temps que passa l'incident i no arriba a direcció, sento que cada vegada més el malalt no importa als equips directius (2009).*

*Hay más seguridad en un crucero por Italia que en este hospital (2102).*

*Més actuació i en ocasions es parla massa del que ha de fer-se i com però a la pràctica és una altra la realitat (2012).*

*Molta burocràcia i SAP poc àgil molt temps del personal per invertir en papers i SAP que suposa menys temps dedicats al pacient des d'infermeria fins al metge pitjor qualitat i menys seguretat assistencial (2012).*

## Posicions constructives

Destaquem també alguns comentaris de signe positiu:

*La cultura de la seguretat del pacient s'ha començat a implantar en el nostre servei pocs son els esdeveniments que han posat en perill la seguretat del pacient però reconec que hem de treballar encara més per millorar (2009).*

*Crec que quan hi ha algun tipus de problema, s'hauria de buscar conjuntament una solució, ... (2012).*

*Crec que cada vegada són més conscients del tema, però encara resta molt per fer (2012).*

## Problemes estructurals: càrrega de treball

El nombre de comentaris dins la categoria sobre la càrrega de treball era el més alt i coincideix amb els resultats obtinguts de la dimensió DOTACIÓ DE PERSONAL en que també ha tingut menys respostes positives.

Destaquem els comentaris:

*Me siento más reforzado por mis compañeros cuando son los habituales y no cada día uno diferente.(2009) (coincident amb l'item P07N)*

*La seguridad del paciente importa bien poco lo único que quieren nuestros coordinadores es que salga el trabajo, no importa el como. Seguridad: buen material instalaciones adecuadas cumplir la normativa vigente en su totalidad, dotacion adecuada de personal<sup>a</sup> ..(2009).*

*... Hi ha molta carrega de treball. I el principal afectat és el pacient . (2012).*

*Crec que la seguretat del pacient està en perill per la càrrega de treball que hi ha a les unitats. A més les mesures proposades son surrealistes (memoritzar nº pacient, l'edat, cognoms...) (2012).*

### **Problemes estructurals: material**

*Menys enquestes i més recursos per augmentar la seguretat del pacient. Cadires de rodes en mal estat. Camilles per arreglar i molt material malmès que no es reposa per falta de pressupost?? (2012)*

*La falta de material y personas suficientes para atender adecuadamente al paciente errores importantes en la dispensacion de farmacia (2012)*

### **Problemes estructurals: formació, acolliment**

*Las coberturas se hacen con personal no reciclado y nunca se supervisa su trabajo solo importa cubrir sin pensar en la calidad o trato humano hay tareas infravaloradas eso cuando se cubre. (2009)*

### **Signes de desconfiança**

Hi havia comentaris de tot tipus relacionats amb la manca de confiança en els comandaments o amb els mateixos companys, fins i tot en l'ús que podia fer de les respostes al qüestionari:

*Hay personas que se puede hablar con ellas pero hay algunas que te dan verdadero miedo, me refiero a compañeros<sup>b</sup> (2012)*

*No es la primera vegada que notifico algun error o perill per al pacient i no s'actua. Tinc la sensació que no m'escolten, no em sento realitzat com a professional en molts aspectes i ni han professionals que posen en perill la seguretat del pacient cosa que també hem notificat i no s'ha fet res al respecte (2012)*

<sup>a</sup> Coincident amb l'ítem P.15.- *Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient* de la dimensió *PERCEPCIO DE LA SEGURETAT*

<sup>b</sup> S'han mantingut l'idioma en que s'ha expressat el comentari.,

Tant en espanyol com en català s'han mantingut les expressions i la puntuació, però s'han corregit els accents i l'ortografia quan ha catgut.



*Totes les meves respostes son generals perquè varia molt segons la persona amb qui tractes crec que ser competent en les tasques no està massa valorat .(2012)*

*... i veure que ha pogut fallar del circuit/sistema i no buscar culpables, com habitualment es fa (2012)*

*No estoy de acuerdo con las notificaciones de errores porque la filosofía de no buscar culpables no es cierta (2012)*

*Sin comentarios... Sería perder el tiempo (2012)*

*Por los datos solicitados se pierde el anonimato de la encuesta (2012)*

*Tinc la sensació que en matèria de seguretat no es fa tot el que s'ha de fer es saben els problemes, no es posen mides per solucionar-los. A urgències és on és més perillós estar pels pacients (2012)*

### **Referits als comandaments**

Hi havia algun comentari relatiu al rol dels comandaments en la seguretat del pacient:

*Mi opinión personal es la poca comunicación e información a los trabajadores por parte de los supervisores. No hay implicación para resolver problemas que deriven el buen funcionamiento de las unidades (2012)*

*Es necessitaria més temps d'observació per part dels comandaments a les unitats d'hospitalització, per detectar possibles pràctiques no correctes en l'atenció dels pacients i comentar-lo amb la persona que ho fa, al mateix temps escoltar els seus suggeriments. S'han de conèixer millor els procediments existents, algunes infermeres no els coneixen.(2012)*

## 7.4. Resultats segons centre i moment de l'enquesta

En aquest apartat es presenten els resultats de l'anàlisi segons centre i moment de l'enquesta i presenta algunes diferències a destacar en relació a l'anàlisi que s'ha fet globalment de tot el Consorci

### 7.4.1. Grau de seguretat del pacient percebuda per centre

La taula 33 mostra els estadístics, segons centre, del grau de seguretat percebuda (puntuació de l'1 al 10), en els tres centres en el PRE i el POST. Destaca que les diferències de les mitjanes de l'HGH i el HSH eren significatives ( $p < 0,05$ ).

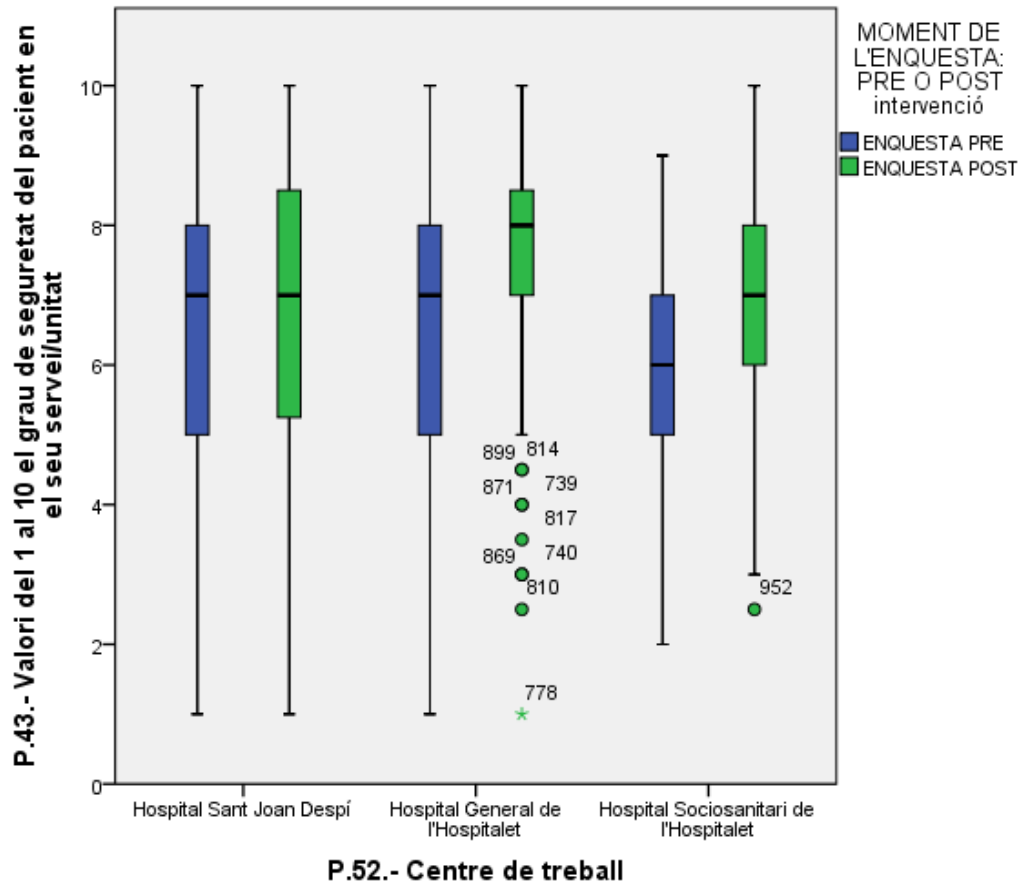
**Taula 33:** Mesures de tendència central de la valoració de la seguretat dels pacients percebuda, segons centre i moment de l'enquesta

Estadístics	HSJD		HGH		HSH	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
N	138	307	185	170	39	49
Mitjana	6,62	6,87	6,52	7,47	5,79	6,67
p	NS		$p < 0,001$		$p < 0,001$	
Mediana	7,00	7,00	7,00	8,00	6,00	7,00
Mínim	1	1	1	1	2	3
Màxim	10	10	10	10	9	10
Percentiles 25	5,00	5,00	5,00	7,00	5,00	5,50
Percentiles 75	8,00	8,50	8,00	8,50	7,00	8,00

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova t d'Student

El gràfic 14 mostra els diagrames de caixa PRE i POST segons centre, on es pot veure, de forma gràfica, la diferència entre centres i moment de l'enquesta, i permet apreciar que el HGH tenia unes valoracions més concentrades al voltant de la mitjana i que presentava una certa dispersió dels valors extrems inferiors.

**Gràfic 14:** Diagrames de caixa de la qualificació global a la seguretat dels pacients segons centre i moment de l'enquesta.



#### 7.4.2. Esdeveniments adversos notificats

La taula 34 presenta el nombre d'esdeveniments que els participants manifestaven que havien notificat en els últims 12 mesos abans de l'enquesta i s'aprecia que només hi havia diferències significatives en el HSH ( $P < 0,05$ ).

En el PRE hi havia diferències estadísticament significatives entre els centres ( $p < 0,001$ ), mentre en el POST no en hi havia.

**Taula 34:** Mitjana d'Incidents notificats per escrit l'últim any segons centre i moment de l'enquesta

Centre de treball	PRE			POST		
	Mitjana	N	DS	Mitjana	N	DS
Hospital Sant Joan Despí	,44	95	1,35	,64	253	1,60
Hospital General de l'Hospitalet	,85	126	2,17	1,36	135	8,66
Hospital Sociosanitari de l'Hospitalet	4,55	22	7,07	1,00	35	2,06
Total	1,02	243	2,96	,90	423	5,08

DS: Desviació estàndard

### 7.4.3. Dimensions sobre la cultura de la seguretat del pacient a l' Hospital Sant Joan Despí

Els resultats presentaven respostes positives significativament més baixes per 5 de les 12 dimensions (veure la taula 35 i el gràfic 15).

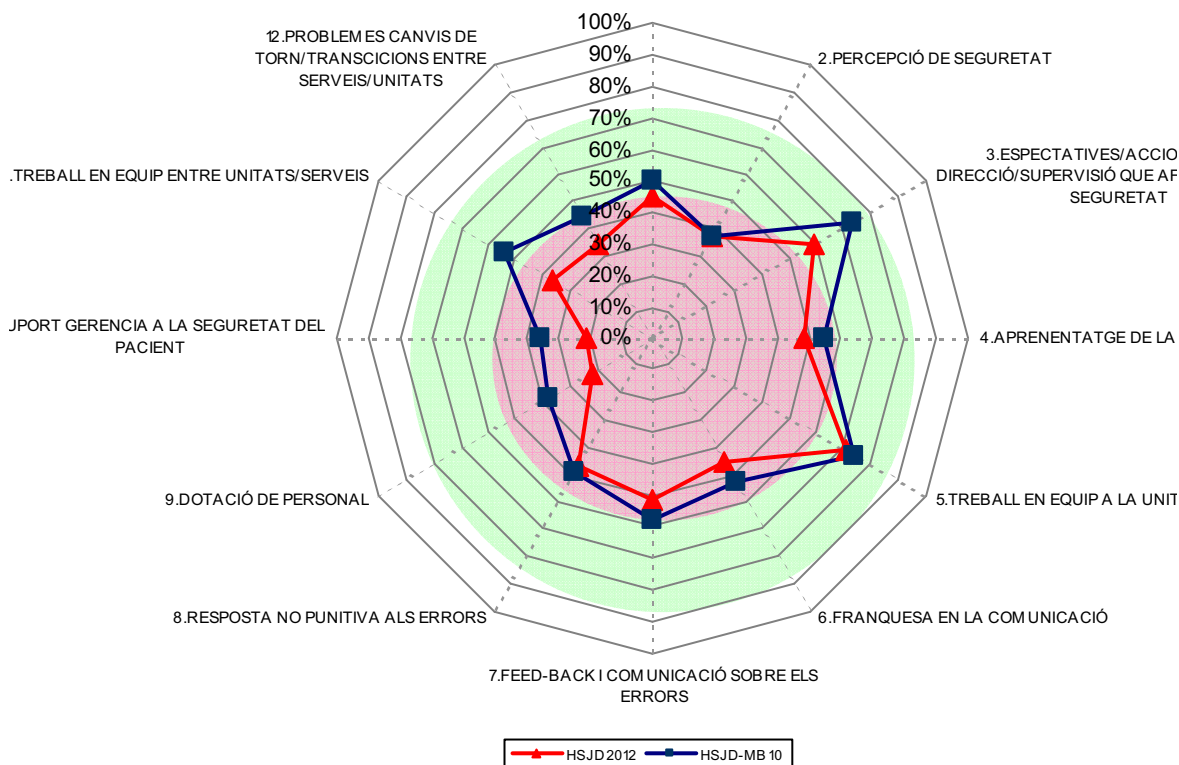
De la resta dimensions que tenien les respostes positives més baixes en el POST destaquen

- FREQUÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS
- FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS

Ambdues tenien un ítem amb diferències ( $p > 0,05$ ) entre el PRE I el POST

- *Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient*
- *En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar*

**Gràfic 15:** Comparació entre les respostes positives en els dos moments de l'enquesta per les 12 dimensions. HSJD



L

**Taula 35:** Percentatge de respostes i significació estadística per dimensions segons moment de l'enquesta en el Hospital Sant Joan Despí

Dimensions	Enquesta PRE			Enquesta POST			p
	Negativa	Neutra	Positiva	Negativa	Neutra	Positiva	
FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS	19,2%	30,9%	49,9%	16,2%	<b>34,0%</b>	49,7%	ns
PERCEPCIÓ DE SEGURETAT	38,8%	23,4%	37,8%	41,7%	19,7%	38,6%	ns
EXPECTATIVES/ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT	8,2%	17,4%	74,4%	18,2%	21,1%	<b>60,7%</b>	P<0,05
APRENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ	19,1%	25,8%	55,0%	20,9%	27,4%	51,7%	ns
TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI	15,2%	11,7%	73,1%	12,4%	16,1%	71,5%	ns
FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ	22,2%	25,6%	52,3%	17,5%	<b>34,8%</b>	47,7%	p<0,05
FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS	22,6%	20,4%	57,0%	14,7%	<b>31,6%</b>	<b>53,6%</b>	ns
RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS	27,9%	23,4%	48,7%	28,2%	23,7%	48,2%	ns
DOTACIÓ DE PERSONAL	53,6%	16,9%	29,4%	<b>61,4%</b>	16,1%	22,5%	p<0,05
SUPORT GERENCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT	33,5%	30,9%	35,6%	46,2%	31,1%	22,7%	p<0,05
TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS	26,1%	26,1%	47,7%	34,1%	28,4%	37,5%	p<0,05
PROBLEMES CANVIS DE TORN/TRANSCIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS	35,9%	23,9%	40,2%	36,9%	26,6%	36,5%	ns

Nota: En groc la significació a favor de les respostes neutres i la reducció de les negatives; en rosa la significació de l'increment de les respostes negatives i la reducció de les positives; en negra les respostes positives superiors a 50% i les neutres superiors a 30%. En negra les respostes negatives superiors al 50%.

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

Per veure els resultats amb major detall vegeu les taules de les 42 afirmacions a l'annex 7.

La dimensió *PERCEPCIÓ DE SEGURETAT* és la única que tenia un lleuger increment en les respostes positives i tot i que també van incrementar les negatives.

En síntesi i pels resultats analitzats, en el HSJD els efectes de la intervenció en cultura de seguretat del pacient, en el seu conjunt en l'enquesta POST, no es van manifestar favorablement.

#### 7.4.4. Dimensions sobre la cultura de la seguretat del pacient a l' Hospital General de l'Hospitalet

A la taula 36 i el gràfic 16 es pot observar que a l'HGH van millorar 9 dimensions en el POST. Presentaven algun ítem amb respostes positives significativament més altes, les dimensions:

- APRENENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ
- RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS
- PROBLEMES CANVIS DE TORN/TRANSICIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS

Per veure els resultats de les respostes a les 42 afirmacions amb major detall vegeu les taules annex 7.

**Taula 36:** Percentatge de respostes i significació estadística per dimensions segons moment de l'enquesta en l' Hospital General de l'Hospitalet

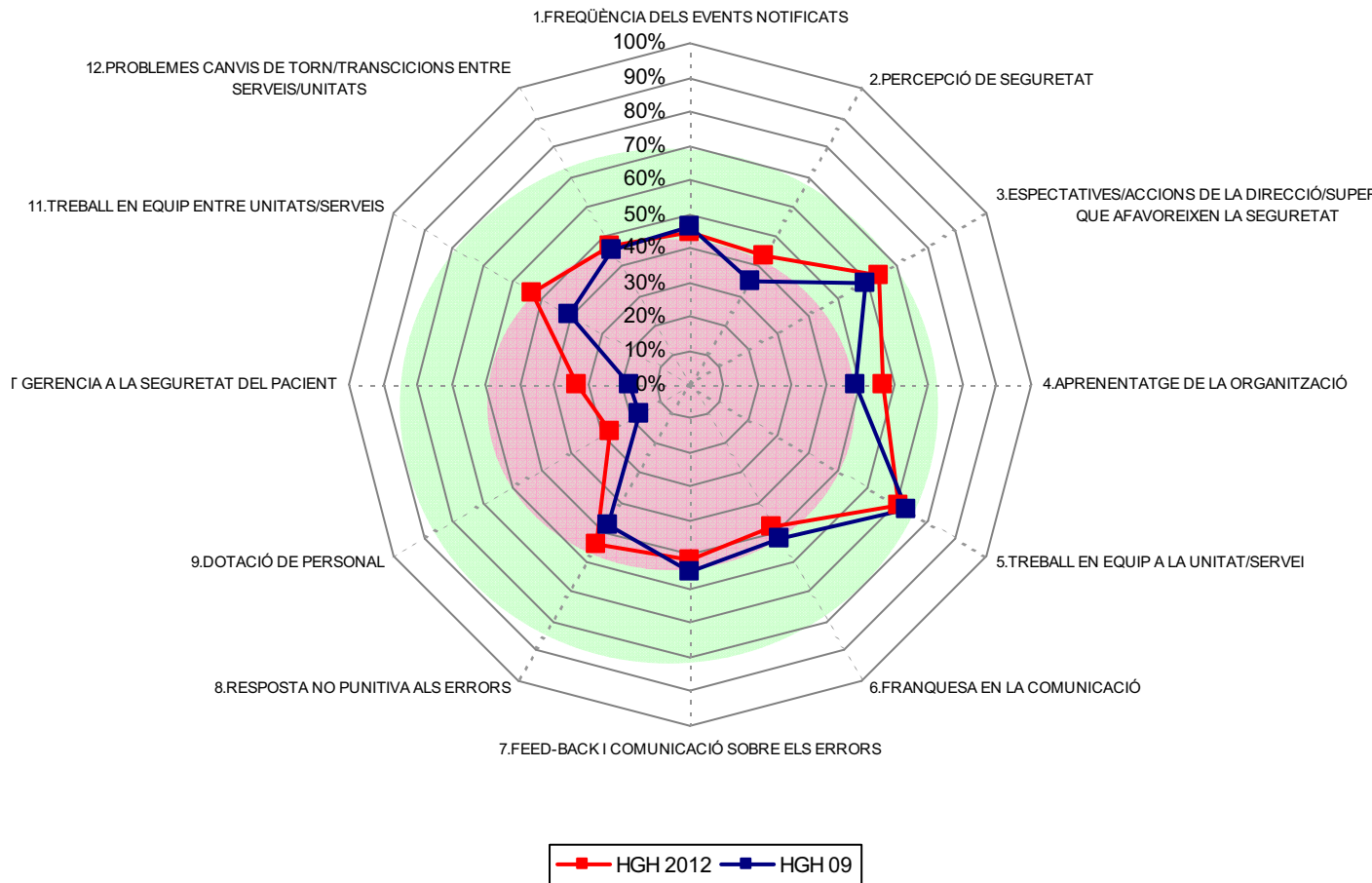
Dimensions	Enquesta PRE			Enquesta POST			p
	Negativa	Neutra	Positiva	Negativa	Neutra	Positiva	
1.FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS	25,0%	27,4%	47,6%	18,7%	<b>30,6%</b>	50,7%	ns
2.PERCEPCIÓ DE SEGURETAT	46,0%	18,7%	35,3%	32,0%	<b>22,8%</b>	45,2%	p<0,05
3.EXPECTATIVES/ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT	16,7%	23,4%	59,9%	11,6%	21,6%	66,7%	ns
4.APRENENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ	22,3%	28,0%	49,6%	12,5%	26,8%	60,6%	ns
5.TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI	12,7%	12,9%	74,4%	12,8%	<b>17,2%</b>	70,0%	ns
6.FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ	26,9%	19,9%	53,2%	19,1%	<b>30,3%</b>	50,6%	ns
7.FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS	26,8%	17,6%	55,7%	16,5%	<b>30,3%</b>	53,2%	ns
8.RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS	30,4%	21,8%	47,7%	23,0%	20,6%	56,5%	ns
9.DOTACIÓ DE PERSONAL	71,7%	10,7%	17,6%	53,8%	<b>18,1%</b>	28,1%	p<0,05
10.SUPPORT GERENCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT	53,2%	28,8%	18,0%	33,6%	<b>30,5%</b>	35,8%	p<0,05
11.TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS	28,9%	29,8%	41,4%	18,8%	27,5%	53,7%	p<0,05
12.PROBLEMES CANVIS DE TORN/TRANSICIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS	19,0%	19,5%	36,5%	21,2%	<b>27,2%</b>	51,5%	ns

Nota En verd significació a favor de les respostes positives i les neutres; En negreta les respostes negatives superiors a 50%.

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

En l'anàlisi de les medianes, dels 42 ítems totes les medianes del POST eren superiors a les dels PRE (veure annex 8).

**Gràfic 16:** Comparació entre les respostes positives en els dos moments de l'enquesta per les 12 dimensions. HGH



En síntesi i pels resultats analitzats de l'HGH, els efectes de la intervenció en cultura de seguretat del pacient es van manifestar en el POST de forma sensiblement positiva.

## 7.4.5. Dimensions sobre la cultura de la seguretat del pacient a l' Hospital Sociosanitari de l'Hospitalet

A la taula 37 es pot observar que a l'HSH, no hi havia cap dimensió que presentés diferències significatives entre el PRE i el POST, de totes maneres destaca l'increment, de les respostes positives a les dimensions:

- APRENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ
- TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS
- PROBLEMES EN ELS CANVIS DE TORN I LES TRASCIONS
- DOTACIÓ DE PERSONAL

**Taula 37:** Percentatge de respostes i significació estadística per dimensions segons moment de l'enquesta en el Hospital Sociosanitari de l'Hospitalet

Dimensions	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			p
	Negativa	Neutra	Positiva	Negativa	Neutra	Positiva	
FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS	29,2%	22,5%	48,3%	23,2%	<b>34,7%</b>	42,0%	ns
PERCEPCIÓ DE SEGURETAT	41,3%	16,1%	42,6%	38,3%	20,2%	41,5%	ns
EXPECTATIVES/ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT	24,5%	21,4%	54,1%	18,7%	25,1%	<b>56,3%</b>	ns
APRENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ	28,6%	27,6%	43,8%	14,6%	20,3%	<b>65,1%</b>	ns
TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI	10,6%	15,0%	74,4%	15,0%	17,6%	<b>67,4%</b>	ns
FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ	34,4%	15,1%	50,5%	18,5%	28,3%	<b>53,2%</b>	ns
FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS	34,2%	10,0%	55,8%	15,2%	29,8%	<b>55,1%</b>	ns
RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS	35,4%	21,9%	42,7%	35,2%	16,9%	47,9%	ns
DOTACIÓ DE PERSONAL	73,7%	9,4%	16,9%	<b>63,8%</b>	13,4%	22,7%	ns
SUPORT GERENCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT	43,3%	22,8%	33,9%	30,2%	<b>33,5%</b>	36,3%	ns
TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS	26,9%	29,4%	43,8%	20,3%	22,5%	<b>57,1%</b>	ns
PROBLEMES CANVIS DE TORN/TRASCIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS	48,9%	20,2%	30,9%	37,3%	22,4%	40,3%	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

Ambdues dimensions presentaven respostes positives significativament més altes en alguns dels seus ítems ( $p < 0,05$ ). Hi havia dos dimensions que havien empitjorat sensiblement:

- TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI
- FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS

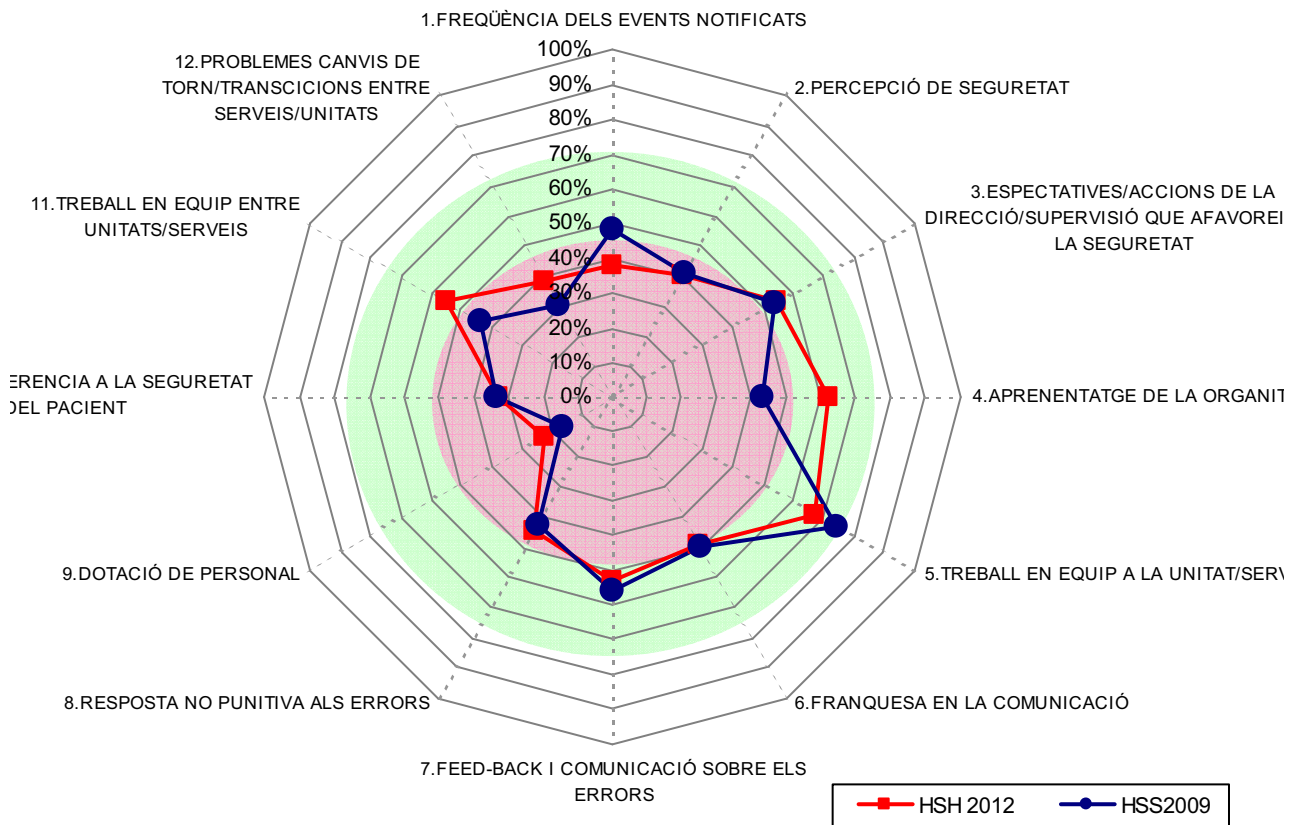


Les altres 6 dimensions van incrementar lleugerament en les respostes positives (veure el gràfic 17). Per veure els resultats amb major detall vegeu les taules de l'annex 7)

En l'anàlisi de les medianes dels 42 ítems, 32 eren més altes en el POST (veure taules de l'annex 8).

En síntesi i pels resultats analitzats de l'HSH els efectes de la intervenció en cultura de seguretat del pacient es van manifestar en l'enquesta POST, tot i no ser estadísticament significatius.

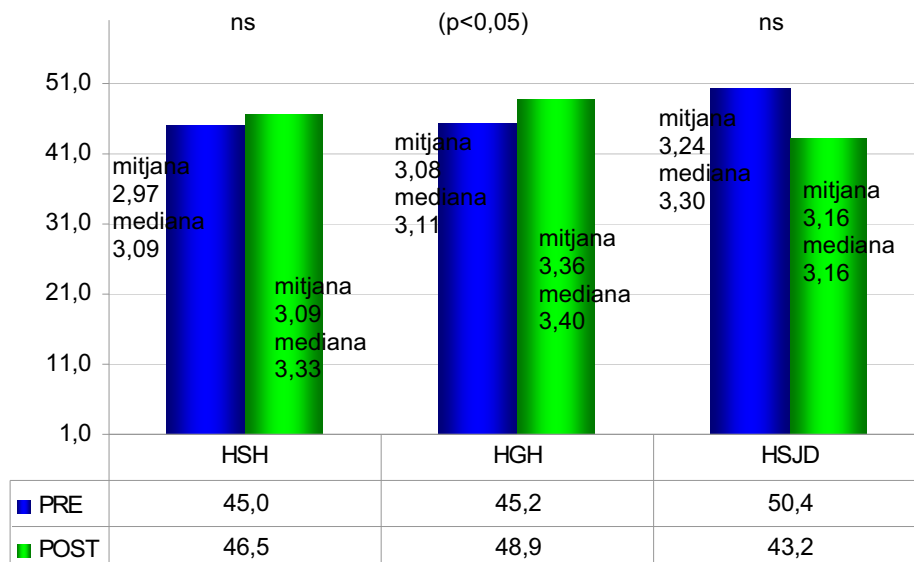
**Gràfic 17:** Comparació entre les respostes positives en els dos moments de l'enquesta per les 12 dimensions en el Hospital Sociosanitari de l'Hospitalet



### 7.4.6. Valoració global segons centre

Considerant les respostes positives als 42 ítems que configuren les dimensions per cada centre, es pot s'observar en el gràfic 18 que les respostes positives han baixat en el HSJD i han incrementat al HSH i a l'HGH, en aquest últim de forma significativa ( $p < 0,05$ ). Les mitjanes i medianes també reflexen aquestes diferències .

**Gràfic 18:** Percentatge global de respostes positives i mitjana i mediana segons centre de l'enquesta



p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

## 7.5. Resultats segons grup professional i moment de l'enquesta

En aquest apartat es presenta l'anàlisi de les diferències per als tres grups professionals segons el moment de l'enquesta per cadascuna de les dimensions i el grau de seguretat percebuda.

### 7.5.1. Grau de seguretat del pacient percebuda per grup professional

Els tres grups professionals van millorar en el grau de seguretat del pacient percebuda. I era significativa ( $p < 0,05$ ) per als grups de metges i d'infermeria. I en els tres grups la mitjana es situava al voltant de 7. (veure taula 38)

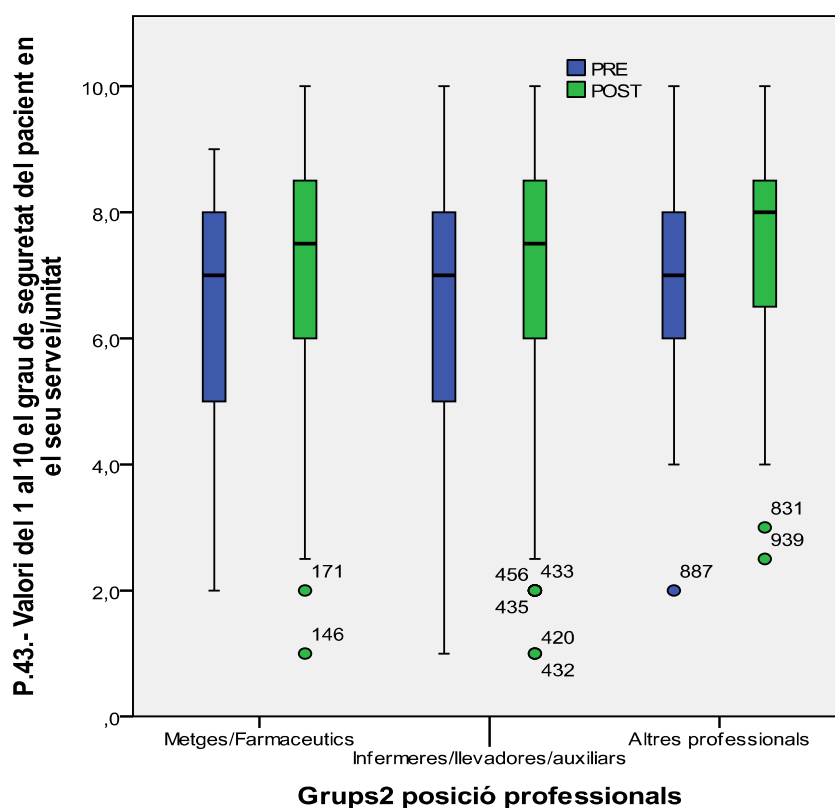
**Taula 38:** Mesures de tendència central de la valoració de la seguretat dels pacients percebuda, segons centre i moment de l'enquesta

Estadístics	Metges/farmacèutics		Infermeres/Llev./ Auxil		Altres professionals	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
N	61	101	217	291	66	98
Mitjana	6,4	7,0	6,4	7,0	6,9	7,4
Desv estand	1,77	1,87	1,94	1,90	1,54	1,63
p	P<0,05		<0,005		ns	
Mediana	7	7,5	7	7,5	7	8
Mínim	2	1	1	1	2	2,5
Màxim	9	10	10	10	8	10
Percentils 25	5	6	5	6	6	6,5
Percentils 75	8	8,5	8	8,5	8	8,5

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova t d'Student

El diagrama de caixa del gràfic 19 permet apreciar les diferències en la percepció de la seguretat del pacient segons grup professional i moment de l'enquesta.

**Gràfic 19:** Diagrama de caixa de la percepció de seguretat del pacient segons grup professional i moment de l'enquesta



### 7.5.2. Dimensions sobre la cultura de la seguretat del pacient per al grup “metges/farmacèutics”

La taula 39 presenta les 12 dimensions per al grup professional “metges/farmacèutics” i moment de l'enquesta; s'aprecia que no hi havia diferències significatives entre el PRE i el POST.

Destaquem però que hi havia 5 dimensions que presentaven resultats positius més alts en el POST.

- FREQUÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS
- PERCEPCIÓ DE SEGURETAT
- FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ
- FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS
- DOTACIÓ DE PERSONAL

Crida l'atenció que en la dimensió EXPECTATIVES/ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT també van incrementar les respostes negatives .

**Taula 39:** Percentatge de respostes i significació estadística per dimensió segons moment de l'enquesta per al **grup professional de Metges/Farmacèutics**

Dimensions	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			P
	Negativa	Neutra	Positiva	Negativa	Neutra	Positiva	
FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS	23,7%	29,5%	46,8%	17,2%	25,4%	<b>57,3%</b>	ns
PERCEPCIÓ DE SEGURETAT	41,5%	24,6%	33,8%	39,2%	19,0%	41,8%	ns
EXPECTATIVES/ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT	5,4%	21,9%	<b>72,7%</b>	10,6%	14,6%	<b>74,8%</b>	ns
APRENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ	21,8%	27,6%	<b>50,6%</b>	21,2%	28,2%	<b>50,6%</b>	ns
TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI	7,7%	13,2%	<b>79,1%</b>	7,4%	14,3%	<b>78,3%</b>	ns
FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ	19,6%	19,6%	<b>60,8%</b>	10,9%	24,4%	<b>64,7%</b>	ns
FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS	25,9%	19,7%	<b>54,4%</b>	15,4%	19,8%	<b>64,8%</b>	ns
RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS	24,6%	19,0%	<b>56,4%</b>	15,7%	18,3%	<b>66,1%</b>	ns
DOTACIÓ DE PERSONAL	55,8%	20,4%	23,8%	51,1%	18,8%	30,1%	ns
SUPORT GERENCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT	42,1%	23,1%	34,9%	38,4%	28,1%	33,5%	ns
TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS	26,5%	28,5%	45,0%	27,6%	27,7%	44,7%	ns
PROBLEMES CANVIS DE TORN/TRANSCIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS	41,9%	29,9%	28,3%	35,5%	28,9%	35,6%	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Witney

Quatre dimensions presentaven més respostes positives en el POST i en alguns dels seus ítems el nombre de les respostes positives eren significativament ( $p < 0,05$ ) més altes:

- FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS
- PERCEPCIÓ DE SEGURETAT
- FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS
- DOTACIÓ DE PERSONAL

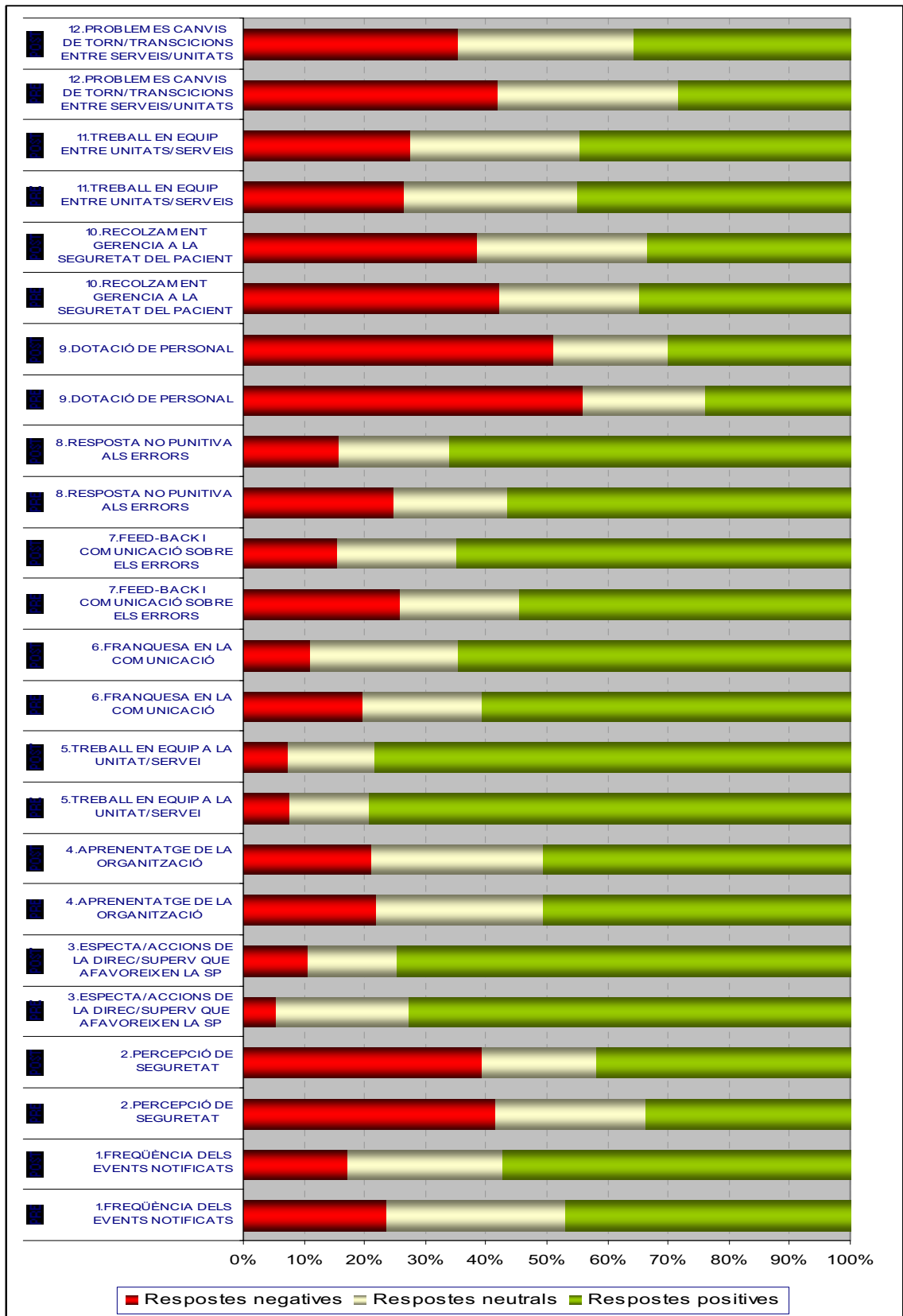
Per veure els resultats amb major detall vegeu les taules de l'annex 7.

El gràfic 20 permet apreciar les diferències entre el moment PRE i el moment POST de les respostes positives, neutres i negatives per cada dimensió.

En l'anàlisi de les medianes, n'hi havia 39 que eren més altes en el POST i en 17 la diferència era significativa (veure taules annex 8).

En síntesi, i pels resultats analitzats del grup "metges/farmacèutics", els efectes de la intervenció en cultura de seguretat del pacient es van manifestar en l'enquesta POST, encara que no de forma significativa.

**Gràfic 20:** Respostes per cada dimensió segons el POST i el PRE per al grup de metges/farmacèutics



### 7.5.3. Dimensions sobre la cultura de la seguretat del pacient per al grup “infermeres/auxiliars”

La taula 40 presenta les dimensions segons grup professional “infermeres /auxiliars” i moment de l'enquesta. S'observa que hi havia 6 dimensions que presentaven resultats positius més baixos en el POST (veure gràfic 21):

- FREQUÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS ( $p < 0,05$ )
- EXPECTATIVES/ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT
- TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI
- FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ ( $p < 0,05$ )
- FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS
- PROBLEMES CANVIS DE TORN/TRANSICIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS ( $p < 0,05$ )

Només destacaven per haver incrementat lleugerament les respostes positives: PERCEPCIÓ DE LA SEGURETAT, APRENENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ i SUPORT DE LA GERÈNCIA. Es poden apreciar les diferències en el gràfic 21.

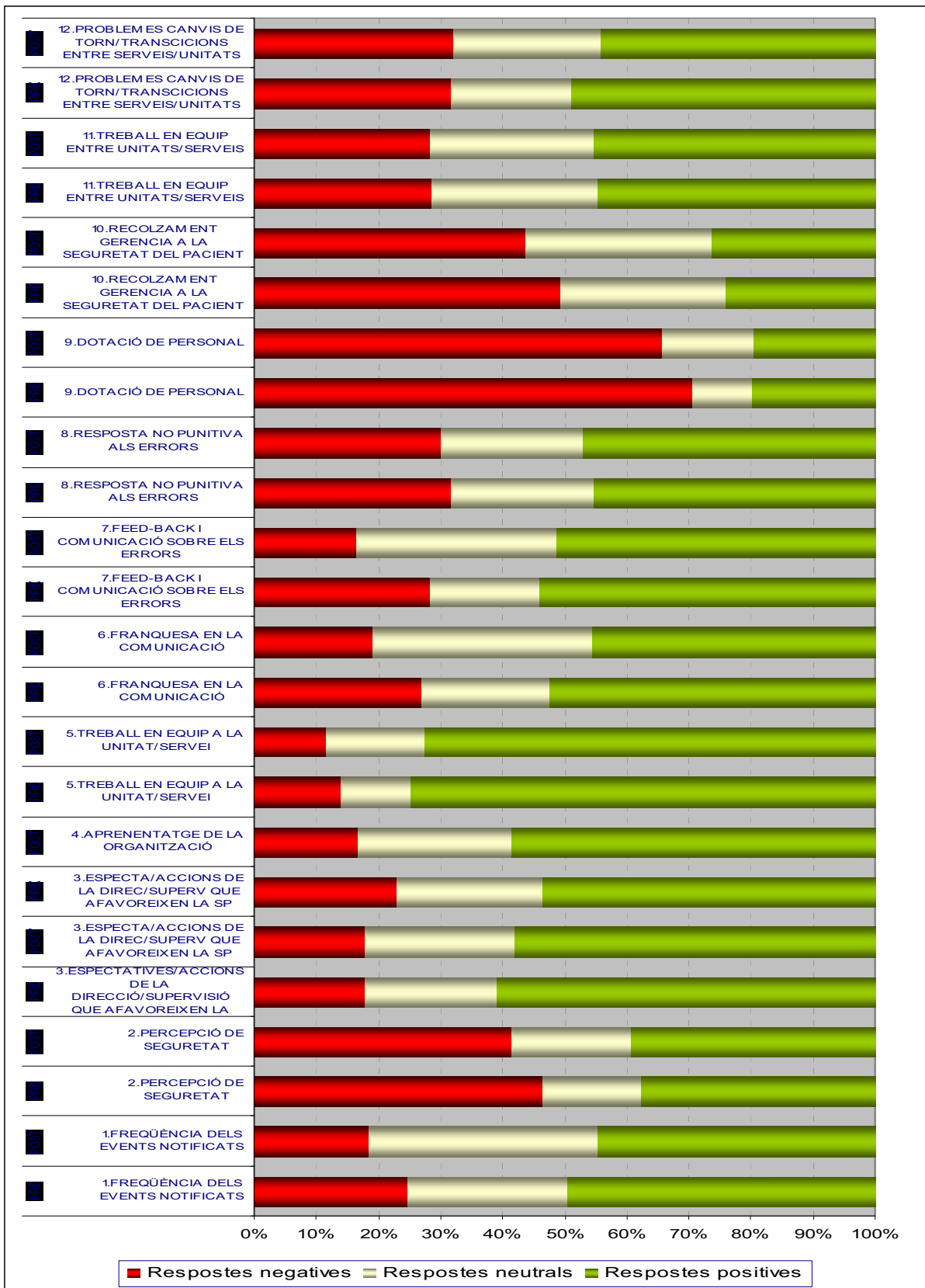
**Taula 40:** Percentatge de respostes i significació estadística per dimensió segons moment de l'enquesta i per al grup professional de **infermeres/llevadors/auxiliars**

Dimensions	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			p
	Negativa	Neutra	Positiva	Negativa	Neutra	Positiva	
1.FREQUÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS	24,6%	25,8%	49,6%	18,3%	<b>36,8%</b>	44,9%	p<0,05
2.PERCEPCIÓ DE SEGURETAT	46,4%	15,9%	37,7%	41,3%	<b>19,3%</b>	39,4%	ns
3.EXPECTATIVES/ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT	17,9%	21,1%	61,0%	17,8%	<b>24,1%</b>	58,1%	ns
4.APRENENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ	23,0%	23,6%	53,4%	16,6%	24,7%	58,7%	ns
5.TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI	13,8%	11,4%	74,8%	11,5%	<b>15,9%</b>	72,5%	ns
6.FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ	26,8%	20,8%	52,3%	19,0%	<b>35,3%</b>	45,7%	p<0,05
7.FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS	28,4%	17,5%	54,1%	16,3%	<b>32,5%</b>	51,2%	ns
8.RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS	31,7%	23,0%	45,3%	30,1%	23,0%	46,9%	ns
9.DOTACIÓ DE PERSONAL	70,4%	9,9%	19,7%	65,6%	<b>14,8%</b>	19,6%	ns
10.SUPORT GERÈNCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT	49,2%	26,6%	24,2%	43,5%	<b>30,2%</b>	26,3%	ns
11.TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS	28,7%	26,6%	44,7%	28,2%	26,4%	45,4%	ns
12.PROBLEMES CANVIS DE TORN/TRANSICIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS	31,8%	19,3%	48,9%	32,0%	<b>23,7%</b>	44,3%	p<0,05

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Whitney  
 Nota: En rosa la significació de l'increment de les respostes negatives i la reducció de les positives; En verd significació a favor de les respostes positives i les neutres; En negreta les respostes negatives superiors a 50%.

Les dimensions restants (4) presentaven més respostes positives en el POST, sense cap ítem que presentés diferències significatives.

**Gràfic 21:** Respostes per cada dimensió segons el POST i el PRE per al grup d'infermeria





En l'anàlisi de les medianes, 29 ítems tenien en el POST medianes més altes i en 8 les diferències eren significatives.

En síntesi i pels resultats analitzats del grup "infermeres/llev/auxiliars", els efectes de la intervenció en cultura de seguretat del pacient, que es van manifestar en l'enquesta POST eren poc significatius.

Per veure els resultats amb major detall vegeu les taules de l'annex 7.

#### 7.5.4. Dimensions de la cultura de la seguretat del pacient per al grup "altres professionals"

A la taula 41 es presenten les dimensions segons el grup professional "Altres professionals" i moment de l'enquesta i s'aprecia que hi havia 7 dimensions que presentaven respostes positives més baixes en el POST.

Les cinc dimensions restants presentaven més respostes positives en el POST, i en la dimensió PERCEPCIÓ DE SEGURETAT hi havia un ítem amb respostes positives significativament superiors en el POST.

**Taula 41:** Percentatge de respostes i significació estadística per dimensió segons moment de l'enquesta per al grup professional de **Altres professionals**

Dimensions	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			p
	Negativa	Neutra	Positiva	Negativa	Neutra	Positiva	
1.FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS	15,2%	31,8%	53,0%	13,0%	<b>31,2%</b>	<b>55,7%</b>	ns
2.PERCEPCIÓ DE SEGURETAT	29,3%	30,4%	40,3%	27,0%	25,8%	47,3%	ns
3.EXPECTATIVES/ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT	8,1%	18,1%	73,8%	12,9%	21,8%	<b>65,2%</b>	p<0,05
4.APRENENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ	15,5%	35,9%	48,6%	20,2%	28,8%	<b>51,0%</b>	ns
5.TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI	17,8%	12,6%	69,6%	18,4%	21,1%	<b>60,5%</b>	ns
6.FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ	24,9%	27,4%	47,8%	18,7%	<b>35,7%</b>	45,6%	ns
7.FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS	17,6%	16,6%	65,8%	12,6%	<b>34,5%</b>	<b>52,9%</b>	p<0,05
8.RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS	25,9%	23,3%	50,8%	28,9%	22,6%	48,5%	ns
9.DOTACIÓ DE PERSONAL	51,7%	18,4%	29,9%	46,3%	20,3%	33,5%	ns
10.SUPORT GERENCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT	27,8%	39,3%	32,9%	34,0%	38,1%	28,0%	ns
11.TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS	24,3%	31,6%	44,1%	26,2%	30,6%	43,2%	ns
12.PROBLEMES CANVIS DE TORN/TRANSCIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS	31,6%	32,7%	35,7%	30,5%	30,3%	39,2%	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney  
 Nota: En rosa la significació de l'increment de les respostes negatives i la reducció de les positives; En negreta les respostes negatives superiors a 50%.

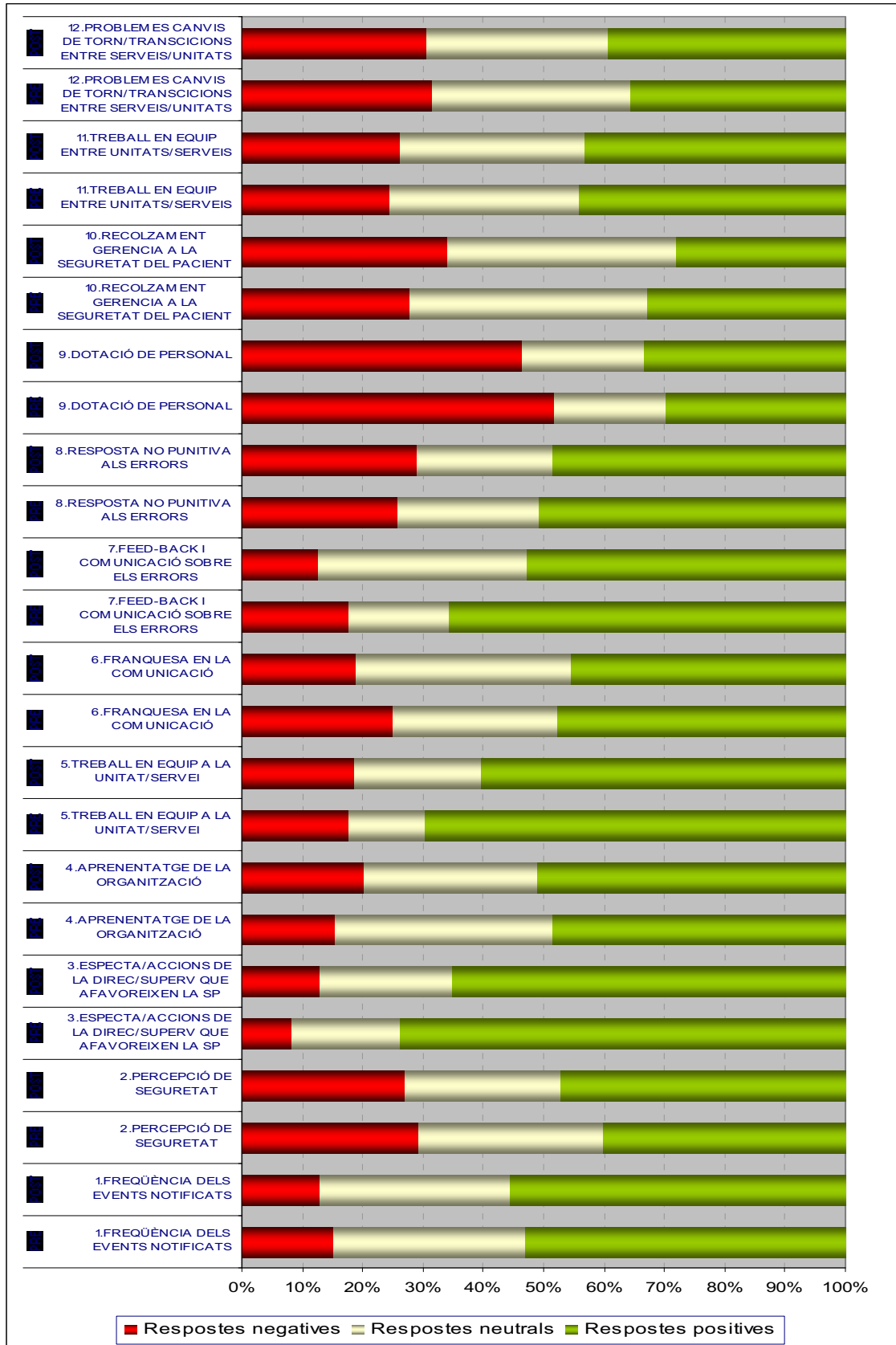
Per veure els resultats de les 42 afirmacions amb major detall vegeu les taules de l'annex 7.

El gràfic 22 permet apreciar les diferències entre el moment PRE i el moment POST el nombre de les respostes positives, neutres i negatives per cada dimensió en el grup altres professionals.

En l'anàlisi de les medianes en el moment POST, 24 eren més altes que en el PRE i 3 d'aquestes diferències eren significatives.

En síntesi i pels resultats analitzats del grup "altres professionals", els efectes de la intervenció en cultura de seguretat del pacient que es van manifestar en l'enquesta POST eren poc significatius.

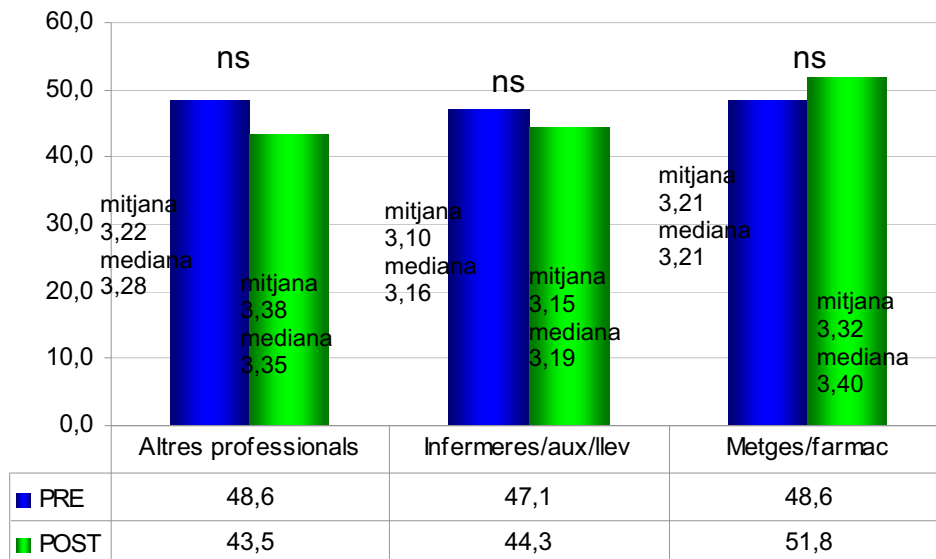
**Gràfic 22:** Respostes per cada dimensió segons el POST i el PRE per al grup altres professionals



### 7.5.5. Valoració global segons grup professional

Considerant les respostes positives als 42 ítems que configuren les dimensions per cada grup professional, es pot s'observar en el gràfic 23 que les respostes positives han incrementat en el grup de metges/farmacéutics i en els altres grups ha disminuït. No obstant, les mitjanes i medianes han incrementat en els tres grups .

**Gràfic 23:** Percentatge global de respostes positives i mitjana i mediana segons grup professional i moment de l'enquesta



:

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

## 7.6. Resultats segons anys de treball en el centre i moment de l'enquesta

En aquest apartat es presenta l'anàlisi de les diferències entre el PRE i el POST, segons anys de treball en el centre, en base a dos categories: els qui feia 5 anys o menys que treballaven en el centre i els qui en feia més de 5 anys.

### 7.6.1. Grau de seguretat del pacient percebuda segons temps de treball en el centre

La taula 42 mostra els estadístics del grau de seguretat percebuda (puntuació de l'1 al 10) segons anys de treball en el centre i moment de l'enquesta.

Destaca que tant en un grup com en l'altre la diferència entre el PRE i el POST era significativament més alta..

**Taula 42:** Mesures de tendència central de la valoració de la seguretat dels pacients percebuda, segons centre i moment de l'enquesta

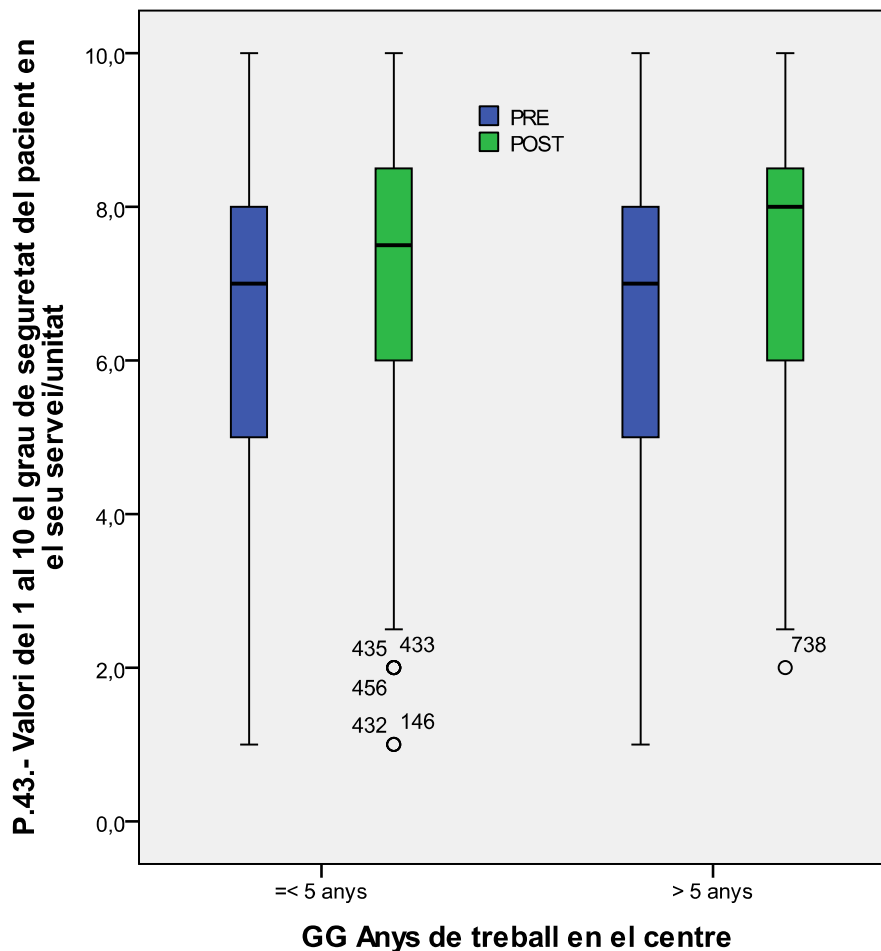
Estadístics	≤5 ANYS		> 5 ANYS	
	PRE	POST	PRE	POST
N	160	322	178	155
Mitjana	6,5	7,0	6,4	7,3
DE	1,90	1,93	1,75	1,64
p	P<0,005		p<0,001	
Mediana	7,00	7,5	7,00	8,00
Mínim	1	1	1	2
Màxim	10	10	10	10
Percentils 25	5,00	6,00	5,00	6,00
Percentils 75	8,00	8,50	8,00	8,50

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova t d'Student

EL gràfic 24 mostra els diagrames de caixa PRE i POST segons les categories d'anys en el centre, on es poden apreciar, de forma gràfica, les diferències entre les dues categories segons el moment de l'enquesta.

En el moment POST s'aprecia una major concentració de les valoracions i una certa dispersió en les valoracions baixes en els ≤ de 5 anys de treball en el centre.

**Gràfic 24:** Diagrames de caixa de la qualificació del grau de seguretat dels pacients percebuda segons anys de treball en el centre i moment de l'enquesta.



### 7.6.2. Dimensions i afirmacions sobre la cultura de la seguretat del pacient del grup de “≤ 5 anys en el centre”

A la taula 43 es presenten les 12 dimensions del grup “≤ 5 anys de treball en el centre” i moment de l'enquesta, s'aprecia que hi havia 11 dimensions que presentaven resultats positius més baixos en el POST i en 4 eren significatius.

Només la dimensió PERCEPCIÓ DE SEGURETAT tenia més respostes positives en el POST que en el PRE, encara que les diferències no eren significatives

En l'anàlisi de les medianes dels 42 ítems només 18 eren més altes en el moment POST.

**Taula 43:** Percentatge de respostes i significació estadística per dimensió segons moment de l'enquesta pels professionals que fa 5 anys o menys que treballen en el centre

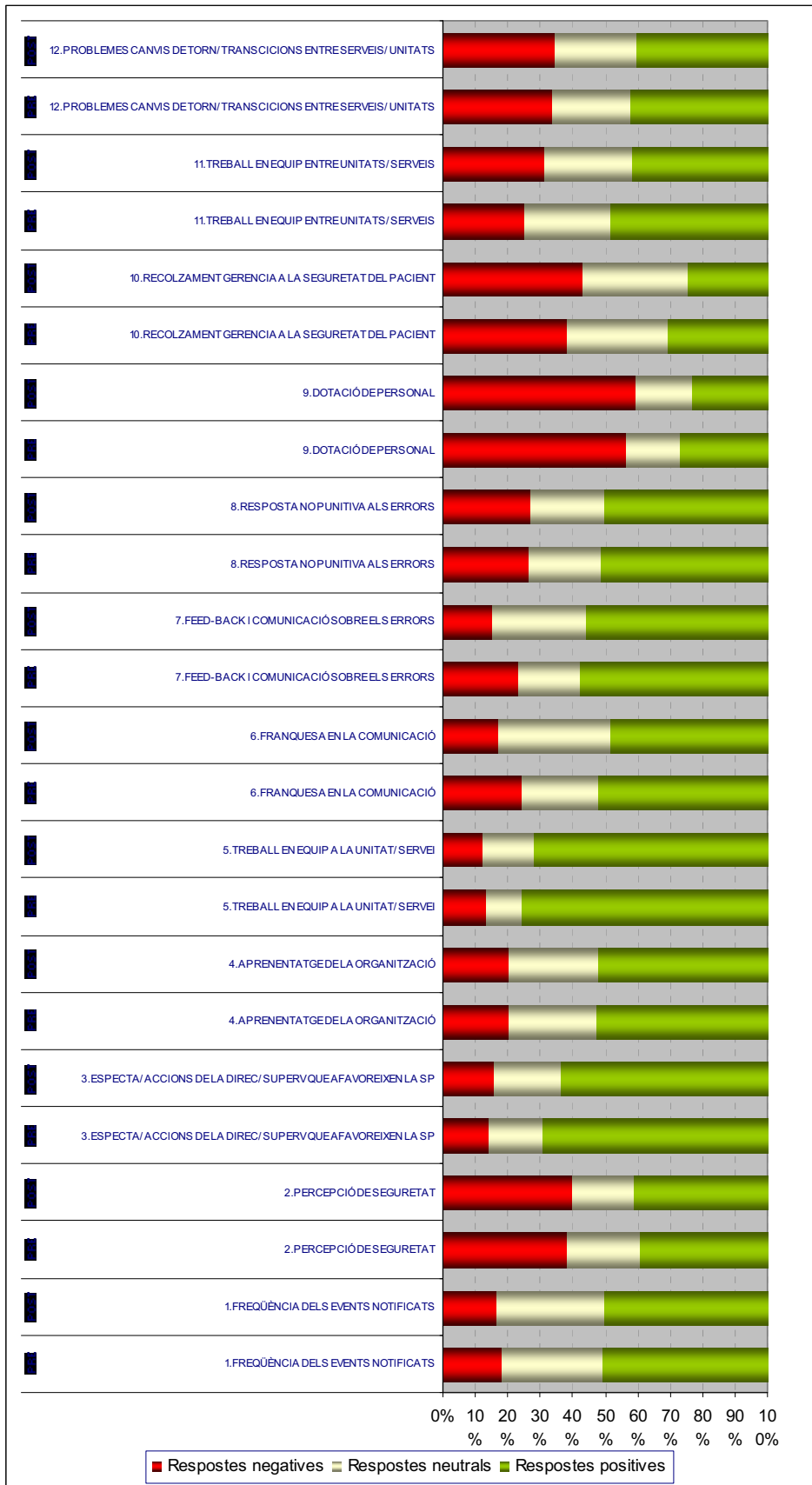
Dimensions	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			P
	Negativa	Neutra	Positiva	Negativa	Neutra	Positiva	
1.FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS	17,8%	31,4%	50,8%	16,5%	<b>33,4%</b>	<b>50,1%</b>	ns
2.PERCEPCIÓ DE SEGURETAT	38,3%	22,4%	39,2%	39,9%	18,9%	41,2%	ns
3.EXPECTATIVES/ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT	14,4%	16,3%	69,2%	15,5%	21,1%	<b>63,4%</b>	p<0,05
4.APRENENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ	20,2%	27,1%	52,7%	20,5%	27,6%	<b>52,0%</b>	ns
5.TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI	13,4%	10,9%	75,7%	12,2%	15,8%	<b>72,0%</b>	ns
6.FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ	24,0%	23,8%	52,1%	17,3%	<b>34,2%</b>	48,6%	p<0,05
7.FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS	23,2%	19,2%	57,7%	15,1%	<b>29,2%</b>	<b>55,7%</b>	ns
8.RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS	26,4%	22,2%	51,4%	27,2%	22,5%	<b>50,3%</b>	ns
9.DOTACIÓ DE PERSONAL	56,4%	16,8%	26,8%	<b>59,3%</b>	17,4%	23,3%	ns
10.SUPORT GERENCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT	38,4%	30,9%	30,7%	43,1%	<b>32,2%</b>	24,7%	p<0,05
11.TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS	25,1%	26,3%	48,5%	31,2%	27,0%	41,9%	p<0,05
12.PROBLEMES CANVIS DE TORN/TRANSCIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS	33,8%	24,1%	42,1%	34,7%	24,8%	40,5%	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney  
 Nota: En rosa la significació de l'increment de les respostes negatives i la reducció de les positives; En negra les respostes negatives superiors a 50%.

El gràfic 25 permet apreciar les diferències entre el moment PRE i el moment POST de les valoracions positives, neutres i negatives per cada dimensió en el grup de "≤ 5 anys de treball en el centre.

En síntesi i pels resultats analitzats del grup "≤5 anys de treball en el centre " els efectes de la intervenció en cultura de seguretat del pacient es van manifestar de forma negativa en l'enquesta POST.

**Gràfic 25:** Respostes per cada dimensió segons el POST i el PRE per al grup de ≤ 5 anys





### 7.6.3. Dimensions i afirmacions sobre la cultura de la seguretat del pacient del grup de “> 5 anys de treball en el centre”

A la taula 44 es presenten les 12 dimensions segons grup “> 5 anys de treball en el centre” i moment de l'enquesta, s'aprecia que contràriament als resultats del grup dels que feia 5 anys o menys, hi havia només 2 dimensions amb els resultats positius més baixos en el POST:

- TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI
- FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS

Les dimensions restants (10) tenien més respostes positives en el POST, i en 4 aquestes diferències eren significatives:

- PERCEPCIÓ DE SEGURETAT
- APRENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ
- DOTACIÓ DE PERSONAL
- TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS

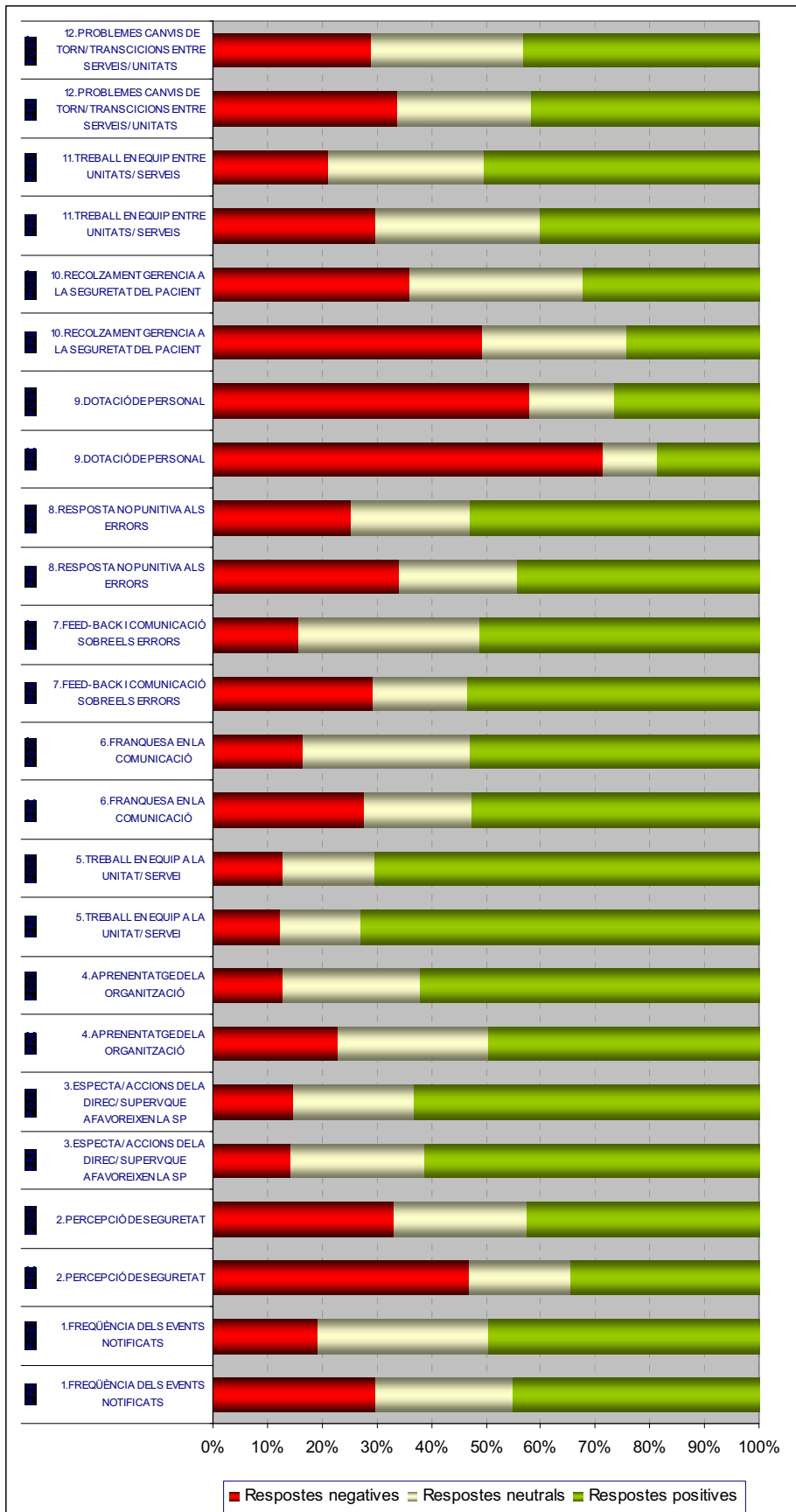
El gràfic 26 permet apreciar les diferències entre el PRE i el POST de les valoracions positives, neutres i negatives per cada dimensió en el grup de “> 5 anys de treball en el centre”.

**Taula 44:** Percentatge de respostes i significació estadística per cadascuna de les 12 dimensions de seguretat del pacient segons moment de l'enquesta pels professionals que fa més de 5 anys que treballen en el centre

Dimensions	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			p
	Negativa	Neutra	Positiva	Negativa	Neutra	Positiva	
FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS	29,9%	25,0%	45,0%	19,1%	<b>31,4%</b>	49,5%	ns
PERCEPCIÓ DE SEGURETAT	46,7%	18,8%	34,5%	33,2%	<b>24,2%</b>	42,6%	p<0,05
EXPECTATIVES/ACCIÓNS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT	14,1%	24,6%	61,3%	14,7%	22,1%	63,1%	ns
APRENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ	22,8%	27,7%	49,5%	12,9%	24,9%	62,2%	p<0,05
TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI	12,3%	14,7%	72,9%	12,7%	<b>16,9%</b>	70,5%	ns
FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ	27,5%	19,9%	52,6%	16,5%	<b>30,7%</b>	52,8%	ns
FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS	29,2%	17,3%	53,4%	15,5%	<b>33,3%</b>	51,1%	ns
RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS	33,9%	21,9%	44,2%	25,4%	21,6%	53,0%	ns
DOTACIÓ DE PERSONAL	71,2%	10,0%	18,8%	58,0%	<b>15,4%</b>	26,6%	p<0,05
SUPORT GERENCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT	49,4%	26,3%	24,3%	36,0%	<b>31,7%</b>	32,4%	ns
TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS	29,7%	30,2%	40,2%	21,2%	28,3%	50,5%	p<0,05
PROBLEMES CANVIS DE TORN/TRANSICIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS	33,6%	24,5%	41,9%	29,0%	<b>27,7%</b>	43,3%	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney  
 Nota: En verd significació a favor de les respostes positives i les neutres; En negra les respostes negatives superiors a 50%.

**Gràfic 26:** Respostes per cada dimensió segons el POST i el PRE per al grup de > 5 anys de treball en el centre.



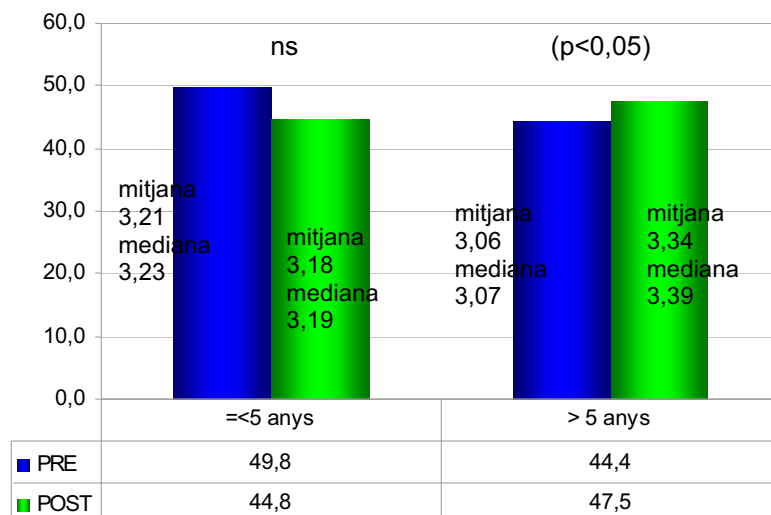
En l'anàlisi de les medianes dels 42 ítems, 39 eren més altes en el POST.

En síntesi, i pels resultats analitzats del grup "> 5 anys de treball en el centre", els efectes de la intervenció en cultura de seguretat del pacient es van manifestar sensiblement positius en l'enquesta POST.

#### 7.6.4. Valoració global segons anys de treball en el centre

Considerant les respostes positives als 42 ítems que configuren les dimensions segons els anys de treball en el centre, es pot observar en el gràfic 27 que les respostes positives han incrementat en el grup de més de 5 anys de forma significativa. Les mitjanes i medianes també reflexen aquestes diferències.

**Gràfic 27:** Percentatge global de respostes positives i mitjana i mediana segons anys de treball en el centre i moment de l'enquesta



p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

## 7.7. Diferències segons grup professional metges/farmacèutics i infermeres/llevadores/auxiliars

En aquest apartat es presenten els resultats de l'anàlisi de les diferències de les respostes segons grup professional metges/farmacèutics (metges) i infermeres/llevadores /auxiliars d'infermeria (infermeria) en els dos moments de l'enquesta.

### 7.7.1. Diferències en les respostes positives

En l'anàlisi de les diferències entre el grup de metges i el grup d'infermeria, es pot apreciar (taula 45) que hi havia diferències significatives en 9 dimensions i que en general, el percentatge de respostes positives era més alt en el grup dels metges que en el grup d'infermeria .

**Taula 45:** Respostes positives i diferències significatives entre metges i infermeria segons dimensió i moment de l'enquesta

Dimensions	Moment PRE				Moment POST			
	metges	infermeria	diferència infermeria-metges	P	metges	infermeria	diferència infermeria-metges	P
	N= 64	N= 227			N= 102	N= 299		
FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS	46,90%	49,60%	2,7%	ns	<b>51,80%</b>	40,70%	-11,1%	p<0,05
PERCEPCIÓ DE SEGURETAT	33,80%	37,70%	3,9%	ns	41,20%	38,90%	-2,3%	p<0,05
EXPECTATIVES/ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT	<b>72,70%</b>	<b>61,10%</b>	-11,6%	p<0,05	<b>73,80%</b>	<b>56,70%</b>	-17,1%	p<0,05
APRENENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ	<b>50,80%</b>	<b>53,60%</b>	2,8%	ns	49,40%	<b>56,00%</b>	6,6%	ns
TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI	<b>79,10%</b>	<b>74,90%</b>	-4,2%	ns	<b>78,10%</b>	<b>72,40%</b>	-5,7%	ns
FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ	<b>61,00%</b>	<b>52,40%</b>	-8,6%	ns	<b>61,50%</b>	43,80%	-17,7%	p<0,05
FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS	<b>54,90%</b>	<b>54,10%</b>	-0,8%	ns	<b>61,70%</b>	49,30%	-12,4%	p<0,05
RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS	<b>56,40%</b>	45,40%	-11,0%	p<0,05	<b>64,60%</b>	44,80%	-19,8%	p<0,05
DOTACIÓ DE PERSONAL	23,80%	19,80%	-4,0%	ns	29,60%	19,50%	-10,1%	p<0,05
SUPORT GERENCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT	34,90%	24,20%	-10,7%	p<0,05	32,40%	25,00%	-7,4%	p<0,05
TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS	45,00%	44,70%	-0,3%	ns	44,50%	44,20%	-0,3%	ns
PROBLEMES CANVIS DE TORN/ TRANSICIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS	28,60%	49,00%	20,4%	p<0,05	33,60%	42,60%	9,0%	p<0,05

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Witney

Nota: En negreta les respostes positives superiors al 50%

La taula 46, presenta respostes positives per als grups de metges i infermeria segons moment de l'enquesta per als ítems que en algun moment de l'enquesta presentaven diferències significatives entre els dos grups.

Hi havia dos ítems, que eren una fortalesa del grup dels metges:

P.20.- *El meu superior/cap té en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient .*

P.38.- *En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar .*

**Taula 46:** Respostes positives i diferències significatives entre metges i infermeria segons afirmació i moment de l'enquesta (I)

Afirmacions	Moment PRE				Moment POST			
	metges	infermeria	diferència infermeria-metges	P <sup>a</sup>	metges	infermeria	diferència infermeria-metges	P <sup>a</sup>
	N= 64	N= 227			N= 102	N= 299		
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	30,80%	11,00%	-19,8%	P<0,05	25,50%	12,20%	-13,3%	P<0,05
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	<b>90,30%</b>	<b>77,10%</b>	-13,2%	P<0,05	<b>86,70%</b>	<b>79,40%</b>	-7,3%	NS
P.05N.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	13,80%	14,80%	1,0%	NS	22,30%	12,70%	-9,6%	P<0,05
P.07N.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal	35,40%	41,70%	6,3%	NS	<b>53,50%</b>	41,30%	-12,2%	P<0,05
P.08N.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comès algun error, ho utilitzen en la teva contra	83,10%	63,30%	-19,8%	P<0,05	85,40%	66,40%	-19,0%	P<0,05
P.10N.- No es produeixen més fallades per casualitat	36,90%	28,60%	-8,3%	NS	38,80%	25,20%	-13,6%	P<0,05
P.12N.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"	<b>61,50%</b>	46,30%	-15,2%	P<0,05	<b>69,00%</b>	43,40%	-25,6%	P<0,05
P.13.- Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat	33,30%	43,00%	9,7%	NS	30,50%	46,20%	15,7%	P<0,05
P.16N.- Quan es comet un error, el personal té por que això quedi en el seu expedient	24,60%	26,20%	1,6%	NS	43,80%	30,80%	-13,0%	P<0,05
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient	<b>72,30%</b>	<b>53,30%</b>	-19,0%	P<0,05	<b>72,50%</b>	<b>50,50%</b>	-22,0%	P<0,05
P.20.- El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient	<b>72,30%</b>	<b>60,30%</b>	-12,0%	NS	<b>79,20%</b>	<b>59,90%</b>	-19,3%	P<0,05

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova de Chi quadrat

Nota En negreta les respostes positives superiors al 50% .

**Taula 46:** Respostes positives i diferències significatives entre metges i infermeria segons afirmació segons moment de l'enquesta (II)

Afirmacions	Enquesta-PRE			P	Enquesta-POST			P
	metges	infermeria	diferència infermeria-metges		metges	infermeria	diferència infermeria-metges	
	N= 64	N= 227			N= 102	N= 299		
P.21N.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient	<b>67,70%</b>	<b>61,80%</b>	-5,9%	NS	<b>68,30%</b>	<b>52,80%</b>	-15,5%	P<0,05
P.27N.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient	25,00%	49,80%	24,8%	P<0,05	31,20%	39,00%	7,8%	NS
P.29N.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	38,50%	<b>56,30%</b>	17,8%	P<0,05	48,00%	<b>58,40%</b>	10,4%	NS
P.33N.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.	21,90%	49,60%	27,7%	P<0,05	27,80%	45,20%	17,4%	P<0,05
P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme	29,70%	48,20%	18,5%	P<0,05	<b>57,10%</b>	48,80%	-8,3%	NS
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	<b>53,80%</b>	35,50%	-18,3%	P<0,05	<b>63,00%</b>	29,30%	-33,7%	P<0,05
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	<b>82,80%</b>	<b>62,30%</b>	-20,5%	P<0,05	<b>77,50%</b>	<b>52,50%</b>	-25,0%	P<0,05
P.39N.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta	<b>62,50%</b>	<b>55,90%</b>	-6,6%	NS	<b>67,70%</b>	<b>51,90%</b>	-15,8%	P<0,05
P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient	<b>54,00%</b>	<b>55,30%</b>	1,3%	NS	<b>59,60%</b>	43,00%	-16,6%	P<0,05

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova de Chi quadrat

Nota En negreta les respostes positives superiors al 50%

## 7.7.2. Diferències en les respostes negatives

En l'anàlisi de les diferències entre les respostes negatives dels grup de metges i infermeria, s'aprecia (taula 47) que hi havia diferències significatives en 4 dimensions i que en general, el percentatge de respostes negatives era més alt en el grup d'infermeria. Aquestes quatre dimensions eren:

- *EXPECTATIVES/ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT*
- *TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI*
- *DOTACIÓ DE PERSONAL*
- *PROBLEMES CANVIS DE TORN/TRANSICIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS*

Ambdós grups professionals en la dimensió *DOTACIÓ DE PERSONAL* tenien unes respostes negatives superiors al 50% en els dos moments de l'enquesta.

**Taula 47:** Respostes negatives i diferències significatives entre metges i infermeria segons dimensió i moment de l'enquesta

Dimensions	Moment PRE			P	Moment POST			P
	metges	infermeria	diferència		metges	infermeria	diferència	
	N= 64	N= 227			N= 102	N= 299		
FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS	24,00%	24,60%	0,6%	ns	15,50%	16,30%	0,8%	ns
PERCEPCIÓ DE SEGURETAT	41,50%	46,40%	4,9%	ns	38,70%	39,60%	0,9%	ns
EXPECTATIVES/ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT	5,40%	17,90%	12,5%	p<0,05	10,40%	17,40%	7,0%	p<0,05
APRENENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ	21,80%	22,90%	1,1%	ns	20,60%	15,70%	<b>-4,9%</b>	ns
TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI	7,70%	13,80%	6,1%	p<0,05	7,40%	11,50%	4,1%	p<0,05
FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ	19,50%	26,80%	7,3%	ns	10,40%	18,30%	7,9%	ns
FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS	25,60%	28,40%	2,8%	ns	14,20%	15,70%	1,5%	ns
RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS	24,60%	31,60%	7,0%	ns	15,00%	28,60%	13,6%	ns
DOTACIÓ DE PERSONAL	<b>55,80%</b>	<b>70,30%</b>	14,5%	p<0,05	<b>50,40%</b>	<b>65,40%</b>	15,0%	p<0,05
SUPORT GERENCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT	42,10%	49,10%	7,0%	ns	37,20%	40,80%	3,6%	ns
TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS	26,50%	28,70%	2,2%	ns	26,90%	27,30%	0,4%	ns
PROBLEMES CANVIS DE TORN/TRANSICIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS	41,70%	31,70%	<b>-10,0%</b>	p<0,05	33,10%	30,80%	<b>-2,3%</b>	p<0,05

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova de U de Man-Witney  
 Nota: En negreta les respostes negatives superiors al 50%

La taula 48, presenta per cada ítem les respostes negatives per als dos grups professionals i moment de l'enquesta. Hi havia 17 ítems que presentaven diferències significatives ( $P < 0,05$ ) entre metges i infermeria

**Taula 48:** Respostes negatives i diferències significatives entre metges i infermeria segons afirmació i moment de l'enquesta (I)

Afirmacions	Moment PRE			P	Moment POST			P
	metges	infermeria	diferència infermeria-metges		metges	infermeria	diferència infermeria-metges	
	N= 64	N= 227			N= 102	N= 299		
P.01.- El personal es recolza mútuament	9,40%	14,50%	5,1%	ns	5,90%	14,70%	8,8%	p<0,05
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	<b>58,50%</b>	81,10%	22,6%	p<0,05	<b>57,80%</b>	<b>75,20%</b>	17,4%	p<0,05
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	1,60%	9,30%	7,7%	p<0,05	4,10%	6,20%	2,1%	ns
P.05N.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	<b>58,50%</b>	<b>79,50%</b>	21,0%	P<0,05	<b>60,20%</b>	<b>75,20%</b>	15,0%	p<0,05
P.08N.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comés algun error, ho utilitzen en la teva contra	4,60%	10,90%	6,3%	ns	4,90%	12,90%	8,0%	p<0,05
P.10N.- No es produeixen més fallades per casualitat	44,60%	<b>55,50%</b>	10,9%	ns	43,90%	<b>56,20%</b>	12,3%	p<0,05
P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el companys	4,60%	13,50%	8,9%	p<0,05	10,80%	13,00%	2,2%	ns
P.12N.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"	23,10%	34,50%	11,4%	ns	13,00%	32,70%	19,7%	p<0,05
P.14N.- Treballem sota pressió per a realitzar moltes coses massa depressa	<b>67,70%</b>	<b>77,80%</b>	10,1%	ns	<b>50,00%</b>	<b>76,60%</b>	26,6%	p<0,05
P.16N.- Quan es comet un error, el personal té por que això quedi en el seu expedient	46,20%	49,80%	3,6%	ns	29,20%	44,80%	15,6%	p<0,05
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient	3,10%	20,10%	17,0%	p<0,05	10,80%	18,90%	8,1%	ns
P.20.- El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient	3,10%	20,50%	17,4%	p<0,05	9,90%	16,10%	6,2%	ns
P.21N.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient	9,20%	19,30%	10,1%	ns	12,90%	23,10%	10,2%	p<0,05
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient	36,90%	50,90%	14,0%	p<0,05	47,10%	48,60%	1,5%	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova de Chi quadrat  
Nota En negreta les respostes positives superiors al 50%



**Taula 48:** Respostes negatives i diferències significatives entre metges i infermeria segons afirmació i moment de l'enquesta (II)

Afirmacions	Enquesta PRE			P <sup>a</sup>	Enquesta POST			P <sup>a</sup>
	metges	infermeria	diferència infermeria-metges		metges	infermeria	diferència infermeria-metges	
	N= 64	N= 227			N= 102	N= 299		
P.33N.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.	42,20%	28,10%	<b>-14,1%</b>	p<0,05	42,20%	28,30%	<b>-13,9%</b>	p<0,05
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	29,20%	38,20%	9,0%	ns	12,00%	34,70%	22,7%	p<0,05
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	4,70%	22,40%	17,7%	p<0,05	9,80%	16,70%	6,9%	ns
P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient	30,20%	26,50%	<b>-3,7%</b>	ns	21,70%	19,00%	<b>-2,7%</b>	ns
P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient	18,80%	24,80%	6,0%	ns	18,30%	18,70%	0,4%	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova de Chi quadrat  
 Nota En negreta les respostes positives superiors al 50%

Els dos grups professionals posaven de relleu la càrrega de treball.

## 7.8 Factors que van influir en les respostes positives

Aquest apartat presenta l'anàlisi de regressió logística que es va realitzar per a conèixer la influència de les variables independents estudiades, sobre les respostes positives a les 42 afirmacions de l'enquesta.

A tall il·lustratiu, a continuació només es presenta la taula 49 amb la regressió logística ajustada per cadascuna de les variables independents de les afirmacions d'una dimensió (*PERCEPCIÓ DE SEGURETAT DEL PACIENT*), i la segueixen quatre taules on només hi ha les afirmacions que estaven influenciades per alguna de les variables independents utilitzades.

Tot seguit es presenta la taula i els comentaris relatius a la *PERCEPCIÓ DE LA SEGURETAT* (taula 49) i en l'annex 9 hi ha les taules de les 11 dimensions restants.

**Taula 49:** Regressió logística ajustada segons cadascuna de les afirmacions que componen la dimensió *PERCEPCIÓ DE LA SEGURETAT* del pacient

PERCEPCIÓ DE LA SEGURETAT	P.10.- No es produeixen més fallades per casualitat			P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient			P.17.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"			P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència		
	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig
<b>Enquesta</b>												
PRE	1			1			1			1		
POST	1,18	0,85 - 1,62	0,32	1,1	0,79 - 1,53	0,56	1,09	0,81 - 1,46	0,57	1,59	1,19 - 2,12	<0,01
<b>Anys en el centre</b>												
≤ 5 anys	1			1			1			1		
> 5 anys	0,94	0,65 - 1,37	0,76	1,5	1,02 - 2,21	0,04	1,41	1 - 1,98	<0,05	1,04	0,74 - 1,46	0,83
<b>Centre</b>												
HSJD	1		0,08	1		<0,01	1		0,85	1		0,41
HGH	1,34	0,92 - 1,95	0,13	1,27	0,85 - 1,88	0,24	1	0,7 - 1,41	0,99	1,27	0,9 - 1,79	0,18
HSH	0,7	0,37 - 1,34	0,29	2,51	1,44 - 4,38	<0,01	1,15	0,68 - 1,96	0,6	1,14	0,67 - 1,94	0,62
<b>Grup professional</b>												
Infermeres/llevad./aux	1		<0,01	1		0,15	1		0,06	1		0,76
Metges/Farmacèutics	1,7	1,15 - 2,5	0,01	0,93	0,61 - 1,41	0,73	0,9	0,63 - 1,3	0,57	0,88	0,61 - 1,26	0,47
Altres professionals	1,6	1,09 - 2,35	0,02	1,42	0,96 - 2,11	0,08	1,48	1,03 - 2,14	0,04	1	0,7 - 1,42	0,98

**Nota:** En gris  $p < 0,05$  (IC 95%)

La taula 50 presenta totes les afirmacions i les que estan influenciades per les variables independents.

**Taula 50:** Afirmacions per dimensió i significació estadística per les variables independents que influeixen en el nombre de respostes positives

	Enquesta PRE-POST	Anys al CSI ≤ 5 anys > 5 anys	Centre de treball (HSJD, HGH, HSH)	Grup professional (Metges/infermeria/Altres)
<b>1.FREQUÈNCIA DELS EVENTS NOTIFICATS</b>				
P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient				p<0,05
P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient				
P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient				
<b>2.PERCEPCIÓ DE SEGURETAT</b>				
P.10.- No es produeixen més fallades per casualitat				p<0,05
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient		p<0,05	p<0,05	
P.17.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"		p<0,05		
P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència	p<0,05			
<b>3.ESPECTATIVES I ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ DE LA UNITAT/SERVEI QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT</b>				
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient			p<0,05	p<0,05
P.20.- El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient				p<0,05
P.21.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient				p<0,05
P.22.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment				p<0,05
<b>4.APRENENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ</b>				
P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient	p<0,05	p<0,05		
P.09.- Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou				
P.13.- Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad				p<0,05
<b>5.TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI</b>				
P.01.- El personal es recolza mutuament				p<0,05
P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar				p<0,05
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte		p<0,05		p<0,05
P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el company		p<0,05		p<0,05
<b>6.FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ</b>				
P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat				
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps				p<0,05
P.39N.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta				p<0,05
<b>7.FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS</b>				
P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme		p<0,05	p<0,05	
P.36.- Se'ns informa dels error que passen en aquest servei/unitat				p<0,05
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	p<0,05			p<0,05
<b>8.RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS</b>				
P.08.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comès algun error, ho utilitzen en la teva contra				p<0,05
P.12.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"		p<0,05	p<0,05	p<0,05
P.16.- Quan es comet un error, el personal te por que això quedi en el seu expedient	p<0,05		p<0,05	
<b>9.DOTACIÓ DE PERSONAL</b>				
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball				p<0,05
P.05.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora				p<0,05
P.07.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal				
P.14.- Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat				p<0,05
<b>10.SUPORT DE LA GERÈNCIA DEL HOSPITAL A LA SEGURETAT DEL PACIENT</b>				
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient			p<0,05	p<0,05
P.30.- La gerència/direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats				p<0,05
P.31.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient				p<0,05
<b>11.TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS</b>				
P.24N.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen bé entre elles				p<0,05
P.26.- Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament				p<0,05
P.28.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats		p<0,05	p<0,05	
P.32.- Els serveis/unitats treballen de forma coordinada entre si per a proporcionar la millor atenció possible als pacients				
<b>12.PROBLEMES EN ELS CANVIS DE TORN I TRANSICIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS</b>				
P.25.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra			p<0,05	p<0,05
P.27.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient			p<0,05	p<0,05
P.29.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	p<0,05		p<0,05	p<0,05
P.33.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.			p<0,05	p<0,05

La taula 49 mostrava la regressió logística de les afirmacions de la dimensió PERCEPCIÓ DE LA SEGURETAT DEL PACIENT, i es pot observar que la probabilitat de donar una resposta positiva a l'afirmació; *Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència*, era 1,59 (IC95%:1,19-2,12) vegades més gran en el moment POST que en el moment PRE.

Per l'afirmació *No es produeixen més fallades per casualitat*, la variable associada a una major probabilitat de respostes positives era el grup professional. La probabilitat de donar una resposta positiva era 1,77 (IC95%:1,15-2,50) vegades més gran en el grup de metges i 1,60 vegades més gran (IC95%:1,09-2,35) en el grup d'altres professionals que en el grup d'infermeria.

Per l'afirmació *Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient*, les variables associades a una major probabilitat de respostes positives eren els anys en el centre i el centre de treball. La probabilitat de donar una resposta positiva era 1,5 (IC95%:1,02-2,21) vegades més gran en el grup de més de 5 anys de treball en el centre, que el grup que en feia menys. I el grup del HSH tenia una probabilitat 2,51 (IC95%:1,44-4,38) vegades més gran de donar respostes positives que l'HSJD.

Per l'afirmació *En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la seguretat del pacient*, la variable associada a una major probabilitat de respostes positives, era també els anys en el centre. Aquesta tenia una probabilitat 1,41 (IC95%:1,00-1,98) vegades més gran per al grup que feia més de 5 anys que el que en feia menys.

Finalment, a continuació, es presenten les quatre taules que contempnen les afirmacions que estan influenciades per alguna de la variables independents: moment de l'enquesta (taula 51), centre de treball (taula 52), anys de treball en el centre (taula 53) i grup professional (taula 54).

**Taula 51: Afirmacions i Odds ràtios del moment POST respecte el PRE ajustades per centre de treball, anys de treball en el centre i grup professional per les respostes positives**

Afirmacions que estaven influïdes pel moment en que es va fer l'enquesta	p<0,05 ORa (IC 95%)
	POST
P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient	1,37 (1,02-1,86)
P.16.- Quan es comet un error, el personal te por que això quedi en el seu expedient	1,68 (1,21-2,31)
P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència	1,59 (1,19-2,12)
P.29.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	1,34 (1,00-1,80)
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	0,61 (0,45-0,83)

a Odds ràtio del moment POST respecte el PRE ajustada per moment en que es fa l'enquesta, grup professional, centre i anys de treball en el centre

Només hi havia 5 afirmacions en que el moment PRE o POST, era un predictor independent de respostes positives un cop ajustat per centre, anys de treball en el centre i grup professional. (veure taula 50)

De les 5 afirmacions, només una (*En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar*) en el moment POST tenia una menor probabilitat de respostes positives. Per la resta d'ítems de la taula 50 hi havia una major probabilitat de respostes positives en el POST que en el PRE

La taules 52, 53 i 54 presenten les afirmacions que tenien les respostes positives influenciades per les altres variables independents estudiades. La variable grup professional s'evidenciava com la variable que tenia una major influència en obtenir respostes positives.

**Taula 52: Afirmacions i Odds ràtios dels metges/farmacèutics i altres professionals respecte infermeria, ajustades per al moment en que es fa l'enquesta, centre i anys de treball en el centre per les respostes positives (I)**

Afirmacions que estan influïdes pel grup professional	p<0,05 OR (IC 95%)	
	metges/ fàrmac	altres profes.
P.01.- El personal es recolza mútuament		0,60 (0,41-0,87)
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	2,88 (1,85-4,5)	2,66 (1,71-4,13)
P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar		0,63 (0,42-0,94)
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	2,08 (1,21-3,57)	0,63 (0,42-0,94)
P.05.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	1,68 (1,05-2,68)	2,66 (1,73-4,10)
P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient		0,40 (0,27-0,58)
P.08.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comés algun error, ho utilitzen en la teva contra	2,61 (1,65-4,15)	
P.10.- No es produeixen més fallades per casualitat	1,70 (1,15-2,50)	1,60 (1,09-2,35)
P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el companys		0,68 (0,47-0,98)
P.12.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"	2,29 (1,57-3,34)	
P.13.- Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat	0,60 (0,41-0,89)	
P.14.- Treballem sota pressió per a realitzar massa coses massa de pressa	1,78 (1,08-2,91)	2,57 (1,64-4,04)
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient	2,41 (1,62-3,58)	
P.20.- El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient	2,29 (1,51-3,48)	
P.21.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient	1,76 (1,20-2,60)	1,63 (1,11-2,38)

**Taula 52: Afirmacions i Odds ràtios dels metges/farmacèutics i altres professionals respecte infermeria, ajustades per al moment en que es fa l'enquesta, centre i anys de treball en el centre per les respostes positives (II)**

Afirmacions que estaven influïdes pel grup professional	p<0,05 ORa (IC 95%)	
	metges/ fàrmac	altres profes.
P.22.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment	1,74 (1,12-2,68)	2,15 (1,37-3,98)
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient	1,81 (1,19-2,76)	1,95 (1,29-2,95)
P.27.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient	0,50 (0,33-0,74)	
P.29.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	0,64 (0,44-0,92)	0,54 (0,38-0,78)
P.30.- La gerència/direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats	1,72 (1,19-2,49)	
P.31.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient	1,79 (1,19-2,68)	
P.31.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient	1,79 (1,19-2,68)	
P.33.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.	0,37 (0,24-0,56)	0,64 (0,44-0,94)
P.36.- Se'ns informa dels error que passen en aquest servei/unitat		1,65 (1,14-2,37)
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	3,45 (2,37-5,03)	
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	3,02 (1,96-4,65)	
P.39.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta	1,64 (1,12-2,42)	
P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient	1,57 (1,08-2,28)	1,65 (1,14-2,39)

a Odds ràtio dels grups de Metges/farmacèutics i d'Altres professionals respecte Infermeria ajustades per moment en que es fa l'enquesta, centre i anys de treball en el centre

**Taula 53:** Afirmacions i Odds ràtios de l'HGH i l'HSH respecte HSJD, ajustades per al moment en que es fa l'enquesta, grup professional i anys de treball en el centre per **les respostes positives**

Afirmacions que estaven influïdes pel centre de treball	p<0,05 ORa (IC 95%)	
	HGH	HSH
P.12.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"	1,53 (1,07-2,18)	
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient		2,51 (1,44-4,38)
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient		0,49 (0,28-0,85)
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient		1,74 (0,97-3,11)
P.24N.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen be entre elles		2,07 (1,16-3,71)
P.25.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra	2,59 (1,79-3,76)	
P.26.- Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament	1,91 (1,34-2,72)	2,02 (1,19-3,42)
P.27.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient		0,33 (0,17-0,63)
P.28.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats	1,61 (1,11-2,32)	
P.29.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	1,91 (1,33-2,73)	2,15 (1,25-3,71)
P.33.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.	1,55 (1,07-2,23)	

a Odds ràtio dels grups HGH i HSH respecte HSJD ajustades per al moment en que es fa l'enquesta, grup professional i anys de treball en el centre

**Taula 54. Afirmacions i Odds ràtios dels que fa mes 5 de anys que treballen en el centre respecte els que en fa menys, ajustades per al moment en que es fa l'enquesta, centre i grup professional per les respostes positives**

Afirmacions que estaven influïdes pels anys de treball en el centre.	p<0,05 ORa (IC 95%) > 5 anys
P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient	0,56 (0,40-0,80)
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	1,60 (1,06-2,42)
P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el companys	1,71 (1,17-2,48)
P.12.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"	1,57 (1,11-2,22)
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient	1,50 (1,02-2,21)
P.17.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"	1,41 (1,00-1,98)
P.28.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats	1,46 (1,02-2,09)
P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme	1,48 (1,04-2,12)
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	0,70 (0,49-1,0)

a Odds ràtio del grup dels que fa més de 5 anys que treballa en el centre respecte el que en fa menys ajustades per moment en que es fa l'enquesta, centre i anys de treball en el centre



## 7.9. Síntesi dels resultats quantitius

### 7.9.1. Comparatiu global

Considerant totes les respostes a les 12 dimensions, les respostes positives han passat del 47,2% en el PRE al 45,3% en el POST (ns). Les respostes negatives també s'han reduït ( $p < 0,05$ ) i han incrementat les respostes neutres ( $p < 0,05$ ) (veure taula 55) .

Els grups que han incrementat les respostes positives globals són: el grup de metges (48,6%; 51,8%), el grups dels que fa més de 5 anys que treballen en el centre ( 44,4%; 47,5%) i el grup de l'HGH (45,2%; 48,9%).

La taula 55 també permet apreciar per cada dimensió, les diferències entre el PRE i el POST de les respostes positives i la seva significació. Hi havia tres dimensions que presentaven canvis significatius ( $p < 0,05$ ) en sentit negatiu, entre la primera i la segona enquesta: *EXPECTATIVES/ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ DE LA UNITAT/SERVEI QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT DEL PACIENT*, *LA FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ* i *FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS*.

**Taula 55:** Comparació entre les respostes positives en els dos moments de l'enquesta per les 12 dimensions

Dimensions	PRE Positives	POST Positives	dif	p
1.FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS	48,50%	49,30%	0,80%	ns
2.PERCEPCIÓ DE SEGURETAT	37,10%	40,90%	3,80%	ns
3.EXPECTATIVES/ACCIONS DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ AFAVOREIXEN LA SEGURETAT DEL PACIENT	65,10%	62,20%	-2,90%	$p < 0,05$
4.APRENENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ	51,20%	55,70%	4,50%	ns
5. TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI	73,80%	70,70%	-3,10%	ns
6.FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ	52,60%	49,10%	-3,50%	$p < 0,05$
7.FEED-BACK/COMUNICACIÓ SOBRE ERRORS	56,20%	53,60%	-2,60%	$p < 0,05$
8.RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS	47,80%	50,70%	2,90%	ns
9.DOTACIÓ DE PERSONAL	22,20%	24,20%	2,00%	ns
10. SUPORT GERENCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT	26,70%	28,00%	1,30%	ns
11.TREBALL EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS	44,20%	44,40%	0,20%	ns
12.CANVIS DE TORN I TRANSICIONS UNITATS/SERVEIS	42,50%	41,20%	-1,30%	ns
TOTAL	47,2%	45,3%	-1,9%	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació de les respostes positives PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

El gràfic 28, permet apreciar que les respostes positives per cada dimensió tenien poca variació entre el PRE i el POST, i que en el POST totes es mantenien a la mateixa àrea que en el PRE.

Estan entre el 50% i el 75%:

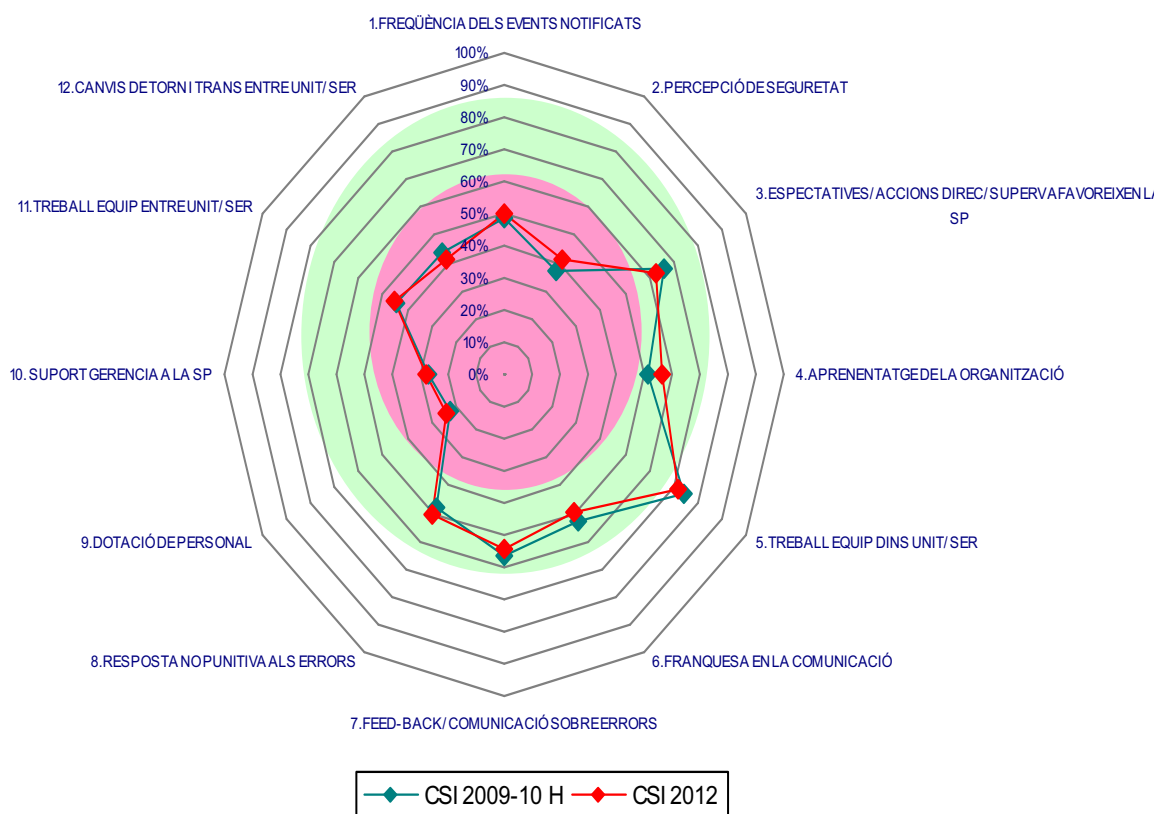
*Feed-back/comunicació sobre errors*  
*Treball en equip a la unitat/servei*  
*Aprentatge de la organització*  
*Expectatives/accions direc/superv afavoreixen la seguretat del pacient*

I entre el 20% i el 50%

*Freqüència dels esdeveniments notificats*  
*Percepció de seguretat*  
*Franquesa en la comunicació*  
*Resposta no punitiva als errors*  
*Dotació de personal*  
*Suport gerència a la seguretat del pacient*  
*Treball equip entre unitats/serveis*  
*Canvis de torn i transicions unitats/ serveis*

L'increment de les respostes positives per dimensió en cap cas era significatiu.

**Gràfic 28:** Comparació entre les respostes positives en els dos moments de l'enquesta per les 12 dimensions. CSI



Si atenem al sentit de les respostes, les respostes negatives van disminuir significativament en les dimensions (veure taula 56):

- *FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS*
- *PERCEPCIÓ DE LA SEGURETAT*
- *APRENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ*
- *FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ*
- *FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS*
- *RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS*
- *DOTACIÓ DE PERSONAL*
- *SUPORT DE LA GERÈNCIA DEL HOSPITAL A LA SEGURETAT DEL PACIENT*

A la vegada han incrementat les respostes neutres.

**Taula 56:** Comparació entre les respostes negatives en els dos moments de l'enquesta per les 12 dimensions

Dimensions	PRE Negatives	POST Negatives	dif	p
FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS	23,2%	17,6%	5,6%	p<0,05
PERCEPCIÓ DE SEGURETAT	42,6%	38,4%	4,2%	p<0,05
EXPECTATIVES/ACCIONS DIREC/SUPERV AFAVOREIXEN LA SEGURETAT DEL PACIENT	14,1%	16,2%	-2,1%	ns
APRENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ	21,7%	17,7%	4,0%	p<0,01
TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI	13,5%	12,7%	0,8%	ns
FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ	25,8%	18,1%	7,7%	p<0,01
FEED-BACK/COMUNICACIÓ SOBRE ERRORS	26,0%	15,3%	10,7%	p<0,01
RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS	29,9%	27,2%	2,7%	p<0,05
DOTACIÓ DE PERSONAL	64,7%	59,3%	5,4%	p<0,05
SUPORT GERENCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT	44,3%	40,9%	3,4%	p<0,05
TREBALL EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS	27,6%	28,0%	-0,4%	ns
CANVIS DE TORN I TRANSICIONS UNITATS/ SERVEIS	33,4%	32,9%	0,50%	ns
TOTAL	30,1%	25,3%	4,8%	p<0,01

Nota: En verd significació a favor de les neutres i les respostes positives; En negreta les respostes positives superiors a 50% i les neutres superiors a 30%.

p: significació estadística corresponent a la comparació de les respostes negatives PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

## 7.9.2. Mesures de resultat

En el temps transcorregut entre la primera i la segona enquesta (18 mesos) hi ha hagut un increment significatiu de la percepció del grau de seguretat ( $p < 0,01$ ) en la enquesta POST (7,04 dC:1,87) respecte la PRE (6,48 (dC:1,85). Per al grup d'infermeria i el de metges també va incrementar de forma significativa, així com per als dos grups d'anys de treball en el centre i per als centres l'HGH i l'HSH.

### 7.9.2.1 Freqüència dels esdeveniments notificats

Les respostes positives d'aquesta dimensió es van mantenir (48,5%; 49,3%) sense diferències significatives. Tanmateix les medianes van incrementar per a les tres afirmacions de forma significativa i les respostes negatives van reduir significativament.

De les diferents categoritzacions d'anàlisi, només el grup d'infermeria va presentar diferències ( $p < 0,05$ ) en el POST respecte el PRE. Es van reduir les respostes positives i negatives i van incrementar les neutres.

Totes les respostes neutres dels ítems d'aquesta dimensió se situaven en el POST entre el 30% i el 36%.

### 7.9.2.2 Percepció de seguretat del pacient

Per aquesta dimensió, globalment van incrementar lleugerament en les respostes positives (37,1%; 40,9%) i la reducció de les negatives va ser significativa.

En el grup HGH i el grup que feia més de 5 anys que treballaven en el centre també presentava un increment de respostes positives ( $p < 0,05$ ) entre el POST i el PRE.

L'ítem *Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència* presentava diferències significatives globals (47,2%; 56,3%;  $p < 0,05$ ) també per l'HGH, el grup de metges i el de més de 5 anys en el centre. Per aquest ítem van incrementar les respostes neutres per l'HSH (20%:42,6%) i el grup d'infermeria (22,1%;39,7%).

En el moment POST, la *Percepció de la seguretat del pacient* entre el grup de metges era significativament més alta que per al grup d'infermeria (41,2%; 38,95%;  $p < 0,05$ ).

Les medianes de les tres afirmacions eren significativament més altes en el POST.

### 7.9.3 Mesures de percepció a nivell hospitalari

#### 7.9.3.1 Suport de la gerència de l'hospital a la seguretat del pacient

Aquesta dimensió era la segona pel menor nombre de respostes positives i negatives després de *DOTACIÓ DE PERSONAL*. En el POST les respostes positives (28%) només van incrementar 1 punt respecte al PRE (26,7%), mentre que les negatives es van reduir un 3,4%.

Hi havia diferències en sentit negatiu ( $p < 0,05$ ) entre el PRE i el POST en els grups de HSJD i els que feia menys de 5 anys que treballaven en el centre, mentre que per al grup de HGH presentava una millora significativa en el POST, que ha passat de 18,0% a 35,8% de respostes positives ( $p < 0,05$ ).

És una dimensió que en la POST també presentava diferències significatives ( $p < 0,05$ ) entre el grup d'infermeria (25%) i el grup de metges (32,4%).

#### 7.9.3.2 Treball en equip entre unitats o serveis

Aquesta dimensió no presentava canvis destacables entre el PRE i el POST.

Per als que feia menys de 5 anys que treballaven en el centre i per al grup de l'HSJD sí que presentava diferències. Tant en un grup com en l'altre, van reduir les respostes positives i van incrementar les negatives; i per al grup de l'HGH i els que feia més de 5 anys que treballaven en el centre, van incrementar les respostes positives i van disminuir les negatives ( $p < 0,05$ ).

#### 7.9.3.3 Problemes en els canvis de torn i en les transicions entre serveis i unitats.

Aquesta dimensió globalment no presentava diferències destacables entre el PRE i el POST. Sí que presentava diferències entre el grup d'infermeria reduint les respostes positives i incrementant les neutres.

Per aquesta dimensió tant en el PRE i com en el POST hi havia diferències ( $p < 0,05$ ) entre el grup de metges i el grup d'infermeres (POST 33,6% el grup de metges i 42,6 el grup d'infermeria).

L'afirmació *En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient*, el grup d'infermeria presentava una reducció significativa de les respostes positives (49,8%:39,0%;  $p < 0,05$ ).

## 7.9.4 Mesures de percepció a nivell d'unitat organitzativa

### 7.9.4.1 Expectatives i accions de la direcció/supervisió de la unitat/servei que afavoreixen la seguretat

En el POST les respostes positives eren inferiors ( $p < 0,05$ ) que en el PRE, les negatives també eren més altes (ns) i l'ítem que presentava una major evolució negativa (58,8%; 55,0%;  $p < 0,05$ ) era *El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos per la seguretat del pacient*.

Aquesta disminució significativa ( $p < 0,05$ ) també es donava en els grups de l'HSJD, els altres professionals i els que feia menys de 5 anys que treballaven en el centre.

El grup d'infermeres, tant en el PRE com en el POST, tenia un menor nombre de respostes positives ( $p < 0,05$ ) que el grup dels metges.

També presentava una evolució negativa ( $p < 0,05$ ) en el grup d'infermeria, l'afirmació *Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient*.

### 7.9.4.2 Aprenentatge de la organització

En l'anàlisi global d'aquesta dimensió encara que no presentava diferències significatives en les respostes positives, va tenir un increment (51%; 55,7%). Amb tot, les negatives globals van disminuir ( $p < 0,01$ ), i sí que eren significatives les diferències entre les medianes dels tres ítems que componen la dimensió.

De tots els grups d'anàlisi només hi havia diferències en el grup de més de 5 anys de treball en el centre (49,5%; 62,2%;  $p < 0,05$ ).

### 7.9.4.3 Treball en equip a la Unitat o Serveis

Aquesta és la dimensió que tenia un major nombre de respostes positives tant en el PRE com en el POST, i malgrat en el POST van disminuir (74%; 70,7%), la diferència no era significativa, ni globalment ni en cap dels grups d'anàlisi.

Sí que era significativa la diferència en sentit positiu, en tres dels quatre ítems que compona la dimensió.

### 7.9.4.4 Franquesa en la comunicació

Aquesta dimensió presentava un reducció en les respostes positives (53%; 49,1%) i de les negatives (25,8%; 18,1%;  $p < 0,01$ ) i un increment de les respostes neutres (21,6%; 32,8%;  $p < 0,05$ ).

Les medianes de 2 dels ítems que formen part de la dimensió eren significativament més altes en el POST.

També es donava aquest increment de respostes neutres ( $p < 0,05$ ) en els grups de l'HSJD, d'infermeria i dels que feia més de 5 anys que treballaven en el centre.

Entre el grup de metges i infermeria hi havia una diferència significativa ( $p < 0,05$ ) en el POST (61,4% en el grup de metges i 43,8% per al grup d'infermeres). Per l'afirmació *Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat*, el grup d'infermeria tenia diferències entre el PRE i el POST amb un increment molt significatiu de les respostes neutres, una reducció de les respostes positives i negatives.

#### 7.9.4.5 Feed-back i comunicació sobre els errors

Aquesta dimensió presentava una disminució de les respostes positives (56,2%; 53,6%) i de les negatives (26%; 15,3%) amb increment de les neutres ( $p < 0,05$ ). El mateix comportament tenia l'ítem *En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar*, globalment i en el grup d'infermeria..

Les medianes de les tres afirmacions han incrementat de forma significativa.

Entre el grup de metges i infermeria hi havia una diferència significativa ( $p < 0,05$ ) en el POST (61,7% en el grup de metges i 49,3% per al grup d'infermeres).

#### 7.9.4.6 Resposta no punitiva als errors

Aquesta dimensió encara que van incrementar les respostes positives (48%; 50,7%), no hi havia diferències significatives entre el PRE i el POST, ni globalment ni per cap dels grups d'anàlisi. Amb tot, les respostes negatives globals eren significativament més baixes.

Sí que presentava diferències significatives l'ítem *Quan es comet un error, el personal te por que això quedi en el seu expedient*, amb un increment de les respostes positives (26,5%; 33,2%;  $p < 0,05$ ) i una disminució de les negatives.

#### 7.9.4.7 Dotació de personal

Aquesta és la dimensió que tenia menys respostes positives i més respostes negatives globalment i per cada estrat d'anàlisi. Tanmateix van incrementar les respostes positives (ns) i van reduir les negatives ( $p < 0,05$ ).

És una dimensió que en el POST presentava diferències significatives ( $p < 0,05$ ) entre el grup d'infermeria (19,5%) i el grup de metges (29,5%).

En el HGH i els que feia més de 5 anys que treballaven en el centre, les respostes positives eren més altes ( $p < 0,05$ ) en el POST, mentre que en el HSJD eren més baixes.

L'ítem amb més respostes positives en el POST (47,1%) era *En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal*.

Els altres ítems eren els que van tenir menys respostes positives tant en el PRE com en el POST. L'ítem *Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball*, presentava diferències ( $p < 0,05$ ) entre el PRE i el POST. Van reduir les respostes negatives i van incrementar les neutres.

### 7.9.5 Comparatiu de les dimensions segons centre

La taula 57 presenta la significació estadística de les diferències de cada dimensió en el POST respecte el PRE segons el moment de l'enquesta per cada dimensió i centre.

Les dimensions FREQUÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS, APRENENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ, TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI, RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS i PROBLEMES CANVIS DE TORN/TRANSICIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS no presentaven diferències significatives a nivell del CSI i quan s'han analitzat per centre tampoc.

**Taula 57:** Significació estadística de les diferències entre l'enquesta PRE i POST per dimensió i centre

Dimensions	HSJD	HGH	HSJ
FREQUÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS	ns	ns	ns
PERCEPCIÓ DE SEGURETAT	ns	$p < 0,05$	ns
EXPECTATIVES/ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT	$p < 0,05$	ns	ns
APRENENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ	ns	ns	ns
TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI	ns	ns	ns
FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ	$p < 0,05$	ns	ns
FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS	ns	ns	ns
RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS	ns	ns	ns
DOTACIÓ DE PERSONAL	$p < 0,05$	$p < 0,05$	ns
SUPORT GERENCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT	$p < 0,05$	$p < 0,05$	ns
TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS	$p < 0,05$	$p < 0,05$	ns
PROBLEMES CANVIS DE TORN/TRANSICIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS	ns	ns	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney  
 Nota :En verd significació a favor de les neutres i les respostes positives; en groc significació a favor de l'increment de les neutres i la reducció de les negatives. En rosa la significació de l'increment de les respostes negatives i la reducció de les positives



A l'HGH, les dimensions PERCEPCIÓ DE SEGURETAT, DOTACIÓ DE PERSONAL, SUPORT GERÈNCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT i TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS, han experimentat una millora significativa les respostes del POST.

A l'HSJD, les dimensions FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ, DOTACIÓ DE PERSONAL, SUPORT GERÈNCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT i TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS, han sofert un deteriorament significatiu les respostes del POST.

A l'HSH les diferències no eren significatives per cap dimensió.

### 7.9.6 Comparatiu de les dimensions segons grup professional

La taula 58 presenta la significació estadística de les diferències de cada dimensió en el POST respecte el PRE segons grup professional

**Taula 58:** Significació estadística de les diferències entre l'enquesta PRE i POST per dimensió i grup professional

Dimensions	Metges/ farmacèutics	Infermeres/ llevadores/ auxiliars inf.	altres professionals
	p	p	p
FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS	ns	p<0,05	ns
PERCEPCIÓ DE SEGURETAT	ns	ns	ns
EXPECTATIVES/ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT	ns	ns	p<0,05
APRENENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ	ns	ns	ns
TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI	ns	ns	ns
FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ	ns	p<0,05	ns
FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS	ns	ns	p<0,05
RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS	ns	ns	ns
DOTACIÓ DE PERSONAL	ns	ns	ns
SUPORT GERÈNCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT	ns	ns	ns
TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS	ns	ns	ns
PROBLEMES CANVIS DE TORN/TRANSICIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS	ns	p<0,05	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney  
Nota: En rosa la significació de l'increment de les respostes negatives i la reducció de les positives

El grup de metges i farmacèutics no presentava diferències significatives entre el PRE i el POST. Presentaven diferències significatives en sentit negatiu, el grup d'infermeria (FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS, FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ, PROBLEMES CANVIS DE TORN/TRANSICIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS) i el grup dels altres professionals (EXPECTATIVES/ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT I FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS).

## 7.9.7 Comparatiu de les dimensions segons anys de treball en el centre

La taula 59 presenta la significació estadística de les diferències de cada dimensió entre el PRE i el POST per les dues categories.

Les dimensions *FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS*, *TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI*, *FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS*, *RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS* i *PROBLEMES CANVIS DE TORN/TRANSICIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS* no presentaven diferències significatives quan s'han analitzat les dues categories d'anys de treball en el centre.

Hi havia diferències en el grup de "≤ 5 anys" per les dimensions *EXPECTATIVES/ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/ SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT*, *FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ*, *SUPORT GERÈNCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT* i *TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS* en sentit negatiu.

I en el grup de "> 5anys" en les dimensions *PERCEPCIÓ DE SEGURETAT*, *APRENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ*, *DOTACIÓ DE PERSONAL* i *TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS* també hi havia diferències però en sentit positiu.

**Taula 59:** Significació estadística de les diferències entre l'enquesta PRE i POST per dimensió i anys de treball en el centre.

Dimensions	≤ 5 anys de treball en el centre	> 5 anys de treball en el centre
	p	p
FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS	ns	ns
PERCEPCIÓ DE SEGURETAT	ns	p<0,05
EXPECTATIVES/ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT	p<0,05	ns
APRENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ	ns	p<0,05
TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI	ns	ns
FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ	p<0,05	ns
FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS	ns	ns
RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS	ns	ns
DOTACIÓ DE PERSONAL	ns	p<0,05
SUPORT GERÈNCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT	p<0,05	ns
TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS	p<0,05	p<0,05
PROBLEMES CANVIS DE TORN/TRANSICIONS ENTRE SERVEIS /UNITATS	ns	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney  
 Nota :En verd significació a favor de les neutres i les respostes positives; en rosa la significació de l'increment de les respostes negatives i la reducció de les positives

### 7.9.8 Influència del moment de l'enquesta

Hi ha 4 afirmacions que estaven clarament influenciades pel moment en que es va fer l'enquesta. Tres presentaven respostes positives clarament més altes en el moment POST i es pot afirmar que estaven influenciades pel moment en que es va fer l'enquesta, després d'ajustar per les altres tres variables independents (grup professional, anys de treball en el centre i centre de treball).

Aquestes afirmacions eren:

*Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència (PERCEPCIÓ DE SEGURETAT)*

*Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient (APRENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ)*

*Quan es comet un error, el personal té por que això quedi en el seu expedient (RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS)*

Hi havia una quarta dimensió, en que la influència del moment actuava en negatiu, en el sentit de que hi ha menys respostes positives en el POST:

*En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar (FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS)*

Cal però recordar que en l'anàlisi de les medianes, era significativa la diferència a favor del POST, per la influència de l'increment de les respostes neutres.

### 7.9.9 Valoracions positives més altes

D'acord als criteris proposats per la AHRQ es consideren fortalises de la organització quan hi ha respostes positives superiors al 75%. En aquest treball no va aparèixer cap fortaliesa entre les 12 dimensions, encara que dues tenien un major nombre de respostes positives en el PRE i el POST.

Les dues dimensions de la taula 60 eren les que tenien respostes positives més altes. I com s'ha destacat anteriorment van reduir les respostes positives en les dues dimensions ( $p < 0,01$ ).

**Taula 60:** Dimensions amb les respostes positives més altes segons moment de l'enquesta.

Dimensions amb valoració positiva més alta en el POST	Enquesta PRE			Enquesta POST			p
	Negativa	Neutra	Positiva	Negativa	Neutra	Positiva	
TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI	13,5%	12,7%	73,8%	12,7%	16,6%	<b>70,7%</b>	ns
EXPECTATIVES/ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/ SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT	14,1%	20,8%	65,1%	16,2%	21,6%	<b>62,2%</b>	p<0,01

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney  
 Nota : En rosa la significació de l'increment de les respostes negatives i la reducció de les positives

La taula 61 presenta els ítems amb més respostes positives, els quatre van reduir el nombre de respostes positives en el POST i en tres van incrementar les negatives.

De la dimensió *TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI*, les respostes positives es van mantenir per sobre del 75 %, per l'afirmació: *En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte*, encara que va passar de 79,3% en el PRE a 77,4% en el POST.

L'ítem *El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment*, de la dimensió *EXPECTATIVES I ACCIONS DELS CAPS/ COMANDAMENTS DE SERVEI/UNITAT QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT* tant en el PRE com en el POST es situava al voltant del 73%.

**Taula 61:** Afirmacions amb les respostes positives més altes segons moment de l'enquesta.

Afirmacions amb les valoracions positives més altes en el POST	Enquesta PRE			Enquesta POST			P
	Negativa	Neutra	Positiva	Negativa	Neutra	Positiva	
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	8,0%	12,7%	79,3%	8,2%	<b>14,4%</b>	77,4%	ns
P.22N.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment	8,4%	18,4%	73,2%	11,4%	15,5%	73,1%	ns
P.01.- El personal es recolza mútuament	14,7%	10,1%	75,3%	14,3%	<b>14,7%</b>	71,0%	ns
P.08N.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comés algun error, ho utilitzen en la teva contra	9,5%	23,0%	67,5%	12,2%	18,2%	69,6%	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova de Chi quadrat

Per altra banda l'afirmació *Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comés algun error, ho utilitzen en la teva contra*, que forma part de la dimensió *RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS*, va incrementar al voltant d'un 2%.

A la taula 62 es pot observar que coincideixen les afirmacions amb respostes positives més altes amb les que tenien medianes més altes i en aquest cas presentaven un increment significatiu els ítems P.04 i P.01 degut a que hi havia un increment de les respostes neutres.

**Taula 62:** Afirmacions amb les medianes més altes segons el moment de l'enquesta, diferència i significació estadística

Afirmacions amb les medianes més altes	Enquesta PRE	Enquesta POST	Dif	p
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	4,09	4,27	0,19	<0,05
P.01.- El personal es recolza mútuament	3,9	4,04	0,14	<0,05
P.22N.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment	3,88	3,95	0,07	ns
P.08N.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comés algun error, ho utilitzen en la teva contra	3,81	3,94	0,13	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

### 7.9.10 Valoracions negatives més altes

D'acord als criteris de la AHRQ, les valoracions negatives superiors al 50%, es consideren oportunitats de millora. Només hi havia una dimensió, *DOTACIÓ DE PERSONAL* que clarament reunia els criteris de la AHRQ (respostes negatives > 50% ;PRE 65%; POST 59,3%) que anava seguida per *SUPORT DE LA GERÈNCIA DEL HOSPITAL A LA SEGURETAT DEL PACIENT* (PRE 44%: POST 41%), ambdues dimensions eren també les que tenien un menor nombre de respostes positives (taula 63).

Cap de les dues presentava diferències significatives entre el PRE i el POST, tot i que es van reduir les respostes negatives i incrementar les positives i les neutres.

**Taula 63:** Dimensions amb les respostes negatives més altes segons moment de l'enquesta.

Dimensions amb les valoracions negatives més altes en el POST	Enquesta PRE			Enquesta POST			p
	Negativa	Neutra	Positiva	Negativa	Neutra	Positiva	
DOTACIÓ DE PERSONAL	64,7%	13,1%	22,2%	<b>59,3%</b>	16,4%	24,2%	ns
SUPORT GERENCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT	44,3%	29,1%	26,7%	40,9%	<b>31,1%</b>	28,0%	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

Pel que fa als ítems identificats com oportunitats de millora, s'han seleccionat els que en el PRE o en el POST van tenir respostes negatives per sobre o iguals al 50% (veure la taula 85). S'ha verificat que també eren els ítems que tenien les medianes més baixes (taula 64).

**Taula 64:** Afirmacions amb les respostes negatives més altes segons el moment de l'enquesta

Afirmacions amb les valoracions negatives més altes en el POST	Enquesta PRE			Enquesta POST			p
	Negativa	Neutra	Positiva	Negativa	Neutra	Positiva	
P.14N.- Treballem sota pressió per a realitzar moltes coses massa depressa	73,2%	12,2%	14,5%	<b>68,6%</b>	<b>16,3%</b>	15,2%	ns
P.05N.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	70,5%	12,3%	17,2%	<b>68,2%</b>	<b>14,5%</b>	17,3%	ns
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	75,3%	8,5%	16,2%	<b>67,4%</b>	<b>15,2%</b>	17,4%	p<0,05
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient	55,3%	19,9%	24,8%	<b>52,4%</b>	19,4%	28,2%	ns
P.24N.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen be entre elles	52,7%	25,8%	21,5%	<b>51,2%</b>	25,6%	23,1%	ns
P.10N.- No es produeixen més fallades per casualitat	51,3%	19,8%	28,9%	49,8%	19,0%	31,2%	ns
P.31N.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient	54,4%	22,2%	23,5%	47,4%	<b>26,8%</b>	25,8%	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova Chi quadrat  
Nota :En verd significació a favor de les neutres i les respostes positives.

Tres de les afirmacions de la dimensió *DOTACIÓ DE PERSONAL*: *Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball*; *A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora*; i *Treballem sota pressió per a realitzar moltes coses massa depressa*, superaven el 50% de respostes negatives. De tota manera, els tres ítems han incrementat les respostes positives en el POST i l'ítem *Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball* de forma significativa (p<0,05).

Les afirmacions *Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient* i *No es produeixen més fallades per casualitat*, que formen part de la dimensió *PERCEPCIÓ DE SEGURETAT* també van millorar, encara que de forma no significativa. El significat del contingut de l'ítem P15 també té connotacions relacionades amb la càrrega de treball i la dotació de personal.

L'afirmació *La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient* que forma part de la dimensió *SUPORT DE LA GERÈNCIA DEL HOSPITAL A LA SEGURETAT DEL PACIENT* amb les respostes positives tant baixes, posaven de manifest una percepció de desconfiança cap a la direcció/gerència de l'hospital.

La taula 65 presenta les afirmacions amb les medianes més baixes segons el moment de l'enquesta i significació estadística.

**Taula 65:** Afirmacions amb les medianes més baixes segons el moment de l'enquesta, la diferència PRE POST i la significació estadística

Afirmacions	Enquesta PRE	Enquesta POST	Dif	p
P.14.- Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat	2,04	1,94	<b>-0,1</b>	ns
P.05N.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	2,17	1,98	<b>-0,19</b>	p<0,05
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	1,95	2,04	0,09	ns
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient	2,51	2,54	0,03	ns
P.24N.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen bé entre elles	2,54	2,54	0	ns
P.10.- No es produeixen més fallades per casualitat	2,62	2,63	0,01	ns
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient	2,66	2,63	<b>-0,03</b>	ns
P.31N.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient	2,51	2,63	0,12	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

## 7.10 Anàlisi psicomètrica de l'adaptació al català del qüestionari HSPSC de la AHRQ

Malgrat l'objectiu principal d'aquesta tesi és l'efecte de les intervencions desenvolupades al CSI per promoure la cultura de seguretat dels pacient, s'ha efectuat una anàlisi psicomètrica per tal de donar més solidesa als resultats d'aquest treball.

En aquest apartat presenta l'anàlisi de la consistència interna amb el càlcul de l'Alpha de Cronbach i la correlació entre la valoració global a la seguretat del pacient i la percepció de seguretat amb la resta de dimensions.

Finalment es fa una anàlisi dels components principals de les 42 afirmacions que conté el qüestionari.

### 7.10.1 Anàlisi de la consistència interna

Per l'anàlisi de la consistència interna, s'ha calculat la confiabilitat amb el coeficient Alpha de Cronbach de la base de dades dels 945 registres corresponents als qüestionaris contestats en les dues fases de l'estudi (veure taula 66),

**Taula 66:** Dimensions del qüestionari HSPSC, codis dels ítems que les componen, Alpha de Cronbach i confiabilitat. N=954)

Dimensions	Codi dels ítems	Alpha de Cronbach	Confiabilitat
FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS	P40; P41; P42	0,81	Molt bona
PERCEPCIÓ DE SEGURETAT	P10N; P15; P17N; P18	0,62	Baixa
EXPECTATIVES/ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT	P19; P20; P21N; P22N	0,81	Molt bona
APRENENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ	P06; P09; P13	0,65	Acceptable
TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI	P01; P03; P04; P11	0,82	Molt bona
FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ	P35; P37; P39N	0,62	Baixa
FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS	P34; P36; P38	0,72	Bona
RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS	P08N; P12N; P16N	0,60	Baixa
DOTACIÓ DE PERSONAL	P02; P05N; P07N; P14N	0,64	Baixa
SUPORT GERÈNCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT	P23; P30; P31N	0,76	Bona
TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS	P26; P24N; P28N; P32	0,69	Acceptable
PROBLEMES CANVIS DE TORN/ TRANSICIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS	P25N; P27N; P29N; P33N	0,75	Bona

**Nota:** Els ítems formulats en sentit negatiu porten una N en el codi



Per fer el càlcul s'ha invertit el sentit de les afirmacions formulades en negatiu d'acord a l'esquema de la taula 14 de l'apartat de metodologia.

Les dades agrupades a les dimensions que tenen una fiabilitat per sota del 0,65 i per sobre del 0,60 no són desitjables, així que s'hauran de valorar amb prudència.

A la taula 67, es presenta una comparació entre l'Alpha de la base de dades actual i les de altres estudis publicats. S'observa que en el nostre estudi s'han obtingut puntuacions més baixes en les dimensions APRENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ i DOTACIÓ DE PERSONAL similars en altres estudis.

En la nostra base de dades s'han obtingut puntuacions més baixes que en altres estudis per la FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ i la RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS.

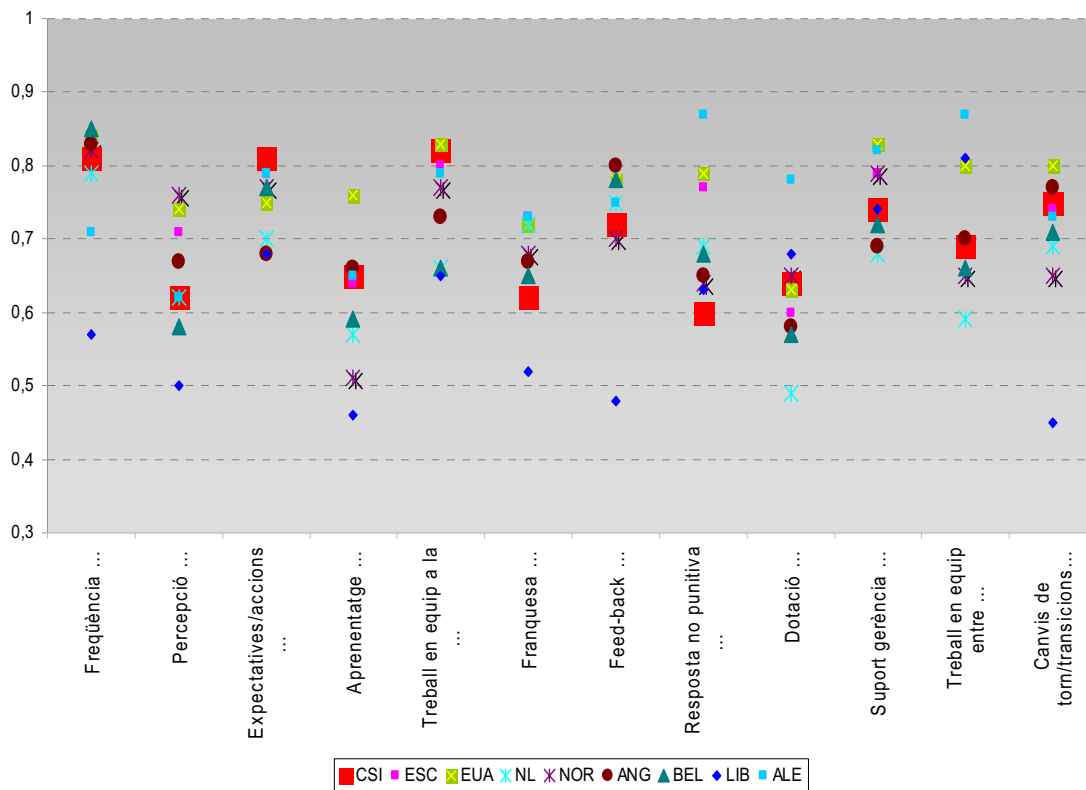
**Taula 67: Alpha de Cronbach de la base de dades de l'estudi CSI comparada amb diferents publicacions**

Dimensions	CSI	ESC	EUA	NL	NOR	ANG	BEL	LIB	ALE
FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS	<b>0,81</b>	0,84	0,84	0,79	0,82	0,83	0,85	0,57	0,71
PERCEPCIÓ DE SEGURETAT	<b>0,62</b>	0,71	0,74	0,62	0,76	0,67	0,58	0,50	0,62
EXPECTATIVES/ACCIÓNS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT	<b>0,81</b>	0,79	0,75	0,7	0,77	0,68	0,77	0,68	0,79
APRENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ	<b>0,65</b>	0,64	0,76	0,57	0,51	0,66	0,59	0,46	0,65
TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI	<b>0,82</b>	0,8	0,83	0,66	0,77	0,73	0,66	0,65	0,79
FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ	<b>0,62</b>	0,73	0,72	0,72	0,68	0,67	0,65	0,52	0,73
FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS	<b>0,72</b>	0,78	0,78	0,75	0,7	0,8	0,78	0,48	0,75
RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS	<b>0,6</b>	0,77	0,79	0,69	0,64	0,65	0,68	0,63	0,87
DOTACIÓ DE PERSONAL	<b>0,64</b>	0,6	0,63	0,49	0,65	0,58	0,57	0,68	0,78
SUPORT GERENCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT	<b>0,74</b>	0,79	0,83	0,68	0,79	0,69	0,72	0,74	0,82
TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS	<b>0,69</b>	0,7	0,8	0,59	0,65	0,7	0,66	0,81	0,87
PROBLEMES CANVIS DE TORN/TRANSCIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS	<b>0,75</b>	0,74	0,8	0,69	0,65	0,77	0,71	0,45	0,73

CSI: Consorci Sanitari Integral; ESC: Escòcia; EUA Dades de la AHRQ 2012; NL: Holanda; NOR: Noruega; ANG: Anglaterra; BEL Bèlgica; LIB Líban; ALE Alemanya

El gràfic 29 permet distingir la posició de l'Alpha de Cronbach d'aquest estudi en comparació amb els efectuats en altres estudis.

**Gràfic 29:** Comparació de l'Alpha de Cronbach obtinguda en aquest treball amb les obtingudes en altres estudis, per cadascuna de les dimensions



### 7.10.2 Influència de la qualificació al grau de seguretat percebuda sobre les 12 dimensions

Amb la finalitat de saber si la variable 43 (percepció del grau de seguretat del pacient percebuda) estava relacionada amb les valoracions positives atorgades a les 12 dimensions, es va fer una anàlisi de correlació de Pearson utilitzant tota la base de dades en el seu conjunt: PRE i POST. S'ha obtingut una correlació positiva moderada i baixa. La proporció de respostes positives està associada de forma significativa a una millor qualificació del grau de seguretat percebuda ( $r$  de Pearson  $p < 0,001$ ).

Les dimensions amb un major coeficient de correlació amb la qualificació del grau de seguretat percebuda són:

- PERCEPCIÓ DE SEGURETAT ( $r=0,50$ ),
- APRENENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ i MILLORA CONTINUA ( $r=0,4$ )
- FEEDBACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS ( $r=0,37$ )
- TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS SERVEIS ( $r=0,369$ )
- EXPECTATIVES I ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ DE LA UNITAT/SERVEI QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT DEL PACIENT ( $r=0,364$ )

Analitzant només les dades de la fase PRE, la dimensió *SUPPORT DE LA GERÈNCIA DEL HOSPITAL A LA SEGURETAT DEL PACIENT* també s'hi relaciona positivament de forma significativa ( $r=0,34$ )

Així mateix, s'ha elaborat una matriu de correlació entre les respostes positives a les 12 dimensions com variables independents. Analitzant tota la base de dades en el seu conjunt s'obté una correlació positiva i significativa ( $r$  de Pearson  $p<0,001$ ) en tots els casos.

De la correlació entre les 12 dimensions sobresurten, entre altres, les que tenen els coeficients més elevats:

- PROBLEMES EN ELS CANVIS DE TORN I TRANSICIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS amb TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS SERVEIS ( $r=0,53$ ).
- *FEEDBACK* I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS amb FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ ( $r=0,479$ )
- FREQUÈNCIA DELS INCIDENTS NOTIFICATS ( $r=0,47$ )

Veure a la taula 68 tots els detalls.

**Taula 68:** Correlació de Pearson entre les 12 dimensions i la valoració del grau de seguretat del pacient percebuda

	1. Freqüència dels incidents notificats	2. Percepció de la seguretat	3. Expectatives i accions de la direcció/supervisió de la Unitat/servei que afavoreixen la seguretat del pacient (0,814)	4. Aprenentatge de l'organització Alpha	5. Treball en equip a la unitat/servei	6. Franquesa en la comunicació	7. Feedback i comunicació sobre els errors	8. Resposta no punitiva als errors	9. Dotació de personal Alpha	10. Suport de la gerència del hospital a la seguretat del pacient	11. Treball en equip entre unitats Serveis	12. Problemes en els canvis de torn i transicions entre serveis i unitats	P.43.- Valori del 0 al 10 el grau de seguretat del pacient en el seu servei/unitat
1. Freqüència dels incidents notificats	1	,317**	,250**	,298**	,210**	,330**	,470**	,278**	,094**	,191**	,256**	,195**	,283**
2. Percepció de la seguretat	,317**	1	,345**	,466**	,283**	,325**	,357**	,366**	,338**	,345**	,444**	,424**	,519**
3. Expectatives i accions de la direcció/supervisió de la Unitat/servei que afavoreixen la seguretat del pacient	,250**	,345**	1	,383**	,258**	,397**	,386**	,358**	,216**	,337**	,235**	,207**	,364**
4. Aprenentatge de l'organització	,298**	,466**	,383**	1	,270**	,297**	,390**	,284**	,151**	,412**	,378**	,304**	,400**
5. Treball en equip a la unitat/servei	,210**	,283**	,258**	,270**	1	,284**	,279**	,266**	,089**	,179**	,296**	,222**	,251**
6. Franquesa en la comunicació	,330**	,325**	,397**	,297**	,284**	1	,479**	,394**	,160**	,243**	,261**	,243**	,263**
7. Feedback i comunicació sobre els errors	,470**	0,357	,386**	0,39	,279**	,479**	1	,314**	0,151	,289**	,321**	,242**	,372**
8. Resposta no punitiva als errors	,278**	0,366	,358**	,284**	,266**	,394**	,314**	1	,306**	,240**	,240**	,235**	,274**
9. Dotació de personal	,094**	,338**	,216**	,151**	,089**	,160**	,151**	,306**	1	,294**	,231**	,208**	,218**
10. Suport de la gerència del hospital a la seguretat del pacient	,191**	,345**	,337**	,412**	,179**	,243**	,289**	,240**	,294**	1	,335**	,240**	,271**
11. Treball en equip entre unitats Serveis	,256**	,444**	,235**	,378**	,296**	,261**	,321**	,240**	,231**	,335**	1	,526**	,369**
12. Problemes en els canvis de torn i transicions entre serveis i unitats	,195**	,424**	,207**	,304**	,222**	,243**	,242**	,235**	,208**	,240**	,526**	1	,314**
P.43.- Valori del 0 al 10 el grau de seguretat del pacient en el seu servei/unitat	,283**	,519**	,364**	,400**	,251**	,263**	,372**	,274**	,218**	,271**	,369**	,314**	1

\*\* p<0,01

Nota: Verd: superior a 0,400; Groc: 0,300-0,399; Blanc 0,100-0,299; Canyella<0,100

### 7.10.3 Anàlisi de constructe. Matriu rotada de 12 factors

Inicialment es va elaborar una matriu factorial exploratòria i es va obtenir una matriu de 10 factors principals que explicava el 60,34% de la variància total.

Posteriorment, donat que el qüestionari que s'ha utilitzat té 12 dimensions, s'ha elaborat una matriu factorial rotada, determinant el nombre de 12 factors principals i que expliquen el 64,68% de la variància total (taula 69).

El primer factor explica el 23,7% de la variança total i el segon un 6,6%.

**Taula 69:** Variància total explicada per cada component de la matriu de 12 factors

Components	Autovalors inicials			Sumes de les saturacions al quadrat de l'extracció		
	Total	% de variança	% acumulat	Total	% de variança	% acumulat
1	9,971	23,741	23,741	9,971	23,741	23,741
2	2,786	6,633	30,374	2,786	6,633	30,374
3	2,448	5,828	36,202	2,448	5,828	36,202
4	2,167	5,161	41,363	2,167	5,161	41,363
5	1,940	4,619	45,982	1,940	4,619	45,982
6	1,498	3,567	49,549	1,498	3,567	49,549
7	1,219	2,902	52,451	1,219	2,902	52,451
8	1,164	2,770	55,221	1,164	2,770	55,221
9	1,114	2,652	57,873	1,114	2,652	57,873
10	1,037	2,470	60,343	1,037	2,470	60,343
11	,929	2,211	62,554	,929	2,211	62,554
12	,894	2,128	64,682	,894	2,128	64,682

A la taula 70 es presenta la matriu factorial rotada amb l'assignació de cada ítem al component principal i ordenada pel valor de la seva càrrega factorial. Es senyalen, en fons gris els ítems que saturen per cada dimensió.

En el següent apartat, es contrasten les 12 dimensions del HSPSC amb els components de la matriu rotada de 12 factors. Per facilitar la comprensió i la lectura, s'han assenyalat amb fons gris, les afirmacions que saturen en aquell component però que no formen la dimensió de la HSSPC.

Per fer el càlcul s'ha invertit el sentit de les afirmacions formulades en negatiu d'acord a l'esquema de la taula 14 de l'apartat de metodologia.

|

**Taula 70:** Matriu de components rotats amb 12 factors, ítems agrupats i Alpha de Cronbach (I)

Ítems	Components											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Alpha	0,82	0,81	0,79	0,82	0,73	0,74	0,65	0,63	0,73	0,74	0,5	---
P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient	0,89	0,07	0,03	0,06	0,05	0,09	0,09	0,06	0,05	0,1	0,04	0,01
P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient	0,85	0,1	0,11	0,09	-0	0,11	0,02	0,05	0,03	0,04	-0	0,06
P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient	0,81	0,13	0,1	0,07	0,08	0,16	0,14	0,08	0,04	-0	0,05	0,08
P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme	0,41	0,14	0,23	0,12	-0,1	0,34	0,08	-0,1	0,07	0,25	0,3	-0,2
P.22N.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment	0,08	0,78	0,13	-0	0,08	0,02	0,1	0,16	0,06	0,11	0,23	0,09
P.20.- El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient	0,15	0,76	0,06	0,18	0,17	0,18	0,15	-0,1	0,1	0,04	-0	-0,1
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient	0,13	0,75	-0	0,14	0,13	0,19	0,19	-0,1	0,07	0,02	-0,1	-0,1
P.21N.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballi més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient	0,06	0,59	0,09	0,04	0,19	0,11	0,03	0,33	0	0,18	0,11	0,18
P.24N.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen be entre elles	0,03	0,07	0,73	0,03	0,09	0,08	0,1	0,13	0,04	0,13	0,09	-0,1
P.26.- Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament	0,14	0,08	0,72	0,25	0,12	0,03	0,16	0,05	0,05	0,12	0,05	0,18
P.29N.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	0,06	0,03	0,62	0,05	0,04	0,06	0,01	0,04	0,31	0,11	0,22	0,26
P.25N.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra	0,07	0,09	0,62	-0	0,03	0,01	0,01	0,24	0,44	0,03	-0,1	-0,1
P.32.- Els serveis/unitats treballen de forma coordinada entre si per a proporcionar la millor atenció possible als pacients	0,16	0,03	0,61	0,19	0,18	0,17	0,26	-0,1	0	-0,1	0,01	0,17
P.01.- El personal es recolza mútuament	0,03	0,09	0,12	0,82	0,07	0,1	0,04	-0	0,07	0,03	-0	-0,1
P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar	0,05	0,08	0,14	0,8	0,01	0,06	0,09	0,07	0,04	0,05	-0	0,06
P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el company	0,05	0,04	0,09	0,77	0,08	0,1	0,12	0,1	-0	-0,1	-0	0,09
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	0,17	0,08	0,01	0,66	-0,1	0,11	-0	0,13	0,09	0,12	0,19	0,1
P.14N.- Treballem sota pressió per a realitzar moltes coses massa de pressa	0,06	0,17	0,16	-0,1	0,73	0,1	0,04	0,18	0,1	0,1	0,06	0,05
P.05N.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	-0	0,03	-0	-0,1	0,72	0	0	0,25	0,09	0,12	0,07	0,07
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	-0	0,21	0,04	0,16	0,69	0,06	-0	-0,1	0,03	0,13	0,13	-0,1
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient	0,17	0,11	0,29	0,11	0,49	0,08	0,16	-0,1	0,02	0,44	0,16	0,13
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient	0,23	0,09	0,11	0,07	0,4	0,11	0,22	0,06	-0	0,01	0,12	0,38
P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat	0,15	-0	0,07	0,12	0,02	0,73	0,11	0,17	0,13	0,02	0,02	0,08
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	0,07	0,26	0,06	0,1	0,14	0,66	-0	0,04	-0	0,27	-0	0,13
P.36.- Se'ns informa dels errors que passen en aquest servei/unitat	0,41	0,19	0,12	0,06	0,07	0,53	0,12	0,02	0,05	0,02	0,25	-0,2
P.39N.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta	0,11	0,26	0,04	0,15	0,05	0,5	-0	0,13	0,11	-0,2	0,08	0,37
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	0,28	0,25	0,17	0,21	0,09	0,49	0,22	0,13	-0,1	-0,1	0,17	-0,2
P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient	-0	0,15	0,06	0,12	-0	0,06	0,77	0,08	0,1	0,17	-0	0,19
P.13.-Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat	0,14	0,09	0,22	0,02	0,08	0,06	0,7	-0	0,08	0,11	0,14	-0,2
P.09.- Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou	0,3	0,25	0,16	0,16	0,06	0,11	0,52	0,13	0,07	0,02	0,14	0,11

**Mètode d'extracció:** Anàlisi de components principals, determinant el nombre de factors a 12. **Mètode de rotació:** Normalització Varimax amb Kaiser.

**Taula 70:** Matriu de components rotats amb 12 factors, ítems agrupats i Alpha de Cronbach (II)

Ítems	Components											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
P.12N.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"	0,05	0,22	0,09	0,23	0,12	0,2	0,15	0,61	0,12	0,17	-0	0,04
P.16N.- Quan es comet un error, el personal te por que això quedi en el seu expedient	0,03	-0,1	0,03	0,09	0,07	0,29	-0,1	0,57	0,11	0,05	0,2	0,05
P.10N.- No es produeixen més fallades per casualitat	0,13	0,03	0,22	-0	0,32	-0,1	0,19	0,56	0,13	-0,1	0,14	-0
P.08N.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comés algun error, ho utilitzen en la teva contra	0,14	0,4	-0	0,22	0,03	0,02	-0	0,46	-0,1	0,23	0,17	0,18
P.27N.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient	0,1	0,05	0,16	0,05	0,11	0,07	0,09	0,09	0,83	0,06	0,05	0,01
P.33N.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.	0,02	0,09	0,08	0,11	0,07	0,07	0,1	0,07	0,8	-0	0,2	0,13
P.31N.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient	0,03	0,13	0,16	-0	0,27	0,09	0,11	0,32	0,13	0,68	-0	-0
P.30.- La gerència/direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats	0,13	0,2	0,15	0,01	0,32	0,04	0,33	0,04	-0,1	0,66	0,01	-0
P.07N.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal	-0,1	-0	0,05	0	0,19	0,15	0,02	0,22	0,13	-0,1	0,65	0,04
P.17N.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"	0,2	0,18	0,18	0,02	0,17	0,02	0,13	0,18	0,15	0,12	0,63	0,16
P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència	0,22	0,14	0,2	0,18	0,12	0,04	0,34	-0,1	0,06	0,26	0,41	0,01
P.28N.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats	0,03	0,01	0,36	0,13	0	0,1	0,04	0,1	0,25	0,05	0,14	0,53

**Mètode d'extracció:** Anàlisi de components principals, determinant el nombre de factors a 12. **Mètode de rotació:** Normalització Varimax amb Kaiser.

#### 7.10.4 Contrast dels ítems de cada dimensió del qüestionari amb la matriu factorial rotada de 12 factors

En aquest apartat es relacionen les afirmacions de cada component de la matriu exploratòria de 12 factors, amb les afirmacions de les dimensions del qüestionari utilitzat.

La figura 11, al final del apartat, representa les relacions entre les afirmacions de cada component i les afirmacions de cada dimensió.

Les taules 71, 72 i 73 presenten les dimensions i components de la matriu exploratòria en que coincideixen totes les afirmacions.

**Taula 71:** Afirmacions que saturen en el component 2 que coincideixen amb les que formen part de la dimensió *Expectatives/accions de la direcció/supervisió que afavoreixen la seguretat*

Afirmacions	Component											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient	,133	<b>,754</b>	-,007	,140	,126	,187	,188	-,092	,067	,016	-,085	-,100
P.20.- El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient	,148	<b>,761</b>	,060	,177	,169	,183	,150	-,074	,099	,042	-,049	-,061
P.21.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient	,056	<b>,590</b>	,092	,042	,192	,110	,026	,334	,004	,183	,110	,178
P.22.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment	,083	<b>,784</b>	,128	-,032	,075	,022	,098	,157	,055	,113	,226	,094



**Taula 72:** Afirmacions que saturen en el component 4 que coincideixen amb les que formen part de la dimensió **Treball en equip a la unitat/servei**

Afirmacions	Component											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar	,049	,080	,141	<b>,801</b>	,007	,058	,088	,069	,042	,046	-,014	,058
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	,165	,083	-,011	<b>,659</b>	-,143	,107	-,008	,128	,086	,119	,185	,103
P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el company	,046	,039	,086	<b>,770</b>	,084	,104	,118	,102	-,008	-,126	-,015	,086
P.01.- El personal es recolza mútuament	,034	,092	,117	<b>,817</b>	,065	,098	,035	-,019	,069	,034	-,025	-,101

**Taula 73:** Afirmacions que saturen en el component 7 que coincideixen amb les que formen part de la dimensió **Aprentatge de l'organització**

Afirmacions	Component											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient	-,004	,146	,065	,122	-,026	,064	<b>,768</b>	,079	,099	,166	-,040	,189
P.09.- Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou	,301	,253	,164	,162	,063	,106	<b>,517</b>	,126	,072	,015	,135	,109
P.13.-Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat	,140	,089	,223	,016	,077	,063	<b>,696</b>	-,007	,079	,114	,142	-,204

La taula 74 presenta les tres afirmacions de la dimensió **Freqüència dels esdeveniments notificats** saturen en el component 1 amb l'afirmació *Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme*, (en fons gris) que forma part amb una baixa saturació de la dimensió **Feed-back i comunicació sobre els errors**.

**Taula 74:** Afirmacions corresponents al component 1 contrastades amb les que formen part de la dimensió *Freqüència dels esdeveniments notificats*

Afirmacions	Component											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient	<b>,808</b>	,125	,098	,071	,081	,160	,137	,079	,043	-,018	,047	,079
P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient	<b>,886</b>	,066	,026	,057	,053	,088	,087	,059	,048	,104	,036	,014
P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient	<b>,846</b>	,102	,110	,093	-,006	,106	,019	,051	,033	,035	-,027	,061
P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informem sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme	<b>,412</b>	,141	,233	,116	-,062	,342	,077	-,089	,071	,246	,300	-,202

**Nota:** En fons blanc les caselles de les afirmacions de la dimensió FREQUÈNCIA DELS INCIDENTS NOTIFICATS i en fons gris les caselles que saturen dins del component 1 però que formen part de la dimensió FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS en el qüestionari HSPSC.

La taula 75 permet apreciar les afirmacions del component 8 que formen part de la dimensió *Resposta no punitiva als errors* amb una afirmació que forma part de la dimensió *Percepció de seguretat del pacient*.

**Taula 75:** Afirmacions corresponents al component 8 contrastades amb les que formen part de la dimensió *Resposta no punitiva als errors*

Afirmacions	Component											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
P.08N.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comés algun error, ho utilitzen en la teva contra	,140	,401	-,003	,225	,029	,022	-,009	<b>,461</b>	-,109	,232	,168	,182
P.12N.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"	,048	,225	,086	,233	,124	,201	,150	<b>,613</b>	,118	,170	-,001	,042
P.16N.- Quan es comet un error, el personal té por que això quedi en el seu expedient	,033	-,090	,033	,092	,070	,289	-,104	<b>,573</b>	,105	,055	,196	,048
P.10N.- No es produeixen més fallades per casualitat	,132	,033	,222	-,009	,319	-,081	,186	<b>,560</b>	,135	-,103	,139	-,028

**Nota:** En fons blanc les caselles de les afirmacions de la dimensió RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS i en fons gris les caselles les que saturen dins del factor 8 però que formen part de la dimensió PERCEPCIÓ DE SEGURETAT en el qüestionari HSPSC.

La taula 76 mostra les 5 afirmacions que saturen en el component 6, les tres primeres componen la dimensió **Franquesa en la comunicació** i les dues últimes formen part de la dimensió **Feed-back i comunicació sobre els errors**.

**Taula 76:** Afirmacions corresponents al component 6 contrastades amb les que formen part de la dimensió **Franquesa en la comunicació**

Afirmacions	Component											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat	,149	-,009	,073	,122	,015	<b>,729</b>	,113	,171	,127	,018	,022	,082
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	,072	,258	,063	,102	,136	<b>,655</b>	-,007	,043	-,019	,269	-,009	,125
P.39N.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta	,112	,256	,039	,149	,048	<b>,497</b>	-,044	,133	,105	-,168	,084	,373
P.36.- Se'ns informa dels error que passen en aquest servei/unitat	,414	,190	,120	,064	,072	<b>,527</b>	,122	,016	,054	,017	,245	-,241
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	,275	,253	,173	,210	,093	<b>,489</b>	,221	,128	-,065	-,099	,173	-,182

**Nota:** En fons blanc les caselles de les afirmacions de la dimensió FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ i en fons gris les caselles que saturen dins del factor 6 però que formen part de la dimensió FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS en el qüestionari HSPSC

La taula 77 mostra les afirmacions dels components 1 i 6 que formen part de la dimensió **Feed-back i comunicació sobre els errors**. L'afirmació *Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme satura* amb les afirmacions de **Freqüència dels esdeveniments notificats** i les dues últimes saturen conjuntament amb les afirmacions que componen la dimensió **Franquesa en la comunicació**.

La dimensió **Feed-back i comunicació sobre els errors** té una de les saturacions totals més baixes de la matriu de 12 factors.

**Taula 77:** Afirmacions corresponents als components 1 i 6 contrastades amb les que componen la dimensió **Feed-back i comunicació sobre els errors**

Afirmacions	Component											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme	,412	,141	,233	,116	-,062	,342	,077	-,089	,071	,246	,300	-,202
P.36.- Se'ns informa dels error que passen en aquest servei/unitat	,414	,190	,120	,064	,072	,527	,122	,016	,054	,017	,245	-,241
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	,275	,253	,173	,210	,093	,489	,221	,128	-,065	-,099	,173	-,182
P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat	,149	-,009	,073	,122	,015	,729	,113	,171	,127	,018	,022	,082
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	,072	,258	,063	,102	,136	,655	-,007	,043	-,019	,269	-,009	,125
P.39N.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta	,112	,256	,039	,149	,048	,497	-,044	,133	,105	-,168	,084	,373

**Nota:** En fons blanc les caselles de les afirmacions de la dimensió FREQUÈNCIA FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS i en fons gris les caselles les que saturen dins del factor 3 però que formen part de la dimensió FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ en el qüestionari HSPSC.

A la taula 78 es pot observar que l'afirmació *Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats* és l'únic ítem del component 12 i en el qüestionari HSPSC forma part de la dimensió de **Treball en equip entre unitats**.

El component 3 està compost per cinc factors, tres componen la dimensió **Treball en equip entre unitats/serveis** conjuntament amb l'ítem que satura sol en el component 12 i els altres dos formen part de la dimensió **Problemes en els canvis de torn/transicions entre serveis/unitats**.

**Taula 78:** Afirmacions corresponents als components 3 i 12 contrastades amb les que componen la dimensió **Treball en equip entre unitats/serveis**

Afirmacions	Component											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
P.28.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats	,033	,013	,362	,125	,004	,102	,045	,096	,253	,055	,137	,530
P.24N.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen be entre elles	,029	,072	,734	,033	,092	,084	,098	,126	,040	,133	,085	-,131
P.26.- Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament	,135	,080	,717	,248	,119	,027	,162	,047	-,054	,116	,054	,182
P.32.- Els serveis/unitats treballen de forma coordinada entre si per a proporcionar la millor atenció possible als pacients	,161	,027	,608	,185	,175	,169	,258	-,114	,002	-,056	,014	,167
P.29N.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	,057	,025	,621	,045	-,039	,061	,011	,035	,306	,112	,224	,257
P.25N.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra	,072	,086	,620	-,005	,032	,013	,011	,240	,441	,031	-,060	-,104

**Nota:** En fons blanc les caselles de les afirmacions de la dimensió TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS i en fons gris les caselles que saturen dins del factor 3 però que formen part de la dimensió PROBLEMES EN ELS CANVIS DE TORN/TRANSICIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS en el qüestionari HSPSC .

La taula 79 mostra que la dimensió **Dotació de personal** està composta de 3 afirmacions del component 5 i una afirmació que satura en el component 11 conjuntament amb les afirmacions de la dimensió **Percepció de la seguretat del pacient**.

També saturen en el component 5 una afirmació (*Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient*) que compona la dimensió **Percepció de la seguretat del pacient** i una altra (*La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient*) que compon la dimensió **Suport de la gerència a la seguretat del pacient**.

La figura 11 que hi ha al final d'aquest, s'ha elaborat per facilitar la comprensió de la composició de les dimensions, després de l'anàlisi dels components de la matriu exploratòria.

**Taula 79:** Afirmacions corresponents als component 5 i 11 contrastades amb les que componen la dimensió **Dotació de personal**

Afirmacions	Component											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	-,014	,211	,036	,162	<b>,687</b>	,064	-,023	-,058	,026	,134	,129	-,142
P.05N.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	-,011	,027	-,013	-,053	<b>,719</b>	,003	,002	,249	,086	,119	,073	,067
P.07N.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal	-,083	-,022	,045	,001	,195	,153	,019	,221	,129	-,106	<b>,648</b>	,036
P.14N.- Treballem sota pressió per a realitzar moltes coses massa de pressa	,059	,173	,161	-,090	<b>,731</b>	,097	,036	,177	,095	,104	,055	,054
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient	,230	,085	,110	,073	<b>,401</b>	,109	,222	,064	-,031	,009	,124	,384
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient	,168	,109	,293	,107	<b>,492</b>	,081	,164	-,147	,017	,441	,156	,134

**Nota:** En fons blanc les caselles de les afirmacions de la dimensió DOTACIÓ DE PERSONAL i en fons gris les caselles que saturen dins del factor 5 però que formen part de la dimensió SUPORT DE LA GERÈNCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT i la dimensió PERCEPCIÓ DE LA SEGURETAT DEL PACIENT en el qüestionari HSPSC.

La taula 80 presenta una dimensió de la que formen part afirmacions del component 3 i 9. Les afirmacions del component 9 saturen sols (només dos), mentre que els del component 3 saturen ambdós amb les afirmacions que componen la dimensió **Treball en equip entre unitats/serveis** (taula 78).

**Taula 80:** Afirmacions corresponents als components 3 i 9 contrastades amb les que componen la dimensió **Problemes canvis de torn/transicions entre serveis/unitats**

Afirmacions	Component											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
P.25.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra	,072	,086	,620	-,005	,032	,013	,011	,240	441,	,031	-,060	-,104
P.29N.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	,057	,025	,621	,045	-,039	,061	,011	,035	,306	,112	,224	,257
P.27.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient	,096	,052	,162	,049	,109	,072	,086	,086	,827	,064	,046	,007
P.33N.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.	,016	,086	,082	,113	,073	,069	,097	,069	,797	-,034	,201	,135

La taula 81 contempla les tres afirmacions de la dimensió **Suport de la gerència a la seguretat del pacient**. Aquesta dimensió conté els dos únics ítems del component 10 i un ítem del component 5 que satura amb les afirmacions que componen la dimensió **Dotació de personal**.

**Taula 81:** Afirmacions corresponents als components 3 i 9 contrastades amb les que componen la dimensió **Suport de la gerència a la seguretat del pacient**

Afirmacions	Component											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient	,168	,109	,293	,107	,492	,081	,164	-,147	,017	,441	,156	,134
P.30.- La gerència/direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats	,125	,198	,153	,010	,320	,035	,334	,042	-,073	,663	,007	-,023
P.31N.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient	,025	,133	,162	-,007	,275	,093	,107	,324	,135	,682	-,002	-,005

Per últim la taula 82 mostra les afirmacions que componen la dimensió **Percepció de la seguretat**. Aquesta dimensió està formada per una afirmació que satura dins del component 5 que conté afirmacions dins de les dimensions

**Suport de la gerència a la seguretat del pacient i Dotació de personal** ; una afirmació en el component 8 que té afirmacions que componen la dimensió **Resposta no punitiva als errors** i dues afirmacions del component 11 que té afirmacions que componen la dimensió **Dotació de personal** (veure figura 11).

Estem davant d'una dimensió composta per afirmacions que es relacionen amb **Suport de la gerència a la seguretat del pacient, Dotació de personal i Resposta no punitiva als errors**.

**Taula 82:** Afirmacions corresponents als components 5, 8 i 11 contrastades amb les que componen la dimensió **Percepció de la seguretat**

Afirmacions	Component											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
P.10N.- No es produeixen més fallades per casualitat	,132	,033	,222	-,009	,319	-,081	,186	<b>,560</b>	,135	-,103	,139	-,028
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient	,230	,085	,110	,073	<b>,401</b>	,109	,222	,064	-,031	,009	,124	,384
P.17N.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"	,195	,183	,182	,019	,166	,021	,129	,185	,152	,121	<b>,628</b>	,159
P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència	,220	,144	,199	,179	,118	,045	,338	-,126	,063	,265	<b>,412</b>	,009

### 7.10.5 Síntesi final de l'anàlisi dels components

Només hi ha tres dimensions que coincideixen plenament amb la matriu exploratòria de 12 factors elaborada. Aquestes són:

- Expectatives/accions de la direcció/supervisió que afavoreixen la seguretat
- Treball en equip a la unitat/servei
- Aprenentatge de l'organització

Hi ha algunes dimensions que tenen totes les seves afirmacions dins d'un mateix component encara que aquest té afirmacions que formen part d'altres dimensions. Aquestes són

- Freqüència dels esdeveniments notificats
- Resposta no punitiva als errors
- Franquesa en la comunicació

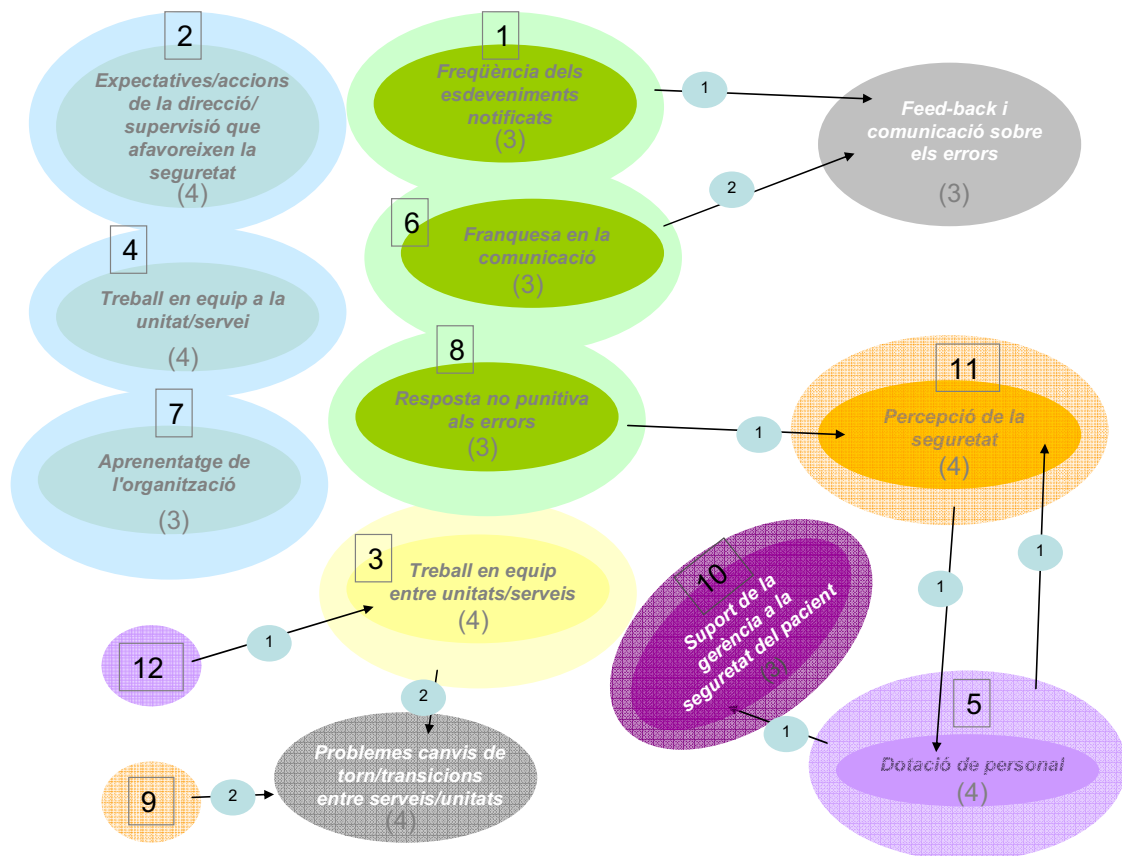
I hi ha altres dimensions, que estan compostes per afirmacions que saturen en diferents components:



- Treball en equip entre unitats/serveis
- Dotació de personal
- *Feed-back* i comunicació sobre els errors
- Problemes canvis de torn/transicions entre serveis/unitats
- Suport de la gerència a la seguretat del pacient
- Percepció de la seguretat

La figura 11 representa les relacions entre 12 les dimensions i els 12 components de la matriu exploratòria.

**Figura 11:** Relacions entre les 12 dimensions del qüestionari HSPSC i els components de la matriu exploratòria de 12 components



**Nota aclaridora:** Els números amb requadre corresponen al component de la matriu, els números envoltats de color blau corresponen al nombre de ítems que el component cedeix a la dimensió. La fletxa assenjala la direcció de la cessió dels ítems. El número entre parèntesis és el nombre d'ítems de la dimensió.

## 7.11 Resultats dels grups de discussió

### 7.11.1 Composició dels grups

Es van crear tres grups de discussió (GD) diferenciats tal com s'ha exposat en l'apartat d'identificació dels participants (6.1.4.3).

A la taula 83, es presenten les característiques dels components dels grups de discussió: el grup professional, la edat, el sexe i els anys d'experiència professional; si havien fet o no alguna notificació al SiNASP; si havien fet o no formació en seguretat del pacient i si havien contestat o no el qüestionari de l'enquesta de cultura de seguretat del pacient.

**Taula 83:** Característiques dels participants als grups de discussió

Característiques		N	%
<b>Professió</b>	Metge/sa	9	33,3%
	Infermer/a	10	37,0%
	Auxiliar d'infermeria	4	14,8%
	Treballadora social	1	3,7%
	Altres	3	11,1%
<b>Sexe</b>	Home	9	33,3%
	Dona	18	66,7%
<b>Notificacions SiNASP</b>	si	11	40,7%
	no	16	59,3%
<b>Formació en SP</b>	si	19	70,4%
	no	8	29,6%
<b>Participació en l'enquesta</b>	si	20	74,1%
	no	7	25,9%
	<b>Mitjana</b>	<b>Màxim</b>	<b>Mínim</b>
<b>Edat</b>	44,6	61	26
<b>Anys d'experiència</b>	16,2	34	2

### 7.11.2 Contingut del corpus textual

A continuació, es presenten els resultats obtinguts a partir de l'anàlisi del contingut dels corpus textual de les transcripcions dels tres GD.

La finalitat d'aquesta anàlisi era ajudar a la interpretació de les dades de l'enquesta de cultura de seguretat del pacient.

El contingut s'ha estructurat en 7 categories resultants (veure quadre 16) dels quatre passos efectuats de forma interactiva constant :

1. Separació en unitats de significat
2. Identificació i classificació de les diferents unitats de significat
3. Síntesi i agrupament dels textos
4. Disposició i transformació de continguts.

**Quadre 16:** Categories resultants de l'anàlisi textual de les converses en els grups de discussió

1. El context organitzatiu
2. La percepció de seguretat del pacient
3. Els errors: acceptar-ho, comunicar-ho, parlar-ne i aprendre
4. La comunicació. Interrelació intra/inter equips i processos
5. El lideratge i el suport de la gerència a la seguretat dels pacients
6. Els sentiments: el desànim, la confiança-desconfiança i la por

### 7.11.2.1 El context organitzatiu

Els participants van fer moltes referències al context organitzacional, la crisi econòmica (reducció dels salaris, reducció de l'activitat assistencial contractada amb la consegüent inestabilitat laboral d'alguns professionals), la integració de la gestió dels tres hospitals en un sol, amb les repercussions que aquests fets havien tingut sobre el clima laboral del CSI en el moment de realitzar els GD.

#### Context relacionat amb la crisi i els canvis organitzatius

Els participants eren conscients de la crisi econòmica que viu el país i l'hospital en particular

*(No veig jo cap ... al contrari, que cada vegada veig que el clima laboral i la "cremamenta" del personal està més ... està pitjor! Iiiii potser en algun moment la gerència ha intentat o ha fet algun pas per a mostrar amb fets el tema de la seguretat que és una de les prioritats però ..., amb l'església hem topat! I ara no tenim ni un duro s'han acabat qualsevol mena d'accions, si es demana el canvi de xeringues per evitar un error..., per lo tant suspens total en aquesta pregunta. Que serà per la crisi, no els hi puc donar tota la culpa a la gerència de l'hospital, però probablement és fruit del moment en el que estem eh!? (2G-M3)/.*

Els participants atribuïen, als canvis en la gestió dels centres i als trasllats del personal d'un centre a l'altre, l'estrès que aquests produïen en els personal

*amb la organització, amb els canvis organitzatius que estem tenint i ... (3G-T2)/.*

*De totes maneres en aquests moments no es produeixen més fallades per casualitat, perquè s'està sumant una situació d'estrès constant. (2G-M3)/.*

*Però si traguéssim això del mig potser la situació seria diferent. Si traguéssim els estressors que estan al voltant - amb el que jo he pogut conèixer- els que he anat així un a un veient, quan treus la "cizaña", la disponibilitat és prou bona. Insisteixo potser el moment no es prou, ....Trobo!. (2G-M1)/.*

*...a veces tienes sensación de total inseguridad y sobretodo en la época que nos ha tocado vivir de remodelación o estamos en ello, pues si que tienes la sensación de que hay cosas que no se están teniendo en cuenta. En el momento que, ... ;j todo esto que hablamos eh! el movimiento de personal, todo esto creo que nos esta afectando muchísimo. (1G-A1)/.*

Aquest context i els canvis organitzatius, potser també van incidir en la menor participació dels professionals en la notificació d'esdeveniments adversos

*... de cambio también creo que cuando vuelva todo a estar un poquito más tranquilo quizás la gente vuelva a hacer más SiNASP.(1G-A2)/.*

i despertava, entre els professionals, la por a perdre la feina o l'estatus dins de la organització

*...si que es veritat que ara analitzar aquest tema és complicat, perquè estem en una situació de crisi econòmica, amb una situació de transversalitat, unificació de personal, el que anàvem dient, que hi ha la por a perdre la feina i això comporta que la gent tingui una actitud diferent potser que si aquesta por no hi fos eh? pues a nivell de tot, a nivell de comunicació, que és la gran mancança que estàvem parlant, a nivell de verbalització, a nivell de treball, aquesta por a perdre la feina ara mateix. I aquest gran problema que tenen de què farem amb tants centres potser fa que la gerència tingui altres prioritats perquè té altres problemes, no ho sé però que aquests factors de crisi de por, tot això influeix moltíssim en la seguretat del pacient. ... això ara, que potser si la situació que ens envolta no fos aquesta. Canviaria totalment. Però és aquesta (1G-I1)/.*

La situació creava una sensació de caos organitzatiu i crispació que obstaculitzava que els professionals se centrassin en aspectes de millora i de seguretat del pacient

*... perquè el clima laboral actualment, ... vull dir. No veig jo cap (pausa), al contrari, que cada vegada veig que el clima laboral i la "cremamenta" del personal està més ... està pitjor! (2G-M3)/.*

*...no crec que cada qual miri la seva parcel·la i penso que tothom té ganes de que les coses funcionin bé, però, com que estem en un caos*

*organitzatiu tant gran, que tothom, prou feina té per arreglar la seva parcel·leta i que no té temps, ja de mirar lo que necessita l'altre . Que no crec que sigui perquè es vol o perquè ens ho manen sinó perquè el caos ens hi porta. Jo ho veig així (3G-T1)/.*

*...és un moment molt inoportú per fer aquesta pregunta també perquè diguem-ne hi ha un ambient, un clima, que realment està tot molt crispat, hi ha molta angoixa iiii aleshores això no facilita per res centrar-nos en els aspectes de la seguretat del pacient i que realment, sobre tot, per aquests temes i altres coses com la crisi i l'altra, doncs òbviament sí que sembla que la gerència fa que aquest aspecte quedi en un segon pla. (2G-M2)/.*

També, en el moment de treballar en equip i en l'estandardització dels procediments i circuits, aquesta situació preocupava

*... jo penso que no és un problema de incomoditat sinó que és un problema de temps, hi havia un hospital que fa poc que es va crear que s'estava expandint circuits i estructura s'estava treballant i ara pues això s'ha de formar una altra vegada (2G-T1)/.*

El personal vivia el moment amb un sentiment de pèrdua en relació al passat

*Jo diria que hi ha un abans i un després. La situació d'ara no és la que hi havia fa uns anys endarrere i que ara ... amb tot el tema de les retallades i l'article 41 i tota la història realment el clima laboral no és el de ser que tot vagi bé (3G-T1)/.*

*Aquella miqueta que havíem guanyat amb tota la difusió i la cultura que s'ha fet sobre aquest tema ara s'estigui tornant com a perdre perquè s'hi ha sumat una situació de l'estrès en tot el personal, crec que hem fet un pas endarrere en aquest tema (2G-M3)/.*

Els participants reconeixien que els professionals havien d'assumir la responsabilitat d'estar molt atents, donat el moment en que s'estava:

*...aquestes dues percepcions negatives: de que no es produeixen més errors per casualitat i sobre tot en el segon punt (Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient ) aquí sí que penso que és la part en que s'hauria de vigilar i més en la època que estem i com va anant (2G-M1)/.*

Fruit de la situació d'inestabilitat que estava travessant l'organització, més que mai es feia necessari un lideratge fort que conduís el moment amb fermesa

*Després el seguiment el deixa de fer i evidentment no baixa a mirar i quan ha de solucionar una cosa més puntual anem a deixar que ara estem molt inestables. I no s'entoma com s'hauria d'entomar . Però si*

*d'aquí un any seguim dient el mateix, (silenci). Jo crec que ara sí que estem molt inestables i que cadascú s'ha de posar i que ha d'haver més lideratge per part de la direcció (i tenim una direcció inestable) insegura i que encara no esta ferma, ara d'aquí sis mesos ja no tindrà, ... o som o no som. (3G-M4)/.*

### **El ritme de treball: intensitat del treball i temps**

Els factors ambientals, com l'estrès, causats per la manca de personal i el excés de treball haurien de ser tinguts en compte. La càrrega de treball és un dels factors reconeguts com molt influents sobre la seguretat del pacient, les múltiples publicacions de Aiken<sup>148-150</sup> ho posen en evidència.

Encara que l'afirmació que es posava a discussió no hi fes una referència directa, en els diferents GD, la càrrega de treball era un tema que emergia de forma regular. L'organització del treball centrada en l'agilització dels processos i en l'eficiència, té repercussions sobre el ritme de treball en el que es veuen immersos els professionals de diferents àrees de treball. Aquest ritme de treball es reconeixia que en ocasions tenia una influència negativa sobre la seguretat del pacient.

*...últimament en el últim temps és com més s'està notant que el ritme de treball si que implica sacrificar la seguretat del pacient, però contínuament, a més a més (1G-A3)/.*

*Esto me parece que hay que valorarlo con mucho cuidado, porque por atender a un paciente que tiene que subir (a la unitat) por X motivos tienen a otros pacientes (10 o 11) sin poderles dar toda la atención que necesitan (1G-A1)/.*

La intensitat de la càrrega de treball pot induir a errors i omissions que poden tenir conseqüències negatives pels pacients, i així ho manifestaven:

*...el problema, es que a veces tienes un montón de.. pues la presión asistencial, la presión del compañero, somos ... tenemos menos profesionales que desarrollen y vas, (silenci) lo haces más laxo, i dices bueno priorizo, priorizo y a veces no priorizas bien, y es cuando poquito a poco se van uniendo una serie de factores y hacen que haya un error(70)... Si sigues estos protocolos, yo creo que esta claro i los circuitos que disminuye el riesgo. El problema es que sí, que el ritmo de trabajo, pues a veces, yo creo, que nos influye y influye bastante (1G-I2)/.*

*I això, .. de cara al tema de la càrrega de treball si que és veritat que, bueno, ja ho sabem tots hi ha molta càrrega de treball hi ha molta feina. Però encara i això, hem de pensar que els professionals intentem, encara i així, pues que no hi hagin errors, utilitzar els mitjans que tenim i tenir la màxima cura encara que tenint molta feina, això ho he de pensar, perquè joestic a urgències i allí tenim molta, molta feina, però posem els 5*

*sentits eh!, iiii I bueno, hi ha errors perquè som humans i hi han errors i aquests són lamentables (1G-I3)/.*

*Hem millorat molt des de fa uns anys fins ara, però la càrrega de treball sí que està i moltes vegades anem traient la llengua Moltes vegades estàs amb 40 coses al cap i te'n vas amb la sensació de, bueno, no sé si m'he deixat algo (1G-A3)/.*

La càrrega o el ritme de treball influeix també en les limitacions que comporta també per crear espais de comunicació entre el personal. Si hi ha una pressió de treball intensa és difícil trobar el moment per fer una aturada per reflexionar i compartir amb els companys, i ho manifestaven així:

*Que vas fent, vas fent i mai trobes el moment -com diu ella- de dir un dia, hi ha una hora en que seurem tots aquí junts per parlar i ja està!. Buscar aquests moments!. Buscar aquest punt!(1G-I3)/.*

*Com més càrrega de feina, mes dificultats en comunicació (1G-I1)/.*

*...vull dir s'ha de treure el treball i punt. Com sigui. (2G-M5)/.*

*... perquè ara lo que importa es treure feina (057)... i a més a més la pressió aquesta de treballar ràpid per acabar la feina, encara fa més que hi hagi una falta d'atenció en això no?(2G-I4)/.*

La pressió i el ritme del treball afecta a tots els col·lectius professionals i a diferents nivells de l'organització i els mateixos comandaments intermedis dediquen temps a planificar o a avaluar el que s'està fent i ho expressaven així:

*... yo creo que los coordinadores y los responsables de las unidades tienen formación y tienen la consciencia. Lo que creo es que no (silenci) i su día a día es demasiado apagar incendios, como para ser ... para permitirse ser un poco más estratégicos, para pensar y para llevar a cabo los planes de acción. Yo creo que su día, si miramos un día a día de estos coordinadores bueno ... su día a día es bastante complejo y apagar incendios como para poder dedicar más tiempo a tareas que deberían ser más estratégicas como ésta (165)... los cambios organizativos donde estamos preocupados por como saldrán las cosas y seguramente porque las personas que tienen que empujar para que estos cambios se den, que son las coordinadoras, las gestoras, están ahora mismo apagando unos incendios que no les permite pensar más allá de esto. (3G-T3)/.*

### **Els mitjans, els procediments, els circuits i l'estandardització**

Lamentablement tot sovint els procediments estandarditzats de l'organització són menystinguts perquè no s'entén bé la seva finalitat. La falta de lideratge organitzatiu, les fallades en la comunicació, la sobrecàrrega de treball i la

formació teòrica i pràctica són factors que contribueixen a la inobservança. Cal un lideratge fort i visible que asseguri la seva observança.

Les participacions posaven en evidència que no es menystenien els procediments existents, sinó perquè no estaven accessibles, per la manca d'un lideratge proper per a promoure l'estandardització i el compliment dels procediments que hi havia definits.

*...a vegades crec que es tenen els procediments i els mitjans adequats i que no s'utilitzen, ja sigui per falta de coneixement o per falta d'informació, o perquè realment es deixen d'utilitzar per posar en evidència altres mancances (1G-I1)/.*

*Yo respecto a los procedimientos, considero que ha habido una importante mejora, pero que actualmente no se están utilizando, no sé bien el motivo. De si la gente los desconocemos, o porqué no están donde tienen que estar, pero creo más bien que es porqué no los conocen la gente, los procedimientos que hay (1G-A2)/.*

*Y, muchas veces al no estar utilizando los procedimientos hay una desorganización que creo que esto da una percepción de inseguridad tanto al personal como al paciente muy grande (1G-A2)/.*

*Crec que tenim procediments i mitjans, penso com la MG-A que els procediments potser els podríem millorar una mica i crec que els tenim a l'abast perquè no tinguem molts dels errors que tenim actualment, que es poden produir. (1G-I)/.*

*... però sí que penso que potser, ... d'aquestes eines no hi ha una difusió d'aquests mitjans i aquestes eines per aconseguir la seguretat (1G-M2)/.*

*I en quan als procediments i els mitjans de treball, jo crec que sí que existeixen, faltaran molts que seran millorables, però que no els coneixem. Els professionals no ho coneixem tots, aquests mitjans que tenim al nostre abast i a més a més la pressió aquesta de treballar ràpid per acabar la feina, encara fa més que hi hagi una falta d'atenció en això no? (2G-I1)/.*

*... que s'estigui més a sobre i s'intenti conèixer més però jo penso que de vegades els circuits fallen i per això la seguretat del pacient és pitjor (1G-I6)/.*

*Crec que fallen molt els circuits i hi ha errors, si que hi ha coses fetes però no els tenim ben fets és una de les coses que pot comportar que fem errors i és un àmbit que no tothom coneix. Si saps on està, bé!, però no saps on són les coses! (2G-I7)/.*

*Jo crec que tenim els mitjans i que tenim procediments perquè no passin les coses però potser no arriba a la persona que està treballant no? (3G-T2)/.*



Es reconeixia i es manifestava la necessitat de l'estandardització i que en conseqüència caldria que estiguessin accessibles per tots els professionals els procediments de treball, els protocols i les guies que es van elaborant. De la mateixa manera, reconeixien que l'alta rotació del personal posava en evidència la diversitat de formes de treball que desorientava els mateixos pacients.

*Jo penso que estem estandarditzats, però el que falta és que l'estandardització estigui entre les persones que estan treballant (3G-M1)/.*

*..., pero esto está llevando a que hayan muchos errores, que cada uno trabaje como quiera y me parece inconcebible, inconcebible, completamente (1G-A1)/.*

*(1G-A) Hay que trabajar todos a una, esto está protocolizado seguro también la forma de trabajo y actualmente creo que no se cumple (1G-A1)/.*

*mi percepción ahora mismo es de caos, de caos (baixant la veu) cada uno trabaja por x motivos, por no conocer los procedimientos, cada uno trabaja a su manera (1G-I5)/.*

*... si que s'han fet moltes coses per la seguretat del pacient però no estan prou estandarditzat per evitar errors. (3G-I8)/.*

*jo crec que tot això serà molt beneficiós per a treballar de forma semblant i treballar per disminuir problemes amb seguretat del pacient no?. (3G-M5)/.*

*hay que trabajar, si tenemos los protocolos, en intentar ..., si sigues estos protocolos y los circuitos, yo creo que esta claro que disminuye el riesgo (1G-I5)/.*

*Esto el paciente lo ve. Ve esta rotación continuamente. Cada día trabajan sobre el de una forma diferente. Y pacientes, que he tenido la suerte de conocer en L'H i en B, me dicen "ostras!, me ha pasado esto (1G-I7)/.*

### 7.11.2.2 La percepció de seguretat del pacient

Les probabilitats de que ocorri un esdeveniment advers que pugui posar en risc la seguretat del pacient, està condicionada per múltiples factors. El gran nombre de procediments que es realitzen durant una estada a l'hospital, la complexitat dels tractaments, la tecnologia, la diversitat de professionals que atenen un pacient durant l'estada, les dificultats de comunicació entre aquest personal, la necessitat d'agilitar tots els processos perquè siguin més eficients, tots aquests són elements que poden interferir en la seguretat del pacient.

## Situacions de risc

### Molts procediments

*... quines probabilitats hi ha de que hi hagi un error deixat tot al seu aire, sense que hi hagi cap control?. Seria altíssima. Els procediments a una unitat o on sigui, quants procediments? Se'n fan centenars milers de procediments es clar, seria altíssima , .../ ... que jo crec que si miréssim una unitat nostra de fa 50 anys endarrere o no se quants, evidentment no té res a veure no? (2G-M1)/.*

### Rotació de personal

*Lo peor de todo es que no somos conscientes de que hay una inseguridad bestial y sobre todo, yo lo he percibido mucho, la inseguridad que tiene el paciente por el cambio y la rotación que hay de personal muchísimo, porque la seguridad de que hay aquella enfermera que conoce y que un día que viene visualmente ya sabe que está mal (el paciente), si llega una suplente no por el hecho de ser suplente, pero es normal que no lo conozca todo ... el paciente cambia de un día para otro y es normal . El día que viene se cambian de paciente y lleva más de tres días y hay inseguridad. (1G-I9)/.*

*...porqué ellos te expresan esta sensación de inseguridad por lo que hablábamos,. Entra gente y entra gente y ellos no ven que venga -por falta de tiempo eh! o por organización- que para él es importante muy importante. Y luego, la enfermera, todos aquellos médicos, enfermeras clínicas, rehabilitación no aparece la figura de la enfermería, no sabe. Lo sabe o no. Y luego aparece alguien y dice "ha venido tal?". Damos una imagen de mucha inseguridad. (1G-I5)/.*

## Comportaments de risc. Baixar l'alerta

Si a més els professionals baixen la "guàrdia" i no compleixen els procediments estandarditzats per diferents motius: sobrecàrrega de treball, per desànim, per manca de formació o d'autoconfiança, poden sotmetre els pacients a situacions de risc

*..., y vas y lo haces más laxo i dices, bueno priorizo, priorizo y a veces no priorizas bien, y es cuando poquito a poco se van uniendo una serie de factores y hacen que haya un error. (1G-I5)/.*

*La gente está con los cinco sentidos para que esto no pase pero claro, vas dejándote influenciar van dejando de hacer cositas que aunque sean pequeñas, están por algo y desencadenan lo que desencadenan a veces (1G-I5)/.*

*...crec si que hi ha, que els protocols estan i moltes vegades per manca de temps, per pressió de treball, bueno, doncs no te'ls saltes però com que els deixes una mica de banda ... (1G-A1)/.*

Es reconeixia que hi havia situacions de risc que, lamentablement, tenien desenllaços que produïen o tenien un potencial de produir un dany al pacient

*També jo penso que hi ha un factor important que és el factor humà que per molt que tu posis els teus sentits, tinguis els mitjans i tal hi hagi uns errors que jo penso que són lamentables perquè som persones i això és indubtable (1G-I3)/.*

*Quan un està a fora ho veu clar i se n'adona , però quan estàs a la "voragine" del dia a dia, doncs bueno, passen coses que no haurien de passar. Però que passen.(2G-I10)/.*

*De totes maneres en aquests moments no es produeixen més fallades per casualitat, perquè s'està sumant una situació d'estrès constant.(2G-M3)/.*

*... em quedo amb la primera de que no passen més coses per casualitat. Com en molts sectors eh?. Déu nos en guardi de que ens passes tot allò que ens podria passar. (3G-T1)/.*

Les transicions dels pacients d'una unitat/servei a l'altre, l'ús de la medicació, i el desconeixement dels equipament també comportaven un risc per la seguretat del pacient.

*...i que realment on fem una fallida brutal és -a casa meva lo primer- són les transicions . Allí hi ha unos vacios escandalosos (2G-M6)/.*

*Jo per exemple porto 3 mesos en un hospital i encara el carro d'aturada el desconec. No se ni quin...., és un dir no? Llavors, aixó comporta que hem de treballar més que ara per ara jo crec que la seguretat no és bona (2G-I7)/.*

*Com avalues certs errors de medicació? Això que deies del simtrom, no sé, és complicat (3G-M1)/.*

El compromís, les habilitats i les competències dels professionals actuaven de barrera que permetia superar les situacions de risc que es presentaven

*... perquè, gràcies a Déu, els professionals en aquest cas són molt professionals i moltes vegades el sistema pot permetre errors que els mateixos professionals poden evitar, per tant aquí el fet de l'experiència professional impacta molt en la seguretat del pacient (3G-M4)/1*

*Tothom té mesures, personals, professionals individuals per evitar-ho, per tat això es va acotant i encara ens queda molta feina per fer . S'ha fet feina i es nota, ... (2G-M1)/.*

La necessitat d'estar alerta era una constant quan es parlava de seguretat del pacient. Reconèixer que els professionals es trobaven en un entorn de risc era la primera barrera als incidents que podrien produir un dany al pacient.

*Però en relació a que en "aquesta unitat hi ha problemes en la seguretat del pacient", aquesta és una frase que mai hem de perdre, perquè el dia que s'oblidi passaran més problemes dels esperats (2G-M7)/.*

*... en el àmbit quirúrgic el tema de la SP ha anat avançant molt i s'ha desenvolupat molt suposo jo, suposo... bé suposo, sé, sé que els avenços tecnològics obliguen molt a tenir les coses ordenades, molt especificades i la gran rotació de pacients que tenim ha implicat un desenvolupament del control de la seguretat del pacient d'una manera gairebé vital no? (1G-I2)/.*

*Si dic "En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la seguretat del pacient" si dic això em puc quedar tranquil perquè en aquella unitat hi ha consciència de que poden haver problemes amb lo qual a mi em tranquil·litza aquesta frase. Vol dir que hi ha atenció hi ha alerta per vigilar (2G-M1)/.*

*... i reconec com he dit abans que ha augmentat bastant aquesta cultura i es parla amb llibertat, he detectat una sèrie de gent en el Hospital amb molt interès amb vigilar aquestes coses i esta pendent de tot això. (2G-M3)/.*

*... I com que hem tingut alguna cosa puntual molt relacionada amb el meu serveis hi estem a sobre en el que s'està fent d'això, però sempre parlo del meu entorn més pròxim.(2G-M3)/.*

*...i ara caldria una mica que tots , començant pels comandaments i els processos ens poséssim aquestes es ulleres de manera que amb tot i que estiguin o apagant focs, planificant o el que sigui tinguem més present el tema de la seguretat del pacient (3G-I10)/.*

## **Centrats en el pacient**

Els pacients quan accedeixen a l'hospital es troben en una situació de vulnerabilitat per la seva malaltia, per la edat i per la solitud. Aquesta situació de fragilitat del pacient hauria d'actuar com un imperatiu ètic per a considerar el pacient el centre de l'atenció, així ho manifesten:

*la dificultat és que estem centrats en l'organització del treball dels professionals, no estem centrats en el pacient amb el que necessita el pacient. Aleshores a nivell d'infermeria s'organitza només perquè rutlli i*

*s'acabin les tasques que són les que ....ha de fer, però no realment en el que necessita el pacient i al moment de relacionar-se amb un altre servei pels ingressos, la UCI les urgències d'on hagin de venir, doncs no, jo he d'acabar primer el que estic fent abans d'agafar aquell pacient que porta no se quantes hores esperant no? (2G-I4)/.*

*... precisament la seguretat ha de passar davant de tot, vull dir, no podem dir que com que estem de mal humor, o sigui,... dic lo ideal eh!? I potser , ... però jo penso que professionalment primer de tot és la seguretat i després bé lo altre i seguretat no vol dir diners, seguretat vol dir ser conscient del que fas ..., però primer jo crec que el compromís de tots, de tots els professionals és la seguretat abans que res. I seguretat vol dir seguretat. Punt. Més que res per que jo soc un futur malalt i no vull que un dia s'equivoquin posant-me una medicació, que això no és economia si utilitzes un o altre, que em posin una via ben posada, que la cànula estigui a dins, .... (2G-M8)/.*

*Jo diria que no és que es quedi diluïda (la responsabilitat) , sinó que es va centrar molt, molt fora del pacient .Es com si qui està tocant al pacient, no li toqués aquesta part (la seguretat) , però en el fons és el que li toca. (3G-M4)/.*

### **7.11.2.3 Els errors: acceptar-ho, comunicar-ho, parlar-ne i aprendre**

Equivocar-se és humà, aquesta és una afirmació àmpliament escoltada des de que es va publicar l'informe de IOM l'any 2000, on s'evidenciava que hi havia entre 44.000 i 98.000 morts anuals relacionades amb l'assistència sanitària.

Desenvolupar la capacitat de reconèixer i acceptar l'error impulsa a assumir la responsabilitat, buscar les causes i posar mesures perquè no tornin a passar o per evitar que tinguin conseqüències perjudicials per al pacient.

Parlar dels errors, fer-los visibles és el primer pas per a poder-los reconèixer i evitar-los en el futur. Parlar sense por a les represàlies, crea un ambient de confiança que actua de catalitzador per a la millora contínua.

#### **Acceptar els errors**

El primer pas per a poder afrontar els errors i posar mesures per evitar que tornin a produir-se és acceptar de forma col·lectiva i individual que es produeixen. Ho evidenciaven així:

*Yo estoy de acuerdo con ella sólo que cada faceta lleva un tema diferente. ... De hecho es un encadenamiento de errores por nuestra culpa. ...Y llamas a agudos y el medico no ha hecho el informe de alta. Hacemos un encadenamiento de errores todos (1G-I9)/.*

## Comunicar els errors

La notificació dels errors és un dels comportaments més clarament associats a la cultura de seguretat del pacient. És un fenomen recent, fa uns anys els errors es discutien pels passadissos o quan hi havia algun esdeveniment molt important que arribava a transcendir. Un dels participants ho il·lustrava com segueix:

*Cal mirar endarrere. I mirar una mica enrere vol dir fa 5 o 10 anys, que no hi havia gairebé ni necessitat ni es parlava del fet de declarar-ho, de comentar-ho, d'explicar-ho a la família. I en aquest moment, jo diria que hi ha gent que encara ho amaga i mira de que no surti, però si que en hi ha molta part que treballa, que fa el pas de comunicar-ho, parlar-ho, de mirar-ho i fins i tot es planteja clarament d'explicar-se a la família o al pacient, el problema que ha ocorregut. La convivència de dos cultures és real i ... (2G-M1)/.*

Hi havia moltes referències a les diferents maneres d'afrontar els errors els joves o els professionals amb més experiència. Els participants feien referència a aquesta particularitat:

*I segur que la gent jove possiblement tenen més facilitat per explicar les coses que li surten malament i potser els més grans o els que no tocaria ja ... potser ho viuen més malament potser no, no sé, ... (2G-M8)/.  
Crec que també val l'experiència professional de cadascú, perquè per a la infermeria és important, perquè tens més bases per poder fer. / ... la gent nova, la gent suplent, té por de dir certes coses o de qüestionar certes coses, llavors la comunicació molt franca, crec que no la tenim per comunicar-nos. (2G-I7)/.*

Els professionals amb més experiència potser no notificaven perquè els hi costava més acceptar l'error, però que tenien un comportament més preventiu davant dels errors:

*Jo diferenciaria una mica. Sobretot en el tema de personal. El que es pugui manifestar ... depèn molt de l'expertesa d'aquest personal ... sobretot és personal molt jove (161)/ ... Però sí que es veritat que quan hi ha alguna cosa que afecta directament el pacient t'ho diu, t'ho diu i t'ho explica. Una altra cosa és quan hi ha personal amb molta més experiència, moltes vegades, et fa un avís de què pot arribar a passar. La visió es totalment diferent (2G-I10)/.*

Els errors es comuniquen en funció de les experiències de referència que es tenen de les notificacions prèvies. La resposta no punitiva a l'error per part dels comandaments o directius és clau per a estimular la notificació dels errors, les postures punitives provoquen els rumors i el parlar pels passadissos i no fer servir els canals que serien útils per reduir el sentiment de culpa i per construir una relació d'aprenentatge entre els col·legues. Així ho il·lustraven:

*... en un moment donat et comuniqués amb aquesta persona a qui li has de comunicar un error o una cosa que ha afectat a la seguretat del pacient no? ... si amb els teus caps o superiors no tens una bona relació, o en el sentit que potser la relació que tu tens no és un bon feedback, sinó que esperes que d'això et donin una bronca. No és un feedback constructiu no? que no és per buscar solucions, sinó per escarmentar, pues òbviament buscaré la sortida, que ha dit ella, d'agafar-lo pel passadís per dir-li baixet per trobar un altre camí alternatiu, per assolir una finalitat per solucionar-ho. Si la relació és bona, sí que podries fer-ho obertament, clar, però això ja depèn de la relació individual de cadascú amb els seus companys o superiors. (2G-M2)/.*

*Tot i així, penso que es verbalitza més entre personal dels mateixos estaments, de que pot haver-hi un possible problema, que notificar-ho o verbalitzar-ho al teu superior. (1G-I1)/.*

Es donaven també relacions positives que contribueixen a compartir i aprendre dels errors dins dels equips:

*... només puc parlar del meu equip... ho hem centrat en un parell de persones, la notificació al SiNASP i tenim bastant clar això ... i si que es comenta, en el servei, les coses que es fan o ens en hem enterat (2G-M3)/.*

La por a les conseqüències, a afrontar l'error, el sentiment de culpa i la dificultat en trobar el moment de fer la notificació actuaven com factors dissuasius de les notificacions:

*Però jo crec que quan és un tema rellevant si que es diu. Potser a la gent jove li costa més, perquè pot tenir més por, jo conec més aquest centre i jo no crec que es tingui por de dir, a un comandament, quan hi ha hagut alguna cosa important (2G-I4)/.*

*..., clar no acusant a ningú dient "mira que li ha passat a aquesta", sinó explicar-ho d'alguna manera perquè tots aquests incidents realment tinguessin tots aquesta la informació perquè es fos més conscient de que a lo millor evitem que torni a succeir no? (2G-I10)/.*

*Perquè no se sap fer de forma objectiva i tal, i que alguna vegada les declaracions no han estat ben acollides i que han tingut, uns resultats dintre els equips que a lo millor no ha agradat. (1G-I2)/.*

*Hi ha molta por. Sí la por perquè sí, perquè la gent, aquesta gent que tenia por i que havia declarat i després ha vist que hi ha hagut una sèrie de repercussions i tal ... no tornen a declarar. Perquè ha de declarar si després em comportarà una sèrie de problemes a nivell de relació? Potser amb altres persones. I no vull problemes, ara ja tinc prou problemes, prou feina tinc. (1G-I2)/.*

Era bastant unànim entre els participants als grups de discussió el fer referència a l'ús de canals inadequats de comunicació per parlar dels errors.

*Yo creo que de los errores, sí que se habla pero por los pasillos. Todo el mundo conoce los errores que están sucediendo pero –creo que es un desconocimiento personal-¿donde van a parar?, ¿donde se habla?, ¿donde se comentan soluciones? . Sé que todos vemos cosas, se hablan, se comentan, pero no sé, ya digo, creo que es un desconocimiento personal. Supongo que sí que se hace cosas sobre ellos pero lo desconozco. (1G-A1)/.*

*Segueixo pensant que si es parla amb llibertat, es parla amb llibertat, però en plan crítica i per sota, amb nyic, nyec per sota sense explicar-ho clarament, amb aspecte de crítica constructiva o d'evitar, sinó que encara es mira que ha fet aquell i una mica això ... (2G-M3)/.*

La comunicació dels errors encara, a vegades, era entesa com una acusació als companys de treball

*Perquè penso que culturalment, el fet de – encara que s'hagi rebut formació i tal – el fet de fer una comunicació d'errors encara pels professionals es viu com un "chivateo". Perquè no se sap fer de forma objectiva i tal iiii queeee a alguna vegada les declaracions no han sigut ben acollides i que han tingut uns resultats dintre els equips que a lo millor no ha agradat.(284). (1G-I2)/.*

## **Aprendre dels errors**

Els participants es referien a la importància de conèixer els errors, per aprendre i evitar que es tornin a produir. Reconeixien també els petits passos que s'havien fet al respecte.

*... clar, tu només ho parles, de fet, amb aquella persona o amb les dues o tres persones que han viscut l'incident, tu no fas res ... quan dius si el tipus d'error que hi ha hagut i les mesures que s'han pres perquè d'alguna manera aquesta informació serviria perquè algú altre sigués més conscient d'aquestes coses .. llavors potser és un pas que o sigui ..., clar no acusant a ningú dient "mira que li ha passat en aquesta", sinó explicar-ho d'alguna manera perquè tots aquests incidents realment tinguessin tots aquesta informació de que es fos més conscient, de que a lo millor evitem que torni a succeir no? (2G-I10)/.*

*No se però tinc la impressió de que la gent tendeix a parlar-ho entre ells i no fer-ho públic no? aleshores, clar, això es fa una mica difícil no, fer algun tipus d'exploracions (3G-M2)/.*

*Hi ha una manca de cultura sobre l'aprenentatge de l'error, és a dir: no hi ha la consciència, perquè jo, si tinc algun error m'agrada molt que algú*



*m'ho digui. Si un dia me n'entero per quartes, això em desmuntarà. Si faig un error sis plau que algú m'ho digui! (2G-M1)/.*

*... s'han fet notificacions a Sinasp, s'han fet anàlisis, s'han fet millores i fins i tot s'han fet un parell de sessions que jo crec que van estar així planificades per exposar en sessió global de tots els serveis, quin errors reals hi ha hagut últimament a l'àrea quirúrgica i que s'havia fet d'això ... per tant si que en hi ha, les suficients? Però si que en hi ha (2G-M9)/.*

*Jo crec que els errors han donat canvis positius, si!... moltes petites coses que són de tota la vida que fa anys que passen i com que no són grans errors no s'ataquen (3G-T1)/.*

*... com canvies la manera de pensar? O com interpretar aquell error perquè sigui a favor del coneixement i no una cosa per ...és un tema difícil que crec que és l'objectiu al que s'ha d'arribar. No? (2G-M1)/.*

### **La millora contínua i la millora de la seguretat del pacient**

Tot i la crisi, els canvis organitzatius, el desconeixement dels procediments o la manca d'estandardització que van manifestar els participants, també reconeixien que hi havia un procés de millora en la seguretat dels pacients.

*Jo suposo que la seguretat del pacients sí que ha millorat en els últims anys (1G-I6)/.*

*Después de 26 años como enfermera ha mejorado mucho la seguridad del paciente (1G-I9)/.*

*... potser que algo hagi millorat però hi ha molt per continuar millorant (2G-M8)/.*

#### **7.11.2.4 Comunicació. Interrelació intra/inter equips i processos**

La investigació ha demostrat repetidament que la comunicació ineficaç i el mal treball d'equip són causes importants d'esdeveniments adversos i que incrementen el risc dels pacients.

L'estructura molt jerarquitzada i el temor del personal menys experimentat a parlar i a posar en qüestió les decisions dels seus comandaments o d'altres disciplines pot contribuir a un mal treball en equip i a una mala comunicació.

### **La comunicació oberta en favor de la seguretat dels pacients**

La comunicació clara i eficaç entre el personal sanitari de diferents categories i disciplines professionals manifestaven que era essencial per a la seguretat del

pacient. Els participants posaven de manifest que encara hi havia un llarg camí per recórrer en aquest sentit.

*Hay una falta de comunicación muy importante, entre estamentos. Tengo la percepción de que nadie busca a la persona adecuada para decirle lo que le tiene que decir . Si no lo encontramos , “disculpa le puedes decir “. No me parece apropiado, o sea, en absoluto, creo que se pierde tanta información por el medio, que sí tenemos mucha libertad para decir, pasa esto pasa lo otro y no hay ningún problema, pero no tenemos toda la información ni en el momento que toca ni .... Pienso que hay una falta muy importante de comunicación. (1G-A1)/.*

*Hi ha un problema de manca de comunicació, sobre tot entre metges i infermeres. Entre infermeres i infermeres també però ... (1G-I1)/.*

*Aquí esta el tema de la comunicación no? Que dices, hay momentos que dices: no se si está cayendo en saco roto. Por lo demás, es importante, porque nosotras tenemos, bueno, nosotras, todo el equipo de enfermería, contacto total con el paciente. Estas viendo todos los días muchas horas y sin embargo si que como auxiliar, en este caso, si que me da la impresión de que explicas una cosa una vez y otra y otra y ves que no sale en ningún curso, que nadie lo ha tenido en cuenta i te mueres, tienes la impresión de que cae en saco roto (1G-A1)/.*

*Jo crec que hi ha qüestionaments del circuit del dia a dia i això es treballa molt bé. I en aquesta situació que posava de manifest al principi de la sessió de les transicions y de fusió i en decisions de “alto calado”, que ningú en parla o si ho fa ho fa de cuchicheo i és una qüestió per posar-ho sobre la taula. (2G-M6)/.*

*Jo en la línia que deia XX, que tots els problemes de circuit, de millores problemes possibles, reals, superficials que hi pot haver,... si que se'n parla i sí que és conegut i sí que es reclama moltes vegades. (2G-M9)/.*

### **Comunicació persona a persona versus la comunicació entre els equips i els circuits poc facilitadors de la organització**

L'atenció sanitària és cada vegada més especialitzada i la comunicació clara dins dels equips multidisciplinaris i entre els diferents equips, persona a persona, és essencial per assegurar una bona coordinació i que la divisió de funcions i responsabilitats, els procediments i els resultats estiguin clars. Dos participans ho il·lustraven així:

*Ens coordinem molt bé persona a persona i vull diferenciar que jo amb l'equip (silenci), amb les persones, amb els metges d'endocrí, amb els metges de geriatría amb les infermeres, amb tothom, persona a persona ens coordinem molt bé. Però si parlem d'equips, hi ha tantes coses externes, de circuits, de normatives, de coses, que fa que no sigui una bona coordinació i que el tot centrat en el pacient, doncs he de dir que no.*

*Però vull separar ben clar que, persona a persona ens entenem molt bé i ens coordinem les coses molt bé i si hem de treballar junts amb els cardòlegs o amb qui sigui, amb intensius, amb tothom, ens entenem. Però ha de ser sempre tracte de persona a persona, a la que entres a que tot el circuit del l'Hospital o del CSI intervingui, aquí ja no prioritzem el pacient, prioritzem els circuits. (2G-M3)/.*

*... que sí que és veritat, que després hi ha una bona comparació en el sentit de que, aquí sembla que tothom, estigui a l'abast, que si tens algun problema, algun dubte per consultar, piques a la porta i et reben bé, es discuteix, es parla i tot és perfecte. (2G-M2)/.*

### **La interrelació entre equips i processos**

Cal que tot el personal respecti les funcions i la professionalitat dels altres i sigui capaç de respectar, de fer plantejaments constructius de dubtes i de parlar francament dels malentesos. Es reconeixia la necessitat d'estrènyer els llaços que uneixen en favor de la seguretat del pacient.

*És veritat que en el moment que cada servei funciona en el seu servei i es correlacionem amb els altres com "amigos" -entre comilles- però que coordinació entre serveis, no hi ha. (2G-I7)/.*

*...que de sobte et trobes en un lloc i és un centre més gran que no connectes molt bé amb ningú i llavors activar aquests circuits no? és una mica més complicat no? (2G-M2)/.*

*... crec que hi havia un treball molt més d'equip, de tu a tu, ara hi ha una integració de persones, de serveis etc. i això s'ha de treballar, ha de millorar moltíssim (2G-TS1)/.*

*D'altra banda també es important tenir en compte l'efecte que produeix això sobre altres àmbits . Tu estàs treballant en un entorn, que no incrementar el teu ritme de treball, pot perjudicar a la seguretat del pacient en altres àmbits. Vull dir que a vegades, no només s'ha de mirar la qüestió localment, sinó la implicació que pot tenir a altres nivells (3G-M5)/.*

*... i que és veritat que entre els serveis i unitats, pues cadascú mira sempre la seva vessant no? (3G-M4)/.*

*... però jo penso que no hi ha una bona col·laboració entre els diferents serveis i això fa que a l'hora de treballar treballem més malament i molta més pressió i treballem pitjor (1G-I3)/.*

*Bueno jo soc auxiliar a hospitalització . Jo crec que comunicació sí que en hi ha, per exemple amb urgències, el que potser no hi ha es empatia (rialles) (1G-A4)/.*

*Jo crec, que cada procés depèn un de l'altre i hem d'entendre que a vegades funcionem com si fóssim (pausa) i hi ha la necessitat de coordinar-nos. Intervenien moltes persones, pacients, famílies. Bueno no sé si sempre és fàcil de coordinar-ho de la millor manera. Es fan intents de coordinació, però es complica. (1G-I8)/.*

*Si que me adono a veure (pausa), totalment, que no hi ha un coneixement real dels altres serveis i tothom anem a la nostra, o sigui a urgències, urgències, quiròfan, quiròfan i no, o sigui, no es veu globalitzat i per tant no es veu el pacient que està, ... i cal tenir una miqueta de "mente abierta" i ser conscients de que tots, tots, estem implicats en el "embrollo" aquest i que entre tots ho hem d'aclarir ... i podem treballar en equip doncs bueno, ... hem d'acceptar i hem de conèixer realment la realitat de tots els serveis i en el moment que ho coneixes, doncs bueno ni hi mals rotllos ni t'enfades perquè també saps que està patint com tu no? la situació. (2G-I10)/.*

*... I amb el diagnòstic i que s'han de coordinar diferents serveis amb el diagnòstic i amb el tractament i si es presenta o no es presenta allà. Sí, implica a la seguretat del pacient (2G-M3)/.*

*D'altra banda també es important tenir en compte l'efecte que produeix això sobre altres àmbits . Tu estàs treballant en un entorn que no incrementar el teu ritme de treball pot perjudicar a la seguretat del pacient en altres àmbits. Vull dir que això a vegades, vull dir, no només s'ha de mirar la qüestió localment sinó que la implicació que pot tenir a altres nivells (3G-M5)/.*

#### **7.11.2.5 El lideratge i el suport de la gerència a la seguretat dels pacients**

El desenvolupament i la implantació d'una política eficient de gestió dels riscos per al pacient necessita, a més de la voluntat política, que hi hagin actuacions internes o externes dins de l'organització que motivin als professionals a implicar-se en el tema. Per altra banda disposar d'uns recursos mínims, en termes de temps i medis tècnics, que possibilitin a aquests professionals una dedicació d'acord amb els objectius que es plantegin també són importants.

Els integrants dels grups manifestaven que els màxims directius calia que s'impliquessin en les polítiques de gestió dels riscos amb la finalitat de fer efectiu l'objectiu estratègic "Gestionar la seguretat dels malalts", dins de la línia estratègica d'excel·lència clínica i operativa, que s'havia definit; també amb la finalitat de fer visible aquest suport de la direcció-gerència als temes relacionats amb la seguretat del pacient.

## Compromís i el suport de la gerència i els comandaments

Els participants manifestaven un cert ressentiment vers la direcció en relació al seu compromís amb la seguretat del pacient i en reconèixer l'esforç que els professionals han fet per superar els canvis i participar en les activitats de millora contínua.

*I, compromís?, suport de la gerència?, del moment que està reflectit en l'organigrama i que hi ha uns circuits que s'han començat a establir, suposo que sí. Però falta més compromís, falta més formació i falta més espai, perquè es pugui desenvolupar aquesta cultura emergent. Les doy un 5. (1G-I2)/.*

*Quiero creer que (pausa) lo quieren trabajar. (1G-I5)/.*

*... la figura de la gerencia, (pausa) no ha estado tan presente como tendría que estar (1G-A1)/.*

*... que si facilita un clima que afavoreix la seguretat? (pausa) ja no es dir si facilita un clima, sino que si es preocupa del clima laboral que es pugui produir, afecte un o uns altres no? ... i d'altra banda tampoc jo no sé si els responsables de seguretat se'ls hi demana contes del que estan fent. Nosaltres és la sensació que tenim no? Però si a ells, per altra banda se'ls hi demana contes o resultats del que es fa de seguretat no? ... és la percepció que tinc jo no? de quan es va engegar això no? si ara se'ls hi demana el mateix. (2G-I4)/.*

*Si que hi ha un departament de seguretat però potser falta posar-hi més la vaina, amb gent amb medis amb el que sigui i que el treballador se n'adoni. I si passa algun esdeveniment, prendre mesures (3G-T2)/.*

*Yo mi percepción es que hay más compromiso de gestión que de evidencia. Yo creo que en cuanto a la parte en que tu puedes gestionar como gerencia entiendo que si hay compromiso y se dan las herramientas, pero falta bajar las escaleras y mirar donde pasan las cosas vivirlas hacer el seguimiento "in situ" y esto es como en el ejercito, el valor no solo hay que tenerlo hay que demostrarlo y creo que falta esta parte. También no solo por conocerlo si no por dar ejemplo a la organización (3G-T3)/.*

*... penso que hi ha ajudes, que no tenen gaire cost, però tampoc hi és!, a vegades falta diàleg i fomentar relacions (pausa) i això penso que tampoc es fa eh!?, que sí, que hi ha de ser l'economia en algun punt, però un punt més concret de reunir a gent i dir: Vinga! Va! Això ha de funcionar! Parlem-ho! Com ho farem?. Això ho trobo a faltar, trobo a faltar que ens hi acompanyin! (2G-M8)/.*

*Quizás en el momento que se aceptó esta serie proyectos, programas evidentemente tiene un interés, sería ilógico que no hubiera un interés por la seguridad del paciente desde la dirección, pero quizás el personal*

*no lo percibe tanto porque no es una cosa que se vea en el día a día . No pasa nadie a decirte que ...., no se, creo que tienen que estar un poco más cerca el personal (1G-A1)/.*

*(parlant en relació a la unificació i dels trasllats dels serveis d'un centre a l'altre) ... crec que la gerència o no es coneixedor del que es tenia que fer o confiava molt amb la gent, vull dir, realment, crec que no s'ha portat a cabo..., ha sortit molt bé perquè la gent ha donat molt de sí, però no s'han pres mesures perquè no passessin coses que no estaven prou madures perquè no passessin coses que eren flagrants . O sigui, o confiaven molt o no tenen coneixement del que realment significa fer traspasos de malalts passar d'un hospital a l'altre. Aquest trasbals d'un hospital a l'altre, no ho sé, jo crec que està una mica enrevessat el tema (2G-I7)/.*

*... aquesta difusió cap a baix fa que la gent tingui aquesta percepció de que no es treballa. I crec que no es aixó eh!!, Jo crec que es treballa i es treballa força, però potser aquesta difusió dels responsables de cada servei, els càrrecs intermedis i tal, no es verbalitza en els treballadors i això fa que la gent tingui aquesta percepció de que no sigui una prioritat per la gerència (1G-I1)/.*

### **Les prioritats de la gerència front els temes de seguretat del pacient**

Alguns participants manifestaven el dubte de si la situació de crisi i els canvis organitzatius, poden arribar a eclipsar les prioritats dels directius i hagin impedit que es poguessin centrar en la seguretat del pacient.

*I aquest gran problema que tenen de que farem amb tants centres potser fa que la gerència tingui altres prioritats perquè té altres problemes, no ho se, però crec que aquests factors de crisi, de por, tot això influeix moltíssim en la seguretat del pacient (1G-I1)/.*

*..., jo no crec que afavoreixin el clima laboral de seguretat, que afavoreixi la seguretat , tampoc crec que sigui una de les prioritats, però "aquí entraria a jugar con el concepto, no es que no sea una prioridad sino que hay prioridades mayores (pausa)" No crec que ara haguem de fer un "banderín" de la seguretat i que "sea la prioridad número uno, porque igual la prioridad número uno" és quadrar la conta de resultats "sin poner en riesgo la seguridad de los enfermos" (2G-M3)/.*

*és com si s'hagués desinflat, i potser si que més aviat estan per altres coses i no estan per això no? el que passa és que el tema (pausa) és que potser surt més car no? Es un tema arriscat no?... si això no funciona bé, surt més car, en tots els sentits no ? no només personal també sinó econòmics ... dins de la gerència per atendre més directament aquests problemes i una implicació, com deies tu, una implicació potser més fluixa i que potser tothom esperaria que estiguessin més implicats en aquest moment (1G-M1)/.*

*Però si que és veritat, que no sé si ara és una prioritat en aquest moment ..., crec que sí, però tampoc no sé si ha de ser una prioritat. Ara en aquests moments i també amb la idea que deia el XX que bueno, en aquests moments no hi ha diners i potser ... que hem de començar a pensar en que és el que hi ha, i com podem manegar-ho (2G-TS1)/.*

### **Les accions dels comandaments**

Un mateix participant, des d'una vesant externa a l'assistència però que actuava donant suport als canvis organitzatius, manifestava la complexitat en la que estaven immersos els comandaments d'infermeria.

*Yo creo que en el tiempo que yo llevo, que llevo poco, la gente está muy formada, creo que los planes son muy buenos, pero lo que a mi me falla es la implementación, el pisar la implementación hasta el final al 100%, porque creo que, ante una cosa que sea discordante, levantamos el pie del acelerador i al final de lo planificado a lo real se acaba diluyendo. (3G-T3)/.*

*No somos muy exigentes en el implementar ni estar presentes para ver como evoluciona lo que hemos planificado, que quizás estaba bien planificado pero necesitaba un matiz de la implementación y luego en la implementación somos muy light.../. (3G-T3)/.*

*..., es que yo creo que sí, que los coordinadores y los responsables de las unidades tienen formación y tienen la consciencia (de la importancia de la seguridad del paciente), lo que creo es que su día a día es demasiado apagar incendios, como para permitirse ser un poco más estratégicos, para pensar y para llevar a cabo los planes de acción. .../. por otro lado creo también que las cosas que se hacen porque se hacen muchas, no llegan a la totalidad de la gente. La gente no es consciente de que las cosas que han reclamado se acaben haciendo. Yo creo que no hay la información para que todo el mundo, la gente que está trabajando en las unidades pueda saber todo lo que se está haciendo.. (3G-T3)/.*

### **La congruència amb els valors**

Els participants reconeixien la importància de crear una estructura destinada a treballar per la seguretat del pacient però manifestaven que trobaven a faltar una major congruència entre el que es publicava i les actuacions que se n'haurien de derivar.

*Allà tenim un cartell preciós<sup>a</sup>, aquí en tenim un altre, que diu el mateix, que són els valors del CSI (llegeix): una organització modèlica de*

<sup>a</sup> El participant es refereix al cartell que hi ha a la sala que detalla els valors del CSI: Compromís, Desenvolupament, Treball en equip, Qualitat i Millora continua

*persones per a persones, qualitat professional, equip, compromís, desenvolupament .*

*Jo no dubto que hi hagi un esforç. Tu te'n vas a l'Enllaç digital, hi ha un espai pel SiNAPS, hi ha un espai (silenci) , se li ha donat a l'organigrama un lloc a l'equip de seguretat dels pacients però penso que falta molt per fer (1G-I2)/.*

*No se que decir (pausa). Bonito de papel i de palabra, pero no se lleva a cabo yo creo (1G-I6)/.*

*Me cuesta posicionarme, porque sí que tenemos un organigrama, han cambiado las cosas nos han cambiado un organigrama muy chulo y todos sabemos donde esta, pero sinceramente no conozco a la mitad de la gerencia. Entiendo eh! que no vengan a presentarse, ni a preguntarme, porque son la gerencia, pero entiendo que deberían estar más próximos al personal. Más aqui para poner en marcha todo esto (y assenyala el pòster dels valors que hi ha a la paret de la sala) (1G-A1)/.*

*Puede yo creo que si que quizás lo trabajen pero desde un tipo teórico (1G-A1)/.*

*... jo crec que el fet mateix de que doncs hi hagi des de desenvolupament doncs una línia de seguretat, de que s'hagués pres aquesta decisió, doncs era clara una aposta perquè això es va considerar rellevant i es va fer, per tant aquesta línia hi era. Crec que ara, sense entrar, que ho deixaré per la segona part -lo de la part econòmica- hi ha un problema que si es posa en marxa aquesta línia, però aquesta s'ha d'incorporar com una motxilla en el dia a dia i una motxilla des de part de la direcció, gerència o qui sigui, ... i aquí potser és quan no s'ha incorporat en aquest seguiment de que s'està passant? Que està millorant? i que s'està fent tot això, i per tant aquí diria que és el dèficit que hi implicaria en ficar-se la motxilla de la seguretat en tot allò que és demanar objectius, demanar en el dia a dia seguiment (2G-M1)/.*

*... un dels valors del Consorci, és el treball en equip, o al menys ho era i que amb aquests canvis ha caigut molt aquest valor i això s'està veient, per tant em sembla que es bàsic que des de dalt es treballi i es transmeti aquest valor. I perquè a la gent li arribin tots aquests canvis i el trasllat que s'ha fet s'ha fet sota un valor que és el treball en equip, per tot arreu és molt important que des de la direcció es torni a validar que aquest és un valor nostre doncs (3G-I8)/.*

#### **7.11.2.6 Els sentiments: el desànim, la por i la desconfiança-confiança**

La creació d'un clima de confiança i donar respostes no punitives davant dels incidents i els errors és la millor manera d'afrontar-los i d'assegurar que es facin visibles per a poder prevenir-los. Els participants manifestaven una certa



desconfiança en la utilitat d'evidenciar els errors, omissions o fallades dels circuits i por a la reprimenda o a la manca de comprensió del comandament.

*...és com si la responsabilitat hagués quedat diluïda, no sé que ha passat però, ...Això de qui és?, cada qual va a la seva, va pel seu costat, al final qui és el responsable? això és "terreno de nadie". (3G-T2)/.*

*Jo també crec que les coses es parlen, es diuen, però no pels canals adequats no sé si la causa és una falta de clima de confiança, no sé si la causa és la por de la reprimenda (pausa) no ho sé (2G-T1)/.*

*Lo que pasa es que a veces dices las cosas y no ves que la cosa se solucione Y entonces llega un momento en que, no es que pases, pero te preguntas: por qué voy a estar calentándome la cabeza? si hemos dicho mil veces los problemas que hemos encontrado y tampoco (pausa), o no se ha encontrado la solución o están mirando la manera o (silenci) (1G-I6)/.*

*Sí és que és la por, la por. Si clar la por la por. (1G-I1)/.*

*Hi ha molta por... si la por perquè si per que la gent, aquesta gent que tenia por i que havia declarat i després a vist que - lo que tu parlaves -que hi ha hagut una sèrie de repercussions i tal ... no tornen a declarar. (1G-I2)/.*

*... hi ha una certa por o tabú per fer la notificació, suposo que pel tema cultural (1G-I8)/.*

*..amb una situació de transversalitat unificació de personal, en el que anàvem dient que hi ha la por a perdre la feina i això comporta que la gent tingui una actitud diferent potser que si aquesta por no hi fos eh? Pues a nivell de tot, a nivell de comunicació que és la gran mancança que estàvem parlant, a nivell de verbalització, a nivell de treball , aquesta por a perdre la feina ara mateix (1G-I1)/.*

*a gent nova, la gent suplent té por de dir certes coses o de qüestionar certes coses, llavors crec que la comunicació molt franca no la tenim per comunicar-nos (2G-I7)/.*

*no pels canals adequats no se si la causa es una falta de clima de confiança no se si la causa es la por de la reprimenda (2G-TS1)/.*

*Potser a la gent jove li costa més i perquè pot tenir més por, però jo també conec més aquest centre, però jo no crec que es tingui por de dir a un comandament quan hi ha hagut alguna cosa important (2G-I4)/.*

*... jo no he viscut en cap moment i em toca fer en molts Sinasp que hagi fet i que la gent implicada tingui por de fer preguntes pel fet d'haver-ho fet de forma incorrecta (2G-M6)/.*

## Confiança en que aquesta situació canviarà

Malgrat el moment que s'estava travessant hi havia la confiança de que la situació era transitòria, que requeriria implicació i compromís per part de tots

*...No se, considero que con el tiempo y todo ya se calme, todo irá mucho mejor, hoy por hoy no tengo una buena sensación. (1G-A1)/.*

*...subscriu les paraules de ... que ara aquí lo que toca, per que con los años que vienen por delante, es ... molta educació i molt i des del moment que entres a formar part de l'empresa això toca anar, que vagi arrelat (2G-M6)/.*

*..., crec que en tot el que hi ha, que tenim al damunt de restriccions econòmiques, crec que aquí ha de ser una cosa col·lectiva. Crec que hi hem d'entrar tots en com ens espavilem a partir d'ara sense recursos; perquè és el futur que tenim els propers anys i per tant, ja no ho traspassaria tant cap dalt, si no que ens la posaríem en la motxilla, potser diria, aquí hem de canviar i ens hem d'acostumar a anar una mica més justos (2G-M9)/.*

El rol important que té la infermeria en tot el tema de la seguretat del pacient i la percepció de que els directius no estaven prou compromesos en la seguretat del pacient

*el fet de que a la nostra organització els rols fonamentalment basats en infermeria en aquests moments no els tinguem clars, és molt complex. Que cap superior sàpiga que li toca o no li toca la part de la seguretat del pacient. I, com que vulguem o no, anem una mica "esto me toca, esto no me toca", mmm és difícil val? ..., no ho sé, o es pensen que aquesta part de la seguretat del pacient ells no l'han de controlar no? i en canvi potser son els qui haurien d'estar més .... (3G-M4)/.*

---

---

## **CINQUENA PART**

- 8 . DISCUSSIÓ**
- 9. LIMITACIONS DE L'ESTUDI**
- 10. CONCLUSIONS FINALS**
- 11. RECOMANACIONS**



## 8. DISCUSSIÓ

En aquesta part, i amb la finalitat de centrar la discussió, es fa una introducció sobre l'avaluació de la cultura de seguretat i les raons que condueixen a fer-la. Es valoren les limitacions que té aquest treball i es discuteix entorn a la participació i l'ambient situacional en el que s'ha desenvolupat la segona enquesta.

Altrament, es comparen els resultats obtinguts amb els d'estudis similars que han utilitzat el mateix qüestionari i es discuteix entorn a la efectivitat de les intervencions desenvolupades.

Amb la perspectiva de que una millor cultura de seguretat dels pacients redundarà en uns millors resultats, en termes de seguretat dels pacients, una de les recomanacions formulades per l'Institut of Medicine (IOM) dels EUA i la Unió Europea<sup>151</sup>, era el desenvolupament d'una cultura de seguretat del pacient. L'avaluació de la cultura existent és ja en sí una primera etapa en el desenvolupament d'una cultura de la seguretat del pacient.

Les eines d'avaluació de la cultura són eines destinades a avaluar la percepció dels professionals entorn a la seguretat del pacient. Fonamentalment el que pretenen és fer un seguiment de la seva evolució per recolzar la gestió clínica que s'està desenvolupant<sup>152</sup> i millorar la governabilitat de la organització centrada en la seguretat del pacient.

Les organitzacions sanitàries es poden plantejar fer avaluacions de la cultura per diverses raons no excloents<sup>153</sup>:

1. **Fer un diagnòstic de la situació** de la cultura de la seguretat del pacient, per a identificar àrees de millora i incrementar la consciència i la sensibilització dels professionals vers la seguretat del pacient.
2. **Avaluar les intervencions** o els programes i fer un seguiment dels canvis en el temps.
3. **Fer una avaluació comparativa** entre els diferents dispositius assistencials de l'organització o amb organitzacions externes;
4. **Complir amb les directives** o normatives de l'administració.

Les tres primeres raons són les que van moure al CSI a avaluar la cultura de la seguretat del pacient i l'estudi que s'ha realitzat, avalua la cultura de seguretat del pacient de tres centres hospitalaris a partir de les 12 dimensions del qüestionari HSPSC.

Una publicació de Sammer CE et al. (2010)<sup>154</sup> fa d'una extensa revisió bibliogràfica sobre la cultura de la seguretat del pacient i proposa 7 subcultures:

1. **El lideratge** : els líders reconeixen que l'entorn sanitari és un entorn d'alt risc i tracten d'alinejar la visió/missió, la competència del personal, i els recursos econòmics i humans des de l'alta direcció al personal de primera línia.
2. **El treball en equip**: Hi ha un esperit de col·laboració i cooperació entre els directius, professionals de la organització i d'empreses subcontractades. Les relacions són obertes, segures, respectuoses i flexibles.
3. **Basada en l'evidència**. Les pràctiques d'atenció al pacient es basen en l'evidència. S'estandarditza per reduir la variabilitat. Els processos estan dissenyats per aconseguir una alta fiabilitat.
4. **Comunicació**: Hi ha un entorn favorable a reconèixer que cada individu membre del personal, sigui quina sigui la descripció del seu lloc de treball, té el dret i la responsabilitat de parlar en favor del pacient.
5. **Aprenentatge**. L'hospital aprèn dels seus errors i busca noves oportunitats per millorar el seu rendiment. L'aprenentatge es valora entre tot el personal, inclòs el personal mèdic.
6. **Cultura justa**. Una cultura que reconeix els errors com errors del sistema en lloc de fallades individuals, i a la vegada no dubta en responsabilitzar a les persones de les seves accions.
7. **Centrada en el pacient**. L'atenció se centra en el pacient i la seva família. El pacient no és només un participant actiu de la seva pròpia cura, sinó que també actua com enllaç entre l'hospital i la comunitat.

Les dotze dimensions, del qüestionari utilitzat, avaluen en certa mesura 5 d'aquestes 7 subcultures, però no contempen les subcultures "Centrada en el pacient" i "Basada en l'evidència"; dos aspectes que van emergir en els grups de discussió realitzats en el marc d'aquesta recerca.

## 8.1 Els qui contesten l'enquesta

En els dos moments de l'enquesta hi ha una taxa de resposta baixa (PRE: 26,6%; POST:29,3%). La incipient cultura de seguretat i l'ambient descrit anteriorment era poc propici a afavorir la participació.

Hi ha referències de participació baixes (22%) en hospitals d'Escòcia<sup>133</sup>, del Regne Unit<sup>155</sup> i Nova Zelanda<sup>156</sup> que se situen al voltant del 35%, així com en alguns dels hospitals de l'Informe 2012 de la AHRQ als EUA<sup>157</sup>.

El cost d'oportunitat d'aquests estudis és bàsic, per això és clau que, per a què els resultats siguin representatius del conjunt de la organització, el nivell de participació sigui alt. Haver obtingut xifres baixes podria posar en qüestió l'oportunitat de fer-la, si no es valora d'antuvi quina és la sensibilització que hi ha entre els professionals, amb altres medis menys costosos econòmicament i socialment.

No obstant, també es pot prendre en consideració que la mateixa enquesta és una acció de sensibilització entorn a la cultura de seguretat del pacient (des de la difusió, al passi de l'enquesta i la difusió dels resultats) i es converteix en una intervenció per al desenvolupament de la cultura de seguretat.

La manca o escassetat de qüestionaris contestats d'algunes àrees o serveis no ens ha permès fer una anàlisi per àrees. El disposar dels resultats per àrees o serveis permetria desenvolupar estratègies per millorar la seguretat adaptades a les àrees o servei<sup>89</sup>. Un estudi realitzat a Holanda<sup>130</sup> conclou que els esforços per la millora de la cultura de seguretat del pacient tenen més èxit si s'enfoquen a nivell d'unitat o servei que a nivell individual o d'hospital. D'aquí la importància de que els comandaments i líders de cures d'infermeria, els caps de servei i els gestors dels processos s'impliquin i es comprometin en la seguretat del pacient.

Malgrat la baixa participació, aquests resultats ens donen pistes de quina és la percepció dels professionals, sobre com s'aborden els temes culturals de la seguretat i ens permet identificar alguns factors latents que interfereixen en la cultura de seguretat del pacient.

En els hospitals, el col·lectiu professional amb major nombre de professionals és el personal d'infermeria. No és estrany doncs, que del global de professionals que contesten l'enquesta, el personal d'infermeria sigui el més nombrós en el PRE (58,5%) i el POST (54,9%), seguit pels altres professionals i per al grup de metges i farmacèutics amb un 16,5% i un 18,4% respectivament. (Veure el gràfic 9 a l'apartat de resultats). La majoria dels estudis que s'han revisat coincideixen en una major participació de les infermeres que es situa per sobre del 50% per sobre d'altres col·lectius professionals<sup>129,158-163</sup>, llevat de l'informe de la AHRQ que presenta una participació de les infermeres del 40%.

Les infermeres o el personal d'infermeria en general, és qui manté durant les 24h del dia la continuïtat i la seguretat en l'atenció als pacients. L'interès per

conèixer la percepció de les infermeres al voltant de la seguretat del pacient és fonamental per a detectar l'evolució d'aquesta cultura i poder intervenir per enfortir-la.

Com s'ha explicat anteriorment, l'anàlisi de la participació segons centre, permet apreciar en el POST, una reducció en la participació del grup HGH i un increment en el grup HSJD. Amb la integració dels tres centres i la transversalitat<sup>a</sup> dels professionals, en els dos centres hi havia professionals directament implicats en els canvis donat que, en el moment de fer la segona enquesta ja hi havia professionals desplaçats d'un centre a l'altre.

El temps de treball en el centre és menor en l'enquesta POST, això pot ser degut a que les noves incorporacions de metges i de personal d'infermeria, han participat en l'enquesta de forma apreciable.

En una futura nova enquesta de cultura, tindrà interès preguntar si ja s'havia contestat anteriorment el qüestionari.

Per altra banda, utilitzar els medis que ofereixen les TIC's, per assegurar que el sistema de distribució i promoció de la resposta dels qüestionaris, potser asseguraria una major implicació i una resposta més ampla.

---

<sup>a</sup> L'HGH, HSH i l'HSJD s'ha unificat en un sol hospital en diferents edificis. S'anomena l'hospital trasversal i els professionals poden treballar indistintament en qualsevol unitat estigui al centre que estigui.



## **8.2 L'entorn de les dues enquestes**

La cultura es pot canviar i amb aquesta voluntat es va fer la primera enquesta de cultura de seguretat del pacient en el CSI i es va planificar la segona. Es volia conèixer el impacte que haurien tingut les iniciatives desenvolupades, sobre la percepció dels professionals entorn a les dimensions que defineix la AHRQ en el qüestionari de cultura de seguretat del pacient. En aquell moment es desconeixia la convulsió a la que es veuria immersa, durant aquest període, la pròpia organització i el sistema de salut en general.

El moment PRE era un moment en que, malgrat que la crisi ja havia apuntat, el CSI acabava de crear l'estructura de seguretat del pacient i des del Departament de Salut hi havia un fort impuls en els temes de seguretat del pacient al qual el CSI s'hi va adherir activament. A la vegada el CSI estava amb la incertesa del tancament del Hospital de Dos de Maig, hi havia la previsió d'obertura d'un nou hospital a Sant Joan Despí (HSJD) i dos hospitals consolidats i amb projectes d'expansió a l'Hospitalet (HGH i HSH).

En el moment POST, l'ambient estava afectat per la reducció salarial, la integració dels tres hospitals (HGH-HSH-HSJD), la unificació de l'estructura directiva i de comandaments, la indefinició del model organitzatiu d'infermeria, els canvis d'horaris per tot el personal, amb especial impacte per al personal d'infermeria de continuïtat i un entorn sanitari amenaçat pels canvis reduccionistes derivats de la crisi econòmica.

## 8.3 Les intervencions desenvolupades per modificar la cultura

Les intervencions desenvolupades per promoure la cultura de seguretat dels pacients s'han centrat en la implantació de pràctiques segures, la implantació del SINASP i la sensibilització/formació entorn a la seguretat del pacient.

### 8.3.1 Les pràctiques segures

Després que l'estiu del 2008 el Consorci incorporés l'objectiu de promoure la cultura de la seguretat del pacient dins de la planificació estratègica 2009-2010, algunes de les iniciatives han tingut un èxit visible com el projecte de la Bacterièmia Zero, igual que a la resta de Catalunya, Espanya<sup>164</sup> i altres països.

En el CSI, altres iniciatives de pràctiques segures, encara tenen una desigual implantació. La instauració del *checklist* a l'àrea quirúrgica, presenta resistències que cal gestionar i persistir; la identificació inequívoca dels pacients encara queda circumscrita a que el 98% dels pacients estan correctament identificats, però es segueixen notificant esdeveniments adversos a causa de no comprovar la identitat del pacient abans de realitzar algun procediment; el compliment del rentat de mans, en les 5 oportunitats definides per la OMS, avança lentament i alguns col·lectius presenten més resistències que altres; les mesures per la prevenció de caigudes s'apliquen, però hi ha un escàs seguiment dels canvis; els incidents en l'ús de la medicació presenta xifres similars al d'altres estudis i es van prenent algunes de les mesures de prevenció de riscos recomanades per l'ISMP<sup>a</sup>.

Cal destacar que molts dels programes d'eficàcia provada que s'han difós a nivell internacional (els llistats de verificació per la prevenció de la Bacterièmia Zero o per la cirurgia segura) topen amb obstacles i diferències culturals que impedeixen els èxits esperables en un altre context cultural. Cada país té diferents antecedents culturals que han comportat unes conductes arrelades de segles. Cal tenir en compte aquestes diferències, en la forma efectiva de difondre aquests programes. No es pot actuar fent un "copiar" "enganxar" cal fer un procés d'adaptació i de consens amb els qui han de posar en pràctica les propostes que en altres llocs han estat un èxit.

No hi ha directrius clares per assegurar l'èxit, els programes pilot són els que poden ajudar a avaluar si un programa que en un altre entorn cultural ha tingut bons resultats, és transportable o adaptable en un altre entorn<sup>165</sup>.

<sup>a</sup> ISMP: Instituto para el uso de los medicamentos. delegación española del *Institute for Safe Medications Practices*. <http://www.ismp-espana.org/>

### **8.3.2 La implantació del sistema de notificació d'incidents i esdeveniments adversos**

La notificació dels esdeveniments adversos, que va tenir un bon inici en el 2010, en els darrers mesos s'ha estancat, probablement és un fenomen multicausal: la necessitat de perseverar en promoure les notificacions, les dificultats en fer arribar informació als notificants de les accions realitzades, l'escassa implicació d'alguns líders de la organització, l'entorn organitzatiu i social poc propici, i per últim potser la necessitat de fer una actuació més local, sobre les àrees o serveis.

Cal destacar positivament el gran nombre de notificacions que no arriben al pacient o que no li produeixen dany, això denota la sensibilitat dels professionals front el sistema i que també hi ha notificacions de risc extrem que denota que no hi ha por a la notificació malgrat sigui un cas de risc extrem.

### **8.3.3 La formació/sensibilització entorn a la seguretat del pacient**

Es van dur a terme activitats de formació/sensibilització sobre la seguretat del pacient (veure [taula 4](#)) i el personal hi ha participat de forma activa. Malgrat tot, les accions desenvolupades no han tingut fruits visibles en els resultats d'aquesta enquesta. Potser el contingut de les sessions ha estat més centrat en la sensibilització sobre la magnitud del problema i en els errors, en lloc d'orientar-se més intensament cap a la formació en pràctiques segures. Les activitats formatives cal que tinguin un impacte visible i continuat en els resultats positius dins de la organització.

### **8.3.4 Efectivitat de les intervencions desenvolupades sobre la percepció dels professionals**

D'acord als criteris proposats per la AHRQ es consideren bons resultats o fortaleces de la organització quan hi ha respostes positives superiors al 75%. Quan les respostes estan entre el 50% i el 75% es consideren resultats moderats i per sota del 50% baixos.

Donat que la mostra de l'estudi dels EUA és tan gran, la diferència que hi ha en les nostres xifres i les de la AHRQ, no es pot atribuir a fluctuacions estadístiques aleatòries, podem concloure doncs, que la cultura de la seguretat del pacient en el CSI està molt per sota dels resultats globals dels hospitals dels EUA que la AHRQ publica. Al respecte, cal remarcar que la AHRQ fa aquesta enquesta a centenars d'hospitals dels EUA, cada any des del 2004 i globalment l'avenç que s'observa d'un any a l'altre és mínim.

Per altra banda en l'anàlisi dels resultats globals s'observa que en les dimensions *Percepció de seguretat del pacient*, *Expectatives/accions de la*

*direcció /supervisió per la seguretat del pacient i Treball en equip dins de la unitat/servei*, les respostes positives estan a la vora de les xifres de la AHRQ; i que la resta de les dimensions estan sensiblement per sota.

Les respostes positives globals entre el PRE i el POST, contràriament al que s'esperava, han experimentat una disminució no significativa de 47,2% a 45,3%. Estem, doncs, davant d'uns resultats baixos, en els dos moments de l'enquesta. Cal destacar però una disminució significativa de les respostes negatives i un increment de les respostes neutres.

Les respostes neutres, que moltes vegades sobrepassen el terç de les respostes, denoten no tenir un posicionament clar, que es podria traduir com una manca de cultura de seguretat del pacient<sup>166</sup>.

No obstant, hi ha cinc dimensions que han incrementat el nombre de respostes positives, encara que de forma no significativa. Tres d'aquestes dimensions han estat *Aprentatge de la organització* (51,2%; 55,7%), *Percepció de la seguretat dels pacients* (37,0%; 40,9%) i *Resposta no punitiva als errors* (47,6%; 50,7%). Són les tres dimensions que contenen un ítem que està influenciat pel moment en que es contesta l'enquesta.

Les altres dues dimensions que han incrementat el nombre de respostes positives són: *Dotació de personal* (22,2%; 24,2%) i el *Suport de la gerència a la seguretat del pacient* (26,7%; 28,0%), són les dues dimensions que tenen menys respostes positives. Un increment tant reduït i no significatiu no permet arribar a cap conclusió, ni concebre una possible explicació, això no obstant, permet un brí d'optimisme en la direcció del canvi.

Dues dimensions s'han mantingut: *Freqüència dels esdeveniments notificats* (48,5%;49,3%), *Treball en equip entre unitats* (44,2%; 44,4%).

## **Freqüència dels esdeveniments notificats**

Globalment, tot i la incorporació, el 2010, d'un sistema de notificació d'esdeveniments adversos (SiNASP), les respostes positives de la dimensió *Freqüència dels esdeveniments notificats* s'han mantingut.

El nombre de notificacions realitzades en el SiNASP, s'ha pogut apreciar que s'ha produït un descens des del moment en que es va implantar. Amb tot, es mantenen unes xifres que són prou acceptables, comparades amb el nostre entorn i considerant que és una pràctica recent i que encara hi ha professionals que tenen recels en quan a la resposta punitiva, que poden tenir les notificacions, per les persones implicades.

El 57% de les notificacions que s'han fet al SiNASP entre el 2010 i el 2012, han estat fetes pel grup d'infermeria, seguit del 37% del grup de metges i farmacèutics. Tanmateix els resultats de l'enquesta, evidencien que el grup d'infermeria, té una visió menys positiva que els altres professionals entorn a la notificació dels errors que són descoberts i corregits abans d'afectar el pacient.

Contrasta aquesta percepció en que, en el SiNASP, el 65% dels incidents amb capacitat de causar un incident que s'han notificat, ho ha fet el grup d'infermeria, i el 54% dels que no van arribar al pacient. A major gravetat de l'incident incrementen les notificacions fetes pels metges.

Les respostes positives obtingudes en aquesta dimensió, se situen equidistants dels que tenen més i menys respostes positives dels estudis consultats. En la comparació, Taiwan i Nova Zelanda es situen per sota del 49,3% del resultats obtinguts en el POST i molt similar al d'Espanya. La resta, es situen per sobre destacant el 68% de respostes positives en l'estudi del Japó (veure [gràfic 30](#)).

La correlació entre la *Freqüència dels esdeveniments notificats* i el *Feed-back i comunicació sobre els errors*, evidència la necessitat d'informar sobre els errors i les fallades a tota la organització com a font per l'aprenentatge i la millora contínua.

Aquesta és una de les lliçons apreses d'aquests resultats, caldria difondre més extensament les accions que es deriven de la notificació dels esdeveniments adversos o dels riscos que es detecten. Tot i que es disposa d'una secció a la intranet sobre el tema de la seguretat del pacient, es recomanable ser més proactiu des de l'àrea de seguretat del pacient i des de la direcció del centre per destacar més àmpliament els esdeveniments reportats, els aprenentatges i les accions empreses.

La notificació dels errors és un component essencial dins de la cultura de l'aprenentatge i només és pot produir dins d'un ambient lliure no punitiu on la gent reporta incidents sense por.

## Percepció de seguretat del pacient

Tot i que els resultats globals d'aquesta dimensió s'han reduït, la percepció del grau de seguretat del pacient ha incrementat de forma significativa en la majoria dels categories d'anàlisi.

En comparació amb altres estudis similars (veure [gràfic 30](#)), encara que en el POST hagi incrementat al 40,9%, és la xifra més baixa de les observades en altres estudis <sup>5, 96, 134,158-159, 162</sup>.

Potser es podria creure que una major sensibilització sobre el tema de la seguretat del pacient pugui anar associat a una percepció més baixa de la seguretat. El reconeixer que s'està en un entorn de risc és el primer pas per a estar alerta i posar barreres als incidents. Aquesta creença es basa en les paraules de dos participants en els grups de discussió que davant de l'afirmació "*En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"*" van manifestar:

*Però en relació a que en “aquesta unitat hi ha problemes en la seguretat del pacient”, aquesta és una frase que mai hem de perdre, perquè el dia que s'oblidi passaran més problemes dels esperats(2G-M1)./*

*Si dic “En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la seguretat del pacient” si dic això em puc quedar tranquil perquè en aquesta unitat hi ha consciència de que hi poden haver problemes, amb lo qual a mi em tranquil·litza aquesta frase. Vol dir que hi ha atenció, hi ha alerta per vigilar (2G-M2)./*

En el POST, l'ítem amb més respostes positives dins d'aquesta dimensió està relacionat amb els que els *procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència*, ha millorat significativament respecte el PRE (47,2%;56,3%) i contrasta amb l'opinió dels grups de discussió en que manifesten que hi ha molts procediments definits però que són desconeguts o no aplicats *“mi percepción ahora mismo es de caos, cada uno trabaja a su manera por no conocer los procedimientos o por otros motivos”*. *“Jo penso que estem estandarditzats, però el que falta és que l'estandardització estigui entre les persones que estan treballant”*.

El disposar de procediments normalitzats aplicables a tota l'organització és responsabilitat de tots. Cadascun dels professionals ha de ser autònom i responsable en l'aplicació dels procediments normalitzats i quan això no es compleix hi ha una responsabilitat màxima dels comandaments intermedis que han de vetllar pel compliment dels procediments i ha de posar les mesures pertinents quan això no es produeix. Hi ha cadenes d'errors derivats del incompliment dels estàndards de l'organització que acaben en esdeveniments adversos greus. Un exemple clar és el cas didàctic de la OMS sobre l'administració de Vincristina per via intratecal.

En el moment POST del nostre estudi, la *Percepció de la seguretat del pacient* entre el grup de metges és significativament més alta que el grup d'infermeria (41,2% versus 38,95 p<0,05). En la revisió, bibliogràfica hem observat que llevat d'un estudi <sup>167</sup> en general el personal d'infermeria té una percepció menys positiva que la resta de professionals <sup>86, 167-169</sup>.

## **El suport de la gerència a la seguretat del pacient**

Hi ha hagut pocs canvis en aquest aspecte de la cultura i segueix sent un dels aspectes més mal valorats pels professionals que contesten l'enquesta

La valoració donada, és la mateixa que la del estudi publicat a Itàlia i està per sobre del d'Espanya i Noruega i per sota de les altres publicacions consultades i reflexades en el [gràfic 30](#).

Perquè un programa de seguretat del pacient tingui èxit es requereix un lideratge fort. Els líders són els que haurien de crear la cultura i són els únics que poden generar el compromís necessari per resoldre les causes subjacents

en el sistema que són font d'errors entre els professionals i que són la causa dels incidents i dels esdeveniments adversos.

Si els directius i els líders estan compromesos amb la seguretat del pacient, tota l'organització coneix els esdeveniments adversos que es produeixen, contribueix a la recerca de les causes i segueix les actuacions que es fan. En definitiva, tota l'organització és un procés que actua en favor de la seguretat del pacient. Hi ha experiències d'èxit en aquest sentit, un millor suport de la gestió hospitalària per la seguretat del pacient incrementa la freqüència d'esdeveniments reportats<sup>137</sup> i contribueix a posar barreres per evitar que es tornin a produir.

Les paraules d'un participant en els grups de discussió són molt ilustratives de la necessitat de suport i acompanyament proper als professionals:

*Mi percepción es que hay más compromiso de gestión que de evidencia. Yo creo que, en cuanto a la parte en que tu puedes gestionar como gerencia entiendo que sí hay compromiso y se dan las herramientas, pero falta bajar las escaleras y mirar donde pasan las cosas vivirlas hacer el seguimiento "in situ" y esto es como en el ejército, el valor no sólo hay que tenerlo, hay que demostrarlo y creo que falta esta parte. También no solo por conocerlo si no por dar ejemplo a la organización (3G-T)./*

Un bon lideratge pot portar d'un tipus de cultura a un altre<sup>40</sup>, a la llarga, els professionals es comporten en base al que veuen en els líders.

Fer accions que incrementin la visibilitat dels líders en favor de la seguretat del pacient contribueix al compromís dels professionals de primera línia. Una de les pràctiques recomanades són les rondes de seguretat (WalkRounds™)<sup>170</sup>. La finalitat, de les rondes de seguretat, és reduir els riscos en els diferents àmbits de treball clínics i no clínics. El component fonamental d'aquesta pràctica és implicar els equips directius en la cultura de la seguretat del pacient i que s'estableixi una interacció, sobre el terreny amb el personal de primera línia i amb els pacients si escau. Les rondes de seguretat afavoreixen la interacció amb els professionals i els pacients i conèixer de manera directa quins són els factors que condicionen els riscos i entreveure les possibles barreres als esdeveniments adversos.

Aquest coneixement sobre el terreny, sobre el "gemba" en l'argot de *Leanhealthcare*, redueix la distància entre la direcció i el personal de primera línia en conseqüència les relacions són més fluides i contribueix a prendre decisions encertades a favor de la seguretat del pacient.

## Treball en equip a la unitat/servei

El treball en equip està molt ben valorat en tots els treballs consultats, les xifres oscilen al voltant del 70% de respostes positives, tret d'Itàlia que en té només 64% i Taiwan que presenta xifres del 94% (veure [gràfic 30](#)).

És una dimensió que està molt influenciada pel grup professional dels metges que manifesten més intensament que els altres grups que es tracten amb respecte i que s'ajuden entre sí.

El diferent comportament en aquesta dimensió dels que fa més de 5 anys que treballen en el centre i els de l'HGH que han tingut una evolució en sentit positiu en relació als de l'HSJD i als que fa menys de 5 anys que treballen en el centre que presenten una evolució en sentit negatiu, obligaria a posar l'atenció en aquests darrers dos grups, si no fos que, actualment per la transversalitat, els professionals s'han mesclat i cal esperar que el temps i el mestisatge, actui en favor del treball en equip.

## Problemes en els canvis de torn i en les transicions entre serveis i unitats

Aquesta és una dimensió que no presenta canvis, encara que tendeix a empitjorar en el seu conjunt. En el grup d'infermeria que ja era el que tenia les valoracions més baixes és preocupant la tendència significativa a mala valoració d'aquest aspecte tant important per la continuïtat assistencial.

Les respostes positives són similars a Taiwan i Itàlia, superiors al Japó i inferiors a la resta de fonts consultades (veure [gràfic 30](#)).

Una comunicació apropiada dins els equips en els moments de canvi de torn o en les transicions és essencial per la seguretat del pacient i tindria una gran capacitat per a reduir els riscos o els esdeveniments adversos ocasionats per una deficient comunicació entre els professionals.

Un bon sistema d'intercanvi d'informació entre els torns o en el moment de les transicions també incrementaria la percepció de seguretat dels professionals.

La Joint Comission evidencia que el 2012, el 60 % dels casos d'esdeveniment sentinella eren resultat d'una fallada en la comunicació<sup>171</sup>. Eines com l'ABC<sup>172-173</sup> o l'SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*)<sup>174</sup> s'han revelat útils per millorar la comunicació entre els professionals per a poder garantir la continuïtat de les cures en els canvis de torn i en les transicions.

La relació evidenciada entre *Problemes en el canvi de torn i les transicions* i el *Treball en equip entre unitats i serveis* ( $r=0,526$ ) té una clara connexió amb els problemes de comunicació.

Tanmateix, en aquestes interrelacions no intervenen tant les tècniques emprades (SBAR i l'ABC), sinó que tenen més a veure amb els processos de



relació i coordinació que es promouen des de la direcció per a facilitar els fluxos d'informació i perquè s'estableixin lligams de cooperació mútua. L'ambient en el qual estava immers el CSI en el moment de l'enquesta no estava en el seu millor moment. El temps i la clarificació dels rols poden fer més fàcil aquesta relació perquè redundi en una millor coordinació i cooperació que asseguri la continuïtat i la seguretat del pacient.

Dels resultats obtinguts i de la revisió bibliogràfica realitzada, es constata que aquest moviment per a la seguretat dels pacients, que afecta a tots (directius, comandaments, professionals de suport i professionals de primera línia), encara té molt recorregut a fer. L'objectiu d'incrementar la cultura de seguretat del pacient i disminuir significativament els riscos i els esdeveniments adversos, segueix sent motiu de preocupació.

Potser l'enfocament encara és massa fragmentat i no s'han tingut prou en compte tots els factors organitzacionals que afecten a la seguretat del pacient. Les decisions de gestió, els canvis estructurals físics i organitzatius planificats de manera insuficient i implantats algunes vegades de forma precipitada; els problemes de comunicació i informació endèmics i la resistència al canvi en un entorn intern i extern de grans canvis, han agreujat la desigual implantació entre els professionals (de tots els nivells jeràrquics i grups professionals) d'una cultura centrada en el pacient i conseqüentment centrada en la seva seguretat.

### **Accions dels caps/comandaments de servei/unitat per afavorir la seguretat del pacient**

Aquesta dimensió es la segona en respostes positives en el POST (62,2%) similar a estudis de Nova Zelanda, EU (AHRQ), Espanya, i el Japó per sota de Noruega o Taiwan (veure [gràfic 30](#)):

La percepció de les infermeres en aquesta dimensió denota que el grup d'infermeria té una major exigència cap als seus comandaments que els metges o els altres professionals, doncs les diferents valoracions entorn a aquesta dimensió són més baixes en el grup d'infermeria. Potser les diferents formes organitzatives dels serveis mèdics i els d'infermeria contribueixen a tenir percepcions significativament inferiors entre el grup d'infermeria que el grup de metges.

Els canvis organitzatius macro i micro probablement han tingut una influència negativa sobre els enquestats en particular un dels participants en els grups de discussió manifestava:

*... es que yo creo que si, que los coordinadores y los responsables de las unidades tienen formación y tienen la consciencia (de la importancia de la seguridad del paciente); lo que creo es que su día a día es demasiado apagar incendios, como para permitirse ser un poco más estratégicos, para pensar y para llevar a cabo los planes de acción. .../.. por otro lado creo también que las cosas que se hacen porque se hacen muchas, no llegan a la totalidad de la gente. La gente no es consciente de que las*

*cosas que han reclamado se acaben haciendo. Yo creo que no hay la información para que todo el mundo, la gente que está trabajando en las unidades pueda saber todo lo que se está haciendo*

La poca visibilitat de la figura de la direcció infermera a conseqüència dels canvis organitzatius, que també ha tingut influència sobre els comandaments infermeres, també ha pogut contribuir a que el personal d'infermeria doni tan poques respostes positives a aquesta dimensió.

Un compromís amb la cultura de la seguretat requereix la participació de tots els implicats (gestors i gent de primera línia) i ha de coincidir amb les solucions organitzatives, tècniques i clíniques.

Per a fomentar la cultura de seguretat del pacient i promoure el canvi, els líders han de considerar la possibilitat de potenciar estructuralment ambients de treball propicis. Són factors d'èxit l'establiment d'objectius ambiciosos, mesurar amb rigor i celebrar els resultats amb les unitats o serveis responsables<sup>175</sup>.

## **Aprentatge de l'organització**

A pesar que sigui una dimensió en que les respostes positives han incrementat i estan dins de la franja del 50% i el 75 % de respostes positives, cal destacar que només el 44% dels professionals perceben que els canvis que es fan per millorar la seguretat del pacient s'avaluen per comprovar la seva efectivitat.

Aquesta dimensió es situa a la banda baixa dels estudis consultats (veure [gràfic 30](#)) junt amb Espanya.

En la mesura que incrementi la franquesa en la comunicació i el feed-back i comunicació sobre els errors, hi hauran més oportunitats per l'aprenentatge.

L'*Aprentatge de la organització* es produeix quan una organització canvia el seu comportament com a resultat dels errors, per això el primer que una organització ha de fer és reconèixer els seus errors i ho fa a partir dels sistemes d'informació i dels sistemes de notificació en particular. Els errors des d'una perspectiva constructiva, es poden veure com una oportunitat de millora, com un senyal de que cal canviar alguna cosa en el que estem fent o com ho estem fent.

La relació que hem trobat entre les dimensions de *Suport de la gerència*, *Percepció de seguretat*, *l'Aprentatge de l'organització* i *la Valoració del grau de seguretat* percebent evidència que el lideratge està altament relacionat amb l'aprenentatge dins de la organització. Aquest, és tant un procés individual com col·lectiu, dins o entre les organitzacions<sup>168</sup>. Si l'organització aprofita les lliçons que dona l'experiència, el coneixement i la saviesa col·lectiva d'una organització serà cada vegada més gran.

## Franquesa en la comunicació

Les respostes a aquesta dimensió es situen a la banda baixa de les xifres consultades d'altres estudis similars. Estan al mateix nivell que el Japó i Espanya i molt per sota de la AHRQ que és qui el té més alt (72%) (veure [gràfic 30](#)).

La reducció de respostes positives en aquesta dimensió, és clarament atribuïble al personal d'infermeria, és aquest grup el que té una reducció considerable de les respostes positives (52,3%; 35,2%:  $p < 0,05$ ) i concretament es manifesta en afirmació de que no es poden qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps.

Els canvis organitzatius i la indefinició del liderat infermer durant aquest període han tingut especial empremta en el personal d'infermeria que ha sentit com mermava el seu protagonisme com defensor del pacient a conseqüència dels canvis organitzatius i el perfil dels professionals que l'han envoltat.

Hi ha una bona correlació entre *Franquesa en la comunicació* i *Feed-back i comunicació sobre els errors* ( $r=0,48$ ). En la mesura que es retroalimenta als qui comuniquen els errors incrementa la confiança en el sistema i es parla amb una major llibertat, a la vegada que incrementen les notificacions .

## Feed-back i comunicació sobre els errors

La matriu de correlació mostra que la dimensió *Feed-back i comunicació sobre els errors* també està altament correlacionada amb *Freqüència en la notificació d'incidents* ( $r=0,47$ ), a la pràctica això significaria que la retroalimentació i la comunicació sobre els errors s'ha de centrar en informar sobre els esdeveniments reportats i les mesures adoptades.

Les respostes positives de la dimensió *Feed-back i comunicació sobre els errors*, en el POST es situen al 53,6% similar a l'estudi del Japó, per sobre de Taiwan i Espanya i per sota dels altres estudis consultats, del que destaca el dels EUA (AHRQ) que se situa al 80%.(veure [gràfic 30](#)).

Aquests resultats cal interpretar-los clarament com una àrea de millora. Caldrà buscar canals de comunicació alternatius i ser més creatius, proactius i perseverants en la difusió als professionals de la informació relativa als incidents o esdeveniments adversos i a les mesures de millora que es prenen.

## Resposta no punitiva als errors

El percentatge de les respostes positives en el POST a la dimensió *Resposta no punitiva als errors* se situa en el 50,7%, per sota dels EUA (AHRQ) i de Noruega, similar a les xifres d'Espanya i per sobre de la resta d'estudis consultats (veure [gràfic 27](#)).

Les aportacions dels grups de discussió corroboren els resultats de l'enquesta en aquesta dimensió. Hi va haver diversos participants que van fer palès que hi havia una certa por i desconfiança a les repercussions que podien tenir les notificacions d'incidents o d'esdeveniments adversos sobre els qui han estat involucrats en els mateixos.

Segons els resultats obtinguts, el suport de la gerència es percep feble. Amb tot, és la pròpia gerència la que impulsa el projecte de seguretat del pacient i en dos anys d'utilització del sistema de notificació no hi ha constància de que s'hagi utilitzat amb una finalitat punitiva.

Aquesta por i desconfiança que manifesten alguns professionals, també es fa evident en les sessions formatives o de sensibilització entorn a la importància de notificar els esdeveniments adversos o els incidents que representen un risc per al pacient. Aquest moviment per la seguretat del pacient i per la notificació dels esdeveniments adversos és relativament nou i culturalment encara no ha arrelat. Només podrà fer-ho, si els líders de l'organització prenen un rol d'acompanyament i suport en les accions per a la seguretat del pacient i feliciten a aquells professionals que notifiquen esdeveniments adversos.

Els professionals aprenen dels esdeveniments adversos i és fonamental el respecte mutu. No pot ser que en nom de la seguretat del pacient s'utilitzi el sistema de notificació d'esdeveniments adversos per acusar a professionals d'altres àrees o serveis. Hi ha actituds que contràriament a generar un cultura d'aprenentatge, creen resistència al canvi<sup>176</sup> i "maten el missatge".

En aquest sentit, hi ha indicis de que els propis professionals utilitzen el sistema de notificació com amenaça cap a altres col·legues amb l'expressió "*et posaré un SiNASP*". Lamentablement aquest no és el camí, i tampoc és una pràctica habitual. L'ús del sistema de notificació està dirigit a la prevenció dels riscos i a la implantació de barreres per evitar que els errors o incidents, si es produeixen, no arribin al pacient.

Els grups de discussió que van utilitzar tot sovint l'argument de la por, en cap moment va anar dirigit a disuadir les notificacions. La resposta punitiva es temia per motius de tipus econòmic i conjuntural.

## Dotació de personal

La xifra més baixa de les observades en tots els estudis consultats (veure [gràfic 30](#)) correspon a la dimensió *Dotació de personal* que coincideix amb els resultats d'aquest estudi. La dotació de personal és una de les dimensions que té menys respostes positives en la majoria dels estudis consultats i la posició del CSI en les xifres més baixes hauria de ser un tema prioritari. Els grups de discussió van fer aportacions que corroboren aquests resultats i van evidenciar la preocupació pel ritme de treball i la influència que podia tenir per a la seguretat del pacient.

La qüestió de la dotació de personal sobretot es centra en el personal d'infermeria. Dels resultats obtinguts en aquesta dimensió, es dedueix que el grup d'infermeres té tendència a donar menys respostes positives que el grup de metges i altres professionals.

La dotació de personal és un important factor de predicció de la seguretat del pacient. Les publicacions de Aiken<sup>177</sup>, i altres autors<sup>178-185</sup> han evidenciat que hi ha una forta relació entre la provisió de personal d'infermeria (efectius i competències) i els resultats de salut.

Quan a la baixa percepció dotació de personal s'hi afegeix la percepció de que no hi ha un suport de la gerència en els temes de seguretat del pacient, es crea un clima de desconfiança, estrès i desgast i es corre el risc de desencoratjar els professionals que s'esforcen en l'intent de vetllar per la seguretat del pacient. És doncs, un tema que caldria abordar des del més alt nivell de la organització i fer-ho visible.

Aquesta dimensió es correlaciona ( $p < 0,01$ ) amb la dimensió *Percepció de la seguretat del pacient* ( $r = 0,338$ ) i amb *Suport de la gerència* ( $r = 0,289$ ). També es correlaciona *Percepció de seguretat del pacient* amb *Suport de la gerència* ( $r = 0,345$ ).

Els comentaris oberts a l'enquesta posen de manifest que aquest és un tema que preocupa al personal, tant en l'enquesta PRE com en la POST.

*La seguridad del paciente importa bien poco lo único que quieren nuestros coordinadores es que salga el trabajo, no importa el como. Seguridad: buen material, instalaciones adecuadas, cumplir la normativa vigente en su totalidad, dotacion adecuada de personal (2009).*

Aquest comentari és coincident amb l'ítem *Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient* de la dimensió *Percepció de la seguretat del pacient* i en l'anàlisi factorial confirmatòria, aquest ítem ha sortit associat a la dimensió *Dotació de personal*.

El ritme de treball també va ser un dels tòpics que va generar més debat i més acord entre els participants en els grups de discussió. Els canvis organitzatius dirigits a l'agilitació dels processos, la reducció de les estades, la creació de nous dispositius i/o processos assistencials, han tingut una repercussió sobre la càrrega de treball.

La càrrega o el ritme de treball també influeix en les limitacions que comporta crear espais de comunicació entre el personal. Si hi ha una pressió forta de treball, fa més difícil trobar el moment per fer una aturada per reflexionar i compartir entre els col·legues els dubtes i els coneixements generats per la pròpia pràctica professional.

La càrrega i el ritme de treball tenen també influència sobre l'estrès i l'insomni que poden conduir a fallades en l'exercici professional, afectar al rendiment i secundàriament a la seguretat del pacient<sup>186</sup>.

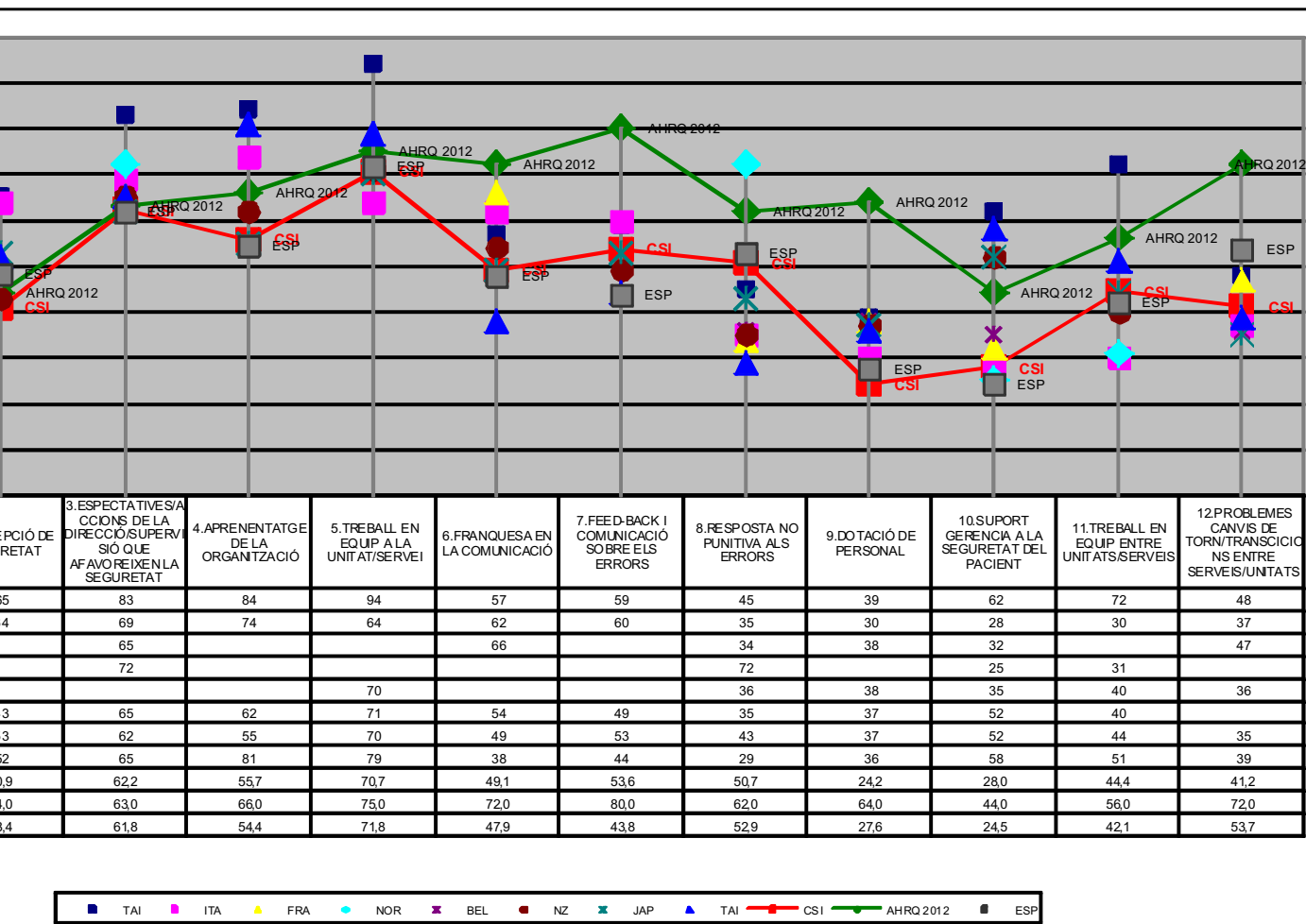
## **Treball en equip entre unitats o serveis**

El perfil de respostes en aquesta dimensió no ha experimentat canvis en el POST. El nombre de respostes positives és similar a l'estudi d'Espanya i al de Nova Zelanda, superior a Noruega i Itàlia i per sota de la resta d'estudis consultats (veure gràfic 30).

Per les respostes a les afirmacions d'aquesta dimensió sembla que la cooperació i la coordinació necessària entre els serveis o unitats per garantir la continuïtat assistencial, segueix tenint un gran marge de millora en la opinió dels propis professionals. Destaca, però, que la relació entre els professionals quan han de treballar junts té una valoració moderada i superior a les de la AHRQ.

Els grups de discussió van posar en evidència la importància de la interacció entre els equips i els processos i la necessitat d'estrenyer llaços a favor de la seguretat del pacient. Aquí hi tenen un paper i una responsabilitat important els comandaments d'infermeria i els caps de servei que cal que facin plantejaments constructius i parlin amb respecte obertament i francament amb els responsables d'altres àrees o serveis.

es per dimensió segons país d'origen del treballs publicats utilitzant el qüestionari HSPSC



Nova Zelanda<sup>163</sup>, Espanya<sup>5</sup>, Japó<sup>162</sup>, EUA (AHRQ)<sup>158</sup>, Itàlia<sup>129</sup>, França<sup>132</sup>, Bèlgica<sup>96</sup>.





## 8.4 Influències sobre les respostes

### El moment de l'enquesta

Els resultats obtinguts en aquest estudi assenyalen que hi ha hagut molt poques diferències significatives entre els dos moments en que s'ha fet l'enquesta.

En general, els resultats suggereixen que hi ha un gran potencial de millora i que després d'ajustar els resultats per grup professional, antiguitat en el centre, centre de treball i moment de l'enquesta, s'observa que els resultats obtinguts estan molt poc condicionats pel moment de l'enquesta i que el grup professional condiciona i té major influència que el moment.

Només hi ha 5 dels 42 ítems del qüestionari en que la variable associada a un major nombre de respostes positives és el moment POST respecte el PRE.

Sigui o no per les accions que s'han desenvolupat durant el període 2009-2012 (creació de l'àrea de seguretat del pacient, formació, promoció de pràctiques segures, millores derivades de les notificacions, sessions d'aprenentatge de l'experiència, ...), sembla que en el POST hi ha una major confiança en que es fan activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient<sup>a</sup>.

Ha millorat també l'opinió negativa de que el personal té por quan comet un error de que quedi en el seu expedient<sup>b</sup>.

Els qui han contestat l'enquesta POST tenen una major probabilitat de donar respostes positives a la consideració de que els procediments i mitjans de treball són bons per evitar els errors de l'assistència<sup>c</sup>. Cal, però, destacar que els participants en els grups de discussió opinaven que mancaven procediments o que aquests no estaven a l'abast del personal per a poder-los consultar amb facilitat.

Hi ha altres aspectes que han millorat en el POST però no podem descartar que els canvis siguin deguts a efectes estadístics aleatoris.

Només hi ha un ítem amb respostes positives inferiors en el POST respecte el PRE i que està influenciat pel moment en que es fa l'enquesta. Correspon a la idea de que es discuteix en el servei com poder evitar que els errors que es produeixen no tornin a passar<sup>d</sup>.

<sup>a</sup> APRENENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ. P06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient (OR 1,37; IC95%: 1,02-1,86)

<sup>b</sup> RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS. P16.- Quan es comet un error, el personal té por que això quedi en el seu expedient (OR 1,59; IC95%: 1,19-2,12).

<sup>c</sup> PERCEPCIÓ DE SEGURETAT. P18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència (OR 1,59; IC95%: 1,19-2,12).

<sup>d</sup> FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS. P38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar. (OR 0,61; IC99%: 0,45-0,83)

És probable que l'enfocament emprat amb els diferents grups durant aquest període per sensibilitzar sobre aspectes de seguretat del pacient, pugui haver influenciat sobre l'actitud dels propis professionals per afrontar les discussions entorn als errors i en opinar de forma menys positiva en el POST que en el PRE.

El discutir de forma oberta dins de la unitat i servei està molt relacionat amb la comunicació oberta i franca, que en el nostre estudi té menys respostes positives que la majoria dels estudis consultats.

## El grup professional

La variable que té més influència sobre les respostes positives és el grup professional. Aquesta variable influeix sobre 27 de les 42 afirmacions.

De l'anàlisi segons grup professional i coincidint amb altres referències<sup>187</sup> se'n desprèn que les infermeres tendeixen a donar valoracions més baixes que els metges.

El grup d'infermeria en general té una menor probabilitat que els altres grups de donar respostes positives. Altres estudis consultats coincideixen amb la nostra troballa i conclouen que les infermeres tendeixen a donar menys respostes positives que els metges<sup>83,167,169,187</sup>, llevat d'un estudi que després d'una intervenció multidisciplinària, les infermeres percebien una cultura de seguretat més forta que els metges<sup>166</sup>.

El grup de metges té una major probabilitat de donar respostes positives a aquesta dimensió que el grup d'infermeria.

En el nostre estudi, per a les afirmacions que componen les dimensions *Aprentatge de l'organització* i *Problemes en els canvis de torn i transicions*, són les infermeres les que tenen més probabilitats de donar respostes positives.

Les infermeres opinen, amb major probabilitat que els altres professionals, que tenen activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient i tenen major confiança que els metges en que s'avalua l'efectivitat dels canvis fets per millorar la seguretat del pacient.

Les infermeres confien més que els metges, en que els seus caps directes fan accions que afavoreixen la seguretat del pacient.

## Els anys en el centre

En l'anàlisi de la influència dels anys en el centre, observem que els qui fa 5 o més anys que treballa en el centre tenen una major probabilitat de donar respostes positives en 8 afirmacions.

Els professionals que tenen més anys en el centre tenen més tendència a valorar positivament la cooperació entre col·legues, tenen també una millor percepció de

la seguretat, se senten més informats i millor tractats per la direcció i els comandaments quan es produeix una fallada.

Només en l'afirmació *Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient*, els qui fa 5 o més anys que treballen en el centre tenen menys probabilitat de donar respostes positives. Potser els qui fa més anys que treballen en el centre són més exigents i creuen que no es fa tot el que caldria.

## **El centre**

S'ha fet una avaluació comparativa entre diferents centres de la mateixa organització. En la etapa PRE eren tres centres clarament separats amb direccions diferents i que en el moment de fer l'enquesta POST, s'ha fet una integració de serveis i unitats i tenen una sola direcció i una mateixa estructura organitzativa de comandaments i processos.

Donat el canvi organitzatiu al que han estat sotmesos els 3 hospitals que, al finalitzar l'estudi, s'han convertit en un sol hospital transversal, té poc interès l'anàlisi de les diferències entre centre, donat que actualment la majoria dels metges treballen en els dos centres i moltes infermeres i altre personal d'infermeria es traslladen d'un hospital a l'altre com d'unitat assistencial.

## 8.5 Anàlisi psicomètrica del qüestionari

L'anàlisi de la consistència interna situa aquesta versió catalana del qüestionari HSPSC en valors que difereixen poc dels obtinguts en altres estudis efectuats.

L'anàlisi factorial exploratòria realitzada amb tota la base de dades (2009-2010-2012) aporta alguns dubtes en quan a la composició de les 12 dimensions del HSPSC de la AHRQ.

En aquest estudi hi ha ítems que han quedat situats en dimensions diferents a les que presenta el qüestionari HSPSC. Només hi ha tres dimensions que coincideixen plenament:

- EXPECTATIVES/ACCIONS DIREC/SUPERV AFAVOREIXEN LA SP
- TREBALL EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS
- APRENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ

En l'anàlisi de correlacions entre les dimensions, s'ha observat que totes les dimensions es correlacionen positivament i significativament ( $p < 0,01$ ) amb la Percepció de seguretat del pacient (0,28-0,5) i amb la Valoració de la seguretat del pacient (0,27- 0,52).

Les correlacions trobades entre algunes dimensions confirma les dificultats en l'adscripció d'un ítem en una dimensió o una altra. I l'anàlisi efectuada dona lloc a creure que caldria una base de dades més ampla per poder confirmar les dimensions de la AHRQ en el nostre entorn i poder validar la construcció de les dimensions.

Finalment, caldria fer una consideració en relació a la composició de la dimensió PROBLEMES EN ELS CANVIS DE TORN I LES TRANSICIONS. És una dimensió que avalua dos aspectes clarament diferenciats, encara que els dos tenen a veure amb la comunicació entre professionals com són els canvis de torn (més pròpies d'infermeria) i les transicions (amb una contribució pluridisciplinar).

Seguint amb la mateixa temàtica, en l'anàlisi exploratòria dels seus components les afirmacions relacionades amb el canvi de torn saturen juntes i úniques en un component denotant l'especificitat de les afirmacions i la seva relació; mentre que les dues afirmacions relacionades amb les transicions saturen amb les de treball en equip entre unitats i serveis. I l'afirmació relacionada amb la comoditat de treballar amb professionals d'altres àrees satura aïllada. Clarament coincident amb les aportacions dels grups de discussió que estaven d'acord en que no hi havia la coordinació i la cooperació necessària entre unitats i serveis, però discrepaven entorn a la incomoditat de treballar amb els professionals d'altres unitats o serveis.

## **9. LIMITACIONS DE L'ESTUDI**

En aquest apartat s'enumeren algunes limitacions de l'estudi.

### **9.1. Distribució dels qüestionaris**

El sistema de distribució dels qüestionaris és un tema clau per a garantir el màxim nombre de respostes. La distribució dels qüestionaris a través dels comandaments intermedis ha estat difícil. Tot i que es va demanar que fossin retornats tots els qüestionaris que no havien pogut ser entregats personalment en mà, en alguns serveis/àrees hi ha hagut dificultats en recuperar els qüestionaris que no s'havien pogut distribuir pel motiu que fos.

Per altra banda, la informació que es dona en el moment de l'entrega del qüestionari pot influir considerablement per respondre o no el qüestionari. En el moment de la distribució dels qüestionaris, el grau d'implicació dels diferents comandaments, siguin metges o infermeres o altre personal, no era el mateix, això pot haver influenciat que hi hagi àrees amb pocs qüestionaris contestats.

No poder assegurar el nombre dels qüestionaris distribuïts en mà dificulta el conèixer amb precisió el denominador per calcular la taxa de participació.

### **9.2. Emplenament del qüestionari**

La confluència de dos eventualitats, no ens ha permès fer una anàlisi segons servei o unitat: el disposar de pocs qüestionaris contestats des d'algunes àrees i el fet que hi havia un nombre considerable de qüestionaris que tenien incomplet el camp que permetia atribuir la resposta a una àrea organitzativa o un servei, ens ha impedit poder fer una anàlisi dels resultats segons àrees o serveis.

### **9.3. Els participants en l'enquesta**

Desconeixem si els professionals que han respost la segona enquesta havien participat en la primera. No podem, doncs, assegurar que les mostres PRE i POST estiguin formades pels mateixos individus. Hem treballat analitzant les mostres com si fossin grups independents, quan probablement hi ha persones que han participat en les dues enquestes. En els dos moments, els qüestionaris han estat lliurement dipositats en les bústies de recollida, només sota la influència de la seva voluntat i la proactivitat dels qui han contestat el qüestionari.

### **9.4. Entorn**

L'entorn en que s'ha realitzat la segona enquesta era particularment problemàtic: la crisi econòmica ha tingut repercussions salarials sobre els professionals i per

altra banda els canvis organitzatius interns que afectaven, directa o indirectament, a gran part dels professionals dels tres centres, han pogut actuar com artefacte de confusió.

Es deconeix la repercussió però és altament probable que hagi tingut per una banda un efecte disuassori per respondre i per l'altra una influència negativa en el sentit de les respostes.

## 9.5. Temps entre les dues enquestes

Entre una enquesta i l'altra han passat prop de 3 anys (32 mesos) per als hospitals que es va fer la primera enquesta el juny del 2009, i 20 mesos per l'hospital que va fer la primera enquesta el juny del 2010. Per poder apreciar canvis en els temes de cultura potser és un període curt, els canvis culturals tenen un recorregut llarg.

No obstant, un estudi realitzat a Bèlgica<sup>98</sup> per mesurar els canvis en la cultura de seguretat en un període de 28 mesos (entre el 2004 i el 2007), posava en evidència una millora significativa en el suport de la gestió hospitalària a la seguretat del pacient. També el treball en equip va rebre les puntuacions més altes en les dues enquestes i no hi va haver millora en les dimensions Problemes en els canvis de torn i les transicions, en la *Resposta no punitiva als errors* i en la *Dotació del personal*.

## 9.6. Grups de discussió

Per assegurar la participació de les infermeres i les auxiliars participants, la convocatòria es va fer en un horari que va condicionar que tot el personal que va participar fos del torn de mati i no s'ha recollit la visió del personal d'infermeria d'altres torns.

Per altra banda la limitació en recursos i en la disponibilitat de temps dels participants només s'han pogut fer dos grups de professionals assistencials i no es pot afirmar que es compleixin els criteris de saturació.

## 9.7. Implicació de la investigadora

Una qüestió a destacar és que la investigadora s'ha vist involucrada en la transformació de la realitat pel sol fet d'analitzar-la interaccionant amb els participants en els grups de discussió o amb els professionals dels centres al llarg d'aquesta recerca. Els dies posteriors a la celebració dels grups de discussió va haver-hi un increment (no sostingut) de les notificacions al SiNASP; de la mateixa manera, quan es fan sessions formatives en una àrea de l'organització, incrementen de forma puntual les notificacions en aquella àrea.

I per últim, cal considerar que la investigadora està immersa i implicada en la mateixa realitat que està investigant i és des d'aquesta realitat que ha pogut

aprehendre els significats que han anat construint els grups de discussió i la mateixa interpretació dels resultats de l'enquesta. Aquesta implicació, involuntàriament, ha pogut conduir a interpretar la realitat, d'acord a les seves experiències de referència.





## **10. CONCLUSIONS**

A continuació es presenten les conclusions obtingudes després de l'anàlisi de les dades de l'enquesta i les aportacions dels grups de discussió que estan relacionades amb els objectius generals i específics del projecte.

### **Conclusions en relació a les intervencions desenvolupades**

1. S'ha evidenciat que seguint les iniciatives del Departament de Salut, en el CSI es van desenvolupar nombroses i diverses activitats per promoure la seguretat del pacient i la cultura; i que en aquestes hi van participar diferents grups professionals i nivells de l'organització.
2. Es van implantar pràctiques segures (identificació inequívoca, prevenció de caigudes, prevenció de les infeccions de la ferida quirúrgica i en les intubacions difícils, check list a l'àrea quirúrgica, etc.) amb un desigual arrelament fruit de les dificultats pròpies dels canvis culturals.
3. Hi va haver un bon ús del sistema de notificació d'esdeveniments adversos en quan al nombre de notificacions i la diversitat de les mateixes quan al risc. Hi van haver notificacions de risc elevat, que denotava confiança en el sistema; i de risc baix o sense risc, que denotava l'orientació cap a la prevenció dels riscos relacionats amb la seguretat dels pacients. Els factors contribuents als incidents estaven relacionats fonamentalment amb els professionals (la competència i els coneixements) i l'organització (la disponibilitat de recursos i l'estandardització) i es correlacionaven bé amb les accions de millora que se'n van derivar (estandardització i la difusió d'informació/formació).
4. Les activitats formatives o de sensibilització que es van desenvolupar, van tenir un inici molt encimbellat, no obstant, darrerament ha experimentat un estancament fruit dels canvis interns i externs que han afectat a l'organització. El personal d'infermeria va ser el qui va tenir una major participació en les activitats formatives 74%.

### **Conclusions globals referents als canvis en la cultura del CSI**

5. L'anàlisi dels resultats en el dos moments (PRE i POST), mostra que globalment la cultura de seguretat del pacient està poc influenciada pel moment en que es va fer l'enquesta i que la variable que tenia una major influència en la valoració era el grup professional.

6. En termes globals les valoracions positives eren baixes i els canvis en la cultura de seguretat dels pacients ha estat inapreciable. Aquesta evolució es pot atribuir, en primer lloc a la lentitud pròpia de la consolidació dels canvis culturals, i en segon lloc a la coincidència cronològica, durant aquest període, dels importants canvis interns experimentats en el CSI, amb un impacte, no gens menyspreable, sobre alguns professionals. Un període de dos anys i mig ha estat relativament curt per a poder visualitzar de forma ostensible els canvis en la cultura de seguretat del pacient.
7. Va millorar significativament la percepció de la seguretat del pacient que va obtenir una valoració mitjana de 7,04 (ds= 1,87) significativament més alta que en la primera enquesta. L'HGH era el centre que tenia una percepció més alta de la seguretat del pacient amb una mitjana de 7,47 (ds= 1,55). Els qui no mantenien contacte amb el pacient donaven una puntuació més alta que els que mantenien contacte (7,30 vs 7,05).
8. En els dos moments de l'enquesta es va valorar molt positivament el *Treball en equip a la unitat/servei* encara que segons els criteris de la AHRQ no es pot considerar una fortalesa de l'organització.
9. Es van obtenir resultats moderats (entre el 40 i el 50% de respostes positives) en les dimensions de cultura relacionades amb les *Expectatives i accions que fan els comandaments intermedis per afavorir la seguretat dels pacients, l'Aprenentatge de la organització, el Feed-back I i la comunicació sobre els errors, i la Resposta no punitiva als errors.*
10. Es van produir resultats baixos (entre 30% i 40% de respostes positives) en les dimensions *Percepció de la seguretat, Freqüència dels esdeveniments notificats, Franquesa en la comunicació, Treball en equip entre unitats i serveis i Canvis de torn i les transicions.*
11. Els resultats de les dimensions *Dotació de personal i Suport de la gerència a la seguretat del pacient* van ser molt baixos (per sota del 30% de respostes positives).
12. El grup dels metges va ser el que va presentar un major nombre de respostes positives i que va millorar en la segona enquesta (48,6% vs 51,8%).
13. La hipòtesi de que la intervenció combinada de la implantació del sistema de notificació d'esdeveniments adversos, les activitats formatives i la promoció de pràctiques segures, influiria favorablement sobre la cultura de la seguretat dels pacients, s'ha confirmat en els grups :
  - dels qui fa més de 5 anys que treballen en el centre
  - de l'HGH

## **Conclusions en relació al grup d'infermeres**

14. Els professionals que van fer més notificacions d'esdeveniments adversos o quasi incidents va ser el personal d'infermeria, amb un 47% del total de notificacions.
15. El grup d'infermeria va ser el qui va tenir una major participació sobre el total, en els dos moments de l'enquesta (24,1% vs 30,6%).
20. El grup d'infermeria tenia una percepció menys positiva que els metges en relació a les accions que feien els comandaments intermedis de la unitat/servei per afavorir la seguretat del pacient i en relació a les respostes punitives davant de notificacions d'esdeveniments adversos i també manifestaven tenir menys obertura per parlar lliurement.
21. Tot i considerar que els canvis de torn i les transicions tenien un gran marge de millora i que ha empitjorat la valoració, les infermeres li donaven una valoració més positiva que els metges.

## **Conclusions relatives a l'instrument de mesura**

22. L'anàlisi de la consistència interna de la versió catalana del qüestionari HSPSC de la AHRQ, en general ha estat similar als resultats obtinguts en altres estudis efectuats amb altres idiomes.
23. L'anàlisi factorial exploratòria realitzada amb el qüestionari adaptat al català del HSPSC de la AHRQ, ha confirmat la composició de les dimensions
  - Expectatives/accions de la direcció/supervisió que afavoreixen la seguretat
  - Treball en equip a la unitat/servei
  - Aprenentatge de l'organització

I ha aportat alguns dubtes en quan a la composició de les restants dimensions.



## 11. RECOMANACIONS

Són recomanacions que sorgeixen de les conclusions derivades de l'estudi realitzat en un àmbit molt circumscrit a la organització on s'ha fet l'enquesta, però es creu que són d'aplicació en diferents organitzacions i nivells dels sistemes de salut i educatiu del nostre entorn.

### 11.1 Atacar els virus latents en el sistema<sup>a</sup>

Des dels organismes d'alta direcció cal posar atenció en el disseny dels canvis estructurals físics, organitzatius i competencials i valorar els riscos per la seguretat del pacient i promoure barreres per evitar els esdeveniments adversos; en definitiva integrar la cultura de seguretat del pacient en el dia a dia de la gestió.

Orientar-se cap els errors que no estan sota el control directe dels professionals de primera línia, i centrar-se en el disseny de les estructures organitzatives, els processos i els circuits, en les decisions de gestió que assegurin les pràctiques segures<sup>38</sup>.

### 11.2 Lideratge. Donar visibilitat al suport de la gerència a la seguretat del pacient

El suport de la gerència i la dotació de personal van ser els resultats més baixos, de manera que aquest és el desafiament important per la màxima direcció del centre.

Una manera de portar a terme aquesta recomanació és amb la instauració de les rondes de seguretat (*Walkrounds*<sup>TM</sup>)<sup>170</sup> Mostrar als professionals que la seguretat del pacient guia les decisions dels del més alt nivell a les que es prenen a peu de llit del pacient i felicitar els èxits en la millora de seguretat del pacient.

Recolzar els professionals que són la segona víctima d'un esdeveniment advers creant una figura que tingui un reconeixement a la institució que actuï de medidora quan'escaigui.

Demandar la participació dels professionals implicats quan hi hagi canvis organitzatius i/o estructurals que puguin tenir un impacte sobre la seguretat del pacient. En una organització complexa i interrelacionada com és una

<sup>a</sup> Expressió utilitzada per L. Leape per expressar les factors contribuents als esdeveniments adversos que tenen el seu origen en el sistema de la organització.

organització sanitària, gairebé tots els canvis poden afectar a la seguretat del pacient.

Incentivar la celebració de sessions de servei o sessions generals dirigides a tractar temes de seguretat del pacient i a l'anàlisi dels casos interservei/unitat i compartir-ho en sessions generals.

### **11.3 Sensibilització, formació i incentivació als comandaments i els professionals sobre la cultura de seguretat dels pacients**

Els resultats de les dimensions *Resposta no punitiva als errors*, *Expectatives/accions dels caps/comandaments de servei/unitat per afavorir la seguretat del pacient*, i els feedbacks rebuts en les sessions de sensibilització, orienten a la necessitat de fer accions formatives i de *coaching* als comandaments sobre la cultura de seguretat.

Per altra banda als professionals els hi caldria fer formació sobre la implicació dels pacients en la seva seguretat (veure recomanació 1.5) i seguir amb la formació sobre els beneficis de les pràctiques segures: *chek list*, identificació inequívoca, ús segur dels medicaments (prescripció i administració), el rentat de mans, la prevenció del risc de caigudes, la prevenció d'infeccions i assegurar la continuïtat assistencial.

Incentivar els caps de servei i els coordinadors dels processos a que s'impliquin en la instauració de les pràctiques segures, en l'anàlisi intern dels esdeveniments adversos de les seves àrees, en el respecte mutu en les interrelacions entre els serveis i unitats.

### **11.4 Crear una estructura participativa en la seguretat del pacient**

Crear una estructura participativa que contribueixi a promoure i consolidar la cultura de seguretat del pacient en les unitats i serveis, involucrant a tots els grups professionals en els diferents nivells de l'estructura

Creació d'una unitat funcional de seguretat del pacient on hi participi la direcció assistencial del centre i els diferents gestors dels processos clau per la seguretat del pacient (hospitalització, urgències, UCI, àrea quirúrgica i farmàcia) amb la col·laboració dels altres processos de suport (banc de sang, laboratori, radiologia, anatomia patològica, ...) i professionals interessants en els temes de seguretat del pacient dins de l'organització.

La finalitat d'aquesta unitat seria la de vetllar pel compliment de les pràctiques segures; fer un seguiment de les notificacions d'EA, de les anàlisis que es realitzen i de les accions de millora que se'n deriven; i fer propostes de millora i alertes institucionals relacionades amb la seguretat del pacient.

Aquesta unitat funcional també hauria de vetllar per la formació en les pràctiques segures i la promoció de la cultura de seguretat dels pacients.

### **11.5 Implicar al pacient i la seva família en la prevenció dels incidents i els esdeveniments adversos**

Implicar el pacient i la seva família en la seva seguretat, vol dir primer que res, tenir-lo informat del que succeeix durant tot el seu procés assistencial. I per començar, una manera de fer-ho visible és la millora de tot el procés, del consentiment informat i de la comunicació durant el mateix.

Un canvi d'actitud en els professionals que cal promoure és la consideració de que el pacient és un subjecte actiu i que cal fer-lo participar en totes les decisions sobre la seva salut.

Això, afegit a l'afrontament per part dels professionals de la comunicació dels errors i problemes que es poden presentar durant la seva assistència.

Tot això, per sí sol ja té un efecte sobre la presa de consciència i el compliment dels estàndards per part dels professionals.

### **11.6 Promoure una comunicació segura entre els professionals**

Establir sistemes de comunicació entre els professionals que assegurin la continuïtat de l'assistència en les transferències i les transicions. Establir protocols per a la emissió i recepció d'ordres verbals.

Promoure la interrelació entre els professionals per assegurar una atenció segura (pauses per fer el *chek list* quirúrgic, intercanvi d'informació metge-infermera a totes les àrees i serveis) i una comunicació clara entre els professionals.

### **11.7 Aliances per a la formació dels futurs professionals**

Altrament, davant de la lentitud en la millora de la cultura de seguretat del pacient, cal abordar la formació de pregrau i postgrau dels professionals sanitaris. Els hospitals han d'incorporar els alumnes de medicina i infermeria i als metges i infermeres residents, en l'anàlisi dels esdeveniments adversos i fomentar que participin activament, en les iniciatives orientades a la seguretat del pacient, com a part essencial de la seva formació.

Treballar conjuntament amb les entitats acadèmiques i educatives per a promoure les actituds orientades a la cultura de seguretat dels pacients en els futurs professionals que estan en formació.

Especial atenció mereix la recomanació de formar a les infermeres amb les competències i habilitats per actuar com “advocades” del malalt perquè puguin garantir la seva seguretat durant les 24h els 365 dies de l'any. Les infermeres han de ser capaces de liderar les cures i l'atenció al pacient amb la fermesa necessària per a contribuir a prestar una assistència més efectiva, eficient i més segura.

## 11.8 Acolliment als nous professionals

Implantar protocols i procediments d'acolliment als nous professionals i als qui es traslladen a dins de la mateixa organització d'un centre/servei/unitat a un altre; i fer una avaluació acurada i continuada de la seva efectivitat i eficàcia.

Implantar protocols i procediments d'acolliment als metges i infermeres residents amb especial atenció a les TIC's, a les practiques segures i als criteris d'actuació que s'hagin decidit en aquella organització.

## 11.9 Dotació de recursos

Dotar dels recursos humans, estructurals i organitzatius imprescindibles per al disseny i l'aplicació de les mesures preventives o les barreres als esdeveniments adversos.

Atribuir els recursos humans imprescindibles per garantir la seguretat dels pacients i assegurar que tinguin les competències que requereix cada lloc de treball.

Assegurar que tot personal està ocupant el lloc de treball pel qual està habilitat per poder desenvolupar les seves competències amb seguretat. Especial atenció mereixen les infermeres, que moltes vegades s'assignen a llocs de treball pels que no estan habilitades<sup>a</sup>, amb el conseqüent risc per la seguretat del pacient i del propi professional.

## 11.10 Seguir investigant

Fer un estudi més ampli, utilitzant aquesta eina de mesura, permetria validar el qüestionari en el nostre entorn.

---

<sup>a</sup> **Professional habilitat:** Professional al qui un responsable acreditat per l'organització ha verificat que tenia la experiència i la formació adient per a ocupar cada lloc de treball. Malauradament per increment d'activitat, pressió assistencial o per absentisme, eventualment s'assignen infermeres que no coneixen la sistemàtica de treball de la unitat o servei on s'ha destinat.



La cultura de la seguretat contribueix a la seguretat del pacient. Seria recomanable disposar en el nostre entorn d'estudis de més ampli abast que permetessin avaluar la evolució de la cultura i la influència de les iniciatives que es prenen des de diferents instàncies (OMS, Ministeri, Departament de Salut i els proveïdors de serveis de salut).

En particular, potenciar la recerca en l'àmbit de les Ciències Infermeres. Avaluar la influència que les actuacions infermeres tenen sobre els indicadors relacionats amb la seguretat del pacient i que són sensibles a les intervencions que li són pròpies, ajudaria a mesurar la seva contribució a la seguretat dels pacients.

D'altra banda, aquest canvi cultural de la seguretat del pacient pot contribuir a que les infermeres pensin i actuïn d'una forma més crítica, més clínica, amb un lideratge més fort. Consolidar una línia de recerca infermera en el camp de la cultura de seguretat del pacient, donaria una major consistència i visibilitat a la contribució infermera a la seguretat del pacient.

El futur de l'atenció sanitària és incert, cal que les infermeres avaluin la seva contribució per a satisfer les necessitats dels pacients i garantir la seva seguretat. Desenvolupar projectes de recerca per fonamentar les pràctiques segures centrades en el pacient i basades en l'evidència, pot ajudar a progressar cap a una atenció més efectiva, més segura, més eficient i de major qualitat.



## **REFLEXIÓ FINAL**

En definitiva, els resultats d'aquest estudi mostren que cal una atenció urgent a:

- Practicar una gestió visible més orientada a la seguretat del pacient
- Millorar l'atribució del personal disponible i si cal, revisar els processos i els procediments que permetin alliberar temps del personal per poder-lo dedicar al pacient.
- Perseverar en l'aprenentatge organitzatiu i la millora contínua
- Desenvolupar una cultura més clara en l'enfocament no punitiu
- Centrar esforços en millorar els canvis de torn, les transicions a través de les diferents unitats, els processos d'acolliment als nous professionals i la coordinació entre les unitats i serveis
- Persistir en la promoció de les pràctiques segures, analitzar les barreres que impedeixen la seva disseminació i actuar amb fermesa front l'incompliment

Aquests són reptes importants per a totes les parts interessades, el directiu i el personal de primera línia i indirectament el pacient.

La mateixa enquesta de cultura i la seva difusió, crea consciència sobre el paper de la cultura de seguretat del pacient en la promoció d'un entorn més segur, i ben segur que això redundarà també en una millor percepció de la seguretat del pacient.



## 12. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Wagensberg J. Si la natura és la resposta, ¿quina era la pregunta? I uns altres cinc-cents pensaments sobre la incertesa. Tusquets Editors. Col·lecció L'Ull de Vidre. Barcelona. 2003
2. Morin E. El Método, Tomo 6. La Ética. Paris. 2004
3. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, . [Monografia en línia]. Agency for Healthcare Research and Quality. 2004. [Darrer accés 11 d'abril de 2013]. Disponible a: <http://www.ahrq.gov/legacy/qual/patientsafetyculture/hospcult.pdf>
4. OMS. La Investigación en Seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. [Monografia en línia]. OMS. 2008. [Darrer accés 11 d'abril de 2013]. Disponible a: [http://www.who.int/patientsafety/information centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf)
5. Ministerio de Salud y Consumo. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. [Monografia en línia]. Madrid: Ministerio de Salud y Consumo. 2008. [Darrer accés 11 d'abril de 2013]. Disponible a: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis\\_cultura\\_SP\\_ambito\\_hospitalario.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf)
6. Ministerio de Sanidad y Política Social .Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS Proyecto Séneca. Informe tecnico diciembre 2008. Informes, estudios e investigación [Monografia en línia]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. [Darrer accés 11 d'abril de 2013]. Disponible a: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>
7. RN4CAST España. (Seu Web) . [Darrer accés 13 abril 2013]. Disponible a: [http://www.rn4cast.eu/attachments/RN4CAST\\_May%202010%20Teresa%20Moreno.pdf](http://www.rn4cast.eu/attachments/RN4CAST_May%202010%20Teresa%20Moreno.pdf)
8. Càtedra de Gestió, direcció i Administració Sanitàries . UAB [Seu web] . [Darrer accés 13 abril de 2013] . Disponible a: [http://www.catedradegestiosanitaria.uab.es/cast/recerca/Estudi\\_entorn\\_organitzatiu\\_infermeres\\_a\\_Catalunya\\_2009.pdf](http://www.catedradegestiosanitaria.uab.es/cast/recerca/Estudi_entorn_organitzatiu_infermeres_a_Catalunya_2009.pdf)
9. Chantler C. The role and education of doctors in the delivery of health care. Lancet 1999 Apr 3; 353 (9159); 1178-81
10. Smith CM. Origin and uses of primum non nocere--above all, do no harm!. J Clin Pharmacol. 2005 Apr;45(4):371-7.
11. Kaska SC, Weinstein JN. Historical perspective. Ernest Amory Codman, 1869-1940. A pioneer of evidence-based medicine: the end result idea. Spine (Phila Pa 1976). 1998 Mar 1;23(5):629-33.
12. Nightingale F. Notes of Nursing: What Nursing Is, What Nursing is Not». Philadelphia, London, Montreal: J.B. Lippincott Co. 1946 reprint (Harrison & Sons) [En línia]. [Darrer accés 11 d'abril de 2013]. Disponible a: <http://www.archive.org/stream/notesnursingwhat00nigh#page/n5/mode/2up>
13. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición i métodos de evaluación. La prensa mexicana S.A. Mejico. 1983.
14. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. A report of the Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
15. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991;324:370-6. [Darrer accés 11 d'abril de 2013]. Disponible a: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240604>
16. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med 1991;324:377-84. [Darrer accés 11 d'abril de 2013]. Disponible a: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240605>
17. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and

- types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000;38:261-71.
18. Schimmel EM. The hazards of hospitalization. *Qual Saf Health Care* 2003; 12:58-64. [Darrer accés 11 d'abril de 2013]. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743667/>.
  19. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrisson BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian Health-Care Study. *Med J Aust* 1995;163:458-71.
  20. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001;322:517-9. Correcció a: *BMJ* 2001;322:1395.
  21. Davis P, Lay-Yee R, Schug S, Briant R, Scott A, Johnson S, et al. Adverse events regional feasibility study: indicative findings. [Resum]. *N Z Med J* 2001;114(1131):203-5.
  22. Davis P, Lay-Yee R, Schug S, Briant R, Scott A, Johnson S, et al. Adverse events regional feasibility study: indicative findings. [Resum]. *N Z Med J* 2001;114(1131):203-5.
  23. Baker RG, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *JAMC* 2004;170:1678-86. [Darrer accés 11 d'abril de 2013]. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC408508/>.
  24. Ministerio de Sanidad y Consumo .Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Informes, estudios e investigación. [Monografía en línia]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. [Darrer accés 11 d'abril de 2013]. Disponible a: <http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
  25. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en la atención primaria de salud. Informes, estudios e investigación. [Monografía en línia]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [Darrer accés 11 d'abril de 2013]. Disponible a: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio\\_apeas.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf)
  26. OMS [Seu Web]. [Darrer accés 10 de gener 2013] Disponible a: [www.who.int/entity/patientsafety/en/](http://www.who.int/entity/patientsafety/en/)
  27. OMS. WHA5518. Punt 13.9 de l'ordre del dia. 55 Assambla Mundial de la Salut. 18 de maig 2002. [Darrer accés 11 d'abril de 2013]. Disponible a: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA55/ewha5518.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf)
  28. OMS [Seu Web]. World Alliance for Patient Safety [Darrer accés 11 d'abril de 2013]. Disponible a : <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>
  29. OMS. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe técnico definitivo. Enero 2009. [Darrer accés 2 abril 2012]. Disponible a : [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
  30. Agency for Healthcare Research and Quality. [Seu web]. AHRQ. [Darrer accés 2 abril 2012]. Disponible a: <http://www.ahrq.gov/>
  31. Emmanuel L, Berwick D, Conway J et al. What is exactly is patient safety?. A: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 1: Assessment)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008 Aug. [Darrer accés 3 abril 2012] Disponible a: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43629/pdf/advances-emanuel-berwick\\_110.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43629/pdf/advances-emanuel-berwick_110.pdf)
  32. Salgado E. Prólogo. *Rev Calid Asist*; 2005 20: 49-50.
  33. Ministerio de Sanidad y política Social [Seu Web]. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud 2006. del [Darrer accés 14 maig 2012]. Disponible a: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad.html>
  34. Neva VF , Sorra JS . Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. desembre 2003, 12 Suppl 2: ii17-23.
  35. Ministerio de Sanidad y Política Social .Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. 36.[Monografía en línia]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. [Da37.rrer accés 3 abril 2012]. Disponible a: <http://38.www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/MOSPS.pdf>
  36. Ministerio de Sanidad y Política Social .La seguridad en los cuidados de los pacientes hospitalizados. Proyecto SENECA. [Monografía en línia]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social;2010. [Darrer accés 3 abril 2012] .Disponible a:

- <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ProyectoSENECA.pdf>
37. Aliança per la Seguretat dels Pacients a Catalunya [Seu web]. [Darrer accés 11 abril 2013]. Disponible a: [http://www.seguretatpacient.org/cms/index\\_staging.html](http://www.seguretatpacient.org/cms/index_staging.html)
  38. Kaissi A, An Organizational Approach to Understanding Patient Safety and Medical Errors Health Care Manag (Frederick). 2006 Oct-Dec;25(4):292-305.
  39. Mintzberg H. La estructuración de las organizaciones. Editorial Ariel. Barcelona. 1988
  40. Westrum R. A typology of organisational cultures. Qual Saf Health Care 2004;13(Suppl II):ii22-ii27. doi: 10.1136/qshc.2003.009522
  41. Kaissi A. "Learning" from other industries: lessons and challenges for health care organizations. Health Care Manag (Frederick). 2012 Jan;31(1):65-74.
  42. Hines S, Luna, K, Lofthus J, et al. Becoming a High Reliability Organization: Operational Advice for Hospital Leaders. (Prepared by the Lewin Group under Contract No. 290-04-0011.). AHRQ Publication No. 08-0022. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. April 2008. [Darrer accés 2 abril 2013] Disponible a: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/hroadvice/hroadvice.pdf>
  43. Reason J. Human error: models and Management. BMJ 2000;320:768-70.
  44. Emmanuel L, Berwick D, Conway J et al. What is exactly is patient safety?. A: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 1: Assessment). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008 Aug. [Darrer accés 11 abril 2013]. Disponible a: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43629/pdf/advances-emanuel-berwick\\_110.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43629/pdf/advances-emanuel-berwick_110.pdf)
  45. Grout J. Mistake-proofing the design of health care processes. (Prepared under an IPA with Berry College). AHRQ Publication No. 07-0020. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; May 2007. [Darrer accés 11 abril 2013]. Disponible a: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/mistakeproof/mistakeproofing.pdf>
  46. Agency for Healthcare Research and Quality, Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment, No. 43. AHRQ Publication No. 01-E058, [Monografia en línia]. July 2001. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. [Darrer accés 23 gener 2013]. Disponible a: <http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/chap1.htm>
  47. Pronovost P, D Needham, S Berenholtz et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. N Engl J Med. 2006 Dec 28;355(26):2725-32. Correccions: N Engl J Med. 2007 Jun 21;356(25):2660.
  48. Aranaz Andrés JM, Mollar Maseres JB, Gea Velázquez de Castro MT. Efectos adversos en el siglo XXI. La epidemia silenciosa. Monografías Humanitas 2005; 8: 59-70.
  49. Aibar C. La percepción del riesgo: del paciente informado al paciente consecuente. Monografías Humanitas 2005; 8: 43-58.
  50. The National Quality Forum. Safe practices for better healthcare 2006 update. Washington: The National Quality Forum; 2007. [Darrer accés 23 gener 2011]. Disponible a: <http://psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1588>.
  51. Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español. [Monografia en línia]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [Darrer accés 2 abril 2012] Disponible a: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Indicadores\\_buenas\\_practicas\\_SP\\_Resultados\\_medicion\\_hospitales\\_SNS.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Indicadores_buenas_practicas_SP_Resultados_medicion_hospitales_SNS.pdf)
  52. Ministerio de Sanidad y Consumo. Prácticas Seguras. Practicas seguras simples. Recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales. [Monografia en línia]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [Darrer accés 2 abril 2012] Disponible a: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/PracticasSegurasSimple\\_sversion.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/PracticasSegurasSimple_sversion.pdf)
  53. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente. [Monografia en línia]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. [Darrer accés 2 abril 2012] Disponible a: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Perspectiva\\_ciudadanos\\_SP.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Perspectiva_ciudadanos_SP.pdf)

54. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos . Cuestionario de Autoevaluación de la Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos en los Hospitales en su versión española. Adaptación del ISMP Medication Safety Self Assessment for Hospitals, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España) [En línia] [Darrer accés 2 abril 2012] Disponible a: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/cuestionario.pdf>
55. Woodward HI, Mytton OT, Lemer C, et al. What Have We Learned About Interventions to Reduce Medical Errors? *Annu Rev Public Health*. 2010;31:479-97.
56. Haynes A, Weiser T, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AS, et al. 2009. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N. Engl. J. Med*. 360:491-9.
57. Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias. [Seu web] [Darrer accés 8 abril 2012] . Disponible a : <http://www.semicyuc.org/temas/calidad/bacteriemia-zero>
58. Benn J, Burnett S, Parand A, Pinto A, Iskander S, Vincent C. Perceptions of the impact of a large-scale collaborative improvement programme: experience in the UK Safer Patients Initiative. *J Eval Clin Pract*. 2009 Jun;15(3):524-40.
59. Taylor SL, Dy S, Foy R et al. What context features might be important determinants of the effectiveness of patient safety practice interventions?. *BMJ Qual Saf* 2011;20:611-7. doi:10.1136/bmjqs.2010.049379.
60. Bañeres J, Caverro E, López L, Orrego C i Suñol R. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. [Monografía en línia]. Madrid: Ministerio de Salud y Consumo. [Darrer accés 11 abril 2012]. Disponible a: <http://www.seguridadelpaciente.es/recursos/documentos/sistemasregistronotificacionincidentesea.pdf>
61. Khon LT, Corrigan JM, Donaldson MS eds. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
62. Sari AB, Sheldon TA, Cracknell A, Turnbull A.. Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review. *BMJ*. 2007 Jan 13;334(7584):79. [Darrer accés 12 abril de 2012] Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1767248/?tool=pubmed>
63. Kingston MJ, Evans SE, Smith BJ i Berry JG. Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative análisis. *MJA*. 2004; 181: 36-9.
64. Sirio CA, Segel KT, Keyser DJ, Harrison EI, Lloyd JC, Weber RJ, Muto CA, Webster DG, Pisowicz V i Wolk Feinstein K. Pittsburgh Regional Healthcare Initiative: A Systems Approach For Achieving Perfect Patient Care. *Health Affairs*. 2003; 22(5):157-65.
65. SINASP [Seu web] . Madrid. [Darrer accés 20 novembre 2012] Disponible a: [https://www.sinasp.es/gestor/informe\\_pdf.php](https://www.sinasp.es/gestor/informe_pdf.php)
66. Sirio CA, Keyser DJ, Norman H, Weber RJ i Muto CA. Shared Learning and the Drive to Improve Patient Safety: Lessons Learned from the Pittsburgh Regional Healthcare Initiative. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin DI, editors. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 3: Implementation Issues)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005 Feb.
67. Kousgaard MB, Joensen AS, Thorsen T. Reasons for not reporting patient safety incidents in general practice: A qualitative study. *Scand J Prim Health Care*. 2012 Dec;30(4):199-205. doi: 10.3109/02813432.2012.732469
68. Vincent C, Stanhope N, Crowley-Murphy M. Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. *J Eval Clin Pract*. 1999;5:13-21. [PubMed: 10468380]
69. Kingston MJ, Evans SM, Smith BJ, Berry JG. Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *Med J Aust*. 2004 Jul 5;181(1):36-9.
70. Levine C. Life but no limb: the aftermath of medical error. *Health Aff (Millwood)* 2002;21(4):237-41. [Darrer accés 10 abril 2012]. Disponible a: <http://content.healthaffairs.org/content/21/4/237.full.pdf+html>
71. Mazor KM, SM Greene, D Roblin, CA Lemay, CL Firreno, Calvi J, et al. More than words: Patients' views on apology and disclosure when things go wrong in cancer care. *Patient Couns educ*. 2013; 90 (3) :341-6. doi: 10.1016/j.pec.2011.07.010. Epub 2011 Ago 6.
72. Ghalandarpoorattar SM, Kaviani A, Asghari F. Medical error disclosure: the gap between attitude and practice. *Postgrad Med J*. 2012; 88(1037):130-3. Epub 2012 Jan 25.
73. Fasler K. Integrating disclosure, patient safety and risk management activities. *J Healthc Risk Manag*. 2008;28(2):19-25.



74. Eaves-Leanos A, Dunn EJ. Open disclosure of adverse events: transparency and safety in health care. *Surg Clin North Am.* 2012;92(1):163-77.
75. Kraman SS, G Hamm. Risk Management: Extreme Honesty May Be the Best Policy. *Ann Intern Med.* 1999;131:963-7. [Darrer accés 10 abril 2012] Disponible a: <http://www.annals.org/content/131/12/963.long>
76. VHA Directive 2008-002. Disclosure of adverse events to patients. (January 18, 2008). [Darrer accés 10 abril 2012] Disponible a: [http://www.ethics.va.gov/docs/policy/VHA Directive 2008002 Disclosure of Adverse Events 20080118.pdf](http://www.ethics.va.gov/docs/policy/VHA_Directive_2008002_Disclosure_of_Adverse_Events_20080118.pdf)
77. Griffen FD. The impact of transparency on patient safety and liability. *Bull Am Coll Surg.* 2008 Mar; 93(3):19-23.
78. OMS. Declaración de Londres.OMS, [Darrer accés 11 abril 2013] Disponible a: [http://www.erronenmedicina.anm.edu.ar/pdf/pacientes/Declaracion\\_londres.pdf](http://www.erronenmedicina.anm.edu.ar/pdf/pacientes/Declaracion_londres.pdf)
79. OMS. [Seu Web]. Pacientes por la seguridad de los pacientes. [Darrer accés 11 abril 2012] Disponible a: [http://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/es/index.html](http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/es/index.html)
80. Ministerio de Salud y Consumo. [Seu web] [Darrer accés 10 abril 2012]. Disponible a: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Declaracion\\_pacientes.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Declaracion_pacientes.pdf)
81. Ministerio de Sanidad y Política Social. Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios: diseño y validación preliminar. [Monografía en línia]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. [Darrer accés 20 abril 2012]. Disponible a: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe\\_validacion\\_cuestionario.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe_validacion_cuestionario.pdf)
82. Ministerio de Sanidad y Consumo. Revisión bibliográfica sobre trabajos de costes de la "No seguridad del paciente". [Monografía en línia]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [Darrer accés 20 abril 2012]. Disponible a: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CostesNoSeguridadPacientes.pdf>
83. Huang DT, Clermont G, Kong L, Weissfeld LA, Sexton JB, Rowan KM, Angus DC. Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *Int J Qual Health Care.* 2010 Jun;22(3):151-61. doi: 10.1093/intqhc/mzq017. Epub 2010 Apr 9.
84. Mardon RE, Khanna K, Sorra J, Dyer N, Famolaro T. Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *J Patient Saf.* 2010 Dec;6(4):226-32. doi: 10.1097/PTS.0b013e3181fd1a00
85. Bosch M, Halfens RJ, van der Weijden T, Wensing M, Akkermans R, Grol R. Organizational culture, team climate, and quality management in an important patient safety issue: nosocomial pressure ulcers. *Evid Based Nursing cosmovisions.* 2011 Mar;8(1):4-14. doi: 10.1111/j.1741-6787.2010.00187.x.
86. Hansen LO, Williams MV, Singer SJ. Perceptions of Hospital Safety Climate and Incidence of Readmission. *Health Serv Res.* 2011 Apr;46(2):596-616. doi: 10.1111/j.1475-773.2010.01204.x.
87. Kirch DG, Boysen PG. Changing the culture in medical education to teach patient safety. *Health Aff (Millwood).* 2010 Sep;29(9):1600-4. doi: 10.1377/hlthaff.2010.0776.
88. Wakefield JG, McLaws ML, Whitby M, Patton L. Patient safety culture: factors that influence clinician involvement in patient safety behaviours. *Qual Saf Health Care* [Publicat en línia] 19 Agost 2010. doi: 10.1136/qshc.2008.030700.
89. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press, 2001. Citat per Neva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care.* Desembre 2003, 12 Suppl 2: ii17-23
90. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). [Seu web]. Patient Safety Network. [Darrer accés 20 abril 2012]. Disponible a: [http://psnet.ahrq.gov/popup\\_glossary.aspx?name=safetyculture](http://psnet.ahrq.gov/popup_glossary.aspx?name=safetyculture)
91. Singer SJ, Gaba DM, Falwell A, Lin S, Hayes J, Baker L. Patient safety climate in 92 US hospitals: differences by work area and discipline. *Med Care.* 2009;47(1):23-31.
92. Reiman T, Pietikäinen E, Oedewald P. Multilayered approach to patient safety culture. *Qual Saf Health Care* doi:10.1136/qshc.2008.029793.
93. Patient Safety Culture Instruments Used in Member States. The European Network for Patient Safety (EUNetPaS). 2007. pag. 70. [Darrer accés 29 març 2013]. Disponible a: <http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/file/PATH/CATALOGUE%20Use%20of%20>

- [20PSCI%20in%20MS%20-%20March%202010.pdf](#)
94. Patient Safety Culture Instruments Used in Member States. The European Network for Patient Safety (EUNetPaS). 2007. pag. 59. [Darrer accés 29 març 2013]. Disponible a: <http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/file/PATH/CATALOGUE%20Use%20of%20%20PSCI%20in%20MS%20-%20March%202010.pdf>
  95. Patient Safety Culture Instruments Used in Member States. The European Network for Patient Safety (EUNetPaS). 2007. pag. 41. . [Darrer accés 29 març 2013]. Disponible a: <http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/file/PATH/CATALOGUE%20Use%20of%20%20PSCI%20in%20MS%20-%20March%202010.pdf>
  96. Patient Safety Culture Instruments Used in Member States. The European Network for Patient Safety (EUNetPaS). 2007. pag. 100. . [Darrer accés 29 març 2013]. Disponible a: <http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/file/PATH/CATALOGUE%20Use%20of%20%20PSCI%20in%20MS%20-%20March%202010.pdf>
  97. The European Network for Patient Safety (EUNetPaS). Patient Safety Culture Instruments Used in Member States. The European Network for Patient Safety (EUNetPaS). 2007. pag. 73. . [Darrer accés 29 març 2013]. Disponible a: <http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/file/PATH/CATALOGUE%20Use%20of%20%20PSCI%20in%20MS%20-%20March%202010.pdf>
  98. Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey results, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2007; 20 (7) 620-32. . [Darrer accés 29 març 2013]. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1108/09526860710822752>
  99. Value Based Management.net [Seu web]. Schein E. Three Levels of culture. [Darrer accés 14 abril 2013] Disponible a : [http://www.valuebasedmanagement.net/methods\\_schein\\_three\\_levels\\_culture.html](http://www.valuebasedmanagement.net/methods_schein_three_levels_culture.html)
  100. Reiman T, Pietikäinen E, Oedewald P. Multilayered approach to patient safety culture. *Qual Saf Health Care* doi:10.1136/qshc.2008.029793. [Darrer accés 10 abril 2013] Disponible a: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2010/08/16/qshc.2008.029793.full.html#ref-list-1>
  101. Feng X, Bobay K, Weiss M. Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 63(3), 310–9.
  102. Schein EH. *Organizational culture and Leadership*. (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass 1992. Citat per Singer SJ, Falwell A, Gaba DM et alt. Identifying organizational cultures that promote patient safety. *Health Care Manage Rev*, 2009;34(4), 300-11
  103. Ostroff C, Kinicki AJ, Tamkins MM. Organizational culture and climate. In *Handbook of psychology: Vol. 12. Industrial and organizational psychology*. Hoboken, J: John Wiley & Sons, Inc. 2003. Citat per Singer SJ, Falwell A, Gaba DM et alt. Identifying organizational cultures that promote patient safety. *Health Care Manage Rev*, 2009;34(4), 300-11
  104. Schneider B, Bowen D. The service organization: Human resource management is crucial. *Organizational Dynamics*, 1993;21, 39–52. Citat per Singer SJ, Falwell A, Gaba DM et alt. Identifying organizational cultures that promote patient safety. *Health Care Manage Rev*, 2009;34(4), 300-311
  105. Trice, HM, Beyer J M. *The cultures of work organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc. 1993. Citat per Singer SJ, Falwell A, Gaba DM et alt. Identifying organizational cultures that promote patient safety. *Health Care Manage Rev*, 2009; 34(4), 300-311
  106. Schein EH. *Organizational culture and Leadership*. (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass. 1992. Citat per Singer SJ, Falwell A, Gaba DM et alt. Identifying organizational cultures that promote patient safety. *Health Care Manage Rev*, 2009, 34(4), 300-311.
  107. Speroff T, Nwosu S, Greevy R, et al. Organisational culture: variation across hospitals and connection to patient safety climate. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(6):592-6.
  108. Singer SJ, Falwell A, Gaba DM et alt. Identifying organizational cultures that promote patient safety. *Health Care Manage Rev*, 2009, 34(4), 300-311.
  109. Chen IC, Ng HF, Li HH. A multilevel model of patient safety culture: cross - level Chen IC relationship between organizational culture and patient safety behavior in Taiwan's hospitals. *Int J Health Plann Manage*. 2012 Jan-Mar;27(1):e65-82. doi: 10.1002/hpm.1095. Epub 2011 Jun 3.
  110. Health and Safety Commission (HSC). *Organizing for safety: Third report of the human factors study group of ACSNI*. Sudbury: HSE Books, 1993. Citat per Neva VF , Sorra J . Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. desembre 2003, 12 Suppl 2: ii17-23.

111. Sexton JB , Helmreich RL, Neilandset TB et alt. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res*. 2006 Apr 3;6:44.
112. Zohar D, Livne Y, Tenne-Gazit O, et al. Healthcare climate: a framework for measuring and improving patient safety. *Crit Care Med* 2007;35:1312e17.
113. Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SK, Park KC. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual Saf Health Care* 2003;12:112-118.
114. Flin R, C Burns, K Mearns, S Yule, E M Robertson. Measuring safety climate in health care. *Qual. Saf. Health Care* 2006;15;109-115.
115. Pronovost P, Weast B, Holzmueller CG et alt. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Qual Saf Health Care* 2003;12:405-410
116. Speroff T, Nwosu S, Greevy R, et alt . Organisational culture: variation across hospitals and connection to patient safety climate. *Qual Saf Health Care* 2010;19:592-596
117. Weingart SN, Farbstein K, Davis RB, et al. Using a multihospital survey to examine the safety culture. *Jt Comm J Qual Saf* 2004;30:125-32.
118. Walston SL, Al-Omar BA, Al-Mutari FA. Factors affecting the climate of hospital patient safety: a study of hospitals in Saudi Arabia. *Int J Health Care Qual Assur*. 2010;23(1):35-50.
119. Parker D. Managing risk in healthcare: understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). *J Nurs Manag*. 2009 Mar;17(2):218-22.
120. National Health Service [Seu web] Patient safety resources. Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). Acute. The University of Manchester. National Patient Safety Agency. 2006. [Darrer accés 11 abril 2013]. Disponible a: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59796>
121. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. 2005;14;364-366 *Qual. Saf. Health Care* 2005;14;364-6.
122. Fleming M: Patient safety culture measurement and improvement: a how to guide. *Healthcare Quarterly* 2005, 8:14-9.
123. Hellings J, Schrooten W, Klazinga NS, Vleugels A. Improving patient safety culture. *Int J Health Care Qual Assur*. 2010;23(5):489-506.
124. Stone PW, Harrison MI, Feldman P, et al. Organizational Climate of Staff Working Conditions and Safety—An Integrative Model. A: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, et al., editors. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 2: Concepts and Methodology)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005 Feb.
125. Flin R: Measuring safety culture in healthcare: a case for accurate diagnosis. *Safety Sci* 2007, 45 (6):653-667
126. Sorra JS, Dyer N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research* 2010, 10:199 .Darrer accés 6 abril 2013] Disponible a: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/199>
127. Agency for Healthcare Research and Quality .Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2012 User Comparative Database Report . Agency for Healthcare Research and Quality. [Darrer accés 21 d'abril 2013] Disponible a: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2012/>
128. Bagnasco A, Tibaldi L, Chirone P, Chiaranda C, Panzone MS, Tangolo D, Aleo G, Lazzarino L, Sasso L Patient safety culture: an Italian experience. *J Clin Nurs*. 2011 Apr;20(7-8):1188-95. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03377.x.
129. Smits M, Wagner C, Spreeuwenberg P, van der Wal G, Groenewegen PP. .Measuring patient safety culture: an assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level. *Qual Saf Health Care*. 2009 Aug;18(4):292-6.
130. Waterson P, Griffiths P, Stride C, Murphy J, Hignett S. . Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: findings from the UK. *Qual Saf Health Care*. 2010 Oct;19(5):e2. Epub 2010 Mar 8. [Darrer accés 21 d'abril 2013] Disponible a: <http://qualitysafety.bmj.com/content/19/5/e2.long>
131. Occelli P, Quenon JL, Hubert B, J et al. Development of a safety culture: initial measurements at six hospitals in France. *Healthc Risk Manag*. 2011;30(4):42-7.
132. Sarac C, Flin R, Mearns K, Jackson J. Hospital survey on patient safety culture:

- psychometric analysis on a Scottish sample. *BMJ Qual Saf.* 2011 Oct;20(10):842-8. doi: 10.1136/bmjqs.2010.047720. Epub 2011 Jun 20.
133. Olsen E. Ansattes oppfatninger av sykehusets sikkerhetskultur (Workers' perceptions of safety culture at a hospital). Abstract en ingles. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2007; 127(20): 2656-60 (article en norueg).
134. van Vegten A, Pfeiffer Y, Giuliani F, Manser T. Patient safety culture in hospitals: experiences in planning, organising and conducting a survey among hospital staff . [Abstract en angles]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2011;105(10):734-42 [article en alemany].
135. Reis CT ,Laguardia J, Martins M. Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: initial stage. [Abstract en angles]. *Cad Saude Publica.* 2012 Nov;28(11):2199-210.[article en portuguès].
136. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, et alt. . Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Serv. Res* 2011 Feb 24; 11:45.
137. Al-Awa B, Al Mazrooa A, Rayes O, et al. BS. Benchmarking the post-accreditation patient safety culture at King Abdulaziz University Hospital. *Ann Saudi Med.* 2012 Jan;32(2):143-50.
138. Chen IC, Li HH . Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Serv Res.* 2010 Jun 7;10:152.
139. Kim J, An K, Kim MK, Yoon SH. Nurses' perception of error reporting and patient safety culture in Korea. *West J Nurs Res.* 2007 Nov;29(7):827-44.
140. Ito S, Seto K, Kigawa M, Fujita S, Hasegawa T, Hasegawa T. Development and applicability of Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) in Japan. *BMC Health Serv Res.* 2011 Feb 7;11:28.
141. Gencat.cat [Seu web] Estrategia del Departament de salut de la Generalitat de Catalunya. Seguretat dels pacients. [Darrer accés 11 abril 2013]. Disponible a: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=947b67f94e1ae210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=947b67f94e1ae210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>
142. Alava F, Davins J, Elvira D et alt. L'estrategia en Seguretat del pacient a Catalunya. *Annals de Medicina* 2010; 93: 146-148.
143. Juan J. Gascón-Cánovas, Pedro J. Saturno, Pedro Pérez-Fernández, Inmaculada Vicente-López, Arantza González, José Martínez-Mas y Mar Saura. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. [Darrer accés 21 abril 2013]. Disponible a: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>
144. Ibáñez J. Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica. Madrid: Siglo XXI;1979. Citat per Gutiérrez J. Grupo de discusión: ¿Prolongación, variación o ruptura con el focus group?. *Cinta moebio* 41: 105-122. 2011. [Darrer accés 21 abril 2013]. Disponible a <http://www2.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/41/gutierrez.html>
145. Iñiguez Rueda L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención Primaria.* 1999; 23 (8):496-502.
146. Penalva C i Mateo MA. Tècniques qualitatives d'investigació. Departament de Sociologia II, Psicologia, Comunicació i didàctica. Alacant.Universitat d'Alacant; 2006. [Darrer accés 21 abril 2013]. Disponible a: [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/2466/1/Num77\\_Tecnicas\\_qualitativas.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/2466/1/Num77_Tecnicas_qualitativas.pdf)
147. Evolución de la implantación de prácticas seguras de utilización de medicamentos en los hospitales españoles (2007-2011). [Monografía en línia]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. [Darrer accés 21 abril 2013]. Disponible a: [http://seguridaddelpaciente.es/recursos/documentos/evolucion\\_practicas\\_seguras\\_medicamentos.pdf](http://seguridaddelpaciente.es/recursos/documentos/evolucion_practicas_seguras_medicamentos.pdf)
148. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA.* 2002 Oct 23-30; 288(16): 1987-93.
149. Aiken LH, Cimiotti JP, Sloane DM, Smith HL, Flynn L, Neff DF. Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *J Nurs Adm.* 2012 Oct;42(10 Suppl):S10-6.

150. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Aiken LH, Schaffert-Witvliet B, Sloane DM, De Geest S. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *J Qual Health Care*. 2008 Aug;20(4):227-37. doi: 10.1093/intqhc/mzn017. Epub 2008 Apr 24
151. Luxembourg Declaration on Patient Safety. [Darrer accés 10 de febrer de 2013]. Disponible a : <http://www.ehtel.org/activities/tasks-sources/ff-patient-safety-emedication/luxembourg-declaration-on-patient-safety>
152. Mannion R, Konteh FH, Davies HTO. Assessing organisational culture for quality and safety improvement: a national survey of tools and tool use. *Qual Saf Health Care* 2009;18:153–6. doi:10.1136/qshc.2007.024075
153. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care* 2003;12(Suppl II):ii17–ii23.
154. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *J Nursing Scholarsh*, 2010; 42:2, 156–65.
155. Waterson P, Griffiths P, Stride C, Murphy J, Hignett S.. Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: findings from the UK. *Qual Saf Health Care* 2010;19:e2. doi:10.1136/qshc.2008.031625
156. Robb G, Seddon M. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come?. *N Z Med J*. 2010 May 14;123(1314):68-78.
157. Sorra J, Famolaro T, Dyer N, et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2012 User Comparative Database Report. Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHS 290200710024C. AHRQ Publication No. 12-0017, January 2012. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. [Darrer accés 16 de febrer de 2013]. Disponible a : <http://www.ahrq.gov/qual/hospsurvey12/index.html>
158. Occelli P, Quenon JL, Hubert B, Kosciolk T, Hoarau H, Pouchadon ML, Amalberti R, Auroy Y, Salmi LR, Sibé M, Parneix P, Michel P. Development of a safety culture: initial measurements at six hospitals in France. *J Healthc Risk Manag*. 2011;30(4):42-7. doi: 10.1002/jhrm.20067
159. Smits M, Christiaans-Dingelhoff I, Wagner C, Wal Gv, Groenewegen PP. The psychometric properties of the 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' in Dutch hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2008 Nov 7;8:230. doi: 10.1186/1472-6963-8-230. . [Darrer accés 16 de febrer de 2013]. Disponible a : <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/230>
160. El-Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdan R. The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. *Int J Qual Health Care*. 2010 Oct;22(5):386-95. doi: 10.1093/intqhc/mzq047.
161. Fujita S, Seto K, Ito S, Wu Y, Huang CC, Hasegawa T. The characteristics of patient safety culture in Japan, Taiwan and the United States. *BMC Health Services Research* 2013, 13:20 doi:10.1186/1472-6963-13-20. [Darrer accés 16 de febrer de 2013]. Disponible a : <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/20>
162. Robb G, Seddon M. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come?. *N Z Med J*. 2010 May 14;123(1314):68-78.
163. Kho ME, Carbone JM, Lucas J, Cook DJ. Safety Climate Survey: reliability of results from a multicenter ICU survey. *Qual Saf Health Care*. 2005 Aug;14(4):273-8.
164. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Acta de la reunión Programa de Seguridad en las UCI del SNS: Bacteriemia Zero y Neumonía Zero. 12 noviembre 2012. Madrid. [Darrer accés 16 d'abril de 2013]. Disponible a : [http://www.semicyuc.org/sites/default/files/acta\\_reunion\\_29112012.pdf](http://www.semicyuc.org/sites/default/files/acta_reunion_29112012.pdf)
165. Jeong HJ , Pham JC , Kim M , Enginyer C , Pronovost PJ. Major cultural-compatibility complex: considerations on cross-cultural dissemination of patient safety programmes. *BMJ Qual Saf*. 2012 Jul;21(7):612-5. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000283. Epub 2012 Feb 10.
166. Blegen MA, Sehgal NL, Alldredge BK, Gearhart S, Auerbach AA, Wachter RM. Improving safety culture on adult medical units through multidisciplinary teamwork and communication interventions: the TOPS Project. *Qual Saf Health Care*. 2010 Aug;19(4):346-50. doi: 10.1136/qshc.2008.031252.
167. Listyowardojo TA, Nap RE, Johnson A. Variations in hospital worker perceptions of safety culture. *Int J Qual Health Care* 2012 Feb;24(1):9-15. doi: 10.1093/intqhc/mzr069.

168. Pfeiffer Y, Manser T. Development of the German version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: Dimensionality and psychometric properties. *Saf Sci.* 2010; (48):1452–62. doi:10.1016/j.ssci.2010.07.002
169. Hannah KL, Schade CP, Lomely DR, Ruddick P, Bellamy GR. Hospital Administrative Staff vs. Nursing Staff Responses to the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 2: Culture and Redesign)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Aug. [Darrer accés 10 de febrer de 2013]. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20626/>
170. Frankel A, Graydon-Baker E; Neppi C, Simmonds T, Gustafson M, Gandhi TK. Patient Safety Leadership WalkRounds . *Jt Comm J Qual Saf.* 2003 Jan;29(1):16-26. [Darrer accés 17 febrer de 2013]. Disponible a : <http://patientsafety.umc.edu/documents/LeadershipWalkRounds.pdf>
171. The Joint Comission [Seu web]. Sentinel Event Data Root Causes by Event Type 2004-2Q 2012. [Darrer accés 16 de febrer de 2013]. Disponible a: [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Root\\_Causes\\_Event\\_Type\\_2004\\_2Q2012.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Root_Causes_Event_Type_2004_2Q2012.pdf)
172. Farhan M, Brown R, Vincent C, Woloshynowych M. The ABC of handover: impact on shift handover in the emergency department. *Emerg Med J.* 2012 Dec;29(12):947-53. doi: 10.1136/emered-2011-200201. Epub 2011 Dec 28.
173. Farhan M, Brown R, Woloshynowych M, Vincent C. The ABC of handover: a qualitative study to develop a new tool for handover in the emergency department. *Emerg Med J.* 2012 Dec;29(12):941-6. doi: 10.1136/emered-2011-200199. Epub 2012 Jan 3. [Darrer accés 16 de febrer de 2013]. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3512350/>
174. Dingley C, Daugherty K, Derieg MK, Persing R. Improving Patient Safety Through Provider Communication Strategy Enhancements. A: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 3: Performance and Tools)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Aug. [Darrer accés 16 de febrer de 2013]. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43663/>
175. Klein S, McCarthy D. Johns Hopkins Medicine: Embedding Patient Safety in a University-Affiliated Integrated Health Care Delivery System. *Keeping the Commitment: Progress in Patient Safety* .[Monografia en línia]. Commonwealth Fund pub. 1474.2011. Vol 6. Correcció 29 maig 2012. . [Darrer accés 17 febrer de 2013] Disponible a: [http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Case%20Study/2011/Mar/1474\\_McCarthy\\_Johns\\_Hopkins\\_case\\_study\\_CORRECTED\\_05292012.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Case%20Study/2011/Mar/1474_McCarthy_Johns_Hopkins_case_study_CORRECTED_05292012.pdf)
176. Ralitsa BA, Bryan RC. Barriers to implementation of patient safety systems in healthcare institutions: leadership and policy implications. *J Patient Saf* 2005; 1: 9–16.
177. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JF. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Bournout, and Job Dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288 (16):1987-93
178. Needelman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-Staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med* 2002; 346(22):1715-22.
179. Kovner C, Gergen PJ. Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S hospitals. *J nurs Scholarsh* 1998; 30(4):315-321.
180. Mark BA, Harless DW, McCue M, Xu Y. A longitudinal examination of hospital registered nurse staffing and quality of care. *health Services Research* 2004; 39(2):279-300.
181. Cho SH, Ketefian S, Smith DG, Barkauskas VH. The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. *Nurs Res* 2003; 52(2):71-9.
182. Sasichay T, Scalzi CC, Jaward AF. The relationship between nurse staffing and patient outcome. *J Nurs Adm* 2003; 33(9):478-85.
183. Unruh L. Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals. *Med Care* 2003; 41(1):142-52.
184. Hughes RG, Clancy CM. Working Conditions That Support Patient Safety. *J Nurs Care Qual.* 2005; 4(20):289-92.
185. Clarke SP, Donaldson NE. Nurse Staffing and Patient Care Quality and Safety. A: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: A: Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 25. *Advances in Patient Safety*. [Darrer accés 16 de febrer de 2013]. Disponible a: <http://www.ahrq.gov/QUAL/nursesbdbk/>
186. Baldwin DC Jr, Daugherty SR, Tsai R, Scotti MJ Jr: A national survey of residents' self-

- reported work hours: thinking beyond specialty. *Acad Med* 2003, 78:1154-63.
187. Abdelhai R, Abdelaziz SB, Ghanem NS. Assessing Patient Safety Culture and Factors Affecting It among Health Care Providers at Cairo University. *J Am Sci* 2012;8(7):277-85. [Darrer accés 21 d'abril de 2013]. Disponible a: [http://www.jofamericanscience.org/journals/am-sci/am0807/043\\_9638am0807\\_277\\_285.pdf](http://www.jofamericanscience.org/journals/am-sci/am0807/043_9638am0807_277_285.pdf)
188. Hannah KL, Schade CP, Lomely DR, Ruddick P, Bellamy GR. Hospital Administrative Staff vs. Nursing Staff Responses to the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 2: Culture and Redesign)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Aug. [Darrer accés 10 de febrer de 2013]. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20626/>





## 13. ANNEXOS

### ÍNDEX D'ANNEXOS

	Pàg.
<b>Annex 1:</b> Qüestionari utilitzat i carta autorització Dr Gascón .....	305
<b>Annex 2:</b> Model de consentiment informat utilitzat .....	311
<b>Annex 3:</b> Permís del Gerent del CSI per desenvolupar la recerca.....	315
<b>Annex 4:</b> El lideratge de la Seguretat del Pacient .....	319
<b>Annex 5:</b> Un compromís per la seguretat del pacient. De la teoria a la acció. Juny 2010.....	329
<b>Annex 6:</b> Sessions Aprendre de l'experiència. 2012 .....	333
<b>Annex 7:</b> Detall de la distribució de les respostes a les 42 afirmacions.....	337
<b>Annex 8:</b> Mediane de les respostes a les 42 afirmacions.....	369
<b>Annex 9:</b> Taules de la regressió logística dels 42 ítems per les12 dimensions ...	389



**Annex 1.** Qüestionari utilitzat  
i autorització del Professor Gascon per fer l'adaptació al català de la  
versió al castellà del HSPSC.

## Qüestionari sobre la cultura de la seguretat del pacient

Aquest qüestionari és una traducció al català de l'adaptació feta pel Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad de l'Universitat de Múrcia, de la versió original de l' Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

### La teva opinió és important

Demanam la teva opinió sobre qüestions relacionades amb la seguretat dels residents i possibles incidents. Contestar-la tot just t'ocuparà 15 minuts

**Un incident** és qualsevol tipus d'error,

**La seguretat del pacient** són les activitats dirigides a prevenir possibles lesions o efectes adversos relacionats amb l'atenció sanitària.

Si una pregunta no s'ajusta a la feina que fas o no saps la resposta, si us plau marca la casella de l'última columna (No contesta o no sap)

**Un cop complimentat el qüestionari fica'l al sobre de resposta i diposita'l a la bústia que trobaràs en el teu centre de treball fins el 31 de març.**

**Durant l'últim trimestre del 2012 es faran públics els resultats a cada centre**

### Secció A: El seu Servei/Unitat

Sis plau, pensa en el servei/unitat on dediques més temps.

1. El personal es recolza mútuament
2. Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball
3. Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar
4. En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte
5. A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora
6. Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient
7. En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa
8. Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comés algun error, ho utilitzen en la teva contra
9. Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou
10. No es produeixen més fallades per casualitat
11. Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el companys
12. Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"
13. Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat
14. Treballem sota pressió per a realitzar massa coses massa despreses
15. Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient
16. Quan es comet un error, el personal te por que això quedi en el seu expedient

	Totalment en desacord	En desacord	Neutral	D'acord	Totalment d'acord	No contesta o no sap
1. El personal es recolza mútuament						
2. Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball						
3. Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar						
4. En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte						
5. A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora						
6. Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient						
7. En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa						
8. Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comés algun error, ho utilitzen en la teva contra						
9. Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou						
10. No es produeixen més fallades per casualitat						
11. Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el companys						
12. Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"						
13. Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat						
14. Treballem sota pressió per a realitzar massa coses massa despreses						
15. Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient						
16. Quan es comet un error, el personal te por que això quedi en el seu expedient						

17. En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"						
18. Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència						
19. El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient						
20. El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient						
treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient						
22. El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment						

**Secció B: El teu centre**

Indica, sis plau, el grau d'acord amb les següents afirmacions referides al teu centre

	Totalment en desacord	En desacord	Neutral	D'acord	Totalment d'acord	No contesta o no sap
23. La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient						
24. Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen be entre elles						
25. La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra						
26. Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament						
27. En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient						
28. Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats						
29. El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic						
30. La gerència/direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats						
31. La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient						
32. Els serveis/unitats treballen de forma coordinada entre si per a proporcionar la millor atenció possible als pacients						
33. Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.						

**Secció C: Comunicació en el teu servei/unitat**  
**Amb quina freqüència passen les següents circumstàncies en el teu servei/unitat de treball**

	Mai	Quasi mai	A vegades	Quasi sempre	Sempre	No contesta o no sap
34. Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme						
35. Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat						
36. Se'ns informa dels error que passen en aquest servei/unitat						
37. El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps						
38. En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar						
39. El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta						
40. Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient						

41. Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient  
 42. Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient


**Secció D: Informació complementària**

43. Valora, sis plau, de l'1 al 10, el grau de seguretat del pacient en el seu servei/unitat

<b>Mínima</b>											<b>Màxima</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	
<b>Seguretat</b>											<b>Seguretat</b>

44. Quin any vas començar a treballar en l'actual professió/especialitat? L'any 

--	--	--	--

  
 45. Quin any vas començar a treballar a aquest centre? L'any 

--	--	--	--

  
 46. Quin any vas començar a treballar en aquest servei/unitat? L'any 

--	--	--	--

  
 47. Quantes hores a la setmana treballes habitualment en aquest centre? .....hores/setmana.  
 48. Durant l'últim any. Quans incidents has notificat per escrit? .....incidents  
 49. En el teu lloc de treball mantens habitualment contacte directe amb els pacients? 1  **SI** 2  **NO**

50. Quin és el teu principal servei/unitat de treball al centre? Marca una sola resposta

- |  |  |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Anestesiologia/Reanimació | 10 <input type="checkbox"/> Diagnòstic per la Imatge |
| 2 <input type="checkbox"/> Cirurgia                  | 11 <input type="checkbox"/> Rehabilitació            |
| 3 <input type="checkbox"/> Unitats d'hospitalització | 12 <input type="checkbox"/> Servei d'urgències       |
| 4 <input type="checkbox"/> Farmàcia                  | 13 <input type="checkbox"/> UCI-SEMI                 |
| 5 <input type="checkbox"/> Medicina Interna          | 14 <input type="checkbox"/> Neurologia               |
| 6 <input type="checkbox"/> Obstetrícia i ginecologia | 15 <input type="checkbox"/> Respiratori              |
| 7 <input type="checkbox"/> Admissions                | 16 <input type="checkbox"/> Traumatologia            |
| 8 <input type="checkbox"/> Urologia                  | 17 <input type="checkbox"/> Cardiologia              |
| 9 <input type="checkbox"/> Oncologia                 | 18 <input type="checkbox"/> Altres. Especificar:     |

51. Quina és la seva posició laboral en el seu servei/unitat?. Marca només una sola resposta

- |   |  |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Gerència/direcció assistencials  | 9 <input type="checkbox"/> Metge resident          |
| 2 <input type="checkbox"/> Administratiu assistencial       | 10 <input type="checkbox"/> Llevadora              |
| 3 <input type="checkbox"/> Auxiliar d'Infermeria            | 11 <input type="checkbox"/> Llevadora resident     |
| 4 <input type="checkbox"/> Dietista                         | 12 <input type="checkbox"/> Tècnic                 |
| 5 <input type="checkbox"/> Infermera                        | 13 <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional  |
| 6 <input type="checkbox"/> Farmacèutic                      | 14 <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta         |
| 7 <input type="checkbox"/> Farmacèutic resident (estudiant) | 15 <input type="checkbox"/> Un altre, especifiqueu |
| 8 <input type="checkbox"/> Metge                            |  |

52. En quin centre treballes?. Marca només una sola resposta

- 1 Hospital Sant Joan Despi- Moises Broggi  
 2 Hospital General de l'Hospitalet  
 3 Hospital Sociosanitari de l'Hospitalet

53. Tens algun comentari addicional sobre la seguretat del pacient, equivocacions, errors o notificacions

**De:** "Juan J. Gascón " [mailto:gasconjj@um.es]  
**Enviado el:** lunes, 19 de noviembre de 2012 18:54  
**Para:** Lena Ferrus  
**Asunto:** Re: HSPSC

Estimada Lena: gracias por el interés mostrado en la versión adaptada al castellano del HSPSC. Puede contar con mi autorización para la traducción de este cuestionario al Catalán. La adaptación al castellano debería citarse como: Juan J. Gascón-Cánovas, Pedro J. Saturno, Pedro Pérez-Fernández, Inmaculada Vicente-López, Arantza González, José Martínez-Mas y Mar Saura. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

Un saludo,

Juan José Gascón Cánovas  
Profesor Titular  
Área de Medicina Preventiva y Salud Pública  
Universidad de Murcia

El 19/11/2012 16:24, Lena Ferrus escribió:

Buenos días Dr Gascón,  
En el año 2009 me puse en contacto con usted con el fin de pedirle autorización para traducir al catalán la versión adaptada al castellano del cuestionari HSPSC de la AHRQ. En su momento usted me la otorgó, pero lamentablemente tuve un incidente en mi ordenador y no encuentro el mail con su autorización.


Actualmente estoy en proceso de redactado final de mi tesis en la UB :*Anàlisi del clima i la cultura de la seguretat dels pacients en 3 hospitals abans i després d'una intervenció combinada.*

Para documentar su autorización debo adjuntar algún documento que acredite su autorización.  
¿Sería posible recibir de nuevo esta autorización?  
Cordialmente,

Lena Ferrús  
Responsable de l'Àrea de Seguretat del Pacient  
Consorci Sanitari Integral  
Avda. Josep Molins, 44  
08906 L'Hospitalet de Llobregat  
☎ 686 947 690 (1690)  
☎ 93.553.12.00 Ext.: 5421  
6 93 552 05 27

① [www.csi.cat](http://www.csi.cat)

✉ [Lena.Ferrus@sanitatintegral.org](mailto:Lena.Ferrus@sanitatintegral.org)

 Abans d'imprimir aquest Correu Electrònic, pensa bé si és necessari fer-ho. El Mediambient és cosa de tots.





**Annex 2.** Model de consentiment informat utilitzat en els grups de  
discussió.



## **ANALISIS DE LA CULTURA DE SEGURETAT DELS PACIENTS**

### **PROJECTE DE TESI**

**Programa de Doctorat en Ciències Infermeres**

**Universitat de Barcelona**

## **CONSENTIMENT INFORMAT**

L'objectiu d'aquest estudi és analitzar la cultura de seguretat dels pacients abans i després de les intervencions dirigides a promoure-la dins dels Hospitals del CSI.

Per completar l'anàlisi dels resultats de les dues enquestes (abans i després) és molt important conèixer la teva opinió com a persona implicada en l'assistència als pacients dels Hospitals CSI.

La sessió consistirà en realitzar una discussió ordenada amb els diferents professionals que hi assisteixin que permetrà fer una anàlisi contrastada i completa amb les diferents aportacions dels membres del grup .

En tot moment es garanteix l'anonimat i confidencialitat de les dades, així com la utilització de la informació solament pel fi que ha estat exposat.

En aquestes condicions consento participar en aquest estudi.

Nom i signatura del/la participant

Nom i signatura de la  
investigadora principal

.....

Lena Ferrús Estopà

Barcelona, 17 de octubre de 2012



### **Annex 3. Permís del Gerent per fer la recerca**





CIF: Q5856254G

Av. Josep Molins, 29-41  
08906 L'Hospitalet de Llobregat  
Tel. 93 333 00 97  
Fax 93 552 05 27

MIQUEL ARRUFAT VILA amb DNI 37.326.022-N en qualitat de Gerent del CONSORCI SANITARI INTEGRAL amb adreça i domicili social a l' Avinguda Josep Molins, 29-41 08906 de l'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) NIF Q-5856254-G

#### CERTIFICO

Que la Sra. Lena Ferrús i Estopà està autoritzada a utilitzar les dades dels resultats de les enquestes efectuades en el Consorci Sanitari Integral (2009, 2010 i 2012) per a realitzar la seva tesi doctoral.

I per a que així consti i tingui els efectes que corresponguin, signo el present certificat

L'Hospitalet de Llobregat, 16 de juliol 2012

Codi 827-5509

 Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

 **CatSalut**  
Servei Català  
de la Salut



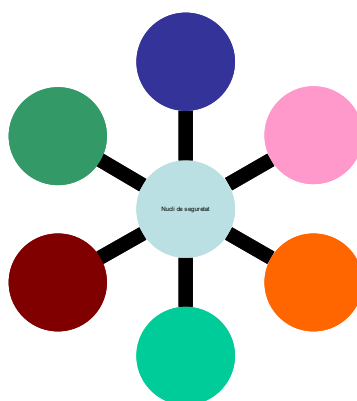


## **Annex 4. El lideratge de la Seguretat del Pacient**





## El lideratge de la Seguretat del Pacient (Proposta organitzativa) (versió abril 2010)



**ELS NOSTRES VALORS: Qualitat professional, Equip, Desenvolupament i Compromís**

## Introducció

El desenvolupament i la implantació d'una política eficient de gestió dels riscos per el pacient necessita, a més de la voluntat política, que hi hagin actuacions internes o externes a l'organització que motivin els professionals a implicar-se en el tema i per altra banda disposar d'uns recursos mínims en termes de temps i medis tècnics que possibilitin a aquests professionals una dedicació d'acord amb els objectius que es plantegin.

Cal que els màxims directius de cada centre s'impliquin en les polítiques de gestió dels riscos amb la finalitat **de fer efectiu l'objectiu estratègic** "Gestionar la seguretat dels malalts", dins de la línia estratègica d'excel·lència clínica i operativa i també amb la finalitat de **fer visible aquest recolzament** de la direcció -gerència als temes relacionats amb la seguretat del pacient,.

El que ens orienta en el moment de fer aquesta proposta és assegurar la màxima implicació de tota l'organització (des dels directius fins als diferents professionals) en l'orientació al client<sup>a</sup> finalitat última de l'objectiu de seguretat del pacient.

Les diferents iniciatives<sup>b</sup> que s'han dut a terme en els diferents centres del CSI dirigides a gestionar, coordinar o fer un seguiment dels temes lligats a la seguretat del pacient han estat fruit del interès en fer efectiva l'estratègia definida a la planificació estratègica 2009-2011. Tot i així el temps, les reflexions entre les persones vinculades a aquest objectiu estratègic i la maduració i contrast d'idees, han permès valorar que la clau per a fer efectiva l'estratègia de seguretat del pacient està en el *Lideratge* institucional de la gestió de riscos/Seguretat del pacient a través d'un orgue específic de supervisió de la seguretat del pacient en els centres i de la presa de decisions des del nivell més alt de l'estructura organitzativa de cada centre.

La gestió del risc clínic té dos enfocaments clarament diferents:

- **La gestió reactiva** dels riscos, que es basa en un incident que s'ha produït i es tracta d'analitzar-ne les causes i de buscar les solucions per a limitar les seves conseqüències i evitar la seva reparació
- **La gestió proactiva**, es basa en prevenir els incidents eventuals abans de que ocorrin, fent una anàlisi preliminar dels riscos i prenent les mesures adients per tal d'evitar-los.

---

<sup>a</sup> Orientar-se al client vol dir, entre altres coses, vetllar per la seva seguretat quan està en contacte amb la nostra organització a través de qualsevol dels seus processos.

<sup>b</sup> La creació de la Unitat funcional de seguretat el pacient, la creació de figures dedicades en exclusiva a aquest tema en algun centre, la decisió de crear la figura de responsable de l'Àrea de seguretat del pacient a nivell del CSI i la creació de comissions o nuclis de seguretat en algun centre

## Estructura organitzativa

Es proposen diferents òrgans a nivell del CSI lligats a la gestió de la seguretat del pacient, de cara a organitzar i definir els àmbits de responsabilitat en aquest tema :

Òrgan de gestió	Nivell jeràrquic	Funcions
Comitè executiu de Seguretat del pacient del CSI	Institucional	Es el responsable de la seguretat del pacient i de la gestió de riscos a l'organització
Comitè de direcció de Seguretat del pacient del Centre	Institucional	Responsable a nivell de centre del desplegament i seguiment de les estratègies de les estructures i sistemes que assegurin les funcions de la gestió de la seguretat del pacient
Coordinador/a de la Seguretat del pacient per centre	Institucional	Ser responsable de la coordinació de la gestió diària de riscos del pacient dins del centre
Nucli o Comissió de seguretat del pacient del centre	Multidisciplinari, assessor representatiu	Compartir i coordinar a nivell de centre les iniciatives que es duen a terme en temes de seguretat del pacient
Unitat Funcional de Seguretat del Pacient a nivell del CSI	Institucional	Revisar la definició i el manteniment d'un sistema intern de control i gestió de riscos a nivell del CSI

## Comitè executiu de Seguretat dels Pacients del CSI

Està compost per tots els membres del comitè executiu<sup>a</sup>.

El seus objectius són:

- Definició general de la política i estratègia de gestió de la seguretat del pacient i de la seva posta en marxa.
- Discutir les orientacions estratègiques i alinear els processos de l'organització en relació a la seguretat del pacient.
- Definir els medis (financers, humans, tècnics, etc) que s'han de dedicar a la gestió dels riscos

<sup>a</sup> A efectes pràctics és el mateix comitè executiu

- Fer un seguiment trimestral dels indicadors del pla estratègic

### **Comitè Direcció de seguretat del pacient del centre**

Creació a nivell de centre d'un Comitè de seguretat compost per membres de l'equip directiu del centre i també n'és membre el Responsable de la gestió de riscos (del pacient) del centre.

Es pot valorar la conveniència de que, en el centre que hi hagi una figura de coordinació de la qualitat, donada la vinculació que hi ha entre la seguretat i la qualitat, també formi part d'aquest comitè.

La missió principal del Comitè de seguretat és

- Desplegar i realitzar el seguiment de les estratègies corporatives de en seguretat del pacient
- Prioritzar i operativitzar les accions a posar en marxa d'acord a les orientacions estratègiques del Comitè executiu del CSI
- Realitzar el seguiment dels estàndards d'assistència vinculats a la seguretat dels pacients
- Seguir el desenvolupament dels projectes en actiu i els indicadors sobre seguretat del pacient dels diferents processos
- Analitzar els informes derivats del SINASP i l'ScamP i presa de decisions que se'n derivin
- Decidir les inversions o l'adjudicació de recursos en termes de temps de les persones, materials o inversions previ a escoltar les aportacions del Responsable de la seguretat del pacient..
- Assegurar-se del compliment dels requisits legals
- Analitzar i prioritzar els riscos i plans d'acció abans i els incorporen en els plans d'acció corporatius
- Elaborar els informes pertinents relatius als motius del incompliment dels plans o de no haver assolit les metes prèvies pel seguiment del pla estratègic
- Assumir la responsabilitat de l'aprovació i la signatura de les polítiques professionals i els protocols.

### **Responsable de la l'Àrea de Seguretat del pacient per centre**

És un professional del centre que en funció de la grandària i dels objectius que es proposin haurà de tenir temps reconegut per a dedicar-se a les funcions que es deriven del seu rol dins de l'organització que són:

- Coordinació dels projectes o plans de seguretat del pacient que es deriven de les propostes que arribin a través del Departament de Salut o les societats científiques avalades pel propi Departament o pel Ministeri i/o

---

<sup>a</sup> A efectes pràctics es el comité de direcció del centre

que siguin acordats pel Comitè Executiu de Seguretat del Pacient del CSI i desplegats en el centre.

- Interlocució entre el Centre i l'Àrea de Seguretat del Pacient a nivell del CSI
- Gestor del SiNASP o de l'ScamP (Sistemes de Notificació, Aprenentatge i Millora per a la Seguretat del Pacient)
- Anàlisis d'incidents i de notificacions recolzat per diferents membres del Nucli de Seguretat.
- Tramesa d'informació als notificants, al Comitè de seguretat i al Nucli de seguretat
- Rebre informació per part dels comitès lligats a la Seguretat del pacient<sup>a</sup>
- Elaboració d'informes pel Nucli de seguretat i per les diferents unitats i serveis.
- Seguiment de totes les accions inherents a cada pla de seguretat
- Fer el seguiment i avaluar sistemàticament els plans posats en marxa, i fer propostes de redireccionament si s'escau
- Des de la perspectiva de la seguretat del pacient, col·laborar en l'avaluació dels processos que estan en control i en la definició dels processos que encara no hi estan.
- Forma part de la Unitat Funcional de Seguretat del Pacient a nivell del CSI.
- Coordinar les accions dirigides a promoure la cultura de seguretat del pacient promogudes a nivell institucional.
- Consultar experts externs o interns (si s'escau) per completar els anàlisis dels EA i aportar-ho en el Nucli, al comitè de direcció de Seguretat del Centre i a la UFSP.

A la pràctica resulta difícil per als professionals que s'impliquin i es concentrin en varis temes a la vegada, és per això que és convenient que tingui un temps reconegut a la dedicació que li comportin aquestes funcions.

### **Nucli/Comissió de Seguretat del pacient per Centre**

Aquesta comissió està formada per diferents professionals del centre que estan vinculats en projectes actius de seguretat del pacient (el nombre de membres es determinarà en cada centre, però el mínim de membres hauria de ser 3)

Les seves funcions principals són:

- Contribuir a detectar riscos de forma activa
- Donar suport científic i tècnic davant d'esdeveniments adversos o riscos que s'analitzen des del seu marc d'actuació professional
- Proposta de barreres per tal d'evitar que els riscos repercuteixin en la seguretat dels pacients

---

<sup>a</sup> Les comissions que determina el Manual d'Accreditació de Centres d'Atenció Hospitalària Aguda a Catalunya són: Terapèutica farmacològica, Infeccions, Transfusions, Documentació clínica i confidencialitat, Tumors, teixits i mortalitat, Deontologia/Bioètica, Qualitat i Seguretat i gestió de riscos.

- Col·laboració en l'anàlisi de tots els protocols i procediments dels centres des de la perspectiva de la seguretat del pacient
- Suport a les auditories de compliment de les pràctiques segures derivades dels plans de seguretat posats en marxa
- Proposar accions per a corregir problemes recurrents identificats a través de queixes dels professionals i els incidents
- Donar suport a l'avaluació dels estàndards d'assistència sobre seguretat del pacient

### **Unitat Funcional de Seguretat del Pacient del CSI**

Aquesta unitat estarà composta per tots els Responsables de l'Àrea de Seguretat del pacient de cada centre i per el/la Responsable de l'Àrea de Seguretat del Pacient del CSI

Les seves funcions principals son:

- Anàlisi secundari dels riscos i dels efectes adversos en els diferents centres del CSI a partir dels informes aportats per cada responsable de seguretat del centre
- Sol·licitud d'anàlisi complementari al Nucli del centre si s'escau
- Consulta eventual a experts
- Promoure activitats formatives i divulgatives
- Definir el programa de formació continua sobre metodologia i sobre practiques segures amb clara evidència.
- Coneixer els programes de formació i la participació obtinguda en les activitats formatives sobre temes de Seguretat del Pacient, obligatòries o no que siguin implementades a cada centre.
- Suport metodològic a tots els professionals
- Coordinar els plans de seguretat a nivell del CSI
- Compartir experiències i millors practiques
- Fer propostes d'adhesió a projectes governamentals (autonòmic o estatal) sobre seguretat del pacient
- Elaboració i tramesa d>alertes institucionals a les àrees implicades.
- Suport a l'anàlisi dels EA i a la realització d'anàlisis prospectius (AMFE) o retrospectius (ACR)
- Seguiment de l'ús del SiNASP i de l'ScamP.

### **Responsable de l'Àrea de Seguretat del Pacient del CSI**

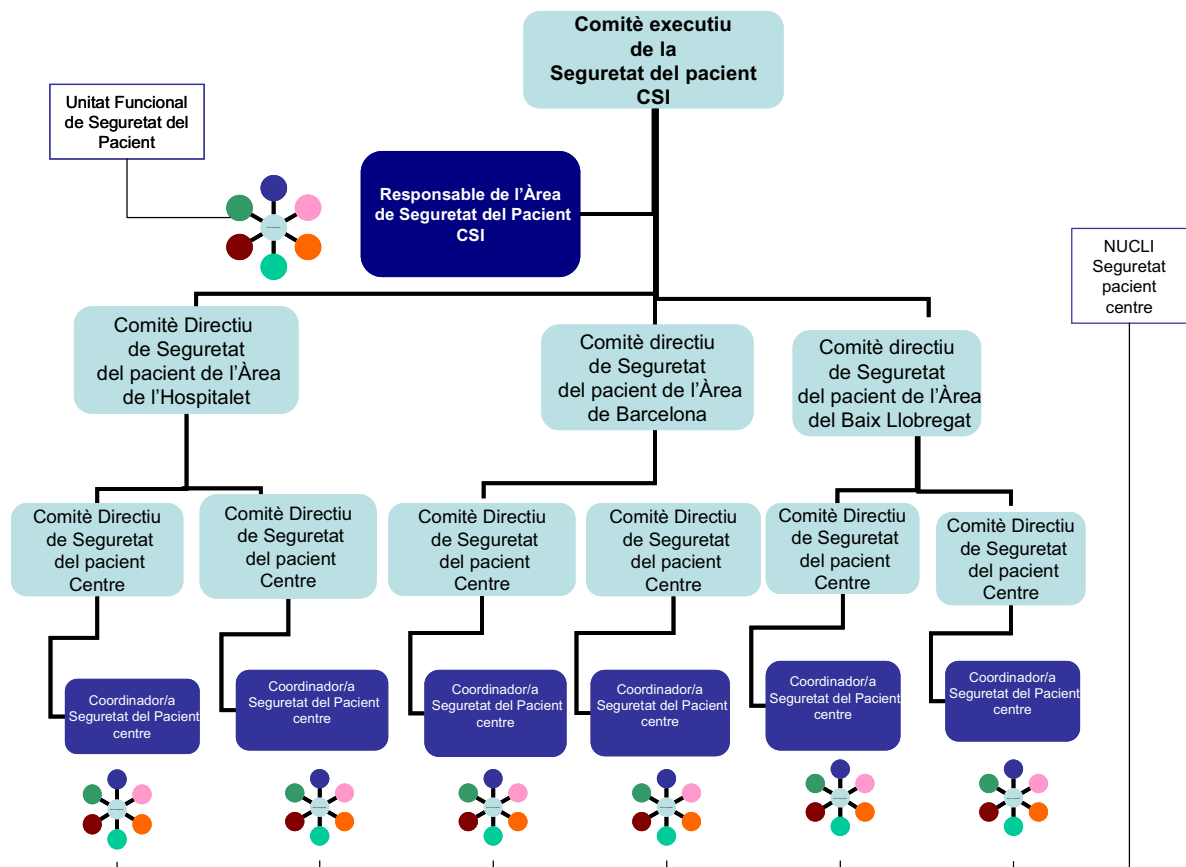
Està integrada dins l'equip de la Direcció d'Organització i Planificació del CSI

- Impulsar les polítiques de seguretat del pacient que emanen de la Planificació estratègica i del Comitè Executiu de Gestió de Riscos del pacient a nivell del CSI
- Liderar les accions dirigides a la millora de la seguretat del pacient a nivell del CSI



- Proposar iniciatives i recolzar els esforços que es facin a nivell de cada centre
- Fer un seguiment dels resultats comparant-los amb els objectius assignats
- Fer benchmarking en relació a les millors practiques lligades a la seguretat dels pacients
- Reportar al Comitè executiu de seguretat del pacient del CSI
- Impulsar, coordinar, analitzar i reportar en relació a l'enquesta de cultura de seguretat del CSI
- Promoure accions dirigides al progrés de la cultura de seguretat del pacient: Enfocament no punitiu,
- Actuar de facilitador i referent entre els centres i els projectes col·laboratius relatius a la seguretat del pacient
- Contribuir a assegurar la coherència entre les orientacions estratègiques i les accions que es desenvolupen en els centres
- Actua de referent i es el responsable del manteniment, actualització i funcionalitat del sistema de notificació d'esdeveniments adversos o incidents a nivell del CSI
- Explota les dades enregistrades en el sistema de notificació des de la perspectiva del CSI, sempre en estreta relació amb els responsables de l'àrea de seguretat de cada centre.

## Esboç del diagrama organitzatiu de la Seguretat del pacient





**Annex 5.** Un compromís per la seguretat del pacient. De la teoria a la  
acció. Juny 2010



## Un compromís per LA SEGURETAT DEL PACIENT: de la teoria a l'acció

Observança dels procediments normalitzats	Garantir una formació vàlida i actualitzada	Comunicació i treball en equip eficaç entre els professionals sanitaris
<ul style="list-style-type: none"><li>Elaboració de procediments crítics que es derivin del SiNASP i ScamP a més de: Hospitalització, medicació, cirurgia segura.</li><li>Assegurar que els coneguin els professionals</li><li>Crear barreres per evitar que es tornin a produir els fets notificats</li><li>Realitzar auditories d'aplicació i retorn als professionals</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Aplicar criteris d'atribució del personal de nova incorporació (PNI) als llocs de treball, assegurant la competència per el lloc que ocupen i que no superin el 50%</li><li>Creació de la figura del mentor</li><li>Implantació d'un sistema d'avaluació de les habilitats específiques i procediments tècnics per professions i llocs de treball, fer-ne un registre i seguiment</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Implantar la sistematització i estandardització dels canvis de torn.</li><li>Establir i implantar la doble identificació en procediments crítics (*).</li><li>Definir i implantar la l'estandardització de la informació fonamental de les transicions entre centres i serveis.</li><li>Fometar la cultura d'ATURAR davant el risc d'EA</li></ul> <p>(*) Pendent definir els procediments crítics per cada procés de forma homogènea a tot el CSI</p>
Etiquetat i ús correcte dels medicaments i precisió de les histories clíniques	Participació i perspectiva dels pacients	
<ul style="list-style-type: none"><li>Formació en els riscos de l'ús dels medicaments</li><li>Posar mesures de gestió visual que adverteixin dels riscos en els mateixos pac o calaixos</li><li>ACCIÓ ELECTRÒLITS: diluïts o emmagatzematge per separat</li><li>Logística a favor d'alliberar temps dels professionals (suport als clínics, avisos i alertes)</li><li>Compra única i alertes unificades</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Estudiar el desplegament a diferents nivells del pacient expert:<ul style="list-style-type: none"><li>Crear una web que ens permeti donar accés als nostres pacients i que contingui informació escollida o elaborada i orientada pels professionals del CSI</li></ul></li><li>Avançar en la elaboració de trajectòries clíniques paral·leles pels pacients .</li><li>Formació als professionals sobre la integració del pacient a les cures i en l'escolta activa</li></ul>	



## **Annex 6. Sessions Aprendre de l'experiència. 2012**





Durant el 2011-2012 es van fer sessions generals dedicades a la presentació d'experiències sobre seguretat dels pacients. Aquests són alguns dels cartells convidant a l'assistència:

**Consorci Sanitari Integral**  
Hospital General de l'Hospitalet

**PRESENTACIÓ DE CASOS RELACIONATS AMB LA SEGURETAT DEL PACIENT**  
**APRENDRE DE L'EXPERIÈNCIA**

A càrrec de:  
Sra. Lena Ferrús (*Responsable Àrea Seguretat Pacient*)  
Dra. Assumpta Ricart (*Cap Servei d'Urgències CSI*)  
Dra. Assumpta Rovira (*Cap Servei d'UCI HGH*)

Cloenda de l'acte: **Dra. Maria Rotllan (Directora de Centres)**

**Dijous, 9 de FEBRER de 2012**  
**13.30 hores**  
**SALA D'ACTES HGH**

**APRENDRE DE L'EXPERIÈNCIA**  
**PRESENTACIÓ DE CASOS RELACIONATS AMB LA SEGURETAT DEL PACIENT en el Bloc quirúrgic**

A càrrec de:  
*Responsable Àrea Seguretat Pacient*  
*(Cap de Servei Anestesiologia i Reanimació)*  
*(Cap de Servei Cirurgia General)*  
*(Adjunt de Servei Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia)*  
Sra. Yolanda Piñol (*Gestora procés Intervènia quirúrgicament HGH*)  
Dr. Jordi Vilarasau (*Gestor del procés Assistència quirúrgica*)

Cloenda de l'acte: **Dra. Maria Rotllan (Directora de Centres)**

**Dijous, 28 de MARÇ de 2012**  
**08:00 hores (durada prevista 50')**  
**Hospital General de l'Hospitalet**

**Consorci Sanitari Integral**  
Hospital General de l'Hospitalet

**APRENDRE DE L'EXPERIÈNCIA**  
**PRESENTACIÓ DE CASOS RELACIONATS AMB LA SEGURETAT DEL PACIENT en el Bloc quirúrgic**

A càrrec de:  
Sra. Lena Ferrús (*Responsable Àrea Seguretat Pacient*)  
Dr. Josep Masdeu (*Cap de Servei Anestesiologia i Reanimació*)  
Dr. Pedro Barrios (*Cap de Servei Cirurgia General*)  
Dr. J Miquel Sales (*Adjunt de Servei Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia*)  
Sra. Yolanda Piñol (*Gestora procés Intervènia quirúrgicament HGH*)  
Dr. Jordi Vilarasau (*Gestor del procés Assistència quirúrgica*)

Cloenda de l'acte: **Dra. Maria Rotllan (Directora de Centres)**

**Dijous, 19 de Abril de 2012**  
**08:00 hores (durada prevista 50')**  
**Sala d'Actes Hospital**

**Consorci Sanitari Integral**  
Hospital General de l'Hospitalet

**APRENDRE DE L'EXPERIÈNCIA**  
**PRESENTACIÓ DE CASOS RELACIONATS AMB LA SEGURETAT DEL PACIENT en el Bloc quirúrgic**

A càrrec de:  
Sra. Lena Ferrús (*Responsable Àrea Seguretat Pacient*)  
Dr. Pedro Barrios (*Cap de Servei Cirurgia General*)  
Sra. Inma Garçon (*Gestora procés Intervènia quirúrgicament*)  
Dr. Josep Masdeu (*Cap de Servei Anestesiologia i Reanimació*)  
Dr. J Miquel Sales (*Adjunt de Servei Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia*)  
Dr. Isidre Martí (*Àrea de Seguretat del Pacient*)  
Dr. Jordi Vilarasau (*Gestor del procés Assistència quirúrgica*)

Cloenda de l'acte: **Dra. Maria Rotllan (Directora de Centres)**

**Divendres, 17 de FEBRER de 2012**  
**08:00 hores (durada prevista 50')**  
**Auditori Hospital Sant Joan Despi**



**Annex 7.** Detall de la distribució de les respostes a les 12 dimensions  
i a les 42 afirmacions



**Taula 84:** Percentatge de respostes i significació estadística per cada una de les dimensions centre i tot el CSI

Dimensió		ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			p
		Negatiu	Neutra	Positiu	Negatiu	Neutra	Positiu	
1.FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS	CSI	23,2%	28,3%	48,5%	17,6%	33,0%	49,3%	ns
	HSJD	19,2%	30,9%	49,9%	16,2%	34,0%	49,7%	ns
	HGH	25,0%	27,4%	47,6%	18,7%	30,6%	50,7%	ns
	HSH	29,2%	22,5%	48,3%	23,2%	34,7%	42,0%	ns
2.PERCEPCIÓ DE SEGURETAT	CSI	42,6%	20,3%	37,0%	38,4%	20,7%	40,9%	ns
	HSJD	38,8%	23,4%	37,8%	41,7%	19,7%	38,6%	ns
	HGH	46,0%	18,7%	35,3%	32,0%	22,8%	45,2%	p<0,05
	HSH	41,3%	16,1%	42,6%	38,3%	20,2%	41,5%	ns
3.ESPECTATIVES/ ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/ SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT	CSI	14,1%	20,8%	65,1%	16,2%	21,6%	62,2%	p<0,05
	HSJD	8,2%	17,4%	74,4%	18,2%	21,1%	60,7%	P<0,05
	HGH	16,7%	23,4%	59,9%	11,6%	21,6%	66,7%	ns
	HSH	24,5%	21,4%	54,1%	18,7%	25,1%	56,3%	ns
4.APRENENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ	CSI	21,7%	27,1%	51,2%	17,7%	26,6%	55,7%	ns
	HSJD	19,1%	25,8%	55,0%	20,9%	27,4%	51,7%	ns
	HGH	22,3%	28,0%	49,6%	12,5%	26,8%	60,6%	ns
	HSH	28,6%	27,6%	43,8%	14,6%	20,3%	65,1%	ns
5.TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI	CSI	13,5%	12,7%	73,8%	12,7%	16,6%	70,7%	ns
	HSJD	15,2%	11,7%	73,1%	12,4%	16,1%	71,5%	ns
	HGH	12,7%	12,9%	74,4%	12,8%	17,2%	70,0%	ns
	HSH	10,6%	15,0%	74,4%	15,0%	17,6%	67,4%	ns
6.FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ	CSI	25,8%	21,6%	52,6%	18,1%	32,8%	49,1%	p<0,05
	HSJD	22,2%	25,6%	52,3%	17,5%	34,8%	47,7%	p<0,05
	HGH	26,9%	19,9%	53,2%	19,1%	30,3%	50,6%	ns
	HSH	34,4%	15,1%	50,5%	18,5%	28,3%	53,2%	ns
7.FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS	CSI	26,0%	17,8%	56,2%	15,3%	31,1%	53,6%	p<0,05
	HSJD	22,6%	20,4%	57,0%	14,7%	31,6%	53,6%	ns
	HGH	26,8%	17,6%	55,7%	16,5%	30,3%	53,2%	ns
	HSH	34,2%	10,0%	55,8%	15,2%	29,8%	55,1%	ns
8.RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS	CSI	29,9%	22,5%	47,6%	27,2%	22,1%	50,7%	ns
	HSJD	27,9%	23,4%	48,7%	28,2%	23,7%	48,2%	ns
	HGH	30,4%	21,8%	47,7%	23,0%	20,6%	56,5%	ns
	HSH	35,4%	21,9%	42,7%	35,2%	16,9%	47,9%	ns
9.DOTACIÓ DE PERSONAL	CSI	64,7%	13,1%	22,2%	59,3%	16,4%	24,2%	ns
	HSJD	53,6%	16,9%	29,4%	61,4%	16,1%	22,5%	p<0,05
	HGH	71,7%	10,7%	17,6%	53,8%	18,1%	28,1%	p<0,05
	HSH	73,7%	9,4%	16,9%	63,8%	13,4%	22,7%	ns
10.SUPORT GERÈNCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT	CSI	44,3%	29,1%	26,7%	40,9%	31,1%	28,0%	ns
	HSJD	33,5%	30,9%	35,6%	46,2%	31,1%	22,7%	p<0,05
	HGH	53,2%	28,8%	18,0%	33,6%	30,5%	35,8%	p<0,05
	HSH	43,3%	22,8%	33,9%	30,2%	33,5%	36,3%	ns
11.TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS	CSI	27,6%	28,3%	44,2%	28,1%	27,5%	44,4%	ns
	HSJD	26,1%	26,1%	47,7%	34,1%	28,4%	37,5%	p<0,05
	HGH	28,9%	29,8%	41,4%	18,8%	27,5%	53,7%	p<0,05
	HSH	26,9%	29,4%	43,8%	20,3%	22,5%	57,1%	ns
12.PROBLEMES CANVIS DE TORN/TRANSICIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS	CSI	33,4%	24,0%	42,5%	32,4%	26,4%	41,2%	ns
	HSJD	35,9%	23,9%	40,2%	36,9%	26,6%	36,5%	ns
	HGH	19,0%	19,5%	36,5%	15,9%	20,4%	38,6%	ns
	HSH	48,9%	20,2%	30,9%	37,3%	22,4%	40,3%	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Witney

**Taula 85:** Percentatge de respostes i significació estadística per cada de les dimensions de cultura de seguretat del pacient segons el moment de l'enquesta, per grup professional i tot el CSI

Dimensions	Moment PRE			Moment POST			p	
	Negatiu	Neutra	Positiu	Negatiu	Neutra	Positiu		
1.FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS	CSI H's	23,2%	28,3%	48,5%	17,6%	33,0%	49,3%	ns
	Metges	23,7%	29,5%	46,8%	17,2%	25,4%	57,3%	ns
	Infermeria	24,6%	25,8%	49,6%	18,3%	36,8%	44,9%	p<0,05
	Altres prof	15,2%	31,8%	53,0%	13,0%	31,2%	55,7%	ns
2.PERCEPCIÓ DE SEGURETAT	CSI H's	42,6%	20,3%	37,0%	38,4%	20,7%	40,9%	ns
	Metges	41,5%	24,6%	33,8%	39,2%	19,0%	41,8%	ns
	Infermeria	46,4%	15,9%	37,7%	41,3%	19,3%	39,4%	ns
	Altres prof	29,3%	30,4%	40,3%	27,0%	25,8%	47,3%	ns
3.ESPECTATIVES/ ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/ SUPERVISIÓ A FAVOR LA SP	CSI H's	14,1%	20,8%	65,1%	16,2%	21,6%	62,2%	p<0,05
	Metges	5,4%	21,9%	72,7%	10,6%	14,6%	74,8%	ns
	Infermeria	17,9%	21,1%	61,0%	17,8%	24,1%	58,1%	ns
	Altres prof	8,1%	18,1%	73,8%	12,9%	21,8%	65,2%	p<0,05
4.APRENENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ	CSI H's	21,7%	27,1%	51,2%	17,7%	26,6%	55,7%	ns
	Metges	21,8%	27,6%	50,6%	21,2%	28,2%	50,6%	ns
	Infermeria	23,0%	23,6%	53,4%	16,6%	24,7%	58,7%	ns
	Altres prof	15,5%	35,9%	48,6%	20,2%	28,8%	51,0%	ns
5.TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI	CSI H's	13,5%	12,7%	73,8%	12,7%	16,6%	70,7%	ns
	Metges	7,7%	13,2%	79,1%	7,4%	14,3%	78,3%	ns
	Infermeria	13,8%	11,4%	74,8%	11,5%	15,9%	72,5%	ns
	Altres prof	17,8%	12,6%	69,6%	18,4%	21,1%	60,5%	ns
6.FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ	CSI H's	25,8%	21,6%	52,6%	18,1%	32,8%	49,1%	p<0,05
	Metges	19,6%	19,6%	60,8%	10,9%	24,4%	64,7%	ns
	Infermeria	26,8%	20,8%	52,3%	19,0%	35,3%	45,7%	p<0,05
	Altres prof	24,9%	27,4%	47,8%	18,7%	35,7%	45,6%	ns
7.FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS	CSI H's	26,0%	17,8%	56,2%	15,3%	31,1%	53,6%	p<0,05
	Metges	25,9%	19,7%	54,4%	15,4%	19,8%	64,8%	ns
	Infermeria	28,4%	17,5%	54,1%	16,3%	32,5%	51,2%	ns
	Altres prof	17,6%	16,6%	65,8%	12,6%	34,5%	52,9%	p<0,05
8.RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS	CSI H's	29,9%	22,5%	47,6%	27,2%	22,1%	50,7%	ns
	Metges	24,6%	19,0%	56,4%	15,7%	18,3%	66,1%	ns
	Infermeria	31,7%	23,0%	45,3%	30,1%	23,0%	46,9%	ns
	Altres prof	25,9%	23,3%	50,8%	28,9%	22,6%	48,5%	ns
9.DOTACIÓ DE PERSONAL	CSI H's	64,7%	13,1%	22,2%	59,3%	16,4%	24,2%	ns
	Metges	55,8%	20,4%	23,8%	51,1%	18,8%	30,1%	ns
	Infermeria	70,4%	9,9%	19,7%	65,6%	14,8%	19,6%	ns
	Altres prof	51,7%	18,4%	29,9%	46,3%	20,3%	33,5%	ns
10.SUPORT GERÈNCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT	CSI H's	44,3%	29,1%	26,7%	40,9%	31,1%	28,0%	ns
	Metges	42,1%	23,1%	34,9%	38,4%	28,1%	33,5%	ns
	Infermeria	49,2%	26,6%	24,2%	43,5%	30,2%	26,3%	ns
	Altres prof	27,8%	39,3%	32,9%	34,0%	38,1%	28,0%	ns
11.TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS	CSI H's	27,6%	28,3%	44,2%	28,1%	27,5%	44,4%	ns
	Metges	26,5%	28,5%	45,0%	27,6%	27,7%	44,7%	ns
	Infermeria	28,7%	26,6%	44,7%	28,2%	26,4%	45,4%	ns
	Altres prof	24,3%	31,6%	44,1%	26,2%	30,6%	43,2%	ns
12.PROBLEMES CANVIS DE TORN/ TRANSICIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS	CSI H's	33,4%	24,0%	42,5%	32,4%	26,4%	41,2%	ns
	Metges	41,9%	29,9%	28,3%	35,5%	28,9%	35,6%	ns
	Infermeria	31,8%	19,3%	48,9%	32,0%	23,7%	44,3%	p<0,05
	Altres prof	31,6%	32,7%	35,7%	30,5%	30,3%	39,2%	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Witney

**Taula 86:** Percentatge de respostes i significació estadística per cada una de les 12 dimensions de cultura de seguretat del pacient segons el moment de l'enquesta, els anys que treballa en el centre i per tot el CSI

Dimensió		ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			p
		Negatiu	Neutra	Positiu	Negatiu	Neutra	Positiu	
1.FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS	CSI	23,2%	28,3%	48,5%	17,6%	33,0%	49,3%	ns
	≤ 5 anys en el centre	17,8%	31,4%	50,8%	16,5%	33,4%	50,1%	ns
	>5 anys en el centre	29,9%	25,0%	45,0%	19,1%	31,4%	49,5%	ns
2.PERCEPCIÓ DE SEGURETAT	CSI	42,6%	20,3%	37,0%	38,4%	20,7%	40,9%	ns
	≤ 5 anys en el centre	38,3%	22,4%	39,2%	39,9%	18,9%	41,2%	ns
	>5 anys en el centre	46,7%	18,8%	34,5%	33,2%	24,2%	42,6%	p<0,05
3.ESPECTATIVES/ ACC. ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/ SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT	CSI	14,1%	20,8%	65,1%	16,2%	21,6%	62,2%	p<0,05
	≤ 5 anys en el centre	14,4%	16,3%	69,2%	15,5%	21,1%	63,4%	p<0,05
	>5 anys en el centre	14,1%	24,6%	61,3%	14,7%	22,1%	63,1%	ns
4.APRENENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ	CSI	21,7%	27,1%	51,2%	17,7%	26,6%	55,7%	ns
	≤ 5 anys en el centre	20,2%	27,1%	52,7%	20,5%	27,6%	52,0%	ns
	>5 anys en el centre	22,8%	27,7%	49,5%	12,9%	24,9%	62,2%	p<0,05
5.TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI	CSI	13,5%	12,7%	73,8%	12,7%	16,6%	70,7%	ns
	≤ 5 anys en el centre	13,4%	10,9%	75,7%	12,2%	15,8%	72,0%	ns
	>5 anys en el centre	12,3%	14,7%	72,9%	12,7%	16,9%	70,5%	ns
6.FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ	CSI	25,8%	21,6%	52,6%	18,1%	32,8%	49,1%	p<0,05
	≤ 5 anys en el centre	24,0%	23,8%	52,1%	17,3%	34,2%	48,6%	p<0,05
	>5 anys en el centre	27,5%	19,9%	52,6%	16,5%	30,7%	52,8%	ns
7.FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS	CSI	26,0%	17,8%	56,2%	15,3%	31,1%	53,6%	p<0,05
	≤ 5 anys en el centre	23,2%	19,2%	57,7%	15,1%	29,2%	55,7%	ns
	>5 anys en el centre	29,2%	17,3%	53,4%	15,5%	33,3%	51,1%	ns
8.RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS	CSI	29,9%	22,5%	47,6%	27,2%	22,1%	50,7%	ns
	≤ 5 anys en el centre	26,4%	22,2%	51,4%	27,2%	22,5%	50,3%	ns
	>5 anys en el centre	33,9%	21,9%	44,2%	25,4%	21,6%	53,0%	ns
9.DOTACIÓ DE PERSONAL	CSI	64,7%	13,1%	22,2%	59,3%	16,4%	24,2%	ns
	≤ 5 anys en el centre	56,4%	16,8%	26,8%	59,3%	17,4%	23,3%	ns
	>5 anys en el centre	71,2%	10,0%	18,8%	58,0%	15,4%	26,6%	p<0,05
10.SUPORT GERÈNCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT	CSI	44,3%	29,1%	26,7%	40,9%	31,1%	28,0%	ns
	≤ 5 anys en el centre	38,4%	30,9%	30,7%	43,1%	32,2%	24,7%	p<0,05
	>5 anys en el centre	49,4%	26,3%	24,3%	36,0%	31,7%	32,4%	ns
11.TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS	CSI	27,6%	28,3%	44,2%	28,1%	27,5%	44,4%	ns
	≤ 5 anys en el centre	25,1%	26,3%	48,5%	31,2%	27,0%	41,9%	p<0,05
	>5 anys en el centre	29,7%	30,2%	40,2%	21,2%	28,3%	50,5%	ns
12.PROBLEMES CANVIS DE TORN/TRANSICIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS	CSI	33,4%	24,0%	42,5%	32,4%	26,4%	41,2%	ns
	≤ 5 anys en el centre	33,8%	24,1%	42,1%	34,7%	24,8%	40,5%	ns
	>5 anys en el centre	33,6%	24,5%	41,9%	29,0%	27,7%	43,3%	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Witney

**Taula 87:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (I).  
**Els tres hospitals**

TOTA LA BASE DE DADES	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			p
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.01.- El personal es recolza mutuament	14,7%	10,1%	75,3%	14,3%	14,7%	71,0%	ns
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	75,3%	8,5%	16,2%	67,4%	15,2%	17,4%	p<0,05
P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar	18,2%	11,8%	70,1%	14,8%	18,0%	67,2%	p<0,05
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	8,0%	12,7%	79,3%	8,2%	14,4%	77,4%	ns
P.05.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	70,5%	12,3%	17,2%	68,2%	14,5%	17,3%	ns
P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient	24,6%	25,9%	49,5%	21,9%	23,9%	54,2%	ns
P.07.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal	39,7%	19,2%	41,0%	33,1%	19,8%	47,1%	ns
P.08.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comès algun error, ho utilitzen en la teva contra	9,5%	23,0%	67,5%	12,2%	18,2%	69,6%	ns
P.09.- Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou	17,4%	18,2%	64,4%	13,4%	18,4%	68,3%	ns
P.10.- No es produeixen més fallades per casualitat	51,3%	19,8%	28,9%	49,8%	19,0%	31,2%	ns
P.11.- Quan algú està sobre carregat de feina, sol trobar ajuda en el companys	13,1%	16,2%	70,8%	13,7%	19,2%	67,0%	ns
P.12.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"	31,5%	19,7%	48,8%	28,4%	22,3%	49,4%	ns
P.13.- Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat	23,0%	37,2%	39,8%	18,0%	37,6%	44,5%	ns
P.14.- Treballem sota pressió per a realitzar moltes coses massa després	73,2%	12,2%	14,5%	68,6%	16,3%	15,2%	ns
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient	55,3%	19,9%	24,8%	52,4%	19,4%	28,2%	ns
P.16.- Quan es comet un error, el personal té por que això quedi en el seu expedient	48,8%	24,7%	26,5%	40,9%	25,9%	33,2%	p<0,05
P.17.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"	33,2%	19,5%	47,3%	30,7%	21,3%	48,0%	ns



**Taula 87:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (II).  
**Els tres hospitals**

TOTA LA BASE DE DADES	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			p
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència	30,8%	22,1%	47,2%	20,7%	23,0%	56,3%	ns
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient	15,9%	25,3%	58,8%	18,7%	26,3%	55,0%	p<0,05
P.20.- El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient	16,1%	20,2%	63,7%	15,7%	21,9%	62,4%	ns
P.21.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient	16,0%	19,3%	64,7%	18,9%	22,9%	58,2%	ns
P.22.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment	8,4%	18,4%	73,2%	11,4%	15,5%	73,1%	ns
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient	44,4%	33,6%	22,1%	45,7%	32,1%	22,3%	ns
P.24.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen be entre elles	52,7%	25,8%	21,5%	51,2%	25,6%	23,1%	ns
P.25.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra	44,8%	20,6%	34,5%	41,4%	24,9%	33,8%	ns
P.26.- Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament	25,3%	31,2%	43,5%	26,7%	33,8%	39,5%	ns
P.27.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient	35,1%	21,4%	43,4%	37,4%	24,4%	38,2%	ns
P.28.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats	10,0%	26,4%	63,6%	11,5%	21,9%	66,7%	ns
P.29.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	22,8%	27,7%	49,5%	20,3%	27,0%	52,7%	ns
P.30.- La gerència/direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats	34,0%	31,4%	34,5%	29,6%	34,5%	35,9%	ns
P.31.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient	54,4%	22,2%	23,5%	47,4%	26,8%	25,8%	ns

**Taula 87:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (III).  
**Els tres hospitals**

TOTA LA BASE DE DADES	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			p
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.32.- Els serveis/unitats treballen de forma coordinada entre sí per a proporcionar la millor atenció possible als pacients	22,3%	29,7%	48,1%	22,9%	28,9%	48,2%	ns
P.33.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.	30,8%	26,4%	42,7%	30,6%	29,2%	40,2%	ns
P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme	30,6%	22,5%	46,9%	17,8%	33,9%	48,3%	p<0,05
P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat	20,9%	16,4%	62,7%	10,0%	33,9%	56,1%	ns
P.36.- Se'ns informa dels error que passen en aquest servei/unitat	29,1%	16,3%	54,6%	14,2%	30,9%	54,8%	p<0,05
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	36,3%	24,5%	39,2%	30,3%	33,1%	36,5%	ns
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	18,2%	14,7%	67,1%	13,8%	28,4%	57,7%	p<0,05
P.39.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta	20,3%	23,9%	55,8%	13,9%	31,3%	54,8%	ns
P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient	22,1%	23,7%	54,3%	14,8%	35,7%	49,5%	p<0,05
P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient	24,2%	31,1%	44,7%	19,3%	33,5%	47,2%	ns
P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient	23,3%	30,0%	46,7%	18,8%	30,0%	51,3%	ns

**Taula 88:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (I).

**HSJD**

Hospital Sant Joan Despí	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			P
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.01.- El personal es recolza mutuament	16,7%	11,5%	71,8%	16,1%	<b>12,7%</b>	71,2%	ns
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	66,5%	8,4%	25,2%	72,4%	14,1%	13,5%	<b>P&lt;0,05</b>
P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar	21,7%	12,7%	65,6%	14,0%	18,6%	67,4%	ns
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	9,1%	6,5%	84,4%	7,2%	14,4%	78,4%	ns
P.05.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	57,7%	17,9%	24,4%	72,6%	12,8%	14,6%	<b>P&lt;0,05</b>
P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient	24,5%	27,1%	48,4%	26,3%	26,0%	47,7%	ns
P.07.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal	29,3%	22,3%	48,4%	29,1%	22,2%	48,8%	ns
P.08.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comès algun error, ho utilitzen en la teva contra	5,7%	24,8%	69,4%	10,8%	18,5%	70,7%	ns
P.09.- Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou	12,1%	14,0%	73,9%	15,3%	16,9%	67,8%	ns
P.10.- No es produeixen més fallades per casualitat	45,2%	25,8%	29,0%	56,4%	16,4%	27,2%	ns
P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el company	13,5%	16,0%	70,5%	12,3%	18,7%	69,0%	ns
P.12.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"	27,6%	21,2%	51,3%	31,5%	22,2%	46,3%	ns
P.13.-Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat	20,8%	36,4%	42,9%	21,1%	39,5%	39,5%	ns
P.14.- Treballem sota pressió per a realitzar moltes coses massa depressa	61,1%	19,1%	19,7%	71,7%	15,2%	13,1%	ns
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient	54,1%	22,3%	23,6%	55,9%	17,8%	26,3%	ns
P.16.- Quan es comet un error, el personal te por que això quedi en el seu expedient	50,3%	24,2%	25,5%	42,2%	30,4%	27,5%	ns
P.17.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"	26,5%	20,0%	53,5%	30,7%	22,0%	47,3%	ns

**Taula 88:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (II).  
**HSJD**

Hospital Sant Joan Despí	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			P
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència	29,3%	25,5%	45,2%	23,6%	22,7%	53,6%	ns
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient	10,2%	23,6%	66,2%	20,1%	25,6%	54,3%	P<0,05
P.20.- El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient	10,2%	14,6%	75,2%	18,7%	20,9%	60,4%	P<0,05
P.21.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient	7,8%	18,8%	73,4%	21,1%	22,6%	56,3%	P<0,05
P.22.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment	4,5%	12,7%	82,8%	12,8%	15,3%	71,9%	P<0,05
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient	36,9%	32,5%	30,6%	50,5%	32,4%	17,1%	P<0,05
P.24N.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen be entre elles	48,4%	26,1%	25,5%	59,8%	23,1%	17,1%	P<0,05
P.25.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra	52,6%	19,2%	28,2%	49,8%	23,8%	26,3%	ns
P.26.- Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament	26,1%	30,6%	43,3%	34,7%	33,1%	32,2%	P<0,05
P.27.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient	37,2%	17,9%	44,9%	40,7%	23,5%	35,8%	ns
P.28.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats	9,6%	21,2%	69,2%	13,4%	27,4%	59,2%	P<0,05
P.29.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	23,6%	28,7%	47,8%	24,1%	30,2%	45,7%	ns
P.30.- La gerència/direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats	25,6%	30,1%	44,2%	35,8%	34,2%	30,0%	P<0,05
P.31.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient	37,8%	30,1%	32,1%	52,3%	26,8%	21,0%	P<0,05

**Taula 88:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (III).

**HSJD**

Hospital Sant Joan Despí	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			P
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.32.- Els serveis/unitats treballen de forma coordinada entre sí per a proporcionar la millor atenció possible als pacients	20,4%	26,8%	52,9%	28,3%	29,9%	41,7%	P<0,05
P.33.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.	30,3%	29,7%	40,0%	32,9%	28,9%	38,2%	ns
P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme	30,6%	28,5%	41,0%	18,4%	34,1%	47,5%	ns
P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat	19,0%	15,6%	65,3%	10,1%	38,8%	51,1%	P<0,05
P.36.- Se'ns informa dels error que passen en aquest servei/unitat	25,0%	18,9%	56,1%	12,6%	32,7%	54,7%	ns
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	29,7%	31,8%	38,5%	31,9%	33,8%	34,4%	ns
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	12,3%	13,7%	74,0%	13,3%	28,1%	58,6%	P<0,05
P.39N.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta	17,7%	29,3%	53,1%	10,6%	31,7%	57,7%	ns
P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient	17,8%	23,3%	58,9%	13,0%	38,1%	48,8%	P<0,05
P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient	22,1%	34,5%	43,4%	17,9%	33,4%	48,6%	ns
P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient	17,8%	34,9%	47,3%	17,7%	30,6%	51,7%	ns

**Taula 89:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (I).

**HGH**

Hospital General de l'Hospitalet	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			P
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.01.- El personal es recolza mutuament	14,6%	7,3%	78,1%	9,9%	17,5%	72,5%	ns
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	80,4%	8,8%	10,8%	55,0%	17,5%	27,5%	P<0,05
P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar	16,5%	10,8%	72,7%	14,1%	17,6%	68,2%	ns
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	7,3%	16,1%	76,6%	11,9%	13,2%	74,8%	ns
P.05.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	77,8%	9,8%	12,4%	60,2%	19,3%	20,5%	P<0,05
P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient	24,1%	23,6%	52,4%	15,4%	21,8%	62,8%	P<0,05
P.07.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal	45,6%	17,1%	37,3%	37,1%	16,5%	46,5%	ns
P.08.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comès algun error, ho utilitzen en la teva contra	11,9%	22,2%	66,0%	13,1%	16,7%	70,2%	ns
P.09.- Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou	19,1%	22,2%	58,8%	9,5%	22,5%	68,0%	ns
P.10.- No es produeixen més fallades per casualitat	54,6%	16,0%	29,4%	35,7%	22,1%	42,2%	P<0,05
P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el companys	12,4%	17,5%	70,1%	15,2%	20,5%	64,3%	ns
P.12.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"	32,3%	17,9%	49,7%	19,8%	24,6%	55,7%	ns
P.13.-Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat	23,8%	38,3%	37,8%	12,8%	36,2%	51,0%	P<0,05
P.14.- Treballem sota pressió per a realitzar moltes coses massa depressa	83,1%	7,2%	9,7%	63,1%	19,0%	17,9%	P<0,05
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient	59,4%	18,2%	22,4%	46,9%	24,7%	28,4%	ns
P.16.- Quan es comet un error, el personal te por que això quedi en el seu expedient	47,2%	25,4%	27,5%	36,0%	20,5%	43,5%	P<0,05
P.17.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"	37,9%	20,0%	42,1%	30,2%	21,0%	48,8%	ns

**Taula 89:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (II).

**HGH**

Hospital General de l'Hospitalet	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			P
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència	32,0%	20,6%	47,4%	15,1%	23,3%	61,6%	P<0,05
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient	17,0%	26,8%	56,2%	13,2%	26,9%	59,9%	ns
P.20.- El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient	19,1%	24,2%	56,7%	9,7%	23,6%	66,7%	ns
P.21.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient	21,5%	20,0%	58,5%	14,6%	22,0%	63,4%	ns
P.22.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment	9,2%	22,6%	68,2%	9,1%	13,9%	77,0%	ns
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient	52,3%	35,8%	11,9%	39,4%	32,1%	28,5%	P<0,05
P.24N.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen be entre elles	55,7%	25,8%	18,6%	40,4%	31,7%	28,0%	P<0,05
P.25.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra	37,0%	21,9%	41,1%	25,0%	26,8%	48,2%	ns
P.26.- Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament	25,3%	33,0%	41,8%	13,9%	34,9%	51,2%	ns
P.27.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient	27,1%	25,0%	47,9%	26,1%	27,4%	46,5%	ns
P.28.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats	11,3%	29,4%	59,3%	7,1%	14,8%	78,1%	P<0,05
P.29.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	22,8%	26,9%	50,3%	13,3%	25,3%	61,4%	P<0,05
P.30.- La gerència/direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats	41,5%	32,6%	25,9%	21,4%	32,7%	45,9%	P<0,05
P.31.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient	65,8%	18,1%	16,1%	40,1%	26,8%	33,1%	P<0,05

**Taula 89:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (III).

**HGH**

Hospital General de l'Hospitalet	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			P
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.32.- Els serveis/unitats treballen de forma coordinada entre sí per a proporcionar la millor atenció possible als pacients	23,2%	30,9%	45,9%	13,9%	28,5%	57,6%	P<0,05
P.33.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.	26,0%	26,0%	47,9%	24,3%	28,9%	46,7%	ns
P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme	28,6%	20,1%	51,3%	18,1%	33,1%	48,8%	ns
P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat	20,8%	17,2%	62,0%	9,8%	27,4%	62,8%	ns
P.36.- Se'ns informa dels error que passen en aquest servei/unitat	30,6%	15,5%	53,9%	18,2%	27,7%	54,1%	ns
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	40,6%	20,3%	39,1%	29,3%	32,3%	38,3%	ns
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	21,1%	17,0%	61,9%	13,0%	30,2%	56,8%	ns
P.39N.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta	19,2%	22,3%	58,5%	18,2%	31,2%	50,6%	ns
P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient	23,2%	24,7%	52,1%	17,0%	28,8%	54,2%	ns
P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient	25,7%	29,8%	44,5%	20,5%	32,9%	46,6%	ns
P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient	26,2%	27,7%	46,1%	18,5%	30,1%	51,4%	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney



**Taula 90:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (I).

**HSH**

Hospital Sociosanitari de l'Hospitalet	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			P
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.01.- El personal es recolza mutuament	7,5%	17,5%	75,0%	18,0%	18,0%	64,0%	ns
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	84,6%	7,7%	7,7%	77,6%	14,3%	8,2%	ns
P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar	12,5%	12,5%	75,0%	21,6%	15,7%	62,7%	ns
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	7,5%	20,0%	72,5%	2,0%	18,4%	79,6%	ns
P.05.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	85,0%	2,5%	12,5%	66,7%	9,8%	23,5%	ns
P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient	27,5%	32,5%	40,0%	14,9%	17,0%	68,1%	P<0,05
P.07.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal	52,5%	17,5%	30,0%	45,1%	15,7%	39,2%	ns
P.08.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comès algun error, ho utilitzen en la teva contra	12,5%	20,0%	67,5%	19,1%	21,3%	59,6%	ns
P.09.- Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou	30,8%	15,4%	53,8%	14,0%	14,0%	72,0%	ns
P.10.- No es produeixen més fallades per casualitat	59,0%	15,4%	25,6%	53,3%	26,7%	20,0%	ns
P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el companys	15,0%	10,0%	75,0%	18,4%	18,4%	63,3%	ns
P.12.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"	42,5%	22,5%	35,0%	37,5%	14,6%	47,9%	ns
P.13.-Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat	27,5%	35,0%	37,5%	14,9%	29,8%	55,3%	ns
P.14.- Treballem sota pressió per a realitzar moltes coses massa depressa	72,5%	10,0%	17,5%	66,0%	14,0%	20,0%	ns
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient	39,5%	18,4%	42,1%	48,0%	12,0%	40,0%	ns
P.16.- Quan es comet un error, el personal te por que això quedi en el seu expedient	51,3%	23,1%	25,6%	48,9%	14,9%	36,2%	ns
P.17.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"	35,9%	15,4%	48,7%	32,0%	18,0%	50,0%	ns

**Taula 90:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (II).

**HSH**

Hospital Sociosanitari de l'Hospitalet	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			P
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència	30,8%	15,4%	53,8%	20,0%	24,0%	56,0%	ns
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient	32,5%	25,0%	42,5%	28,9%	28,9%	42,2%	ns
P.20.- El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient	25,0%	22,5%	52,5%	16,3%	22,4%	61,2%	ns
P.21.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient	20,5%	17,9%	61,5%	19,6%	27,5%	52,9%	ns
P.22.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment	20,0%	20,0%	60,0%	9,8%	21,6%	68,6%	ns
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient	35,0%	27,5%	37,5%	36,0%	30,0%	34,0%	ns
P.24N.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen be entre elles	55,0%	25,0%	20,0%	32,0%	22,0%	46,0%	P<0,05
P.25.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra	52,5%	20,0%	27,5%	41,7%	25,0%	33,3%	ns
P.26.- Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament	22,5%	25,0%	52,5%	18,4%	34,7%	46,9%	ns
P.27.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient	66,7%	17,9%	15,4%	53,1%	20,4%	26,5%	ns
P.28.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats	5,0%	32,5%	62,5%	14,0%	10,0%	76,0%	P<0,05
P.29.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	20,0%	27,5%	52,5%	18,4%	12,2%	69,4%	ns
P.30.- La gerència/direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats	30,8%	30,8%	38,5%	15,9%	43,2%	40,9%	ns
P.31.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient	64,1%	10,3%	25,6%	38,6%	27,3%	34,1%	P<0,05

**Taula 90:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (III).

**HSH**

Hospital Sociosanitari de l'Hospitalet	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			P
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.32.- Els serveis/unitats treballen de forma coordinada entre si per a proporcionar la millor atenció possible als pacients	25,0%	35,0%	40,0%	17,0%	23,4%	59,6%	ns
P.33.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.	56,4%	15,4%	28,2%	36,2%	31,9%	31,9%	ns
P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme	40,0%	12,5%	47,5%	13,0%	34,8%	52,2%	ns
P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat	28,2%	15,4%	56,4%	10,0%	24,0%	66,0%	ns
P.36.- Se'ns informa dels error que passen en aquest servei/unitat	37,5%	10,0%	52,5%	12,0%	30,0%	58,0%	ns
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	40,0%	17,5%	42,5%	23,4%	31,9%	44,7%	ns
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	25,0%	7,5%	67,5%	20,4%	24,5%	55,1%	ns
P.39N.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta	35,0%	12,5%	52,5%	22,2%	28,9%	48,9%	ns
P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient	32,5%	20,0%	47,5%	19,1%	42,6%	38,3%	ns
P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient	25,0%	25,0%	50,0%	24,4%	35,6%	40,0%	ns
P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient	30,0%	22,5%	47,5%	26,1%	26,1%	47,8%	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

**Taula 91:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (I).  
**Metges/Farmacèutics**

Metges/Farmacèutics	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			P
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.01.- El personal es recolza mutuament	9,4%	7,8%	82,8%	5,9%	13,7%	80,4%	ns
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	58,5%	10,8%	30,8%	57,8%	16,7%	25,5%	ns
P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar	15,4%	15,4%	69,2%	8,8%	18,6%	72,5%	ns
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	1,6%	8,1%	90,3%	4,1%	9,2%	86,7%	ns
P.05.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	58,5%	27,7%	13,8%	60,2%	17,5%	22,3%	ns
P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient	18,5%	27,7%	53,8%	25,5%	20,6%	53,9%	ns
P.07.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal	38,5%	26,2%	35,4%	36,4%	10,1%	53,5%	p<0,05
P.08.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comès algun error, ho utilitzen en la teva contra	4,6%	12,3%	83,1%	4,9%	9,7%	85,4%	ns
P.09.- Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou	20,0%	15,4%	64,6%	13,9%	18,8%	67,3%	ns
P.10.- No es produeixen més fallades per casualitat	44,6%	18,5%	36,9%	43,9%	17,3%	38,8%	ns
P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el companys	4,6%	21,5%	73,8%	10,8%	15,7%	73,5%	ns
P.12.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"	23,1%	15,4%	61,5%	13,0%	18,0%	69,0%	ns
P.13.- Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat	27,0%	39,7%	33,3%	24,2%	45,3%	30,5%	ns
P.14.- Treballem sota pressió per a realitzar moltes coses massa depressa	67,7%	16,9%	15,4%	50,0%	31,0%	19,0%	ns
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient	53,8%	29,2%	16,9%	49,0%	22,5%	28,4%	ns
P.16.- Quan es comet un error, el personal te por que això quedi en el seu expedient	46,2%	29,2%	24,6%	29,2%	27,1%	43,8%	p<0,05
P.17.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"	38,5%	18,5%	43,1%	38,6%	17,8%	43,6%	ns

**Taula 91:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (II).  
**Metges/Farmacèutics**

Metges/Farmacèutics	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			P
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència	29,2%	32,3%	38,5%	25,2%	18,4%	56,3%	p<0,05
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient	3,1%	24,6%	72,3%	10,8%	16,7%	72,5%	ns
P.20.- El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient	3,1%	24,6%	72,3%	9,9%	10,9%	79,2%	ns
P.21.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient	9,2%	23,1%	67,7%	12,9%	18,8%	68,3%	ns
P.22.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment	6,2%	15,4%	78,5%	8,9%	11,9%	79,2%	ns
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient	36,9%	35,4%	27,7%	47,1%	26,5%	26,5%	ns
P.24.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen be entre elles	53,8%	21,5%	24,6%	50,0%	24,0%	26,0%	ns
P.25.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra	50,8%	21,5%	27,7%	42,6%	21,8%	35,6%	ns
P.26.- Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament	23,1%	35,4%	41,5%	26,7%	34,7%	38,6%	ns
P.27.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient	42,2%	32,8%	25,0%	40,9%	28,0%	31,2%	ns
P.28.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats	10,8%	21,5%	67,7%	11,7%	26,2%	62,1%	ns
P.29.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	32,3%	29,2%	38,5%	16,3%	35,7%	48,0%	ns
P.30.- La gerència/direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats	36,9%	18,5%	44,6%	21,2%	35,4%	43,4%	ns
P.31.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient	52,3%	15,4%	32,3%	46,9%	22,4%	30,6%	ns

**Taula 91:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (III).  
**Metges/Farmacèutics**

Metges/Farmacèutics	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			P
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.32.- Els serveis/unitats treballen de forma coordinada entre sí per a proporcionar la millor atenció possible als pacients	18,5%	35,4%	46,2%	22,0%	26,0%	52,0%	ns
P.33.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.	42,2%	35,9%	21,9%	42,2%	30,0%	27,8%	ns
P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme	45,3%	25,0%	29,7%	19,8%	23,1%	57,1%	p<0,05
P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat	16,9%	16,9%	66,2%	9,9%	26,7%	63,4%	ns
P.36.- Se'ns informa dels error que passen en aquest servei/unitat	27,7%	21,5%	50,8%	16,5%	23,7%	59,8%	ns
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	29,2%	16,9%	53,8%	12,0%	25,0%	63,0%	ns
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	4,7%	12,5%	82,8%	9,8%	12,7%	77,5%	ns
P.39.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta	12,5%	25,0%	62,5%	10,8%	21,5%	67,7%	ns
P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient	22,2%	23,8%	54,0%	11,7%	28,7%	59,6%	ns
P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient	30,2%	34,9%	34,9%	21,7%	23,9%	54,3%	p<0,05
P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient	18,8%	29,7%	51,6%	18,3%	23,7%	58,1%	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

**Taula 92:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (I).  
**Infermeres/llevadores/auxiliars**

Infermeres/llevadores/auxiliars	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			P
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.01.- El personal es recolza mutuament	14,5%	9,3%	76,2%	14,7%	<b>12,7%</b>	72,6%	ns
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	81,1%	7,9%	11,0%	75,2%	12,5%	12,2%	ns
P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar	17,9%	9,2%	72,9%	12,3%	17,9%	69,9%	ns
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	9,3%	13,7%	77,1%	6,2%	14,4%	79,4%	ns
P.05.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	79,5%	5,7%	14,8%	75,2%	12,1%	12,7%	ns
P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient	25,2%	21,2%	53,5%	17,3%	21,1%	61,6%	ns
P.07.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal	43,0%	15,2%	41,7%	35,3%	23,3%	41,3%	ns
P.08.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comès algun error, ho utilitzen en la teva contra	10,9%	25,8%	63,3%	12,9%	20,7%	66,4%	ns
P.09.- Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou	19,7%	16,6%	63,8%	15,1%	16,7%	68,2%	ns
P.10.- No es produeixen més fallades per casualitat	55,5%	15,9%	28,6%	56,2%	18,6%	25,2%	ns
P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el companys	13,5%	13,5%	73,0%	13,0%	18,7%	68,2%	ns
P.12.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"	34,5%	19,2%	46,3%	32,7%	23,9%	43,4%	ns
P.13.- Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat	24,1%	32,9%	43,0%	17,5%	36,4%	46,2%	ns
P.14.- Treballem sota pressió per a realitzar moltes coses massa depressa	77,8%	10,9%	11,3%	76,6%	11,2%	12,2%	ns
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient	57,5%	14,6%	27,9%	58,9%	15,4%	25,8%	ns
P.16.- Quan es comet un error, el personal te por que això quedi en el seu expedient	49,8%	24,0%	26,2%	44,8%	24,5%	30,8%	ns
P.17.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"	39,3%	16,6%	44,1%	30,1%	21,4%	48,5%	ns

**Taula 92:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (II).  
**Infermeres/llevadores/auxiliars**

Infermeres/llevadores/auxiliars	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			P
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència	33,3%	16,7%	50,0%	20,1%	21,8%	58,1%	ns
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient	20,1%	26,6%	53,3%	18,9%	30,6%	50,5%	ns
P.20.- El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient	20,5%	19,2%	60,3%	16,1%	24,1%	59,9%	ns
P.21.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient	19,3%	18,9%	61,8%	23,1%	24,1%	52,8%	p<0,05
P.22.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment	11,7%	19,6%	68,7%	13,2%	17,5%	69,3%	ns
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient	50,9%	29,4%	19,7%	48,6%	31,6%	19,7%	ns
P.24.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen be entre elles	53,3%	25,3%	21,4%	51,4%	25,5%	23,1%	ns
P.25.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra	42,5%	17,5%	39,9%	40,6%	24,6%	34,8%	ns
P.26.- Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament	26,6%	29,7%	43,7%	26,9%	31,6%	41,5%	ns
P.27.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient	35,7%	14,5%	49,8%	39,3%	21,7%	39,0%	p<0,05
P.28.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats	10,5%	24,9%	64,6%	11,4%	20,7%	67,9%	ns
P.29.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	21,0%	22,7%	56,3%	19,8%	21,8%	58,4%	ns
P.30.- La gerència/direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats	39,0%	29,4%	31,6%	30,5%	33,7%	35,8%	ns
P.31.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient	57,7%	21,1%	21,1%	51,4%	25,4%	23,2%	ns



**Taula 92:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (III).  
**Infermeres/llevadores/auxiliars**

Infermeres/llevadores/auxiliars	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			P
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.32.- Els serveis/unitats treballen de forma coordinada entre sí per a proporcionar la millor atenció possible als pacients	24,5%	26,6%	48,9%	23,3%	27,7%	49,0%	ns
P.33.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.	28,1%	22,4%	49,6%	28,3%	26,6%	45,2%	ns
P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme	30,4%	21,4%	48,2%	17,0%	34,3%	48,8%	ns
P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat	22,1%	12,4%	65,5%	8,8%	35,4%	55,9%	p<0,05
P.36.- Se'ns informa dels error que passen en aquest servei/unitat	32,5%	15,8%	51,8%	15,4%	32,4%	52,2%	ns
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	38,2%	26,3%	35,5%	34,7%	36,0%	29,3%	ns
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	22,4%	15,4%	62,3%	16,7%	30,8%	52,5%	p<0,05
P.39.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta	20,3%	23,8%	55,9%	13,6%	34,5%	51,9%	ns
P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient	22,6%	22,1%	55,3%	17,3%	39,7%	43,0%	p<0,05
P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient	26,5%	27,9%	45,6%	19,0%	37,9%	43,1%	ns
P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient	24,8%	27,4%	47,8%	18,7%	32,8%	48,5%	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

**Taula 93:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (I).

**Altres professionals**

Altres professionals	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			P
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.01.- El personal es recolza mutuament	19,1%	11,8%	69,1%	18,3%	22,0%	59,6%	ns
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	67,2%	9,0%	23,9%	50,0%	22,7%	27,3%	ns
P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar	20,6%	11,8%	67,6%	23,4%	18,0%	58,6%	ns
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	11,8%	11,8%	76,5%	17,1%	20,0%	62,9%	ns
P.05.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	50,7%	22,4%	26,9%	51,9%	20,8%	27,4%	ns
P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient	25,8%	36,4%	37,9%	34,0%	31,9%	34,0%	ns
P.07.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal	27,3%	30,3%	42,4%	23,1%	19,4%	57,4%	ns
P.08.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comès algun error, ho utilitzen en la teva contra	8,8%	20,6%	70,6%	17,4%	18,3%	64,2%	ns
P.09.- Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou	7,4%	26,5%	66,2%	11,4%	21,9%	66,7%	ns
P.10.- No es produeixen més fallades per casualitat	38,8%	34,3%	26,9%	35,0%	21,0%	44,0%	p<0,05
P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el companys	19,7%	15,2%	65,2%	14,5%	24,5%	60,9%	ns
P.12.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"	23,5%	25,0%	51,5%	31,5%	21,3%	47,2%	ns
P.13.- Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat	13,4%	44,8%	41,8%	15,1%	32,6%	52,3%	ns
P.14.- Treballem sota pressió per a realitzar moltes coses massa depressa	61,8%	11,8%	26,5%	60,0%	18,2%	21,8%	ns
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient	43,3%	29,9%	26,9%	35,4%	28,1%	36,5%	ns
P.16.- Quan es comet un error, el personal te por que això quedi en el seu expedient	45,5%	24,2%	30,3%	37,7%	28,3%	34,0%	ns
P.17.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"	13,2%	32,4%	54,4%	23,9%	20,7%	55,4%	ns

**Taula 93:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (II).  
**Altres professionals**

Altres professionals	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			P
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència	22,1%	25,0%	52,9%	13,5%	33,3%	53,2%	ns
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient	13,2%	17,6%	69,1%	22,1%	24,0%	53,8%	p<0,05
P.20.- El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient	11,8%	17,6%	70,6%	13,6%	26,2%	60,2%	ns
P.21.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient	7,5%	20,9%	71,6%	10,0%	25,0%	65,0%	ns
P.22.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment	,0%	16,2%	83,8%	6,1%	12,1%	81,8%	ns
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient	23,5%	45,6%	30,9%	31,7%	41,6%	26,7%	ns
P.24.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen be entre elles	48,5%	30,9%	20,6%	49,0%	25,5%	25,5%	ns
P.25.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra	49,3%	25,4%	25,4%	42,0%	26,0%	32,0%	ns
P.26.- Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament	20,6%	29,4%	50,0%	23,1%	38,5%	38,5%	ns
P.27.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient	26,9%	31,3%	41,8%	26,4%	29,7%	44,0%	ns
P.28.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats	8,8%	33,8%	57,4%	11,4%	19,0%	69,5%	ns
P.29.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	22,1%	41,2%	36,8%	25,8%	29,9%	44,3%	ns
P.30.- La gerència/direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats	16,7%	42,4%	40,9%	31,3%	39,6%	29,2%	ns
P.31.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient	43,3%	29,9%	26,9%	39,0%	33,0%	28,0%	ns

**Taula 93:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (III).  
**Altres professionals**

Altres professionals	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			P
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.32.- Els serveis/unitats treballen de forma coordinada entre sí per a proporcionar la millor atenció possible als pacient	19,1%	32,4%	48,5%	21,2%	39,4%	39,4%	ns
P.33.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.	28,4%	32,8%	38,8%	27,8%	<b>35,6%</b>	36,7%	ns
P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme	18,5%	21,5%	60,0%	17,0%	41,0%	42,0%	p<0,05
P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat	19,7%	27,3%	53,0%	9,2%	38,8%	52,0%	ns
P.36.- Se'ns informa dels error que passen en aquest servei/unitat	20,9%	13,4%	65,7%	9,6%	28,8%	61,5%	ns
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	32,8%	29,9%	37,3%	29,7%	34,7%	35,6%	ns
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	13,4%	14,9%	71,6%	11,2%	33,6%	55,1%	p<0,05
P.39.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta	22,1%	25,0%	52,9%	17,3%	33,7%	49,0%	ns
P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient	13,6%	27,3%	59,1%	7,3%	32,3%	60,4%	ns
P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient	12,1%	33,3%	54,5%	13,6%	33,0%	53,4%	ns
P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient	19,7%	34,8%	45,5%	18,2%	28,4%	53,4%	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

**Taula 94:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (I).  
**Anys de treball en el centre = < 5 anys**

Anys de treball en el centre ≤ 5 anys	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			p
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.01.- El personal es recolza mutuament	16,8%	9,6%	73,7%	15,5%	13,2%	71,3%	ns
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	68,5%	8,3%	23,2%	70,2%	15,2%	14,6%	p<0,05
P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar	18,9%	11,2%	69,8%	14,3%	19,2%	66,5%	ns
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	6,6%	10,2%	83,1%	7,2%	12,8%	80,0%	ns
P.05.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	60,1%	19,0%	20,8%	69,6%	14,6%	15,8%	ns
P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient	25,3%	31,9%	42,8%	24,5%	26,9%	48,6%	ns
P.07.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal	32,0%	23,7%	44,4%	30,7%	20,6%	48,7%	ns
P.08.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comès algun error, ho utilitzen en la teva contra	5,3%	20,1%	74,6%	11,9%	17,3%	70,8%	ns
P.09.- Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou	11,8%	15,4%	72,8%	15,5%	18,2%	66,4%	ns
P.10.- No es produeixen més fallades per casualitat	45,5%	26,9%	27,5%	53,5%	15,9%	30,6%	ns
P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el companys	11,3%	12,5%	76,2%	11,7%	18,1%	70,3%	ns
P.12.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"	25,0%	19,6%	55,4%	28,8%	22,3%	49,0%	ns
P.13.- Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad	23,4%	34,1%	42,5%	21,5%	37,6%	40,9%	ns
P.14.- Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat	65,1%	16,0%	18,9%	66,8%	19,1%	14,1%	ns
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient	50,9%	20,1%	29,0%	52,7%	18,8%	28,5%	ns
P.16.- Quan es comet un error, el personal té por que això quedi en el seu expedient	48,8%	26,8%	24,4%	41,0%	28,0%	31,1%	ns
P.17.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"	29,2%	19,0%	51,8%	30,7%	17,8%	51,5%	ns

**Taula 94:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (II).  
**Anys de treball en el centre = < 5 anys**

Anys de treball en el centre ≤ 5 anys	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			p
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència	27,8%	23,7%	48,5%	22,7%	23,0%	54,4%	ns
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient	16,6%	20,7%	62,7%	15,8%	26,5%	57,7%	ns
P.20.- El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient	17,8%	13,6%	68,6%	15,2%	20,6%	64,2%	ns
P.21.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient	13,9%	17,5%	68,7%	19,1%	23,1%	57,8%	p<0,05
P.22.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment	9,5%	13,6%	76,9%	11,9%	14,0%	74,0%	ns
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient	35,5%	37,3%	27,2%	47,3%	33,4%	19,3%	p<0,05
P.24N.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen be entre elles	46,7%	27,8%	25,4%	55,0%	24,8%	20,2%	ns
P.25.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra	45,8%	21,4%	32,7%	45,9%	22,8%	31,2%	ns
P.26.- Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament	23,7%	29,6%	46,7%	30,7%	31,3%	37,9%	ns
P.27.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient	37,9%	17,8%	44,4%	38,2%	22,7%	39,1%	ns
P.28.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats	9,5%	21,3%	69,2%	12,9%	22,1%	65,0%	ns
P.29.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	19,5%	30,2%	50,3%	22,8%	26,1%	51,1%	ns
P.30.- La gerència/direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats	31,5%	28,6%	39,9%	33,0%	36,2%	30,8%	p<0,05
P.31.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient	48,2%	26,8%	25,0%	49,1%	27,0%	23,9%	ns

**Taula 94:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (III).  
**Anys de treball en el centre = < 5 anys**

Anys de treball en el centre ≤ 5 anys	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			p
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.32.- Els serveis/unitats treballen de forma coordinada entre sí per a proporcionar la millor atenció possible als pacients	20,7%	26,6%	52,7%	26,0%	29,6%	44,3%	ns
P.33.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.	32,0%	27,2%	40,8%	32,0%	27,6%	40,4%	ns
P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme	29,7%	23,0%	47,3%	17,9%	31,2%	51,0%	ns
P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat	19,8%	16,8%	63,5%	10,3%	36,6%	53,2%	p<0,05
P.36.- Se'ns informa dels error que passen en aquest servei/unitat	25,4%	20,1%	54,4%	14,0%	30,1%	55,9%	ns
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	33,3%	31,0%	35,7%	29,3%	35,0%	35,6%	ns
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	14,4%	14,4%	71,3%	13,4%	26,4%	60,2%	p<0,05
P.39N.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta	19,0%	23,8%	57,1%	12,2%	30,9%	56,9%	ns
P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient	16,8%	25,1%	58,1%	13,1%	36,4%	50,5%	ns
P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient	17,5%	34,9%	47,6%	17,7%	33,8%	48,5%	ns
P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient	19,2%	34,1%	46,7%	18,8%	29,9%	51,3%	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

**Taula 95:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (I).  
**Anys de treball en el centre > 5 anys**

Anys de treball en el centre > 5 anys	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			p
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.01.- El personal es recolza mutuament	11,8%	10,2%	78,0%	10,4%	14,9%	74,7%	
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	80,2%	9,1%	10,7%	60,1%	13,7%	26,1%	p<0,05
P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar	14,4%	13,4%	72,2%	15,4%	14,1%	70,5%	ns
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	9,7%	15,1%	75,3%	9,7%	17,2%	73,1%	ns
P.05.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	78,6%	7,5%	13,9%	63,7%	15,9%	20,4%	ns
P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient	22,7%	21,1%	56,2%	16,8%	16,1%	67,1%	p<0,05
P.07.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal	45,2%	15,6%	39,2%	37,2%	19,9%	42,9%	ns
P.08.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comès algun error, ho utilitzen en la teva contra	12,3%	25,7%	62,0%	11,0%	19,5%	69,5%	ns
P.09.- Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou	22,5%	20,9%	56,7%	10,5%	18,3%	71,2%	p<0,05
P.10.- No es produeixen més fallades per casualitat	53,5%	15,5%	31,0%	39,6%	26,4%	34,0%	ns
P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el companys	13,4%	20,3%	66,3%	15,2%	21,2%	63,6%	ns
P.12.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"	37,2%	19,1%	43,6%	27,6%	25,0%	47,4%	ns
P.13.- Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad	23,2%	41,1%	35,7%	11,5%	40,3%	48,2%	p<0,05
P.14.- Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat	80,9%	8,0%	11,2%	70,9%	12,0%	17,1%	ns
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient	60,0%	18,4%	21,6%	49,0%	23,2%	27,8%	ns
P.16.- Quan es comet un error, el personal te por que això quedi en el seu expedient	52,2%	21,0%	26,9%	37,5%	20,4%	42,1%	p<0,05
P.17.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"	38,5%	19,3%	42,2%	30,2%	24,2%	45,6%	ns



**Taula 95:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (II).  
**Anys de treball en el centre > 5 anys**

Anys de treball en el centre > 5 anys	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			p
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència	34,9%	22,0%	43,0%	14,1%	23,1%	62,8%	p<0,05
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient	16,0%	27,7%	56,4%	21,2%	25,8%	53,0%	ns
P.20.- El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient	14,9%	24,5%	60,6%	14,5%	23,7%	61,8%	ns
P.21.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient	18,1%	21,8%	60,1%	15,5%	22,6%	61,9%	ns
P.22.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment	7,4%	24,5%	68,1%	7,8%	16,3%	75,8%	ns
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient	51,9%	29,4%	18,7%	41,1%	30,5%	28,5%	p<0,05
P.24N.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen bé entre elles	59,6%	22,9%	17,6%	40,4%	31,8%	27,8%	p<0,05
P.25.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra	44,7%	19,7%	35,6%	33,8%	28,4%	37,8%	ns
P.26.- Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament	26,1%	33,0%	41,0%	18,0%	34,0%	48,0%	ns
P.27.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient	33,7%	23,4%	42,9%	35,9%	24,6%	39,4%	ns
P.28.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats	10,1%	31,4%	58,5%	9,2%	20,4%	70,4%	p<0,05
P.29.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	26,2%	27,3%	46,5%	17,0%	27,2%	55,8%	ns
P.30.- La gerència/direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats	36,6%	31,7%	31,7%	20,5%	37,7%	41,8%	ns

**Taula 95:** Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació (III).  
**Anys de treball en el centre > 5 anys**

Anys de treball en el centre > 5 anys	ENQUESTA PRE			ENQUESTA POST			p
	Negatiu	Neutral	Positiu	Negatiu	Neutral	Positiu	
P.31.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient	59,9%	17,6%	22,5%	46,3%	26,8%	26,8%	ns
P.32.- Els serveis/unitats treballen de forma coordinada entre sí per a proporcionar la millor atenció possible als pacients	22,9%	33,5%	43,6%	17,2%	27,2%	55,6%	p<0,05
P.33.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.	29,9%	27,7%	42,4%	29,2%	30,7%	40,1%	ns
P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme	32,4%	23,6%	44,0%	15,3%	40,0%	44,7%	ns
P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat	22,2%	15,7%	62,2%	7,3%	30,5%	62,3%	ns
P.36.- Se'ns informa dels error que passen en aquest servei/unitat	34,4%	13,4%	52,2%	16,0%	32,0%	52,0%	ns
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	40,9%	17,7%	41,4%	26,8%	30,1%	43,1%	ns
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	20,9%	15,0%	64,2%	15,3%	28,0%	56,7%	ns
P.39N.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta	19,4%	26,3%	54,3%	15,4%	31,5%	53,1%	ns
P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient	28,4%	21,3%	50,3%	17,6%	33,8%	48,6%	ns
P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient	32,1%	27,7%	40,2%	20,1%	32,1%	47,8%	ns
P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient	29,3%	26,1%	44,6%	19,4%	28,4%	52,2%	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Witney

## **Annex 8.** Mediane de les respostes a les 42 afirmacions



**Taula 96:** Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . TOT el CSI (I)

Afirmacions dels qüestionari HSPSC	ENQUESTA PRE	ENQUESTA POST	Diferència pre-post	p
P.01.- El personal es recolza mutuament	3,90	4,04	,14	p<0,05
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	1,95	2,04	,09	ns
P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar	3,78	3,93	,15	p<0,05
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	4,09	4,27	,19	p<0,05
P.05.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	2,17	1,98	<b>-,19</b>	p<0,05
P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient	3,35	3,49	,14	p<0,05
P.07.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal	3,02	3,27	,24	p<0,05
P.08.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comés algun error, ho utilitzen en la teva contra	3,81	3,94	,13	ns
P.09.- Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou	3,67	3,86	,19	p<0,05
P.10.- No es produeixen més fallades per casualitat	2,62	2,63	,01	ns
P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el companys	3,77	3,84	,08	ns
P.12.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"	3,29	3,37	,08	ns
P.13.- Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat	3,22	3,36	,14	p<0,05
P.14.- Treballem sota pressió per a realitzar moltes coses massa de pressa	2,04	1,94	<b>-,10</b>	ns
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient	2,51	2,54	,03	ns
P.16.- Quan es comet un error, el personal te por que això quedí en el seu expedient	2,67	2,86	,19	ns
P.17.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"	3,24	3,30	,06	ns
P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència	3,25	3,51	,26	p<0,05
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient	3,58	3,56	<b>-,02</b>	ns
P.20.- El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient	3,65	3,72	,07	ns
P.21.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient	3,68	3,61	<b>-,06</b>	ns
P.22.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment	3,88	3,95	,07	ns

**Taula 96:** Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . **TOT el CSI (II)**

Afirmacions dels qüestionari HSPSC	ENQUESTA PRE	ENQUESTA POST	Diferència pre-post	p
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient	2,66	2,63	-,03	ns
P.24.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen be entre elles	2,54	2,54	,00	ns
P.25.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra	2,83	2,86	,04	ns
P.26.- Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament	3,25	3,19	-,06	ns
P.27.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient	3,13	3,01	-,12	ns
P.28.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats	3,66	3,77	,12	p<0,05
P.29.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	3,36	3,45	,09	ns
P.30.- La gerència/direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats	3,01	3,10	,09	ns
P.31.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient	2,51	2,63	,12	ns
P.32.- Els serveis/unitats treballen de forma coordinada entre si per a proporcionar la millor atenció possible als pacients	3,35	3,36	,01	ns
P.33.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.	3,19	3,16	-,03	ns
P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme	3,25	3,51	,26	p<0,05
P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat	3,57	3,75	,18	p<0,05
P.36.- Se'ns informa dels error que passen en aquest servei/unitat	3,37	3,69	,31	p<0,05
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	3,05	3,11	,06	ns
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	3,67	3,80	,13	p<0,05
P.39.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta	3,48	3,65	,17	p<0,05
P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient	3,44	3,55	,11	p<0,05
P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient	3,28	3,47	,19	p<0,05
P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient	3,32	3,56	,25	p<0,05

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

**Taula 97:** Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . Anys de treball en el centre = < 5 anys (I)

Afirmacions	ENQUESTA PRE	ENQUESTA POST	diferència pre-post	p
P.01.- El personal es recolza mútuament	3,89	4,05	,17	ns
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	2,10	1,94	-,15	ns
P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar	3,80	3,91	,12	ns
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	4,11	4,32	,21	p<0,05
P.05.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	2,43	1,92	-,51	p<0,05
P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient	3,25	3,37	,12	ns
P.07.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal	3,21	3,33	,12	ns
P.08.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comès algun error, ho utilitzen en la teva contra	3,94	3,99	,05	ns
P.09.- Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou	3,83	3,82	-,01	ns
P.10.- No es produeixen més fallades per casualitat	2,72	2,52	-,19	ns
P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el companys	3,87	3,91	,04	ns
P.12.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"	3,46	3,36	-,10	ns
P.13.- Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat	3,26	3,28	,02	ns
P.14.- Treballem sota pressió per a realitzar moltes coses massa de pressa	2,28	1,95	-,33	p<0,05
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient	2,64	2,52	-,12	ns
P.16.- Quan es comet un error, el personal te por que això quedi en el seu expedient	2,64	2,82	,18	ns
P.17.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"	3,37	3,39	,02	ns
P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència	3,31	3,47	,16	ns
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient	3,64	3,63	-,01	ns
P.20.- El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient	3,74	3,77	,02	ns
P.21.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient	3,79	3,63	-,17	ns
P.22.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment	4,01	4,00	-,01	ns

**Taula 97:** Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . **Anys de treball en el centre = < 5 anys (II)**

Afirmacions	ENQUESTA PRE	ENQUESTA POST	diferència pre-post	P
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient	2,87	2,57	-,30	p<0,05
P.24.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen be entre elles	2,67	2,43	-,23	p<0,05
P.25.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra	2,78	2,73	-,05	ns
P.26.- Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament	3,31	3,11	-,20	ns
P.27.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient	3,11	3,02	-,10	ns
P.28.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats	3,75	3,75	,00	ns
P.29.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	3,40	3,42	,02	ns
P.30.- La gerència/direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats	3,13	2,96	-,17	ns
P.31.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient	2,64	2,57	-,07	ns
P.32.- Els serveis/unitats treballen de forma coordinada entre sí per a proporcionar la millor atenció possible als pacients	3,43	3,27	-,16	ns
P.33.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.	3,14	3,15	,01	ns
P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme	3,26	3,58	,32	p<0,05
P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat	3,58	3,71	,12	p<0,05
P.36.- Se'ns informa dels error que passen en aquest servei/unitat	3,41	3,74	,33	p<0,05
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	3,04	3,11	,07	ns
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	3,77	3,87	,10	ns
P.39.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta	3,51	3,69	,18	p<0,05
P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient	3,51	3,59	,08	ns
P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient	3,38	3,51	,13	ns
P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient	3,35	3,58	,23	p<0,05

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney



**Taula 98:** Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . Anys de treball en el centre > 5 anys (I)

Afirmacions	ENQUESTA PRE	ENQUESTA POST	diferència pre-post	p
P.01.- El personal es recolza mútuament	3,94	4,12	,18	ns
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	1,90	2,38	,48	ns
P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar	3,80	4,05	,25	ns
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	4,04	4,22	,18	ns
P.05.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	1,97	2,22	,25	ns
P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient	3,47	3,75	,28	p<0,05
P.07.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal	2,88	3,12	,24	ns
P.08.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comès algun error, ho utilitzen en la teva contra	3,72	3,92	,20	ns
P.09.- Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou	3,52	3,92	,40	p<0,05
P.10.- No es produeixen més fallades per casualitat	2,58	2,90	,31	ns
P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el companys	3,70	3,80	,10	ns
P.12.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"	3,12	3,34	,22	ns
P.13.- Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat	3,17	3,45	,28	p<0,05
P.14.- Treballem sota pressió per a realitzar moltes coses massa de pressa	1,88	1,98	,11	ns
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient	2,37	2,62	,25	ns
P.16.- Quan es comet un error, el personal te por que això quedi en el seu expedient	2,63	3,08	,45	p<0,05
P.17.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"	3,07	3,24	,17	ns
P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència	3,13	3,64	,51	p<0,05
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient	3,54	3,49	-,05	ns
P.20.- El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient	3,60	3,72	,12	ns
P.21.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient	3,57	3,68	,11	ns
P.22.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment	3,78	3,98	,20	p<0,05

**Taula 98:** Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . **Anys de treball en el centre > 5 anys (II)**

Afirmacions	ENQUESTA PRE	ENQUESTA POST	diferència pre-post	p
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient	2,50	2,79	,30	p<0,05
P.24.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen be entre elles	2,41	2,79	,39	p<0,05
P.25.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra	2,85	3,06	,21	ns
P.26.- Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament	3,21	3,40	,19	ns
P.27.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient	3,15	3,06	-,09	ns
P.28.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats	3,58	3,82	,23	p<0,05
P.29.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	3,28	3,50	,21	p<0,05
P.30.- La gerència/direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats	2,92	3,32	,40	p<0,05
P.31.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient	2,39	2,67	,28	ns
P.32.- Els serveis/unitats treballen de forma coordinada entre sí per a proporcionar la millor atenció possible als pacients	3,29	3,52	,23	p<0,05
P.33.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.	3,19	3,16	-,02	ns
P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme	3,18	3,44	,26	p<0,05
P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat	3,56	3,86	,30	p<0,05
P.36.- Se'ns informa dels error que passen en aquest servei/unitat	3,28	3,59	,30	p<0,05
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	3,01	3,30	,29	p<0,05
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	3,60	3,82	,23	p<0,05
P.39.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta	3,46	3,63	,16	ns
P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient	3,33	3,49	,17	ns
P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient	3,13	3,47	,35	p<0,05
P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient	3,23	3,57	,35	p<0,05

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

**Taula 99:** Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . **HSJD (I)**

Afirmacions	ENQUESTA PRE	ENQUESTA POST	diferència pre-post	P
P.01.- El personal es recolza mútuament	3,83	4,06	,23	P<0,05
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	2,22	1,86	-,36	P<0,05
P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar	3,70	3,93	,23	P<0,05
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	4,12	4,27	,16	P<0,05
P.05.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	2,50	1,86	-,64	P<0,05
P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient	3,34	3,34	,01	ns
P.07.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal	3,32	3,35	,03	ns
P.08.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comès algun error, ho utilitzen en la teva contra	3,85	3,95	,10	ns
P.09.- Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou	3,84	3,83	,00	ns
P.10.- No es produeixen més fallades per casualitat	2,74	2,41	-,33	P<0,05
P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el company	3,77	3,90	,13	ns
P.12.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"	3,36	3,27	-,09	ns
P.13.- Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat	3,29	3,26	-,03	ns
P.14.- Treballem sota pressió per a realitzar moltes coses massa de pressa	2,39	1,83	-,55	P<0,05
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient	2,53	2,43	-,10	ns
P.16.- Quan es comet un error, el personal té por que això quedi en el seu expedient	2,64	2,75	,11	ns
P.17.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"	3,42	3,30	-,12	ns
P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència	3,24	3,45	,21	P<0,05
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient	3,72	3,54	-,19	ns
P.20.- El meu superior/cap té en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient	3,88	3,67	-,21	P<0,05
P.21.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient	3,85	3,58	-,27	P<0,05
P.22.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment	4,07	3,94	-,13	ns

**Taula 99:** Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . **HSJD (II)**

Afirmacions	ENQUESTA PRE	ENQUESTA POST	diferència pre-post	P
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient	2,90	2,50	-,40	P<0,05
P.24.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen be entre elles	2,65	2,32	-,33	P<0,05
P.25.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra	2,60	2,60	,00	ns
P.26.- Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament	3,24	2,96	-,28	P<0,05
P.27.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient	3,13	2,90	-,23	ns
P.28.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats	3,74	3,65	-,09	ns
P.29.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	3,33	3,32	-,01	ns
P.30.- La gerència/direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats	3,26	2,89	-,37	P<0,05
P.31.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient	2,91	2,48	-,43	P<0,05
P.32.- Els serveis/unitats treballen de forma coordinada entre si per a proporcionar la millor atenció possible als pacients	3,43	3,20	-,23	P<0,05
P.33.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.	3,15	3,09	-,06	ns
P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme	3,16	3,51	,35	P<0,05
P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat	3,61	3,66	,05	ns
P.36.- Se'ns informa dels error que passen en aquest servei/unitat	3,43	3,71	,28	P<0,05
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	3,13	3,05	-,09	ns
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	3,81	3,85	,04	ns
P.39.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta	3,46	3,73	,27	P<0,05
P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient	3,52	3,55	,03	ns
P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient	3,28	3,51	,22	P<0,05
P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient	3,36	3,57	,21	P<0,05

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

**Taula 100:** Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . **HGH** (I)

Afirmacions	ENQUESTA PRE	ENQUESTA POST	diferència pre-post	p
P.01.- El personal es recolza mútuament	3,97	4,07	,10	ns
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	1,85	2,51	,66	P<0,05
P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar	3,81	4,02	,20	ns
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	4,09	4,29	,20	ns
P.05.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	1,97	2,27	,30	P<0,05
P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient	3,40	3,68	,28	P<0,05
P.07.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal	2,82	3,21	,39	P<0,05
P.08.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comés algun error, ho utilitzen en la teva contra	3,79	3,99	,20	ns
P.09.- Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou	3,57	3,90	,33	P<0,05
P.10.- No es produeixen més fallades per casualitat	2,54	3,12	,58	P<0,05
P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el companys	3,76	3,79	,02	ns
P.12.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"	3,30	3,58	,28	P<0,05
P.13.- Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat	3,19	3,50	,31	P<0,05
P.14.- Treballem sota pressió per a realitzar moltes coses massa de pressa	1,78	2,19	,41	P<0,05
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient	2,40	2,67	,27	ns
P.16.- Quan es comet un error, el personal te por que això quedi en el seu expedient	2,70	3,13	,43	P<0,05
P.17.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"	3,08	3,33	,25	ns
P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència	3,25	3,62	,37	P<0,05
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient	3,54	3,67	,14	ns
P.20.- El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient	3,52	3,84	,32	P<0,05
P.21.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient	3,55	3,71	,17	ns
P.22.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment	3,78	4,05	,27	P<0,05

**Taula 100:** Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . **HGH (II)**

Afirmacions	ENQUESTA PRE	ENQUESTA POST	diferència pre-post	p
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient	2,43	2,81	,38	P<0,05
P.24.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen be entre elles	2,46	2,80	,35	P<0,05
P.25.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra	3,07	3,34	,27	P<0,05
P.26.- Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament	3,23	3,49	,26	P<0,05
P.27.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient	3,30	3,30	,00	ns
P.28.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats	3,59	3,97	,38	P<0,05
P.29.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	3,37	3,62	,24	P<0,05
P.30.- La gerència/direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats	2,74	3,35	,61	P<0,05
P.31.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient	2,23	2,87	,65	P<0,05
P.32.- Els serveis/unitats treballen de forma coordinada entre sí per a proporcionar la millor atenció possible als pacients	3,32	3,57	,25	P<0,05
P.33.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.	3,32	3,33	,01	ns
P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme	3,34	3,49	,15	ns
P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat	3,56	3,91	,34	P<0,05
P.36.- Se'ns informa dels error que passen en aquest servei/unitat	3,35	3,62	,27	P<0,05
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	2,97	3,17	,20	P<0,05
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	3,56	3,76	,20	P<0,05
P.39.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta	3,53	3,56	,03	ns
P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient	3,40	3,63	,23	P<0,05
P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient	3,27	3,45	,18	ns
P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient	3,29	3,59	,30	P<0,05

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

**Taula 101:** Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . HSH (I)

Afirmacions	ENQUESTA PRE	ENQUESTA POST	diferència pre-post	p
P.01.- El personal es recolza mutuament	3,90	3,82	-,08	ns
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	1,76	1,92	,16	ns
P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar	3,96	3,68	-,28	ns
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	3,96	4,26	,29	ns
P.05.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	1,88	2,00	,12	ns
P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient	3,18	3,74	,56	P<0,05
P.07.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal	2,61	2,85	,24	ns
P.08.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comés algun error, ho utilitzen en la teva contra	3,73	3,68	-,05	ns
P.09.- Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou	3,39	3,88	,49	ns
P.10.- No es produeixen més fallades per casualitat	2,46	2,46	,01	ns
P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el companys	3,80	3,69	-,11	ns
P.12.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"	2,88	3,19	,31	ns
P.13.- Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad	3,14	3,53	,38	ns
P.14.- Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat	2,15	1,91	-,24	ns
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient	3,05	2,82	-,23	ns
P.16.- Quan es comet un error, el personal te por que això quedi en el seu expedient	2,63	2,75	,12	ns
P.17.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"	3,25	3,27	,02	ns
P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència	3,38	3,50	,13	ns
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient	3,15	3,21	,06	ns
P.20.- El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient	3,38	3,65	,27	ns
P.21.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient	3,57	3,47	-,10	ns
P.22.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment	3,62	3,75	,13	ns

**Taula 101:** Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . HSH (II)

Afirmacions	ENQUESTA PRE	ENQUESTA POST	diferència pre-post	p
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient	3,04	2,97	-,07	ns
P.24.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen be entre elles	2,52	3,21	,69	P<0,05
P.25.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra	2,60	2,85	,25	ns
P.26.- Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament	3,39	3,37	-,02	ns
P.27.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient	2,20	2,43	,23	ns
P.28.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats	3,66	3,91	,25	ns
P.29.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	3,42	3,68	,26	ns
P.30.- La gerència/direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats	3,12	3,31	,19	ns
P.31.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient	2,40	2,91	,51	ns
P.32.- Els serveis/unitats treballen de forma coordinada entre sí per a proporcionar la millor atenció possible als pacients	3,21	3,56	,35	ns
P.33.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.	2,50	2,93	,43	ns
P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme	3,13	3,58	,45	P<0,05
P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat	3,42	3,88	,45	P<0,05
P.36.- Se'ns informa dels error que passen en aquest servei/unitat	3,26	3,74	,48	P<0,05
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	3,05	3,34	,30	ns
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	3,63	3,65	,02	ns
P.39.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta	3,29	3,41	,12	ns
P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient	3,24	3,29	,05	ns
P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient	3,34	3,28	-,06	ns
P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient	3,25	3,40	,15	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney



**Taula 102:** Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . **Metges/Farmacèutics (I)**

Afirmacions	ENQUESTA PRE	ENQUESTA POST	Diferència pre-post	p
P.01.- El personal es recolza mútuament	3,90	4,32	,41	p<0,05
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	2,49	2,35	<b>-,13</b>	
P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar	3,71	4,15	,43	p<0,05
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	4,20	4,44	,24	p<0,05
P.05.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	2,45	2,29	<b>-,16</b>	ns
P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient	3,47	3,44	<b>-,03</b>	ns
P.07.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal	2,94	3,36	,42	ns
P.08.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comès algun error, ho utilitzen en la teva contra	4,07	4,33	,26	p<0,05
P.09.- Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou	3,60	3,89	,28	p<0,05
P.10.- No es produeixen més fallades per casualitat	2,84	2,89	,04	ns
P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el company	3,80	3,98	,18	ns
P.12.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"	3,61	3,90	,29	ns
P.13.-Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat	3,09	3,10	,01	ns
P.14.- Treballem sota pressió per a realitzar moltes coses massa de pressa	2,26	2,47	,21	ns
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient	2,51	2,60	,09	ns
P.16.- Quan es comet un error, el personal té por que això quedi en el seu expedient	2,71	3,24	,53	p<0,05
P.17.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"	3,09	3,10	,02	ns
P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència	3,14	3,51	,37	p<0,05
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient	3,80	3,98	,18	ns
P.20.- El meu superior/cap té en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient	3,80	4,11	,31	p<0,05
P.21.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient	3,76	3,80	,04	ns
P.22.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment	4,08	4,18	,10	ns

**Taula 102:** Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . **Metges/Farmacèutics (II)**

Afirmacions	ENQUESTA PRE	ENQUESTA POST	Diferència pre-post	p
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient	2,86	2,64	<b>-,23</b>	ns
P.24.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen be entre elles	2,57	2,61	,04	ns
P.25.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra	2,65	2,88	,22	ns
P.26.- Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament	3,24	3,19	<b>-,05</b>	ns
P.27.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient	2,73	2,83	,10	ns
P.28.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats	3,69	3,68	<b>,00</b>	ns
P.29.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	3,09	3,41	,32	p<0,05
P.30.- La gerència/direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats	3,13	3,32	,19	ns
P.31.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient	2,64	2,72	,09	ns
P.32.- Els serveis/unitats treballen de forma coordinada entre sí per a proporcionar la millor atenció possible als pacients	3,35	3,42	,08	ns
P.33.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.	2,72	2,78	,06	ns
P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme	2,75	3,67	,92	p<0,05
P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat	3,63	3,92	,29	p<0,05
P.36.- Se'ns informa dels error que passen en aquest servei/unitat	3,33	3,82	,50	p<0,05
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	3,38	3,81	,43	p<0,05
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	3,98	4,28	,30	p<0,05
P.39.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta	3,60	3,95	,34	p<0,05
P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient	3,42	3,71	,30	p<0,05
P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient	3,07	3,51	,44	p<0,05
P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient	3,41	3,63	,22	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

**Taula 103:** Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . **Infermeres/llevadores/auxiliars (I)**

Afirmacions	ENQUESTA PRE	ENQUESTA POST	Diferència pre-post	p
P.01.- El personal es recolza mútuament	3,97	4,04	,08	ns
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	1,83	1,84	,01	ns
P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar	3,87	3,95	,08	ns
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	4,10	4,32	,22	p<0,05
P.05.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	1,92	1,80	<b>-,12</b>	ns
P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient	3,41	3,65	,24	p<0,05
P.07.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal	2,97	3,11	,14	ns
P.08.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comès algun error, ho utilitzen en la teva contra	3,72	3,79	,06	ns
P.09.- Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou	3,66	3,83	,17	ns
P.10.- No es produeixen més fallades per casualitat	2,52	2,44	<b>-,08</b>	ns
P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el companys	3,83	3,85	,02	ns
P.12.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"	3,20	3,19	<b>-,01</b>	ns
P.13.-Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat	3,26	3,39	,13	ns
P.14.- Treballem sota pressió per a realitzar moltes coses massa de pressa	1,87	1,75	<b>-,12</b>	ns
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient	2,46	2,37	<b>-,09</b>	ns
P.16.- Quan es comet un error, el personal te por que això quedi en el seu expedient	2,65	2,75	,11	ns
P.17.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"	3,09	3,31	,22	ns
P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència	3,28	3,53	,25	p<0,05
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient	3,48	3,48	<b>,00</b>	ns
P.20.- El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient	3,58	3,65	,07	ns
P.21.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient	3,60	3,49	<b>-,10</b>	ns
P.22.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment	3,76	3,86	,10	ns

**Taula 103:** Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . **Infermeres/llevadores/auxiliars (II)**

Afirmacions	ENQUESTA PRE	ENQUESTA POST	Diferència pre-post	p
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient	2,51	2,55	,04	ns
P.24.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen be entre elles	2,52	2,53	,01	ns
P.25.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra	2,95	2,89	<b>-,06</b>	ns
P.26.- Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament	3,24	3,22	<b>-,03</b>	ns
P.27.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient	3,24	2,99	<b>-,24</b>	ns
P.28.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats	3,69	3,79	,10	ns
P.29.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	3,47	3,54	,07	ns
P.30.- La gerència/direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats	2,87	3,08	,22	ns
P.31.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient	2,40	2,51	,11	ns
P.32.- Els serveis/unitats treballen de forma coordinada entre sí per a proporcionar la millor atenció possible als pacients	3,35	3,37	,01	ns
P.33.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.	3,33	3,28	<b>-,05</b>	ns
P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme	3,27	3,53	,25	p<0,05
P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat	3,61	3,76	,15	p<0,05
P.36.- Se'ns informa dels error que passen en aquest servei/unitat	3,30	3,59	,29	p<0,05
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	2,95	2,91	<b>-,05</b>	ns
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	3,56	3,64	,08	ns
P.39.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta	3,48	3,57	,09	ns
P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient	3,45	3,41	<b>-,05</b>	ns
P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient	3,27	3,40	,13	p<0,05
P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient	3,32	3,51	,19	p<0,05

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Witney

**Taula 104:** Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . **Altres professionals sanitaris (I)**

Afirmacions	ENQUESTA PRE	ENQUESTA POST	Diferència pre-post	p
P.01.- El personal es recolza mútuament	3,81	3,74	<b>-,07</b>	ns
P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball	2,19	2,62	,42	ns
P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar	3,71	3,71	<b>,00</b>	ns
P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte	4,00	3,94	<b>-,06</b>	ns
P.05.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora	2,65	2,54	<b>-,12</b>	ns
P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient	3,17	3,00	<b>-,17</b>	ns
P.07.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal	3,24	3,62	,37	ns
P.08.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comès algun error, ho utilitzen en la teva contra	3,91	3,94	,03	ns
P.09.- Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou	3,78	3,83	,04	ns
P.10.- No es produeixen més fallades per casualitat	2,82	3,16	,34	ns
P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el company	3,60	3,76	,16	ns
P.12.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"	3,42	3,29	<b>-,13</b>	ns
P.13.-Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat	3,33	3,48	,15	ns
P.14.- Treballem sota pressió per a realitzar moltes coses massa de pressa	2,44	2,29	<b>-,15</b>	ns
P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient	2,75	3,02	,27	ns
P.16.- Quan es comet un error, el personal te por que això quedi en el seu expedient	2,76	2,93	,17	ns
P.17.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"	3,53	3,52	<b>-,01</b>	ns
P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència	3,42	3,53	,11	ns
P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient	3,73	3,47	<b>-,26</b>	ns
P.20.- El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient	3,78	3,72	<b>-,07</b>	ns
P.21.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient	3,86	3,79	<b>-,07</b>	ns
P.22.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment	4,14	4,06	<b>-,08</b>	ns

**Taula 104:** Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . **Altres professionals sanitaris (II)**

Afirmacions	ENQUESTA PRE	ENQUESTA POST	Diferència pre-post	p
P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient	3,10	2,92	<b>-,17</b>	ns
P.24.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen be entre elles	2,60	2,61	,02	ns
P.25.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra	2,65	2,83	,18	ns
P.26.- Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament	3,37	3,21	<b>-,16</b>	ns
P.27.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient	3,21	3,26	,05	ns
P.28.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats	3,57	3,86	,29	p<0,05
P.29.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic	3,19	3,28	,08	ns
P.30.- La gerència/direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats	3,31	2,96	<b>-,35</b>	p<0,05
P.31.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient	2,77	2,80	,04	ns
P.32.- Els serveis/unitats treballen de forma coordinada entre si per a proporcionar la millor atenció possible als pacients	3,37	3,25	<b>-,12</b>	ns
P.33.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.	3,15	3,14	<b>-,01</b>	ns
P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme	3,53	3,41	<b>-,12</b>	ns
P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat	3,43	3,66	,22	ns
P.36.- Se'ns informa dels error que passen en aquest servei/unitat	3,61	3,96	,35	p<0,05
P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps	3,07	3,11	,04	ns
P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar	3,76	3,77	,01	ns
P.39.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta	3,46	3,57	,12	ns
P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient	3,55	3,88	,33	p<0,05
P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient	3,52	3,71	,20	ns
P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient	3,33	3,70	,37	ns

p: significació estadística corresponent a la comparació PRE POST aplicant la prova U de Man-Wihtney

**Annex 9:** Taules de la regressió logística dels 42 ítems per les 12  
dimenions





**Taula 105:** Regressió logística ajustada segons cadascuna de les afirmacions de FREQUÈNCIA DELS EVENTS NOTIFICATS

1.FREQUÈNCIA DELS EVENTS NOTIFICATS	P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient			P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient			P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient		
	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig
<b>Enquesta</b>									
PRE	1			1			1		
POST	0,76	0,56 - 1,02	0,07	1,13	0,84 - 1,52	0,43	1,18	0,87 - 1,59	0,28
<b>Anys en el centre</b>									
=< 5 anys	1			1			1		
> 5 anys	1,24	0,87 - 1,76	0,23	1,16	0,82 - 1,66	0,40	0,96	0,67 - 1,36	0,81
<b>Centre</b>									
HSJD	1		0,47	1		0,84	1		0,62
HGH	1,10	0,77 - 1,58	0,59	1,05	0,73 - 1,51	0,78	0,97	0,67 - 1,39	0,86
HSH	0,80	0,47 - 1,37	0,42	0,90	0,52 - 1,56	0,71	0,77	0,45 - 1,32	0,34
<b>Posició laboral</b>									
Infermeres/llevad./aux	1		0,01	1		0,06	1		0,25
Metges/Farmaceutics	1,57	1,08 - 2,28	0,02	1,13	0,78 - 1,64	0,52	1,36	0,94 - 1,97	0,11
Altres professionals	1,65	1,14 - 2,39	0,01	1,57	1,08 - 2,29	0,02	1,16	0,80 - 1,69	0,42

**Taula 106:** Regressió logística ajustada segons cadascuna de les afirmacions de PERCEPCIÓ DE LA SEGURETAT del pacient

2. PERCEPCIÓ DE LA SEGURETAT	P.10.- No es produeixen més fallades per casualitat			P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient			P.17.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"			P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència		
	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig
<b>Enquesta</b>												
PRE	1			1			1			1		
POST	1,18	0,85 - 1,62	0,3214	1,10	0,79 - 1,53	0,56	1,09	0,81 - 1,46	0,57	1,59	1,19 - 2,12	<0,005
<b>Anys en el centre</b>												
=< 5 anys	1			1			1			1		
> 5 anys	0,94	0,65 - 1,37	0,7558	1,50	1,02 - 2,21	0,04	1,41	1,00 - 1,98	0,05	1,04	0,74 - 1,46	0,8266
<b>Centre</b>												
HSJD	1		0,077	1		0,01	1		0,8492	1		0,4065
HGH	1,34	0,92 - 1,95	0,13	1,27	0,85 - 1,88	0,24	1,00	0,70 - 1,41	0,99	1,27	0,90 - 1,79	0,18
HSH	0,70	0,37 - 1,34	0,29	2,51	1,44 - 4,38	<0,005	1,15	0,68 - 1,96	0,60	1,14	0,67 - 1,94	0,62
<b>Posició laboral</b>												
Infermeres/llevad./aux	1		0,01	1		0,15	1		0,06	1		0,76
Metges/Farmaceutics	1,70	1,15 - 2,50	0,01	0,93	0,61 - 1,41	0,73	0,90	0,63 - 1,30	0,57	0,88	0,61 - 1,26	0,47
Altres professionals	1,60	1,09 - 2,35	0,02	1,42	0,96 - 2,11	0,08	1,48	1,03 - 2,14	0,04	1,00	0,70 - 1,42	0,98

**Taula 107:** Regressió logística ajustada segons cadascuna de les afirmacions de ESPECTATIVES/ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT

3.ESPECTATIVES I ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ DE LA UNITAT/SERVEI QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT	P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient			P.20.- El meu superior/ cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient			P.21.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient			P.22.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment		
	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig
<b>Enquesta</b>												
PRE	1			1			1			1		
POST	0,76	0,56 - 1,02	0,07	0,88	0,65 - 1,19	0,40	0,75	0,55 - 1,01	0,06	1,02	0,74 - 1,42	0,895
<b>Anys en el centre</b>												
=< 5 anys	1			1			1			1		
> 5 anys	1,17	0,83 - 1,66	0,3752	1,15	0,81 - 1,65	0,43	1,02	0,72 - 1,45	0,91	1,08	0,73 - 1,59	0,7034
<b>Centre</b>												
HSJD	1		0,03	1		0,3857	1		0,60325	1		0,1668
HGH	0,96	0,67 - 1,37	0,80	0,91	0,63 - 1,32	0,62	0,91	0,63 - 1,30	0,60	0,89	0,60 - 1,33	0,57
HSH	0,49	0,28 - 0,85	0,01	0,69	0,40 - 1,17	0,17	0,76	0,45 - 1,30	0,32	0,59	0,34 - 1,02	0,06
<b>Posició laboral</b>												
Infermeres/llevad./aux	1		<0,005	1		<0,005	1		<0,005	1		<0,005
Metges/Farmaceutics	2,41	1,62 - 3,58	<0,005	2,29	1,51 - 3,48	<0,005	1,76	1,20 - 2,60	<0,005	1,74	1,12 - 2,68	0,01
Altres professionals	1,33	0,93 - 1,91	0,12	1,16	0,80 - 1,68	0,42	1,63	1,11 - 2,38	0,01	2,15	1,37 - 3,38	<0,005

**Taula 108:** Regressió logística ajustada segons cadascuna de les afirmacions de APRENENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ

4.APRENENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ	P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient			P.09.- Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou			P.13.- Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat		
	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig
<b>Enquesta</b>									
PRE	1			1			1		
POST	1,37	1,02 - 1,86	0,039	1,08	0,80 - 1,46	0,62	1,19	0,88 - 1,61	0,27
<b>Anys en el centre</b>									
≤ 5 anys	1			1			1		
> 5 anys	0,56	0,40 - 0,80	<0,005	1,09	0,76 - 1,55	0,65	1,09	0,76 - 1,56	0,63
<b>Centre</b>									
HSJD	1		0,555	1		0,384	1		0,711
HGH	1,14	0,80 - 1,63	0,48	0,77	0,54 - 1,11	0,17	1,16	0,81 - 1,68	0,41
HSH	0,87	0,51 - 1,50	0,62	0,84	0,48 - 1,45	0,53	1,06	0,61 - 1,84	0,83
<b>Posició laboral</b>									
Infermeres/llevad./aux	1		<0,005	1		0,89	1		0,01
Metges/Farmaceutics	0,90	0,63 - 1,30	0,58	1,04	0,71 - 1,52	0,86	0,60	0,41 - 0,89	0,01
Altres professionals	0,40	0,27 - 0,58	<0,005	1,10	0,75 - 1,60	0,63	1,20	0,83 - 1,74	0,34

**Taula 109:** Regressió logística ajustada segons cadascuna de les afirmacions de TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI

5.TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI	P.01.- El personal es recolza mutuament			P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar			P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte			P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en el company		
	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig
<b>Enquesta</b>												
PRE	1			1			1			1		
POST	0,88	0,63 - 1,22	0,4438	0,89	0,65 - 1,21	0,45	0,81	0,57 - 1,17	0,26	0,80	0,58 - 1,10	0,1679
<b>Anys en el centre</b>												
=< 5 anys	1			1			1			1		
> 5 anys	0,88	0,60 - 1,31	0,5337	0,98	0,68 - 1,41	0,91	1,60	1,06 - 2,42	0,03	1,71	1,17 - 2,48	0,01
<b>Centre</b>												
HSJD	1		0,5716	1		0,4277	1		0,96675			0,3611
HGH	1,17	0,78 - 1,74	0,44	1,25	0,86 - 1,82	0,24	0,97	0,63 - 1,49	0,88	1,24	0,84 - 1,81	0,27
HSH	0,89	0,49 - 1,60	0,70	0,98	0,56 - 1,71	0,93	1,04	0,55 - 1,98	0,90	1,47	0,81 - 2,67	0,21
<b>Posició laboral</b>												
Infermeres/llevad./aux	1		<0,005	1		0,05	1		<0,005			0,04
Metges/Farmaceutics	1,44	0,92 - 2,26	0,11	0,92	0,62 - 1,36	0,68	2,08	1,21 - 3,57	0,01	1,19	0,79 - 1,80	0,39
Altres professionals	0,60	0,41 - 0,87	0,01	0,63	0,44 - 0,91	0,01	0,63	0,42 - 0,94	0,02	0,68	0,47 - 0,98	0,04

**Taula 110:** Regressió logística ajustada segons cadascuna de les afirmacions de FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ

6.FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ	P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat			P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps			P.39N.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta		
	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig
<b>Enquesta</b>									
PRE	1			1			1		
POST	0,77	0,57 - 1,04	0,0897	1,02	0,75 - 1,39	0,89	0,92	0,69 - 1,24	0,59
<b>Anys en el centre</b>									
=< 5 anys	1			1			1		
> 5 anys	0,91	0,64 - 1,29	0,5977	0,70	0,49 - 1,00	0,05	1,11	0,78 - 1,58	0,56
<b>Centre</b>									
HSJD	1		0,7773	1		0,3148	1		0,85245
HGH	1,13	0,79 - 1,61	0,50	0,99	0,68 - 1,43	0,95	1,00	0,70 - 1,43	0,99
HSH	1,02	0,59 - 1,74	0,95	1,47	0,85 - 2,54	0,17	0,86	0,50 - 1,49	0,60
<b>Posició laboral</b>									
Infermeres/llevad./aux	1		0,06	1		<0,005	1		0,02
Metges/Farmaceutics	1,31	0,90 - 1,91	0,16	3,45	2,37 - 5,03	<0,005	1,64	1,12 - 2,42	0,01
Altres professionals	0,76	0,53 - 1,09	0,14	1,32	0,91 - 1,92	0,15	0,89	0,62 - 1,27	0,51

**Taula 111:** Regressió logística ajustada segons cadascuna de les afirmacions de FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS

7.FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS	P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions que s'han dut a terme			P.36.- Se'ns informa dels error que passen en aquest servei/unitat			P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar		
	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig
<b>Enquesta</b>									
PRE	1			1			1		
POST	1,13	0,84 - 1,52	0,418	1,02	0,76 - 1,37	0,89	0,61	0,45 - 0,83	<0,005
<b>Anys en el centre</b>									
=< 5 anys	1			1			1		
> 5 anys	1,49	1,05 - 2,12	0,02	1,15	0,82 - 1,62	0,41	1,18	0,83 - 1,70	0,35
<b>Centre</b>									
HSJD	1		0,0975	1		0,9764	1		0,70566
HGH	1,48	1,04 - 2,12	0,03	0,96	0,68 - 1,37	0,84	0,89	0,61 - 1,28	0,53
HSH	1,31	0,76 - 2,26	0,34	1,00	0,59 - 1,69	1,00	1,08	0,62 - 1,87	0,80
<b>Posició laboral</b>									
Infermeres/llevad./aux	1		0,96	1		0,02	1		<0,005
Metges/Farmaceutics	0,99	0,68 - 1,44	0,97	1,24	0,86 - 1,79	0,25	3,02	1,96 - 4,65	<0,005
Altres professionals	1,05	0,73 - 1,52	0,78	1,65	1,14 - 2,37	0,01	1,23	0,86 - 1,77	0,26

**Taula 112:** Regressió logística ajustada segons cadascuna de les afirmacions de RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS

8.RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS	P.08.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comès algun error, ho utilitzen en la teva contra			P.12.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"			P.16.- Quan es comet un error, el personal te por que això quedi en el seu expedient		
	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig
<b>Enquesta</b>									
PRE	1			1			1		
POST	1,04	0,76 - 1,43	0,7907	0,91	0,68 - 1,21	0,51	1,68	1,21 - 2,31	<0,005
<b>Anys en el centre</b>									
=< 5 anys	1			1			1		
> 5 anys	1,44	0,99 - 2,09	0,0584	1,57	1,11 - 2,22	0,01	0,84	0,58 - 1,22	0,36
<b>Centre</b>									
HSJD	1		0,4151	1		0,04	1		0,10879
HGH	1,29	0,88 - 1,91	0,20	1,53	1,07 - 2,18	0,02	1,50	1,03 - 2,19	0,04
HSH	1,08	0,61 - 1,91	0,80	1,00	0,58 - 1,73	0,99	1,37	0,77 - 2,43	0,28
<b>Posició laboral</b>									
Infermeres/llevad./aux	1		<0,005	1		<0,005	1		0,18
Metges/Farmaceutics	2,61	1,65 - 4,15	<0,005	2,29	1,57 - 3,34	<0,005	1,44	0,97 - 2,12	0,07
Altres professionals	1,03	0,71 - 1,50	0,87	1,16	0,81 - 1,65	0,42	1,19	0,81 - 1,75	0,37

**Taula 113:** Regressió logística ajustada segons cadascuna de les afirmacions de .DOTACIÓ DE PERSONAL

9.DOTACIÓ DE PERSONAL	P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball			P.05.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora			P.07.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal			P.14.- Treballem sota pressió per a fer moltes coses massa depressa		
	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig
<b>Enquesta</b>												
PRE	1			1			1			1		
POST	1,09	0,74 - 1,60	0,6582	0,99	0,67 - 1,44	0,94	1,16	0,87 - 1,55	0,32	0,92	0,62 - 1,37	0,688
<b>Anys en el centre</b>												
=< 5 anys	1			1			1			1		
> 5 anys	0,84	0,54 - 1,30	0,4255	0,91	0,59 - 1,43	0,70	1,16	0,82 - 1,63	0,39	1,12	0,70 - 1,79	0,6391
<b>Centre</b>												
HSJD	1		0,1608	1		0,663	1		0,44771	1		0,6849
HGH	1,03	0,66 - 1,60	0,91	0,81	0,51 - 1,28	0,37	0,85	0,60 - 1,21	0,37	0,89	0,55 - 1,44	0,64
HSH	0,43	0,17 - 1,08	0,07	0,92	0,45 - 1,87	0,81	0,73	0,43 - 1,25	0,25	1,21	0,59 - 2,50	0,61
<b>Posició laboral</b>												
Infermeres/llevad./aux	1		<0,005	1		<0,005	1		0,10	1		<0,005
Metges/Farmaceutics	2,88	1,85 - 4,50	<0,005	1,68	1,05 - 2,68	0,03	1,15	0,80 - 1,66	0,45	1,78	1,08 - 2,91	0,02
Altres professionals	2,66	1,71 - 4,13	<0,005	2,66	1,73 - 4,10	<0,005	1,47	1,03 - 2,09	0,03	2,57	1,64 - 4,04	<0,005

**Taula 114:** Regressió logística ajustada segons cadascuna de les afirmacions de SUPORT DE LA GERENCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT

10.SUPORT DE LA GERENCIA DEL HOSPITAL A LA SEGURETAT DEL PACIENT	P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient			P.30.- La gerència/ direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats			P.31.- La gerència/ direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient		
	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig
<b>Enquesta</b>									
PRE	1			1			1		
POST	0,93	0,66 - 1,31	0,6803	0,93	0,69 - 1,27	0,66	1,02	0,73 - 1,43	0,92
<b>Anys en el centre</b>									
=< 5 anys	1			1			1		
> 5 anys	0,89	0,59 - 1,33	0,571	0,82	0,57 - 1,17	0,28	0,98	0,66 - 1,46	0,91
<b>Centre</b>									
HSJD	1		0,02	1		0,6456	1		0,8571
HGH	0,76	0,50 - 1,16	0,20	0,86	0,60 - 1,25	0,43	0,94	0,63 - 1,41	0,77
HSH	1,74	0,97 - 3,11	0,06	0,80	0,44 - 1,43	0,44	1,11	0,59 - 2,08	0,75
<b>Posició laboral</b>									
Infermeres/llevad./aux	1		<0,005	1		0,02	1		0,01
Metges/Farmaceutics	1,81	1,19 - 2,76	0,01	1,72	1,19 - 2,49	<0,005	1,79	1,19 - 2,68	<0,005
Altres professionals	1,95	1,29 - 2,95	<0,005	1,12	0,76 - 1,65	0,55	1,46	0,97 - 2,21	0,07

**Taula 115:** Regressió logística ajustada segons cadascuna de les afirmacions de TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS

11.TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS	P.24N.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen be entre elles			P.26.- Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament			P.28.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats			P.32.- Els serveis/unitats treballen de forma coordinada entre si per a proporcionar la millor atenció possible als pacients		
	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig
<b>Enquesta</b>												
PRE	1			1			1			1		
POST	1,14	0,80 - 1,61	0,4651	0,94	0,70 - 1,25	0,65	1,18	0,87 - 1,60	0,28	1,00	0,75 - 1,34	0,9938
<b>Anys en el centre</b>												
=< 5 anys	1			1			1			1		
> 5 anys	1,14	0,76 - 1,71	0,5111	1,25	0,88 - 1,77	0,20	1,46	1,02 - 2,09	0,04	1,12	0,79 - 1,56	0,5282
<b>Centre</b>												
HSJD	1		0,05	1		<0,005	1		0,03	1		0,1975
HGH	1,29	0,85 - 1,96	0,22	1,91	1,34 - 2,72	<0,005	1,61	1,11 - 2,32	0,01	1,37	0,97 - 1,94	0,08
HSH	2,07	1,16 - 3,71	0,01	2,02	1,19 - 3,42	0,01	1,65	0,94 - 2,91	0,08	1,29	0,76 - 2,18	0,35
<b>Posició laboral</b>												
Infermeres/llevad./aux	1		0,52	1		0,95	1		0,83	1		0,40
Metges/Farmaceutics	1,22	0,80 - 1,88	0,36	0,97	0,67 - 1,41	0,89	0,96	0,65 - 1,40	0,81	1,07	0,74 - 1,53	0,72
Altres professionals	1,21	0,80 - 1,85	0,37	1,04	0,73 - 1,50	0,82	0,89	0,62 - 1,29	0,55	0,81	0,56 - 1,15	0,24

**Taula 116:** Regressió logística ajustada segons cadascuna de les afirmacions de PROBLEMES CANVIS DE TORN/TRANSCIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS

12.PROBLEMES EN ELS CANVIS DE TORN I TRANSCIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS	P.25.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra			P.27.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient			P.29.- El intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic			P.33.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.		
	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig	OD	IC95%	Sig
<b>Enquesta</b>												
PRE	1			1			1			1		
POST	1,10	0,80 - 1,50	0,5603	0,85	0,63 - 1,15	0,30	1,34	1,00 - 1,80	0,05	1,02	0,75 - 1,39	0,8845
<b>Anys en el centre</b>												
=< 5 anys	1			1			1			1		
> 5 anys	1,23	0,86 - 1,78	0,2575	1,13	0,79 - 1,62	0,50	1,41	0,99 - 2,00	0,06	1,17	0,82 - 1,68	0,3946
<b>Centre</b>												
HSJD	1		<0,005	1		<0,005	1		<0,005	1		<0,005
HGH	2,59	1,79 - 3,76	<0,005	1,42	0,99 - 2,04	0,06	1,91	1,33 - 2,73	<0,005	1,55	1,07 - 2,23	0,02
HSH	1,23	0,69 - 2,20	0,47	0,33	0,17 - 0,63	<0,005	2,15	1,25 - 3,71	0,01	0,59	0,33 - 1,06	0,08
<b>Posició laboral</b>												
Infermeres/llevad./aux	1		0,08	1		<0,005	1		<0,005	1		<0,005
Metges/Farmaceutics	0,78	0,53 - 1,16	0,22	0,50	0,33 - 0,74	<0,005	0,64	0,44 - 0,92	0,02	0,37	0,24 - 0,56	<0,005
Altres professionals	0,65	0,44 - 0,97	0,03	0,91	0,63 - 1,32	0,62	0,54	0,38 - 0,78	<0,005	0,64	0,44 - 0,94	0,02

## 14. ÍNDEX DE QUADRES, FIGURES, GRÀFICS I TAULES

### QUADRES

	Pag.
<b>Quadre 1:</b> Àrees d'acció de l'Aliança Mundial per la Seguretat del Pacient .....	43
<b>Quadre 2:</b> Definicions de Seguretat del Pacient .....	44
<b>Quadre 3:</b> Organismes que componen l'Aliança per la seguretat del pacient a Catalunya .....	46
<b>Quadre 4:</b> Set de bones pràctiques per la seguretat del pacient. Adaptat de: <i>Safe Practices for Better Healthcare. The National Quality Forum, Washington 2003</i> .....	53
<b>Quadre 5:</b> Pràctiques segures amb major impacte potencial i menor nivell de complexitat .....	54
<b>Quadre 6:</b> Definicions de Cultura de Seguretat del Pacient .....	64
<b>Quadre 7:</b> Les dimensions de la cultura de la seguretat del pacient en diferents estudis empírics .....	68
<b>Quadre 8:</b> Components de la seguretat del pacient per cada subdimensió segons Feng, Bobay y Weiss .....	70
<b>Quadre 9:</b> Nivells de maduresa de la cultura de seguretat del pacient segons el <i>Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)</i> .....	72
<b>Quadre 10:</b> Descripció d'alguns dels ítems per cada factor o dimensió del <i>Safety Attitudes Questionnaire</i> .....	73
<b>Quadre 11:</b> Webs d'Informació sobre els qüestionaris SAQ, HSPSC i MaPSaF.....	75
<b>Quadre 12.</b> Aconteixements més destacats al CSI a nivell organitzatiu general i de l'Àrea de seguretat del pacient en particular .....	82
<b>Quadre 13:</b> Codificació de les respostes segons si les afirmacions estan formulades en sentit positiu o negatiu .....	96
<b>Quadre 14 :</b> Esquema de conversió de les categories qualitatives de cada ítem en valoracions quantitatives.....	96
<b>Quadre 15 :</b> Intervencions més destacades realitzades entre el segon semestre 200 al primer trimestre 2012 en el CSI .....	107
<b>Quadre 16:</b> Categories resultant de l'anàlisi textual de les converses en els grups de discussió .....	225

### FIGURES

	Pàg.
<b>Figura 1:</b> Distribució de la incidència trobada en els principals estudis .....	42
<b>Figura 2:</b> El model de formatge suís, de com les defenses i les barreres poden ser penetrades per una trajectòria d'accident .....	49
<b>Figura 3:</b> Model d'aprenentatge segons la <i>Pittsburgh Regional Healthcare Initiative</i> .....	59
<b>Figura 4:</b> Perspectives funcionals en la seguretat del pacient (adaptat a partir del model de la cultura organitzacional de Schein ) .....	65
<b>Figura 5:</b> Diagrama de la cultura de la seguretat del pacient segons Feng, Bobay y Weiss .....	69
<b>Figura 6 .</b> Representació gràfica del projecte de recerca .....	87
<b>Figura 7:</b> Text exposat durant la discussió de la dimensió "Percepció de la seguretat" .....	102
<b>Figura 8:</b> Intranet corporativa i pàgina de l'Àrea de seguretat del pacient del CSI.	109

<b>Figura 9:</b> Representació del sistema de gestió d'una notificació. al SiNASP .....	113
<b>Figura 10:</b> Pantalla per visualitzar el <i>feedback</i> que es dona als professionals sobre les accions que s'han emprés i l'estat en que es troben .....	113
<b>Figura 11:</b> Relacions entre les 12 dimensions del qüestionari HSPSC i els components de la matriu exploratòria de 12 components .....	223

## GRÀFICS

	Pàg.
<b>Gràfic 1:</b> Evolució de les notificacions segons centre i per tot el CSI (febrer 2010 - març 2012) .....	114
<b>Gràfic 2:</b> Evolució de la freqüència relativa de notificacions per llit CSI i els centres catalans que utilitzen el SiNASP .....	114
<b>Gràfic 3:</b> Distribució de les 365 notificacions al SiNASP segons grau de risc (febrer 2010-març 2012) .....	115
<b>Gràfic 4:</b> Distribució de les notificacions al SiNASP segons tipologia d'incident ...	115
<b>Gràfic 5:</b> Distribució de les notificacions segons factor contribuent SiNASP .....	116
<b>Gràfic 6:</b> Característiques de les accions de millora planificades derivades de les notificacions al SiNASP .....	117
<b>Gràfic 7 :</b> Orígen de les notificacions dels esdeveniments adversos .....	118
<b>Gràfic 8:</b> Distribució absoluta i relativa dels participants segons centre i moment de l'enquesta .....	122
<b>Gràfic 9:</b> Distribució absoluta i relativa dels participants segons grup professional i moment de l'enquesta.....	123
<b>Gràfic 10:</b> Distribució percentual de les categories del grau seguretat del pacient percebuda, segons moment de l'enquesta .....	127
<b>Gràfic 11:</b> Diagrama de caixa de la qualificació del grau de seguretat dels pacients percebuda segons moment de l'enquesta .....	128
<b>Gràfic 12:</b> Distribució segons si han notificat o no esdeveniments adversos els darrers 12 mesos segons moment de l'enquesta .....	129
<b>Gràfic 13:</b> Percentatge de respostes positives en l'enquesta PRE i la POST .....	146
<b>Gràfic 14:</b> Diagrames de caixa de la qualificació global a la seguretat dels pacients segons centre i moment de l'enquesta .....	153
<b>Gràfic 15:</b> Comparació entre les respostes positives en els dos moments de l'enquesta per les 12 dimensions. HSJD .....	154
<b>Gràfic 16:</b> Comparació entre les respostes positives en els dos moments de l'enquesta per les 12 dimensions. HGH .....	157
<b>Gràfic 17:</b> Comparació entre les respostes positives en els dos moments de l'enquesta per les 12 dimensions. HSH .....	159
<b>Gràfic 18:</b> Percentatge global de respostes positives i mitjana i mediana segons centre i moment de l'enquesta.....	160
<b>Gràfic 19:</b> Diagrama de caixa de la percepció global de seguretat del pacient segons grup professional i moment de l'enquesta .....	162
<b>Gràfic 20:</b> Respostes per cada dimensió segons el POST i el PRE per al grup de metges/farmacèutics .....	164
<b>Gràfic 21:</b> Respostes per cada dimensió segons el POST i el PRE per al <b>grup d'infermeria</b> .....	166
<b>Gràfic 22:</b> Respostes per cada dimensió segons el POST i el PRE per al grup altres professionals .....	169
<b>Gràfic 23:</b> Percentatge global de respostes positives i mitjana i mediana segons grup professional i moment de l'enquesta .....	170
<b>Gràfic 24:</b> Diagrames de caixa de la qualificació del grau de seguretat dels	



pacients percebuda segons anys de treball en el centre i moment de l'enquesta.....	172
<b>Gràfic 25:</b> Respostes per cada dimensió segons el POST i el PRE per al grup de ≤ 5 anys .....	174
<b>Gràfic 26:</b> Respostes per cada dimensió segons el POST i el PRE per al grup de > 5 anys de treball en el centre .....	176
<b>Gràfic 27:</b> Percentatge global de respostes positives i mitjana i mediana segons anys de treball en el centre i moment de l'enquesta .....	177
<b>Gràfic 28:</b> Comparació entre les respostes positives en els dos moments de l'enquesta per les 12 dimensions. CSI .....	192
<b>Gràfic 29:</b> Comparació de l'Alpha de Cronbach obtinguda en aquest treball amb les obtingudes en altres estudis, per cadascuna de les dimensions .....	208
<b>Gràfic 30:</b> Respostes positives per dimensió i país d'origen dels treballs publicats utilitzant el qüestionari HSPSC.....	269

## TAULES

	Pàg.
<b>Taula 1:</b> Tipus d'Esdeveniments adversos segons incidència i evitabilitat (ENEAS 2005). .....	41
<b>Taula 2 :</b> Estat de les accions de millora a 31 desembre 2012 relatives als darrers 18 mesos, derivades de les notificacions al SiNASP .....	117
<b>Taula 3 :</b> Activitats de sensibilització i formació 2009-2012 .....	119
<b>Taula 4:</b> Taxes de participació segons centre i moment de l'enquesta .....	121
<b>Taula 5:</b> Taxes de participació segons grup professional i moment de l'enquesta.....	122
<b>Taula 6:</b> Estadístics dels anys de treball en el centre segons centre i moment de l'enquesta .....	124
<b>Taula 7.</b> Distribució absoluta, mitjana, i desviació estàndard dels anys a la professió, en el centre i en el servei segons grup professional i total .....	125
<b>Taula 8:</b> Estadístics del grau de seguretat del pacient percebuda segons moment de l'enquesta .....	127
<b>Taula 9:</b> Mitjana i desviació estàndard del grau de seguretat del pacient percebuda per grup professionals, centre, temps de treball en el centre i contacte directe amb el pacient segons moment de l'enquesta .....	128
<b>Taula 10:</b> Distribució dels professionals que han contestat l'enquesta segons si han notificat o no algun esdeveniment els darrers 12 mesos .....	129
<b>Taula 11:</b> Nombre de casos, mitjana, desviació estàndard i mediana de notificacions d'esdeveniments adversos segons centre i moment de l'enquesta.....	130
<b>Taula 12 :</b> Mitjana del grau de seguretat percebuda segons si han fet o no alguna notificació i moment de l'enquesta .....	130
<b>Taula 13:</b> Respostes als ítems de la dimensió <i>PERCEPCIÓ DE SEGURETAT</i> segons moment de l'enquesta .....	131
<b>Taula 14:</b> Distribució de les respostes de la dimensió <i>FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS</i> segons moment de l'enquesta .....	132
<b>Taula 15:</b> Mediana PRE i POST per cada ítem de la dimensió <i>FREQÜÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS NOTIFICATS</i> , diferència i significació estadística .....	133
<b>Taula 16:</b> Distribució de les respostes de la dimensió <i>SUPPORT DE LA GERENCIA DE L'HOSPITAL A LA SEGURETAT DEL PACIENT</i> segons moment de l'enquesta .....	134
<b>Taula 17:</b> Distribució de les respostes de la dimensió <i>TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS</i> segons moment de l'enquesta .....	135

<b>Taula 18:</b> Distribució de les respostes de la dimensió <i>PROBLEMES EN ELS CANVIS DE TORN I TRANSICIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS</i> segons moment de l'enquesta ..	136
<b>Taula 19:</b> Distribució de les respostes (negatives, neutres i positiva) dels ítems de la dimensió <i>EXPECTATIVES/ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT</i> segons moment de l'enquesta ..	137
<b>Taula 20:</b> Mediana PRE i POST per cada ítem de la dimensió <i>EXPECTATIVES I ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ DE LA UNITAT/SERVEI QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT</i> , diferència i significació estadística ..	138
<b>Taula 21:</b> Distribució de les respostes dels ítems de la dimensió <i>APRESENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ</i> segons moment de l'enquesta ..	139
<b>Taula 22:</b> Mediana PRE i POST per cada ítem de la dimensió <i>APRESENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ</i> , diferència i significació estadística ..	139
<b>Taula 23:</b> Distribució de les respostes (negatives, neutres i positiva) dels ítems de la dimensió <i>TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI</i> segons moment de l'enquesta ..	140
<b>Taula 24:</b> Mediana PRE i POST per cada ítem de la dimensió <i>TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI</i> , diferència i significació estadística ..	140
<b>Taula 25:</b> Distribució de les respostes als ítems de la dimensió <i>FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ</i> segons moment de l'enquesta ..	141
<b>Taula 26:</b> Mediana PRE i POST per cada ítem de la dimensió <i>FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ</i> , diferència i significació estadística ..	142
<b>Taula 27:</b> Distribució de les respostes (negatives, neutres i positiva) dels ítems de la dimensió <i>FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS</i> segons moment de l'enquesta ..	143
<b>Taula 28:</b> Mediana PRE i POST per cada ítem de la dimensió <i>FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS</i> , diferència i significació estadística ..	143
<b>Taula 29:</b> Distribució de les respostes i significació de les diferències per la dimensió <i>RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS</i> segons moment de l'enquesta ..	144
<b>Taula 30:</b> Distribució de les respostes a la dimensió <i>DOTACIÓ DE PERSONAL</i> segons moment de l'enquesta ..	145
<b>Taula 31:</b> Mediana PRE i POST per cada ítem de la dimensió <i>DOTACIÓ DE PERSONAL</i> , diferència i significació estadística ..	146
<b>Taula 32:</b> Distribució absoluta i relativa de les categories dels comentaris segons moment de l'enquesta ..	148
<b>Taula 33:</b> Mesures de tendència central de la valoració de la seguretat dels pacients percebuda, segons centre i moment de l'enquesta ..	152
<b>Taula 34:</b> Mitjana d'Incidents notificats per escrit l'últim any segons centre i moment de l'enquesta ..	153
<b>Taula 35:</b> Percentatge de respostes i significació estadística per dimensions segons moment de l'enquesta en el Hospital Sant Joan Despí ..	155
<b>Taula 36:</b> Percentatge de respostes i significació estadística dimensió segons moment de l'enquesta en l' Hospital General de l'Hospitalet ..	156
<b>Taula 37:</b> Percentatge de respostes i significació estadística dimensió segons moment de l'enquesta en el Hospital Sociosanitari de l'Hospitalet ..	158
<b>Taula 38:</b> Mesures de tendència central de la valoració de la seguretat dels pacients percebuda, segons centre i moment de l'enquesta ..	161
<b>Taula 39:</b> Percentatge de respostes i significació estadística per dimensió segons moment de l'enquesta per al grup professional de Metges/ Farmacèutics. ....	163
<b>Taula 40:</b> Percentatge de respostes i significació estadística per dimensió segons moment de l'enquesta i per al grup professional de <b>infermeres/llevadors/auxiliars</b> ..	165
<b>Taula 41:</b> Percentatge de respostes i significació estadística per dimensió segons moment de l'enquesta per al grup professional de <b>Altres professionals</b> ..	167

<b>Taula 42 :</b> Mesures de tendència central de la valoració de la seguretat dels pacients percebuda, segons centre i moment de l'enquesta .....	171
<b>Taula 43:</b> Percentatge de respostes i significació estadística per dimensió segons moment de l'enquesta pels professionals que fa 5 anys o menys que treballen en el centre .....	173
<b>Taula 44:</b> Percentatge de respostes i significació estadística per cadascuna de les 12 dimensions de seguretat del pacient segons moment de l'enquesta pels professionals que fa més de 5 anys que treballen en el centre .....	175
<b>Taula 45:</b> Respostes positives i diferències significatives entre metges i infermeria segons dimensió i moment de l'enquesta .....	178
<b>Taula 46:</b> Respostes positives i diferències significatives entre metges i infermeria segons afirmació i moment de l'enquesta (I) .....	179
<b>Taula 46:</b> Respostes positives i diferències significatives entre metges i infermeria segons afirmació segons moment de l'enquesta (II) .....	180
<b>Taula 47:</b> Respostes negatives i diferències significatives entre metges i infermeria segons dimensió i moment de l'enquesta .....	181
<b>Taula 48:</b> Respostes negatives i diferències significatives entre metges i infermeria segons afirmació i moment de l'enquesta (I) .....	182
<b>Taula 49:</b> Respostes negatives i diferències significatives entre metges i infermeria segons afirmació i moment de l'enquesta (II) .....	183
<b>Taula 49:</b> Regressió logística ajustada segons cadascuna de les afirmacions que componen la dimensió PERCEPCIÓ DE LA SEGURETAT del pacient.....	184
<b>Taula 50:</b> Afirmacions per dimensió i significació estadística per les variables independents que influeixen en el nombre de respostes positives .....	185
<b>Taula 51.</b> Afirmacions i <i>Odds ràtios</i> del moment <b>POST respecte el PRE</b> ajustades per centre de treball, anys de treball en el centre i grup professional per les respostes positives .....	186
<b>Taula 52.</b> Afirmacions i <i>Odds ràtios</i> dels <b>metges/farmacèutics i altres professionals respecte infermeria</b> , ajustades per al moment en que es fa l'enquesta, centre i anys de treball en el centre per les respostes positives (I) .....	187
<b>Taula 52.</b> Afirmacions i <i>Odds ràtios</i> dels <b>metges/farmacèutics i altres professionals respecte infermeria</b> , ajustades per al moment en que es fa l'enquesta, centre i anys de treball en el centre per les respostes positives (II) .....	188
<b>Taula 53.</b> Afirmacions i <i>Odds ràtios</i> de l' <b>HGH i l'HSH respecte HSJD</b> , ajustades per al moment en que es fa l'enquesta, grup professional i anys de treball en el centre per les respostes positives .....	189
<b>Taula 54.</b> Afirmacions i <i>Odds ràtios</i> dels <b>que fa més 5 de anys que treballen en el centre respecte els que en fa menys</b> , ajustades per al moment en que es fa l'enquesta, centre i grup professional per les respostes positives .....	190
<b>Taula 55:</b> Comparació entre les respostes positives en els dos moments de l'enquesta per les 12 dimensions .....	191
<b>Taula 56.</b> Comparació entre les respostes negatives en els dos moments de l'enquesta per les 12 dimensions .....	193
<b>Taula 57:</b> Significació estadística de les diferències entre l'enquesta PRE i POST per dimensió i centre .....	198
<b>Taula 58:</b> Significació estadística de les diferències entre l'enquesta PRE i POST per dimensió i grup professional .....	199
<b>Taula 59:</b> Significació estadística de les diferències entre l'enquesta PRE i POST per dimensió i anys de treball en el centre. ....	200
<b>Taula 60:</b> Dimensions amb les respostes positives més altes segons moment de l'enquesta. ....	202
<b>Taula 61:</b> Afirmacions amb les respostes positives més altes segons moment de l'enquesta. ....	202

<b>Taula 62:</b> Afirmacions amb les medianes més altes segons el moment de l'enquesta, diferència i significació estadística .....	203
<b>Taula 63:</b> Dimensions amb les respostes negatives més altes segons moment de l'enquesta .....	203
<b>Taula 64:</b> Afirmacions amb les respostes negatives més altes segons el moment de l'enquesta .....	204
<b>Taula 65:</b> Afirmacions amb les medianes més baixes segons el moment de l'enquesta, la diferència PRE POST i la significació estadística .....	205
<b>Taula 66:</b> Dimensions del qüestionari HSPSC, codis dels ítems que les componen, Alpha de Cronbach i confiabilitat.....	206
<b>Taula 67:</b> Alpha de Cronbach de la base de dades de l'estudi CSI comparada amb diferents publicacions .....	207
<b>Taula 68:</b> Correlació de Pearson entre les 12 dimensions i la valoració del grau de seguretat del pacient percebuda .....	210
<b>Taula 69:</b> Variança total explicada per cada component de la matriu de 12 factors	211
<b>Taula 70:</b> Matriu de components rotats amb 12 factors, ítems agrupats i Alpha de Cronbach (I) .....	212
<b>Taula 70:</b> Matriu de components rotats amb 12 factors, ítems agrupats i Alpha de Cronbach (II) .....	213
<b>Taula 71:</b> Afirmacions que saturen en el component 2 que coincideixen amb les que formen part de la dimensió <b>Expectatives/accions de la direcció/supervisió que afavoreixen la seguretat</b> .....	214
<b>Taula 72:</b> Afirmacions que saturen en el component 4 que coincideixen amb les que formen part de la dimensió <b>Treball en equip a la unitat/servei</b> .....	215
<b>Taula 73:</b> Afirmacions que saturen en el component 7 que coincideixen amb les que formen part de la dimensió <b>Aprenentatge de l'organització</b> .....	215
<b>Taula 74:</b> Afirmacions corresponents al component 1 contrastades amb les que formen part de la dimensió <b>Freqüència dels esdeveniments notificats</b> .....	216
<b>Taula 75:</b> Afirmacions corresponents al component 8 contrastades amb les que formen part de la dimensió <b>Resposta no punitiva als errors</b> .....	216
<b>Taula 76:</b> Afirmacions corresponents al component 6 contrastades amb les que formen part de la dimensió <b>Franquesa en la comunicació</b> .....	217
<b>Taula 77:</b> Afirmacions corresponents als components 1 i 6 contrastades amb les que componen la dimensió <b>Feed-back i comunicació sobre els errors</b> .....	218
<b>Taula 78:</b> Afirmacions corresponents als components 3 i 12 contrastades amb les que componen la dimensió <b>Treball en equip entre unitats/serveis</b> .....	219
<b>Taula 79:</b> Afirmacions corresponents als component 5 i 11 contrastades amb les que componen la dimensió <b>Dotació de personal</b> .....	220
<b>Taula 80:</b> Afirmacions corresponents als components 3 i 9 contrastades amb les que componen la dimensió <b>Problemes canvis de torn/transicions entre serveis/unitats</b> .....	221
<b>Taula 81:</b> Afirmacions corresponents als components 3 i 9 contrastades amb les que componen la dimensió <b>Suport de la gerència a la seguretat del pacient</b> .....	221
<b>Taula 82:</b> Afirmacions corresponents als components 5, 8 i 11 contrastades amb les que componen la dimensió <b>Percepció de la seguretat</b> .....	222
<b>Taula 83:</b> Característiques dels participants als grups de discussió .....	224
<b>Taula 84:</b> Percentatge de respostes i significació estadística per cada una de les dimensions <b>centre i tot el CSI</b> .....	339
<b>Taula 85:</b> Percentatge de respostes i significació estadística per cada de les dimensions de cultura de seguretat del pacient segons el moment de l'enquesta, per <b>grup professional i tot el CSI</b> .....	340
<b>Taula 86:</b> Percentatge de respostes i significació estadística per cada una de les 12 dimensions de cultura de seguretat del pacient segons el moment de l'enquesta, <b>els anys que treballa en el centre i per tot el CSI</b> .....	341

<b>Taula 87:</b> Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació <b>Els tres hospitals</b> .....	342
<b>Taula 88:</b> Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació. <b>HSJD</b> .....	345
<b>Taula 89:</b> Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació. <b>HGH</b> .....	348
<b>Taula 90:</b> Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació. <b>HSH</b> .....	351
<b>Taula 91:</b> Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació. <b>Metges/Farmacèutics</b> ..	354
<b>Taula 92:</b> Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació. <b>Infermeres/llevadores/auxiliars</b> .....	357
<b>Taula 93:</b> Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació. <b>Altres professionals</b> .....	360
<b>Taula 94:</b> Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació. <b>Anys de treball en el centre = &lt; 5a</b> .....	363
<b>Taula 95:</b> Distribució de les respostes i significació estadística de les diferències entre els dos moments de l'enquesta per cada afirmació. <b>Anys de treball en el centre &gt; 5a</b> .....	366
<b>Taula 96:</b> Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . <b>TOT el CSI</b> .....	371
<b>Taula 97:</b> Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . <b>Anys de treball en el centre = &lt; 5 anys</b> .....	373
<b>Taula 98:</b> Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . <b>Anys de treball en el centre &gt; 5 anys</b> .....	375
<b>Taula 99:</b> Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . <b>HSJD</b> .....	377
<b>Taula 100:</b> Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . <b>HGH</b> .....	379
<b>Taula 101:</b> Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . <b>HSH</b> .....	381
<b>Taula 102:</b> Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . <b>Metges/Farmacèutics</b> .....	383
<b>Taula 103:</b> Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . <b>Infermeres/llevadores/auxiliars</b> .....	385
<b>Taula 104:</b> Mediana per cada afirmació segons moment de l'enquesta i significació estadística . <b>Altres professionals sanitaris</b> .....	387
<b>Taula 105:</b> Regressió logística ajustada segons cadascuna de les afirmacions de FREQUÈNCIA DELS EVENTS NOTIFICATS .....	391
<b>Taula 106:</b> Regressió logística ajustada segons cadascuna de les afirmacions de PERCEPCIÓ DE LA SEGURETAT del pacient.....	391
<b>Taula 107:</b> Regressió logística ajustada segons cadascuna de les afirmacions de ESPECTATIVES/ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT .....	392
<b>Taula 108:</b> Regressió logística ajustada segons cadascuna de les afirmacions de APRENENTATGE DE LA ORGANITZACIÓ .....	392
<b>Taula 109:</b> Regressió logística ajustada segons cadascuna de les afirmacions de TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI .....	393
<b>Taula 110:</b> Regressió logística ajustada segons cadascuna de les afirmacions de FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ .....	393
<b>Taula 111:</b> Regressió logística ajustada segons cadascuna de les afirmacions de FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS .....	394
<b>Taula 112:</b> Regressió logística ajustada segons cadascuna de les afirmacions de	

RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS.....	394
<b>Taula 113:</b> Regressió logística ajustada segons cadascuna de les afirmacions de .DOTACIÓ DE PERSONAL .....	395
<b>Taula 114:</b> Regressió logística ajustada segons cadascuna de les afirmacions de SUPORT DE LA GERENCIA A LA SEGURETAT DEL PACIENT .....	395
<b>Taula 115:</b> Regressió logística ajustada segons cadascuna de les afirmacions de TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS .....	396
<b>Taula 116:</b> Regressió logística ajustada segons cadascuna de les afirmacions de PROBLEMES CANVIS DE TORN/TRANSCIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS....	396