



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΤΙΤΛΟΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**ΤΑ ΛΑΘΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΟΙ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΤΑ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ.**

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

ΡΑΚΙΠ ΜΠΡΙΚΕΝΑ (Α.Μ. ΥΝ6280)

ΡΕΠΠΑ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ (Α.Μ. ΥΝ6239)

ΣΚΑΡΑΚΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ (Α.Μ. ΥΝ6272)

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΖΩΓΡΑΦΑΚΗΣ-ΣΦΑΚΙΑΝΑΚΗΣ ΜΙΧΑΗΛ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2017

ΕΓΚΡΙΘΗΚΕ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕ Α.Π. 915 ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ
ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΡΟΕΔΡΟ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΧΡΗΣΤΟ ΜΕΛΑ



Ευχαριστούμε όλους όσους μας βοήθησαν και μας στήριξαν να εκπληρώσουμε το στόχο μας και ιδιαίτερα τους γονείς μας και τον Κο Μιχάλη Ζωγραφάκη-Σφακιανάκη για την πολύτιμη καθοδήγηση και βοήθεια του.

Contents

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT:.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
Νοσηλευτική τέχνη και πράξη	8
Ασφάλεια των ασθενών.....	11
Σωματικά , ψυχολογικά και κοινωνικοοικονομικά προβλήματα από την άσκηση της νοσηλευτικής - Σύνδρομο Burn Out.....	12
Κεφάλαιο 1.....	14
i. Τι είναι η νοσηλευτική ως επιστήμη και τι είναι η νοσηλευτική φροντίδα;	14
ii. Τι ορίζεται ως δεοντολογία και ηθική	14
iii. Τι ορίζεται ως λάθος και τί ως νοσηλευτικό λάθος	15
Κεφάλαιο 2 - Η ΚΡΙΤΙΚΗ ΣΚΕΨΗ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΩΣ ΑΥΤΗ ΣΥΜΒΑΛΛΕΙ ΣΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΛΑΘΩΝ.....	16
Κεφάλαιο 3 – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΛΑΘΩΝ.....	20
Κεφάλαιο 4 - Ταξινόμηση των ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΛΑΘΩΝ κατά ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ	27
i. Ταξινόμηση λαθών σύμφωνα με το Reason.....	27
a. Γενικό σύστημα διαμόρφωσης λάθους.....	28
ii. Ταξινόμηση λαθών κατά τους Miller & Swain	29
iii. Ταξινόμηση λαθών σύμφωνα με τον Helmreich	29
iv. Τα Λάθη και τα Ανεπιθύμητα Συμβάντα στο Χώρο της Υγείας	29
v. Ταξινόμηση των ανεπιθύμητων συμβάντων σύμφωνα με τον Leape	30
vi. Κριτήρια ταξινόμησης φαρμακευτικών λαθών σύμφωνα με τον Morimoto	30
vii. Φαρμακευτικά λάθη	31
a. Η νοσηλευτική ευθύνη.....	31
b. Η νοσηλευτική φροντίδα	32
c. Απορρόφηση φαρμάκων	33
d. Χορήγηση φαρμάκων και φαρμακευτικά λάθη.....	33
e. Γενικές αρχές χορήγησης φαρμάκων	35
viii. Λάθη κατά την αναφορά και την καταγραφή.....	37
ix. Ελλείψεις στα νοσοκομεία.....	44
Κεφάλαιο 5 - Η αναγνώριση και η αποτροπή των λαθών	46
Κεφάλαιο 6 - Η ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΛΑΘΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	47
i. Πλεονεκτήματα κοινοποίησης των λαθών στους ασθενείς	47
ii. Μειονεκτήματα κοινοποίησης των λαθών στους ασθενείς	47
Κεφάλαιο 7 - Συνέπειες των λαθων.....	49

Κεφάλαιο 8 - Πρόληψη	52
i. Πρόληψη λαθών κατά την αναφορά και την καταγραφή	52
ii. Βασικές προφυλάξεις-Αρχές πρόληψης	53
Κεφάλαιο 9 - Σκοπός	54
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	55
i. Υλικό και μέθοδος	55
ii. Πηγές δεδομένων	55
iii. Τα κριτήρια εισόδου ήταν	55
iv. Πίνακες αποτελεσμάτων	55
v. Αποτελέσματα	59
vi. Συζήτηση	69
vii. Προτάσεις για περαιτέρω βελτίωση	71
viii. Συμπεράσματα	71
βιβλιογραφία	73

ΠΕΡΙΛΗΨΗ:

Εισαγωγή: Η νοσηλευτική ως επιστήμη επικεντρώνεται στη φροντίδα και την προαγωγή της υγείας του ατόμου έχοντας ως κύριο σκοπό την ασφάλεια των ασθενών παρόλα τα σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικό-οικονομικά προβλήματα που πολλές φορές οδηγούν στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Για την υλοποίηση του στόχου τους οι νοσηλευτές χρήζουν ηθικής καθοδήγησής και εξειδικευμένη εκπαίδευση ώστε να αποφευχθούν τυχόν νοσηλευτικά λάθη. Τα λάθη αυτά αυξάνονται ολοένα στις μέρες μας καθώς αυξάνονται και οι παράγοντες που τα ευνοούν. Η πρόληψη παίζει σημαντικό ρόλο για την αναγνώριση και την αποτροπή των λαθών.

Σκοπός: Η αναγνώριση των παραγόντων και των αιτιών που ευνοούν την εμφάνιση των νοσηλευτικών λαθών και οι τρόποι αντιμετώπισης τους.

Μέθοδος: Έγινε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση όπου μελετήθηκαν προσεκτικά και αναλυτικά 45 άρθρα-βιβλία ώστε να επιτευχθεί ο σκοπός της εργασίας. Έγινε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων: PUBMED, IATROTEK, SCOPUS, GOOGLE SCHOLAR.

Λέξεις κλειδιά: Νοσηλευτικό λάθος, φαρμακευτικό λάθος , πρόληψη νοσηλευτικών λαθών, διαχείριση λαθών, ασφάλεια των ασθενών.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τα άρθρα που μελετήθηκαν διαπιστώθηκε ότι το 78,8% του νοσηλευτικού προσωπικού έχει κάνει κάποιο λάθος στην νοσηλευτική πρακτική του. Το 78,9% δήλωσε ότι σημαντικό ρόλο έπαιξε ο φόρτος εργασίας, ενώ το 22% απάντησε ότι τα λάθη οφείλονται στην κακή επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού. Τέλος το 61,5% δήλωσε ότι έχει ανεπαρκή γνώση σχετικά με τη χορήγηση φαρμάκων.

Συμπεράσματα: Καταλήγουμε ότι η γραπτή λογοδοσία συνεισφέρει στη σωστή λειτουργία του νοσηλευτικού επαγγέλματος, τα περισσότερα νοσηλευτικά λάθη σχετίζονται με τη χορήγηση φαρμάκων και οι κυριότεροι παράγοντες για την εμφάνιση τους είναι ο φόρτος εργασίας, η επαγγελματική εξουθένωση και η απόσπαση προσοχής.

ABSTRACT:

Introduction: Nursing as a science, focuses on promoting health care of population. The main purpose is to protect patient safety despite physiological and socio-economic problems which often lead to the “burnout syndrome”. To achieve these goals, nurses need moral guiding and specialized education to prevent any malpractice. Nowadays, these errors are progressively more common because the factors that favor them are becoming more common. Prevention has an important role in identifying and preventing mistakes.

Aim of this study: Identification of the factors and causes that lead to nursing errors and ways to address and avoid them.

Process: We held systematic-bibliographic review. 45 articles-books were carefully and analytically studied to purpose of the work. We search on: PUBMED, IATROTEK, SCOPUS, GOOGLE SCHOLAR.

Key words: nursing error, medication error, patient safety

Results: According to the articles it was found that 78,8% of nursing staff had made a mistake once in their practice. 78,9% said that the workload has a significant role, while 22% said that mistakes are due to poor communication between the staff. Finally, 61,5% said that they had insufficient knowledge about drug delivery.

Conclusion: We conclude that written accountability contributes to the proper functioning of the nursing profession, most hospital-related mistakes are related to drug delivery and the main factors for their development are workload, “burnout syndrome” and distraction.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Νοσηλευτική τέχνη και πράξη

Η Νοσηλευτική είναι έργο που αποσκοπεί στη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας, την παροχή φροντίδας στους ασθενείς καθώς και προαγωγή της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας. Σκοπός της είναι η διδασκαλία του ατόμου ώστε να διατηρηθεί όσο το δυνατόν υψηλότερο το επίπεδο υγείας. Προλαμβάνει εκείνον που βρίσκεται σ' ένα στάδιο υψηλού κινδύνου, ώστε να μην αναπτυχθεί τυχόν πρόβλημα υγείας. Παρέχει νοσηλεία στους ασθενείς και προσπαθεί να τους φέρει στο καλύτερο επίπεδο για να έχουν άμυνες απέναντι στις ασθένειες. Τέλος, πραγματοποιεί την αποκατάσταση του ασθενή, ώστε να αποφεύγει την αναπηρία ως αποτέλεσμα της ασθένειας, να μπορέσει να ζήσει όσο το δυνατόν καλύτερα μέσα στα όρια της αναπηρίας του ή να έχει ήρεμα τα τελευταία χρόνια της ζωής του.

Η γνώση των επιστημονικών αρχών, δεν έχουν τη δύναμη να πραγματοποιούν νοσηλευτικό έργο, χρειάζεται και η νοσηλευτική τέχνη, δηλαδή η νοσηλευτική πράξη. Η Νοσηλευτική ανήκει στις καλές τέχνες όπως τη ζωγραφική, την ποίηση και τη μουσική. Είναι αφιερωμένη στην παροχή φροντίδας του ανθρώπου προάγει την υγεία και σέβεται τη ζωή του ανθρώπου.

Η Νοσηλευτική είναι εκπλήρωση έργου, κατά την άσκηση του οποίου δρουν:

- η νοσηλευτική μόρφωση
- τα μάτια,
- τα χέρια,
- η κριτική σκέψη,
- το συναίσθημα,
- η θέληση,
- η πίστη,
- τα χαρίσματα,
- τα ταλέντα,
- τα ιδεώδη,

Δηλαδή ολόκληρη η προσωπικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού. Ότι εντείνει τη ζωή και την ψυχοσωματική πρόοδο του ανθρώπου είναι ο σκοπός τους. Είναι αδύνατο να ζήσουν μόνο με την επιστήμη και την γνώση. Πρέπει να φέρνουν τη «ζωή» κάθε μέρα μέσα στο θάλαμο, όχι μόνο τις επιστημονικές τους γνώσεις. Ο σκοπός της Νοσηλευτικής τέχνης είναι η φροντίδα του αρρώστου.

Τη φροντίδα αυτή αποτελούν τα εξής στοιχεία:

- Σωματική και ψυχική ανακούφιση,
- Αγάπη,

- Θαλπωρή,
- Παρουσία,
- Ενδιαφέρον,
- Σεβασμός,
- Άγρυπνη παρακολούθηση,
- Ηρωισμός,
- Θυσία,
- Διάλογος,
- Συμμετοχή,
- Ψυχολογική υποστήριξη,
- Συμβουλευτική υγιεινή,

Η Νοσηλευτική φροντίδα περιέχει:

- τη τεχνική,
- εκτελεστική,
- πρακτική,
- βιωματική διάσταση του κλάδου

Για το λόγο αυτό η επιστημονική ειδίκευση γίνεται πιο αισθητή από τους ασθενείς και την κοινωνία. Η ύπαρξη η μη φροντίδας, αλλά και η ποιότητα της γίνεται αμέσως αντιληπτή και η αλήθεια αυτή δεν πρέπει να παραβλέπετε καθώς η αξία των εκπαιδευμένων νοσηλευτών διαπιστώνεται και αποδεικνύεται κατά την άσκηση νοσηλευτικής φροντίδας.

Η νοσηλευτική τέχνη περιέχει ένα σύνολο από τεχνικές νοσηλείας, οι οποίες πρέπει να εκπληρώνονται με αριστοτεχνία ακολουθώντας ένα συγκεκριμένο σύστημα, με ιδιαίτερους και σταθερούς χειρισμούς, πλήρη υπακοή στους κανόνες εκτέλεσης όπως αυτοί της άσηπτης τεχνικής έχοντας φυσικά επιστημονικές γνώσεις. Επιπλέον η νοσηλευτική τέχνη εμπεριέχει τον χειρισμό κάποιων οργάνων και συσκευών.

Ο χειρισμός αυτών προδιαθέτει γνώση της λειτουργίας τους, παρατήρηση και επεξήγηση των πληροφοριών που μεταφέρουν για τη κατάσταση του ασθενή, αλλά και την κατανόηση της ελλαττωματικής λειτουργίας τους, ώστε να διασφαλίζεται η συνεχής παρακολούθηση και φροντίδα του ασθενή.

Αυτό συμβαίνει διότι κανένα μηχάνημα δεν είναι εφικτό να σώσει τη ζωή κάποιου αν ο χειρισμός του είναι λάθος. Εκτός αυτού, η νοσηλευτική τέχνη εμφανίζει έναν πολυμορφισμό.

Αναφέρονται ορισμένες από τις συνηθέστερες μορφές της, οι οποίες ανάλογα με τη νοσηλευτική κατάσταση πραγματοποιούνται μεμονωμένα ή συνδυαστικά. Αυτές είναι:

- Η διδακτική τέχνη
- Η τέχνη του νοσηλευτικού διαλόγου
- Η τέχνη της παρατηρήσεως
- Η τέχνη της συνεργασίας
- Η τέχνη του αρχηγού
- Η γενική τέχνη
- Η τέχνη εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας
- Η τέχνη της νοσηλευτικής έρευνας

Οι μορφές αυτές στηρίζονται σε επιστημονικές γνώσεις απαιτούν όμως και κάποιες ανεπτυγμένες δεξιότητες. Η αξία τους επηρεάζεται από την ικανότητα του νοσηλευτή να τις διαλέγει και να τις ακολουθεί σύμφωνα με τις νοσηλευτικές συγκυρίες.

Βέβαια ο καταληκτικός σκοπός τους είναι:

- η παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή
- η πρόληψη της ασθένειας
- η αποκατάσταση της
- η διατήρηση και προαγωγή της υγείας

Επομένως η επιστήμη και η τέχνη αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για το νοσηλευτικό έργο (Κακαβελάκης, 2005).

Η ηθική και η δεοντολογία του νοσηλευτικού επαγγέλματος προϋποθέτει σεβασμό. Σεβασμό για τον άνθρωπο και για τη ζωή του διότι αφήνεται στα χέρια μας και δεν μπορεί να κάνει διαφορετικά, μας εμπιστεύεται και έχει ανάγκη τη βοήθεια μας. Ο σεβασμός πρέπει να υπάρχει ανεξάρτητα από το ποιόν έχουμε απέναντι μας, ότι και αν έχει κάνει, όπου και αν ανήκει, όσο χρονών και αν είναι, χωρίς να σκεφτόμαστε την κοινωνικό-οικονομική του κατάσταση. Ο νοσηλευτής αλλά και όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να σέβονται το δικαίωμα κάθε ανθρώπου που διεκδικεί την καλύτερη φροντίδα για να βελτιώσει, να προάγει και να αποκαταστήσει την κλονισμένη του υγεία.

Οι επαγγελματίες υγείας προϋποθέτει να σέβονται όλες τις αξίες της ανθρώπινης ζωής, την αξιοπρέπεια στην υγεία κλπ. Ηθική ευθύνη έχει ο επαγγελματίας υγείας που δεν φροντίζει για τη σωστή κατάρτιση του και την εφαρμογή των όσων έχει διδαχθεί για το καλό του ανθρώπου και της κοινωνίας.

Ο σωστός νοσηλευτής θα πρέπει να έχει ευσυνειδησία, αλτρουισμό, αυταπάρνηση, σωστή γνώση των ορίων της νοσηλευτικής δραστηριότητας και γνώση

της δεοντολογίας του επαγγέλματος. (διερεύνηση, ποιοτική ανάλυση και κατάταξη) (Καλαφάτη, 2014).

Ασφάλεια των ασθενών

Με την εισαγωγή των ασθενών σε ένα νοσοκομείο, θεωρείται ότι η θεραπεία που θα δεχτούν θα προάγει την υγεία τους, ή τουλάχιστον δε θα την επιβαρύνει. Ωστόσο, οι σύγχρονες υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται στα νοσοκομεία είναι πολύπλοκες και περιέχουν αλληλεπιδράσεις μεταξύ της διεπιστημονικής ομάδας. Έτσι, κάθε φροντίδα, κάθε πράξη, διαγνωστικός χειρισμός ή θεραπεία εμπεριέχει την πιθανότητα του λάθους.

Τα λάθη συμβαίνουν. Ακόμα και οι ιατροί, οι νοσηλευτές και οι φαρμακοποιοί που είναι ειδικά καταρτισμένοι και είναι από τους πιο απερίσπαστους και σχολαστικούς επαγγελματίες στην κοινωνία, πράττουν λάθη, τα οποία κάποιες φορές έχουν ανεπιθύμητες συνέπειες για τους ασθενείς.

Οι λόγοι που πυροδοτήσαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τα λάθη στο χώρο της υγείας είναι δύο:

- Συνδέονται με την έννοια της ποιότητας στο χώρο της υγείας.
- Απαρτίζουν έναν ποσοτικό δείκτη μέτρησης της ποιότητας. Η μείωση τους συνδράμει στην προσφορά σωστών υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς.
- Συνδέονται με δικαστικές διεκδικήσεις για τυχόν αποζημιώσεις από τη μεριά των αρρώστων και των συγγενικών προσώπων.

Τα μέσα για την αντιμετώπιση και την πρόληψη των λαθών έως τώρα αποτελούν η εκπαίδευση και η τιμωρία. Όσον αφορά στην εκπαίδευση, στον τομέα της ιατρικής τονίζεται η γνώση ενώ στον τομέα της νοσηλευτικής παίζουν ρόλο η χρήση συγκεκριμένων πρωτοκόλλων.

Παράλληλα, η κουλτούρα που έχει παραχθεί σε αυτούς τους τομείς χρησιμοποιεί την τιμωρία, ώστε να πραγματοποιηθεί σωστά η άσκηση του επαγγέλματος (Leape, 1994). Έχει παρατηρηθεί ότι αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αποσιώπησή των λαθών, η οποία έχει βαριές συνέπειες καθώς υπονομεύονται τα επαγγέλματα υγείας ως αναξιόπιστα.

Τα λάθη έχουν την δυνατότητα να προληφθούν, ακολουθώντας συστήματα στα οποία το προσωπικό θα είναι δύσκολο να κάνει λάθος και εύκολο να κάνει το σωστό. Είναι μέρος την ανθρώπινης φύσης να διατελεί λάθη άλλα και να δημιουργεί εναλλακτικές λύσεις αντιμετωπίζοντας έτσι τις προκλήσεις (Kohn et al, 2000).

Τα λάθη που προέρχονται από συμβάντα, γνωστά ως μικρές «τρύπες», προέρχονται από:

- Κακό σχεδιασμό
- Μη σωστή τήρηση διαδικασιών
- Λανθασμένη λήψη αποφάσεων

- Ελλιπή εκπαίδευση
- Τους περιορισμένους πόρους

Αυτές οι «τρύπες» γνωστοποιούνται ως «λανθάνουσες συνθήκες». Όταν αυτές ευθυγραμμιστούν σε αλληπάλγηλα επίπεδα άμυνας τότε μπορούν να δημιουργηθούν συμβάντα και λάθη στον ασθενή.

Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού σε συνδυασμό με το επίπεδο εκπαίδευσής αποτελούν τις πιο σημαντικές παράμετρους που φέρουν ευθύνη για την ασφάλεια και τη θνησιμότητα των ασθενών, οπότε οι νοσηλευτές έχουν την κυρίαρχη ευθύνη για την πρόληψη των ανεπιθύμητων συμβάντων των ασθενών στο νοσοκομείο (Aiken, 2002).

Σωματικά ,ψυχολογικά και κοινωνικοοικονομικά προβλήματα από την άσκηση της νοσηλευτικής - Σύνδρομο Burn Out

Το σύνδρομο της χρόνιας κόπωσης και της επαγγελματικής εξουθένωσης (Burn Out). Ασκεί επιρροή σε μεγάλο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού. Αφού εμφανιστεί το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης υποχωρεί πολύ δύσκολα. Ο νοσηλευτής επειδή έχει μάθει να λειτουργεί αυτόματα και χωρίς τα ανάλογα κίνητρα, αποξενώνεται απέναντι στο λειτούργημα του και δυσκολεύεται να ανακάμψει, ακόμη και αν οι συνθήκες της εργασίας δεχθούν πρόοδο. Οι παράγοντες που προκαλούν επαγγελματική εξουθένωση ταξινομούνται στις παρακάτω πέντε κατηγορίες:

- Το εργασιακό περιβάλλον
- Ο φόρτος εργασίας
- Οι εργασιακές σχέσεις
- Κοινωνική και επαγγελματική υποστήριξη
- Τα προσωπικά χαρακτηριστικά του δείγματος
- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Οι επαγγελματίες υγείας είναι πιο επίφοβοι να συναντήσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης από εργαζόμενους σε άλλους κλάδους. Είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και όχι για άψυχα αντικείμενα. Σε αντίθεση με την πλειοψηφία των άλλων επαγγελματικών κλάδων, η επαγγελματική ευχέρεια και ικανότητα των νοσηλευτών βρίσκεται υπό τη συνεχή παρακολούθηση και κριτική των ασθενών.

Άλλα πιθανά αίτια του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης για τους νοσηλευτές είναι:

- Η άμεση επικοινωνία με τους ασθενείς, τα συγγενικά πρόσωπα, το υπόλοιπο προσωπικό καθώς και τη διοίκηση του νοσοκομείου.
- Η έκθεση του νοσηλευτή στον αυξημένο κίνδυνο εξάπλωσης κάποιας

ασθένειας ή πρόκλησης ενός τραυματισμού.

- Το στρες είναι δυνατόν να επιδεινωθεί από την έντονη καταβολή των νοσηλευτών να το αποκρύψουν προκειμένου να δείχνουν ήρεμοι και ελέγχουν την κατάσταση, ενώ ταυτόχρονα συμμερίζονται τα προβλήματα των ασθενών τους.
- Το επάγγελμα των νοσηλευτών πολλές φορές απαιτεί στενή σχέση με ασθενείς που εκδηλώνουν αρνητική συμπεριφορά επιθετικότητα και αδράνεια.
- Η αίσθηση της κόπωσης αποτρέπει την στοιχειώδη επικοινωνία με τους ασθενείς τους.

Η συνεχής έκθεση των επαγγελματιών υγείας σε δυσμενής εργασιακές συνθήκες επιφέρει την υπερκόπωση και εξάντληση τους. Το αποτέλεσμα της εξάντλησης αυτής δεν αφορά μόνο τη σωματική κατάσταση του νοσηλευτή, αλλά και τη διαγωγή του τόσο στο εργασιακό περιβάλλον όσο και στην προσωπική του ζωή (Kenneth, 2012).

ΚΕΦΆΛΑΙΟ 1

i. Τι είναι η νοσηλευτική ως επιστήμη και τι είναι η νοσηλευτική φροντίδα;

Νοσηλευτική είναι η τέχνη και επιστήμη υγείας που ασχολείται με την καθημερινή και λεπτομερή φροντίδα των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας για τη πρόληψη, διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας σε όλο το φάσμα των φυσιολογικών βιοψυχοκοινωνικών λειτουργιών της. Ο νοσηλευτής ή η νοσηλεύτρια συνεργάζεται στενά με τον ιατρό και εφαρμόζει στη πράξη τις ιατρικές οδηγίες. Ο νοσηλευτής μπορεί να ασχολείται από την απλή χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και την διαλογή ασθενών, μέχρι παροχή βοήθειας στον ιατρό, κατά την αντιμετώπιση σοβαρών τραυμάτων ή χειρουργικών επεμβάσεων (Perry & Potter 2012)

Η Νοσηλευτική επικεντρώνεται στην φροντίδα των ατόμων με σκοπό την προαγωγή της υγείας, την διατήρησή της, και την φροντίδα των ασθενών. Η νοσηλευτική είναι η τέχνη και η επιστήμη υγείας που ασχολείται με την καθημερινή και λεπτομερή φροντίδα των ατόμων, της οικογένειας και τη κοινότητας για την πρόληψη, διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας σε όλο το φάσμα των φυσιολογικών βιοψυχοκοινωνικών λειτουργιών της (Μήτσης και συν., 2012).

Ένας από τους κλασικούς ορισμούς της Νοσηλευτικής υποστηρίζει ότι «η Νοσηλευτική έχει σκοπό να υπηρετεί τους ανθρώπους. Η άμεση και επείγουσα ευθύνη την φέρνει αντιμέτωπη με την κοινωνία. Η ποιότητά της εξαρτάται από την επιστημονική θεμελιωμένη γνώση, που υποβάλλει το νοσηλευτικό δυναμικό στην πρακτική και διανοητική ικανότητα κρίσης, με την οποία είναι σε θέση να θέτει αυτή την γνώση στην υπηρεσία της ανθρωπότητας» (Rogers, 2004).

Ως τέχνη η νοσηλευτική εκφράζεται μέσω των ενεργειών του νοσηλευτή με επίκεντρο την ανθρώπινη επαφή. Λόγω του ανθρωποκεντρικού της χαρακτήρα θεωρείται ότι ανήκει στην κατηγορία των επαγγελματιών εκείνων που χαρακτηρίζονται ως λειτουργήματα. Από τον συνδυασμό των τεσσάρων εννοιών «υγεία» «άτομο» «περιβάλλον» «φροντίδα» η «νοσηλευτική φροντίδα» προσδιορίζεται ως η ενασχόληση με την ακεραιότητα και την ευεξία του ατόμου, το οποίο βρίσκεται σε διαρκή διά δράση με το περιβάλλον του (Koht et al, 2000).

ii. Τί ορίζεται ως δεοντολογία και ηθική

Δεοντολογία ονομάζεται εκείνο το σύστημα ηθικής για το οποίο ηθικές πράξεις είναι οι πράξεις σύμφωνα με το καθήκον και ανεξάρτητα από το ποιες μπορεί να είναι οι συνέπειες (για αυτόν που εκτελεί το ηθικό καθήκον ή και συνολικά).

Η ηθική είναι κλάδος της φιλοσοφίας που ασχολείται κυρίως με το παρακάτω ερώτημα: ποιες ανθρώπινες πράξεις είναι αποδεκτές και ορθές και ποιες ανάρμοστες και λανθασμένες. Ωστόσο, στα θέματα ηθικής σπάνια υπάρχει γενική συμφωνία απόψεων και ακόμα και ο προσδιορισμός ποιο είναι το κεντρικό ή θεμελιώδες ζήτημα αποτελεί αντικείμενο διαφωνιών (Perry & Potter 2012).

iii. Τί ορίζεται ως λάθος και τί ως νοσηλευτικό λάθος

Η Νοσηλευτική, ως ανθρωπιστική επιστήμη έχει στην καρδιά του ενδιαφέροντος της την ανθρώπινη ζωή, φροντίζοντας να παρέχει τις υπηρεσίες της στην ολοκληρωμένη φροντίδα του ασθενή. Κάθε φροντίδα, κάθε νοσηλευτικός χειρισμός, κάθε θεραπευτική προσέγγιση εμπεριέχει την πιθανότητα λάθους.

Το λάθος είναι ενέργεια η οποία είναι απόλυτα συνυφασμένη με την ύπαρξη του ανθρώπου. Λάθος δεν είναι μόνο το αποτέλεσμα του “λανθάνειν”, αλλά και η αποτυχία στην εκτίμηση, η αστοχία, η απροσεξία, το σφάλμα, η παράλειψη.

Ο Meurier (1997) όρισε το λάθος ως κάθε αδικαιολόγητη απόφαση, παράλειψη ή πράξη για την οποία ο νοσηλευτής αισθάνεται υπεύθυνος και αυτό το λάθος είχε δυσμενείς συνέπειες για τον ασθενή και θα μπορούσε να αξιολογηθεί ως μη ορθή πράξη από έμπειρους συναδέλφους τη στιγμή που πραγματοποιήθηκε.

Οι Donchin et al. (1995) όρισαν ως λάθος κάθε απόκλιση (προσθήκη ή παράλειψη) από τους καθιερωμένους κανόνες και πρακτικές του χώρου εργασίας.

Σε μελέτη των Graf et al. (2005) που αναφέρεται σε λάθη στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σε ΜΕΘ ως νοσηλευτικό λάθος ορίζεται κάθε ακούσιο συμβάν που μείωσε ή δυνητικά θα μπορούσε να μειώσει το όριο ασφαλείας κάθε ασθενή.

Τέλος σύμφωνα με τον οργανισμό National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (2006) το λάθος στη φαρμακευτική αγωγή περιγράφεται ως “κάθε γεγονός ικανό να προληφθεί που μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ή να οδηγήσει σε λανθασμένη χρήση των φαρμάκων ή να βλάψει τον ασθενή, ενώ το φάρμακο είναι υπό τον έλεγχο των επαγγελματιών υγείας ή του ασθενούς ή του καταναλωτή (Μήτσης και συν., 2012).

Το πρόβλημα των νοσηλευτικών λαθών είναι υπαρκτό, και γιγαντώνεται καθημερινά επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και υπονομεύοντας την αξιοπιστία της νοσηλευτικής (Taylor , Lillis & Lemone 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - Η ΚΡΙΤΙΚΗ ΣΚΕΨΗ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΩΣ ΑΥΤΗ ΣΥΜΒΑΛΛΕΙ ΣΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΛΑΘΩΝ

Ως κριτική σκέψη ορίζεται η γνωσιακή διαδικασία ενεργούς αντίληψης, ανάλυσης, σύνθεσης και εκτίμησης πληροφοριών, οι οποίες συλλέγονται με την παρατήρηση, την εμπειρία, το συλλογισμό, την αιτιολόγηση και την επικοινωνία και η οποία στοχεύει στην απόφαση για ανάληψη συγκεκριμένης δράσης.

Οι νοσηλευτές εκτελούν την κριτική σκέψη ώστε να επιλύσουν τα προβλήματα των ασθενών και στη λήψη αποφάσεων που έχουν να κάνουν με ορθές νοσηλευτικές πράξεις.

Η κριτική σκέψη είναι μια διαδικασία για την ασφαλή και αποτελεσματική νοσηλευτική δράση. Οι αποφάσεις που παίρνουν σε καθημερινή βάση οι νοσηλευτές σχετικά με τη νοσηλεία και την σωστή αξιοποίηση των περιορισμένων πόρων, τους υποχρεώνουν να σκέπτονται και να πράττουν σε περιπτώσεις, όπου δεν υπάρχουν ούτε ορατές απαντήσεις, ούτε ξεκάθαρες διαδικασίες που πρέπει να ακολουθήσουν και έτσι η λήψη αποφάσεων μετατρέπεται σε περίπλοκη διαδικασία.

Οι νοσηλευτές στις μέρες μας οφείλουν να ασπάζονται στάσεις που να καλλιεργούν την κριτική σκέψη. Παράλληλα η παραγωγικότητα συνιστά σημαντικό στοιχείο της κριτικής σκέψης. Οι γνώσεις, η δημιουργικότητα και η κριτική σκέψη των νοσηλευτών μπορούν να προσφέρουν εξειδικευμένες λύσεις για ειδικά προβλήματα.

Η δημιουργικότητα, είναι η ικανότητα εξέλιξης και υλοποίησης νέων και ανεπτυγμένων λύσεων κατά τη διαδικασία επίλυσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων. Χρησιμοποιώντας και πραγματώνοντας επιστημονικές γνώσεις, κριτική σκέψη και δημιουργικότητα, το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να ενεργεί αυτόνομα και με αυτοπεποίθηση, ακόμη και κάτω από αντίξοες συνθήκες, να είναι ευ αρμοστό και να εκφράζει πρωτοτυπία.

Οι περιπλεγμένες νοητικές διεργασίες όπως:

- Η ανάλυση πληροφοριών,
- Η επίλυση προβλημάτων,
- Η λήψη αποφάσεων,

Απαιτούν τη χρήση δεξιοτήτων κριτικής σκέψης. Αυτές οι δεξιότητες εμπεριέχουν:

- Την κριτική ανάλυση,
- Την εισαγωγική και συμπερασματική αιτιολόγηση,
- Την εξαγωγή έγκυρων συμπερασμάτων,
- Τον διαχωρισμό γεγονότων και απόψεων,
- Την αξιολόγηση της αξιοπιστίας των πηγών που λήφθηκαν οι πληροφορίες,
- Την αποσαφήνιση εννοιών,
- Την αναγνώριση προϋποθέσεων.

Διαθέτοντας την κριτική σκέψη, ο νοσηλευτής μπορεί να αντιληφθεί ισχυρισμούς βασισμένους σε γεγονότα, συμπεράσματα, κρίσεις και απόψεις. Η εκτίμηση για το αν οι πληροφορίες είναι αξιόπιστες είναι ένα σημαντικό στάδιο της κριτικής σκέψης. Ο νοσηλευτής για να επιβεβαιώσει την πιστότητα των πληροφοριών επιβάλλεται να λαμβάνει υπόψιν του άλλα τεκμήρια και πηγές πληροφόρησης.

Κάποιες συμπεριφορές, είναι βασικές για την κριτική σκέψη. Στηρίζονται στην υπόθεση ότι ένα λογικό άτομο προσπαθεί συνεχώς να πληροφορηθεί σωστά ώστε να εξελιχθεί.

Το άτομο που υλοποιεί την κριτική σκέψη εργάζεται για να αναπτύξει συμπεριφορές και χαρακτηριστικά όπως:

- Ανεξαρτησία της σκέψης,
- Αμεροληψία,
- Οξυδέρκεια σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο,
- Ταπεινή διανόηση,
- Πνευματικό σθένος,
- Ακεραιότητα,
- Επιμονή,
- Αυτοπεποίθηση,
- Ερευνητικό ενδιαφέρον.

Όσοι επιτελούν κριτική σκέψη, καθώς ωριμάζουν προσκομίζουν γνώσεις και εμπειρίες εξετάζοντας τις πεποιθήσεις τους υπό την ύπαρξη νέων στοιχείων. Εξετάζουν ένα μεγάλο σύνολο ιδεών, τις μελετούν αναλυτικά και στη συνέχεια διαμορφώνουν τις δικές τους πεποιθήσεις για αυτές τις ιδέες.

Εφόσον η επιστήμη εξελίσσεται συνεχώς οι νοσηλευτές πρέπει να είναι θετικοί σε ότι αφορά καινούριες μεθόδους παρέμβασης και τεχνικών δεξιοτήτων και να μην παραμένουν στάσιμοι στον τρόπο που διδάχθηκαν κατά την εκπαίδευσή τους.

Η εφαρμογή της κριτικής σκέψης πρέπει να διεξάγεται με την λεπτομερή αξιολόγηση των διαφορετικών απόψεων και με αμεροληψία, η οποία θα στηρίζεται σε αποδεδειγμένα στοιχεία και όχι σε κρίσεις ή σε προσωπικές και ομαδικές πεποιθήσεις. Η αμεροληψία ενισχύει το άτομο ώστε να μπορεί να σκεφτεί αντίθετες απόψεις και να προσπαθεί να καταλάβει πλήρως τις νέες ιδέες πριν τις αποδεχθεί ή τις απορρίψει.

Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι δεκτικοί με την πιθανότητα ότι κάποια καινούρια στοιχεία μπορούν να αλλάξουν τις απόψεις τους καθώς πρέπει και να λαμβάνουν υπόψιν τη γνώμη και τις πεποιθήσεις, όχι μόνο του ασθενή και των συγγενικών προσώπων αλλά και των άλλων συναδέλφων επαγγελματιών υγείας.

Οι νοσηλευτές που αναπτύσσουν την κριτική σκέψη εμμένουν στην ανακάλυψη αποτελεσματικών λύσεων για τον ασθενή και τα προβλήματα νοσηλείας.

Αυτή η επιμονή τους βοηθά να ξεδιαλύνουν και να κατανοούν έννοιες ξεχωρίζοντας εμπλεκόμενα θέματα, παρά τις δυσκολίες και τις αποτυχίες.

Η απογοήτευση και ο εκνευρισμός οδηγούν σε άβολες καταστάσεις, αλλά μεταχειριζόμενοι την κριτική σκέψη δημιουργούν άμυνες απέναντι στον πειρασμό να επιλέξουν μια γρήγορη και απλή απάντηση. Σημαντικά ερωτήματα αρκετές φορές είναι πολύπλοκα και γι' αυτό απαιτείται πολλή σκέψη και διερεύνηση για την εξασφάλιση της καλύτερης λύσης.

Χρησιμοποιώντας κριτική σκέψη εξελίσσεται τόσο η επαγωγική αλλά και η συμπερασματική αιτιολόγηση. Ο νοσηλευτής αποκομίζει μεγαλύτερη εμπειρία στις νοσηλευτικές διαδικασίες και χειρισμούς με αποτέλεσμα να μη διστάσει να διαφωνήσει και να προβληματιστεί, όταν οι υπόλοιποι συνάδελφοι συμφωνούν πολύ εύκολα. Το είδος αυτού του νοσηλευτή μπορεί να λειτουργήσει ως πρότυπο επαγγελματία προς τους συναδέλφους, ενθαρρύνοντάς τους να προάγουν την κριτική σκέψη.

Ο Paul (1995) υποδεικνύει ότι όσοι χειρίζονται την κριτική σκέψη εκτελούν διεθνή κριτήρια νόησης. Η σωστή καταγραφή των κριτηρίων της κριτικής σκέψης βελτιώνει την αξιοπιστία της.

Τα βασικότερα κριτήρια της κριτικής σκέψης είναι:

- Η σαφήνεια,
- Η ορθότητα,
- Ο συσχετισμός,
- Η εκλογίκευση,
- Το εύρος,
- Η ακρίβεια,
- Η σπουδαιότητα,
- Η ολοκλήρωση,
- Η αμεροληψία.

Για κάθε κριτήριο νόησης υπάρχουν ερωτήματα ώστε να αιτιολογηθεί σωστά ένα πρόβλημα.

Οι νοσηλευτές πολλές φορές πράττουν αποτελεσματικά κατά τη διάρκεια του ωραρίου εργασίας, χωρίς την χρήση της κριτικής σκέψης. Τις περισσότερες φορές παίρνονται μικρές αποφάσεις που βασίζονται κυρίως στη συνήθεια και περιέχουν ελάχιστη σκέψη.

Για παράδειγμα, ψυχοκινητικές δεξιότητες στην νοσηλευτική πρακτική συχνά πραγματοποιούνται με ελάχιστη σκέψη, όπως η λειτουργία και ο χειρισμός του εξοπλισμού. Όμως, ανώτερες δεξιότητες κριτικής σκέψης λαμβάνουν χωρά, μόλις παρουσιαστεί κάποια νέα ιδέα ή πρέπει να ληφθεί μια απόφαση μη συνηθισμένη.

Παράδειγμα υλοποίησης της κριτικής σκέψης στην κλινική πρακτική συνιστά η διαδικασία επίλυσης προβλημάτων. Κατά την επίλυση προβλημάτων, ο νοσηλευτής

αναζητά πληροφορίες που κάνουν σαφή τη φύση του προβλήματος και προτείνουν πιθανές λύσεις. Κατόπιν εξετάζει με προσοχή τις πιθανές λύσεις και διαλέγει εκείνη που θεωρεί περισσότερο αποτελεσματική. Κάθε περίπτωση καταγράφεται και επιτηρείται καθ' όλη τη διάρκεια, έτσι ώστε η αποτελεσματικότητα της να μην κλονιστεί. Ο νοσηλευτής δεν απορρίπτει τις άλλες πιθανές λύσεις, αντιθέτως τις διαφυλάσσει για την περίπτωση που η αρχική λύση δεν φέρει αποτελέσματα.

Είναι συχνό φαινόμενο η αντιμετώπιση ενός παρομοίου προβλήματος όπου η εναλλακτική λύση θεωρείται πως είναι αποτελεσματικότερη από την πρωταρχική. Για το λόγο αυτό η επίλυση προβλημάτων ενισχύει τις γνώσεις του προσωπικού.

Οι νοσηλευτές πρέπει να ενστερνίζονται και να χρησιμοποιούν στάσεις και συμπεριφορές που να εξελίσσουν και να κάνουν ευκολότερη την κριτική σκέψη όπως:

- Περιέργεια,
- Αμεροληψία,
- Ταπεινή διανόηση,
- Σθένος
- Επιμονή.

Ο νοσηλευτής θα ωφεληθεί από μια αυστηρή κριτική σχετικά με το ποιες από τις παραπάνω στάσεις και συμπεριφορές διαθέτει και ποιες θα πρέπει να εξελίξει. ταυτόχρονα πρέπει να διευρύνει τις γνώσεις του και καταβάλλει προσπάθειες ανάπτυξης της κριτικής σκέψης.

Για παράδειγμα, η ανάπτυξη της αμεροληψίας επιτάσσει την αναζήτηση πληροφοριών που δεν συνάδουν με προσωπικές απόψεις των εργαζομένων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να γίνονται ευκολότερα δεκτές οι διαφορετικές πεποιθήσεις.

Για την ανάπτυξη της κριτικής σκέψης χρειάζεται συνεχής εκπαίδευση και γνώσεις. Ο κατάλληλος τρόπος είναι η παρακολούθηση εκπαιδευτικών σεμιναρίων και συνεδρίων. Σημαντικό γεγονός αποτελεί η ενίσχυση της ερευνητικής στάσης ή η εφαρμογή της Σωκρατικής μεθόδου όπου παρατηρώντας το ζήτημα που τον απασχολούσε με καθαρά, παρθένα ματιά, το ερευνούσε από όλες τις πλευρές του. Μετά από λεπτομερή έρευνα όλων των πλευρών του, προσέλκυε τις σημαντικότερες πληροφορίες, κατέγραφε τα βασικά του γνωρίσματα και διατύπωνε το αποτέλεσμα που πρόκυπτε έπειτα από την προσεκτική έρευνα του.

Συνοψίζοντας για να αναπτυχθεί η κριτική σκέψη οι νοσηλευτές που βρίσκονται σε υψηλές διοικητικές θέσεις, έχουν ως υποχρέωση να παροτρύνουν τους συναδέλφους τους να εξετάζουν και να αποσαφηνίζουν προσεκτικά στοιχεία και δεδομένα πριν προχωρήσουν σε συμπεράσματα που μπορεί να προκαλέσουν κάποιο νοσηλευτικό σφάλμα (Παπαθανασίου Ι, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΛΑΘΩΝ

Οι πρώτες έρευνες που έγιναν με σκοπό την ανάλυση των λαθών, μελετούσαν τους παράγοντες που τα προκαλούν. Για να εξηγηθεί ο λόγος που συμβαίνουν τα λάθη χρειάζεται πρώτα να μελετηθούν οι παράγοντες που τα προκαλούν.

Το λάθος οφείλεται είτε σε ανθρώπινο παράγοντα είτε στην ανεπάρκεια των συστημάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (Sears et al, 2013) Ειδικότερα, όσον αφορά την φαρμακευτική αγωγή στην οποία εμπλέκονται πολλά άτομα, με αποτέλεσμα ένα ανεπαρκές σύστημα να γίνεται επιρρεπής σε λάθη. Παλαιότερα από μια μελέτη που διεξήχθη το 1960, στο νοσοκομείο του New York City φάνηκε ότι η αμέλεια αποτέλεσε την κυριότερη αίτια για λάθη ενώ σε μικρότερο ποσοστό ακολούθησαν οι βλάβες και ο χειρισμός του εξοπλισμού. Αρκετά αργότερα, το 1995, σε μια από τις μεγαλύτερες μελέτες που έχουν γίνει, βρέθηκε ότι τα λάθη οφείλονταν στις ανεπάρκειες του συστήματος και σχετίζονταν με τη διάδοση των φαρμακευτικών γνώσεων, την επαλήθευση της δόσης του φαρμάκου και της ταυτότητας του ασθενή, τη διαθεσιμότητα των πληροφοριών που αφορούν τον ασθενή, την αντιγραφή των οδηγιών, τις αλλεργικές αντιδράσεις, την παρακολούθηση παραγγελιών φαρμάκων, την επικοινωνία, τη χρησιμοποίηση συσκευών, τις καθορισμένες διαδικασίες φαρμάκων μέσα στο τμήμα, την καθορισμένη χορήγηση των δόσεων και τη συχνότητα χορήγησης, την καθορισμένη διαδικασία διανομής φαρμάκων, τη μεταφορά των ασθενών, την επίλυση συγκρούσεων, την Παρασκευή ενδοφλέβιων διαλυμάτων, τη στελέχωση και την κατανομή εργασίας, καθώς και την ανάταξη μετά από την εκδήλωση ανεπιθύμητων συμβάντων. Ωστόσο σήμερα σύμφωνα με νεότερες μελέτες, οι πιο συχνοί παράγοντες που οδηγούν σε νοσηλευτικά λάθη είναι: ο φόρτος εργασίας και η κόπωση, η απόσπαση προσοχής και η έλλειψη συγκέντρωσης, η έλλειψη γνώσης και εμπειρίας, η μη εφαρμογή πρωτοκόλλων, τα κακά φαρμακευτικά διαγράμματα, η κακή επικοινωνία με το υπόλοιπο προσωπικό καθώς και η χρήση της τεχνολογίας (Κάργα, 2009).

Οι παράγοντες αυτοί ταξινομούνται σε κατηγορίες που έχουν καθορίσει οι θεωρητικοί των λαθών οι οποίες είναι:

1. Φόρτος εργασίας

Ο φόρτος εργασίας αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα ο οποίος συνδέεται άμεσα με την εκδήλωση νοσηλευτικών λαθών και οφείλεται κατά κύριο λόγο στην ανεπαρκή νοσηλευτική στελέχωση. Αυτό υποστηρίζεται από διάφορες μελέτες. Στη μελέτη των (Aiken et al, 2002), που προέρχεται από την Πενσυλβάνια, παρουσιάζονται οι πιθανές αναλογίες που υποδεικνύουν πόσο πιο πιθανό είναι οι νοσηλευτές στα νοσοκομεία με υψηλότερη αναλογία ασθενή ανά νοσηλευτή να παρουσιάζουν αποτελέσματα επαγγελματικής εξουθένωσης και ότι ο φόρτος εργασίας σε συνδυασμό με την έλλειψη προσωπικού θέτουν πολλές φορές σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενή. Σε άλλη μελέτη των (Μήτσης κ.α., 2012) διαπιστώθηκε ότι η μειωμένη στελέχωση και ο νοσηλευτικός φόρτος εργασίας εμφάνιζε σημαντική συσχέτιση με την αύξηση των φαρμακευτικών λαθών. Στη μελέτη των (Blendon et al, 2002), οι ιατροί που συμμετείχαν υποστήριξαν ότι μια από τις κύριες αιτίες εμφάνισης λαθών είναι η ανεπαρκής στελέχωση του νοσηλευτικού προσωπικού που συνεπάγεται αυξημένο φόρτο εργασίας. Οι γιατροί ισχυρισθήκαν ότι η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί το κύριο εμπόδιο για την παροχή υψηλής

ποιότητας νοσοκομειακής περίθαλψης. Σε ανασκόπηση 22 μελετών επιβεβαιώθηκε ότι η κατάλληλη στελέχωση και δομή του νοσηλευτικού προσωπικού σχετίζεται άμεσα με την ομαλή εξέλιξη της πορείας των ασθενών (Μαλλιαρού, 2008).

2. Κόπωση

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης όπως αυτό ορίζεται, είναι μία κατάσταση σωματικής και ψυχικής εξάντλησης του ατόμου, η οποία χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Ο χώρος εργασίας των νοσοκομείων είναι ιδιαίτερα απαιτητικός και στρεσογόνος, με γρήγορους ρυθμούς εργασίας. Το προσωπικό των νοσηλευτικών ιδρυμάτων απαρτίζεται από ομάδες ατόμων με διαφορετική ειδικότητα, εκπαίδευση, μόρφωση, κοινωνική καταξίωση, αξίες, στόχους, κουλτούρα και νοοτροπία κ.ά. που συνεργάζονται για την ποιοτική παροχή φροντίδας υγείας στους ασθενείς. Οι νοσηλευτές παρέχουν συνεχώς τις υπηρεσίες τους στους ασθενείς σε 24ωρη βάση, με αποτέλεσμα να είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης. Η επαγγελματική εξουθένωση περιορίζει προσδευτικά τα ψυχικά και τα σωματικά αποθέματα που διαθέτουν οι νοσηλευτές για την αντιμετώπιση των δυσμενών καταστάσεων, τις οποίες αντιμετωπίζουν στον εργασιακό τους χώρο. Από τη μελέτη των (Aiken et al, 2002) προέκυψε ότι η υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση και η μεγαλύτερη δυσαρέσκεια εργασίας στους νοσηλευτές ήταν μεγάλη και σημαντική και σχετιζόταν με την αντιστοιχία ανάμεσα σε ασθενή και νοσηλεύτη. Σε άλλη μελέτη φαίνεται ότι η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών επιβαρύνεται από το τμήμα στο οποίο εργάζονται. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε παιδιατρικά και ογκολογικά τμήματα αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα στρεσογόνες και συναισθηματικά απαιτητικές συνθήκες εργασίας με αυξημένο τον κίνδυνο εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης. Στην μελέτη των (Μήτσης, 2012) περισσότεροι από τους μισούς νοσηλευτές που συμμετείχαν ισχυρίστηκαν ότι βιώνουν μεγάλο ή πολύ μεγάλο βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπλέον όπως αναφέρει στη μελέτη της η (ΜΑΥΡΙΔΟΥ, 2012) το 1/3 των νοσηλευτών σε ολόκληρο τον κόσμο εμφανίζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης από τα αρχικά ακόμα στάδια της καριέρας τους, ενώ στη συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα ο κίνδυνος για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών είναι πολύ υψηλός. Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των νοσοκομειακών νοσηλευτών έχουν επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης που υπερβαίνουν τα όρια για τους εργαζομένους της υγειονομικής περίθαλψης. Οι μελέτες έχουν αποδείξει ότι η κόπωση του νοσηλευτικού προσωπικού σχετίζεται άμεσα με την ικανοποίηση από την εργασία τους. Ο λόγος αυτός αποτέλεσε το κίνητρο για πολλούς από αυτούς να αναθεωρήσουν για την εργασία τους, ενώ για άλλους έγινε αφορμή να εγκαταλείψουν οριστικά το νοσηλευτικό επάγγελμα. Συμπερασματικά η σωματική και ψυχική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί σοβαρό κίνδυνο για την πρόκληση λαθών κατά την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας (Aiken et. al., 2002).

3. Έλλειψη γνώσης-εμπειρίας

Η επαγγελματική κρίση του νοσηλευτή επηρεάζεται από το επίπεδο εκπαίδευσης και γνώσης του. Τα λάθη γνώσεων, συμβαίνουν συνήθως επειδή η αρχική εκπαίδευση σε προπτυχιακό και κλινικό επίπεδο είναι ελλιπής. Η έλλειψη γνώσεων αφορά κυρίως τη χρήση φαρμάκων και υστερεί τόσο σε ατομικό επίπεδο (

εκπαίδευση και κατάρτιση του νοσηλευτή σε προπτυχιακό επίπεδο), όσο σε και οργανωτικό επίπεδο (σφάλματα του συστήματος στο χώρο εργασίας λόγω ανεπαρκούς συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και αξιολόγησης). Από μια αναδρομική μελέτη, η οποία αναφέρεται σε καταγεγραμμένα φαρμακευτικά λάθη, προκύπτει ότι ένα σημαντικό ποσοστό των σφαλμάτων αυτών οφείλονταν στην ελλιπή γνώση των νοσηλευτών. Από την άλλη πλευρά φαίνεται ότι η εμπειρία, στατιστικά, παίζει σημαντικό ρόλο στο λάθος. Οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη εμπειρία είναι λιγότερο επιρρεπείς σε λάθη σε σχέση με τους νεότερους. Ειδικότερα οι νοσηλευτές που εργάζονται για πρώτη φορά στα νοσοκομεία είναι εκείνοι που υποψιάζονται πρώτα όταν συμβαίνει κάποιο λάθος (Stetina et al, 2005). Αυτό συμβαίνει γιατί θεωρούνται άπειροι και δε γνωρίζουν τα καθήκοντά τους. Οι νέοι νοσηλευτές γνωρίζουν τη νοσηλευτική κυρίως θεωρητικά, καθώς απαιτείται αρκετός χρόνος μέχρι να αποκτήσουν εμπειρία στην άσκηση του επαγγέλματος, (Καλιανίδου, 2017). Σύμφωνα με τη μελέτη της (Κάργα, 2009) φαίνεται ότι η έλλειψη εμπειρίας σε συνδυασμό με την ελλιπή εποπτεία από έμπειρο νοσηλευτή αποτέλεσαν τις κυριότερες αιτίες για να συμβεί κάποιο λάθος. Επίσης, ένα ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού υποστήριξε ότι δεν είχε αρκετές γνώσεις για τη συγκεκριμένη νοσηλευτική πράξη. Παράλληλα, η νοσηλευτική εμπειρία σχετίζεται με τη συχνότητα εμφάνισης φαρμακευτικών λαθών, αφού όσο πιο έμπειροι είναι οι νοσηλευτές τόσο μειώνονται τα νοσηλευτικά λάθη. Στην μελέτη των (Tourangeau et al, 2002) ερευνώντας την συσχέτιση κατάρτισης και ειδικότητας των νοσηλευτών με τα έτη κλινικής εμπειρίας και την ικανότητα στη νοσηλευτική εργασία κατέληξαν στο συμπέρασμα με βάση τα ποσοστά θνησιμότητας ότι η αύξηση του ποσοστού των διπλωματούχων νοσηλευτών οδήγησε σε λιγότερους θανάτους ασθενών, ενώ κάθε επιπλέον χρόνος κλινικής εμπειρίας του νοσηλευτή συνδέθηκε με ακόμα λιγότερους θανάτους ασθενών στα αστικά και στα περιφερειακά νοσοκομεία. Ωστόσο σύμφωνα και με τη μελέτη των (Chang & Mark, 2011) που πραγματοποιήθηκε σε 146 νοσοκομεία των ΗΠΑ παρατηρήθηκε συσχέτιση των σφαλμάτων με το επίπεδο της εκπαίδευσης και της επαγγελματικής εμπειρίας των νοσηλευτών. Δηλαδή, εκείνοι που είχαν καλύτερη εκπαίδευση και μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία έκαναν λιγότερα σφάλματα. Τα αποτελέσματα μιας άλλης μελέτης που αφορά παιδιατρικά τμήματα δείχνουν ότι αν και περισσότεροι παιδιατρικοί νοσηλευτές έχουν τις απαραίτητες γνώσεις και εμπειρία στην αντιμετώπιση επικίνδυνων καταστάσεων για τη ζωή του παιδιού, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό φαίνεται πως δεν γνωρίζει βασικές παραμέτρους υποστήριξης της ζωής του παιδιού. Είναι γεγονός ότι η εκπαίδευση, η εμπειρία και η προηγούμενη συμμετοχή σε ειδικά επιμορφωτικά σεμινάρια δεν είναι αρκετά για την διατήρηση των γνώσεων, για το λόγο αυτό απαιτούνται συνεχείς μετεκπαιδεύσεις. Τέλος σύμφωνα και με την διεθνή βιβλιογραφία η θεωρητική κατάρτιση συμπληρώνεται από την εμπειρία (Καλογήρου, 2011).

4. Απόσπαση προσοχής λόγω συχνών διακοπών-αποσπάσεων εργασίας

Ο χώρος εργασίας των νοσηλευτών θεωρείται σε μεγάλο βαθμό υπεύθυνος για την απόσπαση της προσοχής τους κατά τις διαδικασίες που αφορούν τη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών. Οι διακοπές και οι αποσπάσεις της προσοχής που δέχονται οι νοσηλευτές από ερεθίσματα του εργασιακού περιβάλλοντος, κατά την παρασκευή της φαρμακευτικής αγωγής ευνοεί την εμφάνιση οποιουδήποτε τύπου φαρμακευτικού λάθους. Σύμφωνα με μελέτη της (Κάργα, 2009) ένα σημαντικό

ποσοστό των νοσηλευτών που υπέπεσαν σε κάποιο λάθος υποστήριξαν ότι οι διακοπές κατά την εργασία ήταν συνέχεις.

Ταυτόχρονα, στην μελέτη των (Μαλλιαρού και συν., 2008) φαίνεται ότι μετά από κάθε διακοπή ο κίνδυνος εμφάνισης νοσηλευτικών λαθών διπλασιάζεται. Επίσης τα αυξημένα ποσοστά διπλωματούχων νοσηλευτών αντιστοιχούν σε μικρότερη πιθανότητα σφαλμάτων στη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής. Ακριβώς το ίδιο συμπέραναν στην μελέτη τους οι (Westbrook et al, 2010), ότι όσο πιο πολλές ήταν οι διακοπές κατά τη διάρκεια ενασχόλησης των νοσηλευτών με τα φάρμακα, τόσο περισσότερο αυξανόταν ο κίνδυνος φαρμακευτικού σφάλματος.

5. Επικοινωνία

Η επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι ιδιαίτερως σημαντική για την ασφάλεια των ασθενών. Η αποτελεσματική επικοινωνία συμβάλει σημαντικά στη μείωση των λαθών κατά την παροχή φροντίδας υγείας, στην ικανοποίηση των ασθενών, στην φροντίδα υψηλής ποιότητας περίθαλψης και κατά συνέπεια την ομαλή εξέλιξη της υγείας του ασθενή. Οι κυριότεροι παράγοντες που οδηγούν στην αναποτελεσματικότητα της επικοινωνίας σχετίζονται με το αρνητικό κλίμα στις διαπροσωπικές σχέσεις που αφορά τόσο τον πομπό όσο και τον δέκτη. Κάποιοι από αυτούς είναι: τα γρήγορα συμπεράσματα, η αδιαφορία για το θέμα, η αρνητική άποψη για το πομπό, ο δέκτης να «ακούει αυτά που θέλει να ακούσει» χωρίς να τα σκεφτεί, οι ψυχολογικές, νοητικές και συναισθηματικές προκαταλήψεις, η βιαστική εκτίμηση κ.α. Επίσης τα προβλήματα που προκύπτουν στην επικοινωνία ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό όπως είναι, οι προφορικές οδηγίες, οι μη ευανάγνωστες γραπτές ιατρικές οδηγίες, η απουσία συζητήσεων μεταξύ ιατρών-νοσηλευτών για τα λάθη σε κλίμα κατανόησης και βελτίωσης καθώς και η έλλειψη κοινού λεξιλογίου σε κάποιες περιπτώσεις αποτελούν χαρακτηριστικές περιπτώσεις προβλημάτων επικοινωνίας. Σύμφωνα με τη μελέτη της Κάργα Μ. (2009) η κακή επικοινωνία, μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είτε αφορά την προφορική είτε την γραπτή επικοινωνία αποτελεί μια από τις συχνότερες αιτίες σφαλμάτων. Σύμφωνα με ερευνά που πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομεία του νομού Αττικής έδειξε ότι ένα μεγάλο ποσοστό του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ανέφερε συγκρούσεις στο εργασιακό περιβάλλον τόσο με συναδέλφους, όσο και με τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας αλλά και με το διοικητικό προσωπικό. Στη μελέτη των (Blendon et al, 2002) οι ιατροί υποστηρίζουν ότι η κακή επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας ευθύνεται για την πρόκληση λαθών. Το ίδιο υποστηρίζουν και οι πολίτες οι οποίοι ερωτήθηκαν. Στην μελέτη των (Φουντούκη & συν., 2009) το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που συμμετείχαν όρισε ως διεπαγγελματική συνεργασία την συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που ανήκουν σε διαφορετική ειδικότητα. Οι κυριότεροι παράγοντες που ευθύνονται για την προβληματική επικοινωνία μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας ήταν: ο φόρτος εργασίας, η έλλειψη προσωπικού και η αύξηση των ασθενών. Όσο πιο εξειδικευμένη είναι η νοσηλευτική διαδικασία, τόσο πιο περίπλοκη γίνεται η επικοινωνία (Μπιτσιώρη, 2013). Τέλος σε μια αναδρομική μελέτη, η οποία αναφέρεται σε καταγεγραμμένα φαρμακευτικά λάθη, επισημαίνεται ότι ένα αξιόλογο ποσοστό οφείλεται σε λάθη επικοινωνίας (Καλλιανίδου & συν., 2017).

6. Τεχνολογία

Η τεχνολογία συμβάλλει ουσιαστικά στην παροχή φροντίδας υγείας καθώς παρέχει απεριόριστες δυνατότητες για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της ακρίβειας και της ποιότητας της τεκμηρίωσης. Η μετάβαση στα ηλεκτρονικά έγγραφα παρουσιάζει ευκαιρίες αλλά και προκλήσεις για τους νοσηλευτές. Σε κάθε χώρα υπάρχουν πρωτοκολλά για την προστασία του ηλεκτρονικού απορρήτου. Για να εφαρμοστεί με επιτυχία το ηλεκτρονικό σύστημα τεκμηρίωσης κρίνεται απαραίτητη η συμμετοχή, η προετοιμασία και η δέσμευση του συνόλου των επαγγελματιών υγείας. Ο ηλεκτρονικός φάκελος περιέχει σημαντικές πληροφορίες για τον ασθενή όπως είναι οι αλλεργίες, η φαρμακευτική αγωγή κ.α. οπού από τον συμβατικό φάκελο μπορεί να χαθούν βάζοντας σε κίνδυνο την ασφάλεια του ασθενή. Επιπρόσθετα δίνει την δυνατότητα στους επαγγελματίες υγείας να έχουν πρόσβαση στο ιστορικό του ασθενή οποιαδήποτε στιγμή κριθεί απαραίτητο. Όμως δεν είναι λίγες οι φορές που από την αλληλεπίδραση του ανθρώπινου παράγοντα με την τεχνολογία προκύπτουν προβλήματα. Τα νοσηλευτικά λάθη που σχετίζονται με την τεχνολογία οφείλονται στο περιβάλλον της, στις συνθήκες, στις γνώσεις και στις διαδικασίες χρήσης της. Αυτό τεκμηριώνεται στη μελέτη των (Taxis & Barber, 2003) για τα σφάλματα που συμβαίνουν κατά την παρεντερική χορήγηση φαρμάκων. Με βάση τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης το 79% των λαθών σχετιζόταν με την έλλειψη γνώσης στην παρασκευή και χορήγηση των φαρμάκων και στον χειρισμό των μηχανημάτων (αντλίες έγχυσης) (Κάργα, 2009). Βρέθηκαν αρκετά λάθη στη συνταγογράφηση πριν τη χρήση του ηλεκτρονικού συστήματος συνταγογράφησης, τα οποία μειώθηκαν σε μεγάλο βαθμό μετά τη χρήση του συστήματος. Τα ο ίδιο συμβαίνει και με τη χρήση των barcodes, οπού τα λάθη μειωθήκαν αρκετά μετά τη χρήση τους. Όπως φαίνεται με τη σωστή χρήση του ηλεκτρονικού συστήματος διαχείρισης φαρμάκων τα λάθη θα μειώνονταν κατά πολύ. Παρόλα αυτά στη μελέτη, των (Μήτσης, 2012) φαίνεται ότι ένα τεράστιο ποσοστό των τμημάτων στα οποία εργάζονται οι συμμετέχοντες νοσηλευτές δεν διαθέτουν σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και διαχείρισης φαρμάκων. Το νοσηλευτικό προσωπικό γνωρίζοντας τους νομικούς κινδύνους διστάζει να μεταβεί στην ηλεκτρονική καταχώρηση.

7. Οργανωτικοί παράγοντες

Η κατάλληλη οργάνωση από τους νοσηλευτές στο χώρο της εργασίας με την απαραίτητη προσοχή στους πέντε κανόνες για τη σωστή χορήγηση φαρμάκων και τη χρησιμοποίηση και τήρηση πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών, συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση και στην πρόληψη των λαθών. Συχνά, η ελλιπής οργάνωση στο εργασιακό περιβάλλον συμβάλλει άμεσα στην εκδήλωση λαθών. Τα φαρμακευτικά λάθη που αφορούν στον κανόνα των πέντε είναι:

- η χορήγηση λάθος φαρμάκου
- η χορήγηση σε λάθος ασθενή
- η λανθασμένη δόση του φαρμάκου (λιγότερη ή περισσότερη)
- η λανθασμένη ώρα χορήγησης του φάρμακού (χρονικά λάθη)
- η λανθασμένη οδός χορήγησης

Άλλες περιπτώσεις φαρμακευτικών λαθών περιλαμβάνουν:

- Τα φάρμακα που δεν χορηγούνται, ενώ έχουν τσεκαριστεί στην καρτέλα νοσηλείας
- Η χορήγηση φαρμάκου που διακόπτεται ενώ πρέπει να συνεχιστεί
- Τα φάρμακα που χορηγούνται χωρίς ιατρική οδηγία
- Τα φάρμακα που συνεχίζουν να χορηγούνται ενώ υπάρχει ιατρική οδηγία για διακοπή
- Η δόση του φαρμάκου που επαναλαμβάνεται (ενώ έχει χορηγηθεί, δεν τσεκάρεται στην καρτέλα)
- Η χορήγηση φαρμάκου σε ασθενή με γνωστή αλλεργία σε αυτό.

Επιπλέον φαρμακευτικά λάθη μπορεί να γίνουν:

Στη συνταγογράφηση, στη μεταφορά ή την αντιγραφή των ιατρικών οδηγιών, στην προετοιμασία ή κατά τη διανομή, καθώς και στη χορήγηση (Καλλιανίδου και συν., 2017). Σε άλλη μελέτη των (Μήτσης και συν., 2012) ένα συντριπτικό ποσοστό των συμμετεχόντων στη μελέτη θυμήθηκε κάποιο λάθος που συνέβη τον τελευταίο χρόνο στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Στη συγκεκριμένη μελέτη τα κυριότερα νοσηλευτικά λάθη στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής αφορούσαν τη χορήγηση λανθασμένης δόσης και τη λανθασμένη ώρα χορήγησης. Ειδικότερα οι παιδιατρικοί ασθενείς είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε λάθη που αφορούν τη δοσολογία. Οι παιδιατρικοί νοσηλευτές πρέπει να υπολογίζουν την φαρμακευτική αγωγή του κάθε παιδιού, με βάση το ειδικό βάρος του σώματος του, με αποτέλεσμα να γίνονται επιρρεπείς σε λάθη που απαιτούν τέτοιους υπολογισμούς. Από την μελέτη των Ya-hui Lan et al, (2014) φαίνεται ότι αρκετά από τα λάθη που έγιναν σε παιδιά οφείλονταν σε λανθασμένη δόση. Με αποτέλεσμα ένα σημαντικό ποσοστό των παιδιών που εμπλεκόταν να υποφέρει από σοβαρές συνέπειες. Σύμφωνα με τη μελέτη των (Tran & Johnson, 2010) σε κάποιες περιπτώσεις, συνέβησαν νοσηλευτικά λάθη τα οποία οφείλονταν σε λάθος ιατρικές συμβουλές, όπως ανακριβή ή ελλιπή ιατρικά διαγράμματα, ο ιατρικός σχεδιασμός διαχείρισης του ασθενούς δεν ήταν ξεκάθαρος, οι ιατρικές οδηγίες προς το νοσηλευτικό προσωπικό δεν ήταν σαφείς και τέλος οι νεοδιοριζόμενοι νοσηλευτές που δεν είναι εξοικειωμένοι με τις διαδικασίες του τμήματος. Στη μελέτη της (Κάργα, 2009) αρκετοί νοσηλευτές ανέφεραν ότι υπήρξε κακή προφορική και γραπτή συνεννόηση με το υπόλοιπο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ενώ ορισμένοι από αυτούς παραδέχτηκαν ότι έδωσαν ανεπαρκείς ή ανακριβείς πληροφορίες.

8. Ατομικοί παράγοντες

Πολλές φορές τα λάθη οφείλονται στα χαρακτηριστικά του ατόμου που το διέπραξε. Κάποια από αυτά τα χαρακτηριστικά είναι η απροσεξία, η αμέλεια, η έλλειψη προσοχής και συγκέντρωσης. Αξίζει να σημειωθεί ότι πολλές φορές οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζουν ότι τα λάθη προέρχονται από απροσεξία (Κάργα, 2009). Ωστόσο σε περιπτώσεις όπου οι νοσηλευτές διαπράττουν πολύ συχνά λάθη θα πρέπει μεταξύ άλλων να ελέγχονται για το αν είναι απρόσεκτοι ή

ριψοκίνδυνοι, ξεχνούν εύκολα, είναι ανυπόμονοι ή νευρικοί, είναι αργοί και καθυστερούν, πίνουν αλκοόλ, φάρμακα ή κάνουν χρήση ουσιών, διστάζουν να ζητήσουν συμβουλές και γενικώς οτιδήποτε άλλο μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών.

Ανακεφαλαιώνοντας, οι παράγοντες που σχετίζονται με τα νοσηλευτικά λάθη είναι πολλοί και διαφορετικοί μεταξύ τους. Για το λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητο να αναλύονται με προσοχή όλα τα δεδομένα που σχετίζονται με τους παράγοντες αυτούς, έτσι ώστε τα συμπεράσματα να είναι αξιόπιστα και κατά συνέπεια οι λύσεις που θα ακολουθήσουν, να εξαρτώνται από αυτά και να συμβάλλουν ουσιαστικά στη μείωση και την πρόληψη των νοσηλευτικών λαθών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - ΤΑΞΙΝΟΜΙΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΛΑΘΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

i. Ταξινόμηση λαθών σύμφωνα με το Reason

Μέχρι σήμερα, δεν έχει υπάρξει κάποιο μοντέλο ταξινόμησης των νοσηλευτικών λαθών, έχουν επακολουθήσει βέβαια ποικίλες ταξινομήσεις ανάλογα με τα θεωρητικά πλαίσια, το σκοπό της ταξινόμησης κ.λπ. Η πιο ολοκληρωμένη ταξινόμηση αποπειράθηκε από τον (Reason, 1995), ο οποίος τόνισε ότι τα ανθρώπινα λάθη μπορούν να χωριστούν σε διάφορες κατηγορίες σύμφωνα με τις συνέπειές που προκαλούν ή τους πιθανούς παράγοντες τους. Ισχυρίστηκε ότι κάθε προσπάθεια για τον προσδιορισμό του ανθρώπινου λάθους πρέπει να ξεκινάει από τη μελέτη της σκοπιμότητας της κάθε πράξης και συμπεριφοράς.

Για να ταξινομηθεί ένα λάθος πρέπει να απαντώνται τα εξής ερωτήματα:

- Οι δραστηριότητες κατευθύνονταν από κάποιο αρχικό σκοπό;
- Οι δραστηριότητες εξελίχθηκαν όπως είχαν σχεδιαστεί;
- Επιτεύχθηκε ο επιθυμητός σκοπός;

Όταν δεν είναι υπαρκτός κάποιος ακριβής σκοπός και η ενέργεια την οποία πραγματοποιεί κάποιος δεν έχει ούτε αυτή σκοπό, τότε χαρακτηρίζεται ως άσκοπη ή ακούσια, π.χ. κάποιος που παθαίνει κρίση επιληψίας τραυματίζει κάποιον. Η συγκεκριμένη κατηγορία (ακούσια ενέργεια) έχει μελετηθεί σε βάθος από το νομικό κλάδο, όπου για να αποδοθεί ο ορός εγκληματική ενέργεια θα πρέπει να αποδειχθεί όχι μόνο ότι οι συνέπειες της ενέργειας ήταν ποθητές, αλλά και ότι η ενέργεια πραγματοποιήθηκε σκόπιμα από κάποιον.

Η σωστή βούληση διαδραματίζει σημαντικό ρολό. Όταν υπάρχει συγκεκριμένος σκοπός για να υλοποιηθεί μια ενέργεια, υπάρχει το ενδεχόμενο είτε οι προγραμματισμένες ενέργειες να μην έχουν πραγματοποιηθεί όπως είχαν σχεδιαστεί, είτε να μην είχαν το επιθυμητό αποτέλεσμα.

1. Στην πρώτη περίπτωση πρόκειται για ακούσιες ενέργειες όπου τα λάθη αυτά είναι γνωστά ως **λάθη εκτέλεσης** και είναι τα λεγόμενα slips και τα lapses για τα οποία δεν υπάρχει κάποια ισοδύναμη ελληνική λέξη. Τα λάθη αυτά συμβαίνουν συνήθως λόγω κάποιας αποτυχίας στο στάδιο εκτέλεσης ή καθυστέρησης μιας σειράς ενεργειών. Τα λάθη εκτέλεσης λαμβάνουν χώρα συνήθως σε οικείες διαδικασίες και σε διαδικασίες ρουτίνας οι οποίες γίνονται αυτόματα και χωρίς κριτική σκέψη. Περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως, ο αυξημένος θόρυβος, η ζέστη κ.α. μπορούν να προκαλέσουν διάσπαση της προσοχής των νοσηλευτών κατά τη διάρκεια κάποιας διαδικασίας και να επιφέρουν τέτοιου είδους λάθη.

Τα **λάθη απροσεξίας** συμβαίνουν αφού έχουν αναπτυχθεί πλήρως οι διαδικασίες που χρειάζονται για να πραγματοποιηθεί μια ενέργεια. Τα λάθη αυτά συνήθως είναι αποτέλεσμα διακοπών κατά της πραγματοποίησης νοσηλευτικών διαδικασιών, ή αφηρημάδας σε κάποιες κρίσιμες περιπτώσεις.

Αναφέρονται επίσης διάφορες υποκατηγορίες όπως:

- Τα λάθη της γλώσσας (λάθη γραφής, λάθος ενέργειες), τα οποία είναι εμφανή

και εύκολα αντιληπτά.

- Τα λάθη εκ παραδρομής, τα οποία τις περισσότερες φορές σχετίζονται με τη μνήμη μπορεί να είναι ορατά μόνο στο άτομο που τα βιώνει. Οι εγκεφαλικές λειτουργίες που έχουν σχέση με τα λάθη από παραδρομή όπως η απώλεια μνήμης, η διάσπαση της προσοχής κ.λπ. είναι χαρακτηριστικά τα οποία δύσκολα ελέγχονται, αφού αφορούν ανώτερες γνωστικές διαδικασίες, οι οποίες είναι απρόοπτες και ακούσιες (Reason, 1995).

Τα λάθη απροσεξίας και τα λάθη από παραδρομή είναι μέρος μιας δύσκολης ελεγχόμενης κατηγορίας.

2. Στη δεύτερη περίπτωση, πρόκειται για λάθη που ενώ έχουν σχεδιαστεί και εξελιχθεί δεν έχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα, αποτελώντας μια σκόπιμη αλλά άστοχη ενέργεια όπου έχει γίνει λάθος σχεδιασμός.

Τα **λάθη σχεδιασμού** είναι δύσκολο να γίνουν αντιληπτά καθώς βρίσκονται σε επίπεδο σχεδιασμού και προγραμματισμού. Π.χ.

- λάθος εκτέλεσης είναι η λανθασμένη τοποθέτηση ενός stent σε κάποιο αγγείο της καρδιάς λόγω ελλιπούς εκπαίδευσης και απειρίας,
- ενώ λάθος σχεδιασμού είναι η μη σωστή αντιμετώπιση της απόφραξης του καρδιακού αγγείου λόγω της χρησιμοποίησης λανθασμένου stent έναντι της χειρουργικής μεθόδου για την επίλυση του προβλήματος.

Τα λάθη σχεδιασμού είναι πιο περίπλοκα, πιο επίφοβα και πολύ πιο δύσκολο να εντοπιστούν. Μπορούν να χωριστούν σε:

- λάθη εξειδίκευσης, (όταν κάποια διαδικασία πραγματοποιείται εσφαλμένα),
- λάθη έλλειψης εξειδίκευσης, (όταν υπάρχει έλλειψη εμπειρίας και γνώσεων από το προσωπικό).

Τα λάθη σε επίπεδο κανόνων μπορούν να διαιρεθούν σε δυο τύπους:

- Σε λανθασμένη εκτέλεση ενός κανόνα (δεν διακρίνεται η αντένδειξη),
- Σε εκτέλεση ενός λάθος κανόνα ενώ δεν εκτελείτε ο σωστός κανόνας. (Τα λάθη αυτά, υλοποιούνται από νέους επαγγελματίες, χωρίς επαρκή εμπειρία). (Reason, 1995)

a. Γενικό σύστημα διαμόρφωσης λάθους

Η ταξινόμηση του Reason απευθύνεται γενικά στα λάθη και θεωρείται η πιο ολοκληρωμένη καθώς περιέχει όλες τις διαστάσεις του ανθρώπινου λάθους και

μπορεί να πραγματοποιηθεί σε όλες τις ανθρώπινες δραστηριότητες.

Ο Reason αναφέρεται ακόμα σε διάκριση λαθών σε διάφορους τύπους. Οι τύποι λαθών στηρίζονται στην προέλευση της λάθος διαδικασίας ανάλογα με την υλοποίηση μιας ενέργειας. Υπάρχουν τα εξής στάδια:

- Ο σχεδιασμός. (Περιλαμβάνει τον καθορισμό των ενεργειών που πρέπει να ακολουθηθούν. Εδώ αντιστοιχούν τα λάθη σχεδιασμού).
- Η αναμονή. (Βρίσκεται αναμεσά στο σχεδιασμό και τη υλοποίηση. Εδώ αντιστοιχούν τα λάθη εκ παραδρομής).
- Η υλοποίηση. (Λαμβάνουν χώρα οι διαδικασίες για την εκτέλεση του σχεδιασμού. Στη φάση αυτή βρίσκονται τα λάθη απροσεξίας).

ii. Ταξινόμηση λαθών κατά τους Miller & Swain

Μια ταξινόμηση με διαφοροποιημένα κριτήρια είναι αυτή των Miller και Swain το 1987 οι οποίοι χωρίζουν τα λάθη στις εξής πέντε κατηγορίες:

1. Λάθη παραλείψεων: Μια πράξη δεν πραγματοποιείται ενώ έπρεπε.
2. Λάθη υλοποίησης: Μια πράξη πραγματοποιείται ενώ δεν έπρεπε.
3. Εξωτερικά λάθη: Μια πράξη πραγματοποιείται ενώ ταυτόχρονα παρεμποδίζει την υλοποίηση των σκοπών του συστήματος.
4. Διαδοχικά λάθη: Ένα στάδιο μιας διαδικασίας γίνεται σε λάθος σειρά.
5. Χρονικά λάθη: Μια ενέργεια πραγματοποιείται σε λανθασμένη χρονική στιγμή (Κάργα, 2009).

iii. Ταξινόμηση λαθών σύμφωνα με τον Helmreich

Ο (Helmreich, 2000) καθόρισε τους εξής πέντε τύπους λαθών:

1. Λάθη επικοινωνίας
2. Λάθη διαδικασίας (λάθος εκτέλεση)
3. Λάθη κατάρτισης (λάθος παρέμβαση)
4. Λάθος αποφάσεις (αποφάσεις που αυξάνουν τον κίνδυνο)
5. Παραβιάσεις κατευθυντηρίων οδηγιών

iv. Τα Λάθη και τα Ανεπιθύμητα Συμβάντα στο Χώρο της Υγείας

Μια από τις συνηθισμένες έννοιες που εμπλέκεται με την έννοια του λάθους είναι το ανεπιθύμητο ή δυσμενές συμβάν. Η έννοια του ανεπιθύμητου συμβάντος έχει στενή σχέση με την έννοια του αποτελέσματος. Στην πραγματικότητα, το

αποτέλεσμα είναι αυτό που μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι έχει συμβεί κάποιο δυσμενές συμβάν.

Η έννοια του λάθους είναι η ενέργεια που γίνεται και όχι το αποτέλεσμα που ακολουθεί. Αυτό δηλώνει ότι ένα λάθος μπορεί να αποβεί σε ανεπιθύμητο συμβάν, μπορεί όμως και όχι, είτε γιατί η ενέργεια δεν είχε επιβλαβή επακόλουθά και δεν προέκυψε κανένα πρόβλημα στον ασθενή, είτε γιατί το λάθος έγινε αντιληπτό και προλήφθηκε πριν πραγματοποιηθεί.

Το λάθος είναι σημαντική αιτία, αλλά όχι ικανή για να προκαλέσει ένα ανεπιθύμητο συμβάν. Αυτό προέρχεται από το γεγονός ότι τα ανεπιθύμητα συμβάντα δεν δημιουργούνται πάντα από λάθη, αλλά μπορεί να είναι αποτέλεσμα μιας ορθής ενέργειας, όπου το ανεπιθύμητο αποτέλεσμα είτε γνωστό είτε όχι δεν μπορούσε να προληφθεί. Για παράδειγμα, τα ανεπιθύμητα φαρμακευτικά συμβάντα προέρχονται από λάθη φαρμακευτικών αντιδράσεων ή παρενεργειών (Bates et al, 1995).

Η φαρμακευτική αντίδραση ή παρενέργεια είναι ένα ανεπιθύμητο συμβάν το οποίο δεν προκαλείται από κάποιο λάθος. Για παράδειγμα, αν χορηγηθεί πενικιλίνη σε κάποιον ασθενή ο οποίος εμφανίσει αλλεργία στη συγκεκριμένη ουσία χωρίς ούτε εκείνος να το γνωρίζει ώστε να ενημερώσει το προσωπικό τότε πρόκειται για ανεπιθύμητο φαρμακευτικό συμβάν το οποίο δεν προέρχεται από λάθος.

v. Ταξινόμηση των ανεπιθύμητων συμβάντων σύμφωνα με τον Leape

Σύμφωνα με το (Leape, 1994) τα ανεπιθύμητα συμβάντα ταξινομούνται ως εξής:

1. Τα λάθη που προλαμβάνονται (ως αποτέλεσμα ενός λάθους).
2. Τα λάθη που δεν προλαμβάνονται, (ως αποτέλεσμα μιας επιλογής που δε μπορεί να προληφθεί με βάση τις υπάρχουσες γνώσεις), Αυτά τα ανεπιθύμητα συμβάντα, μπορεί να είναι απρόοπτα, όπως για παράδειγμα η εκδήλωση αλλεργικής αντίδρασης σε ένα φάρμακο.
3. Τα λάθη που δυνητικά μπορούν να προληφθούν, (αιμορραγίες, λοιμώξεις).

Ωστόσο, πρέπει να αναφερθεί, ότι τα ανεπιθύμητα συμβάντα δεν δηλώνουν πάντα κακή ποιότητα φροντίδας αλλά ούτε και η απουσία τους φανερώνει ποιοτική φροντίδα.

vi. Κριτήρια ταξινόμησης φαρμακευτικών λαθών σύμφωνα με τον Morimoto

Ο Morimoto et al, (2004) διαχωρίζουν τα φαρμακευτικά λάθη, τα φαρμακευτικά ανεπιθύμητα συμβάντα και τα παρ' ολίγον ανεπιθύμητα συμβάντα με βάση 6 κριτήρια που είναι τα εξής:

1. αν μπορούν να προληφθούν ή όχι,
2. αν υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης ή όχι,

3. αν μπορούν να προκαλέσουν κάποιας μορφής ανικανότητα,
4. σύμφωνα με το βαθμό σοβαρότητας (θανατηφόρα, απειλητικά για τη ζωή, σοβαρά, σημαντικά),
5. το στάδιο που λαμβάνουν χώρα (παραγγελία, συνταγογράφηση, διάλυση, χορήγηση, παρακολούθηση),
6. ανάλογα με το άτομο που εμπλέκεται (ιατρό, νοσηλεύτη, φαρμακοποιό, ασθενή, άλλους).

vii. Φαρμακευτικά λάθη

a. Η νοσηλευτική ευθύνη

Η Νοσηλευτική ως επιστήμη αποτελεί ένα επάγγελμα με αρκετές ευθύνες καθώς περιστρέφεται γύρω από τον άνθρωπο. Η νοσηλεύτρια και ο νοσηλεύτης χρειάζονται σθένος, επιμονή και κατάλληλη εκπαίδευση προκειμένου να εκπληρώνουν σωστά τα καθήκοντά τους. Θα λέγαμε λοιπόν ότι αυτό που πρέπει να χαρακτηρίζει έναν σωστό νοσηλεύτη είναι η νοσηλευτική ευθύνη που επιδεικνύει καθώς αποτελείται από ένα φάσμα στοιχείων που χρειάζεται ο κάθε σωστός επαγγελματίας υγείας.

Τα στοιχεία που απαρτίζουν την νοσηλευτική ευθύνη είναι:

- Η ευσυνειδησία
- Η ωριμότητα
- Η συνέπεια
- Η κοινωνική ευθύνη
- Το συναίσθημα καθήκοντος
- Η ακρίβεια
- Η ικανότητα συνεργασίας
- Η εργατικότητα
- Οι ηθικές αρχές
- Το ψυχικό σθένος
- Η αξιοπιστία
- Το επαγγελματικό ήθος
- Η τιμιότητα
- Η αυτό-ευθύνη
- Η υπευθυνότητα
- Η αξιοπρέπεια

b. Η νοσηλευτική φροντίδα

Η νοσηλευτική φροντίδα προσφέρει:

- Ασφάλεια,
- Προστασία,
- Κάλυψη φυσικών αναγκών ζωής,
- Εφαρμογή θεραπευτικών σχημάτων,
- Συνεχή παρατήρηση συμπτωμάτων και ενδείξεων,
- Συνεχή αξιολόγηση της κατάστασης του αρρώστου.

Αποτελεί ένα έργο που αντλεί συνεχώς δύναμη από το αίσθημα ευθύνης που νιώθουν οι νοσηλευτές. Όσο πιο φιλικό, άνετο, στοργικό είναι οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στον ασθενή τόσο περισσότερο πλησιάζουν την καρδιά της νοσηλευτικής επιστήμης.

Στις μέρες μας η εκπαίδευση παύει να είναι στάσιμη μετά το τέλος των σχολικών και ακαδημαϊκών χρόνων καθώς συνεχίζεται σε όλα τα στάδια της ζωής ενός επαγγελματία.

Η νοσηλευτική ως επιστημονικός κλάδος αποτελεί έναν πολύ ευαίσθητο κλάδο όπου για να υπηρετηθεί σωστά χρειάζονται σπουδές ανώτατου επιπέδου, κριτική σκέψη καθώς και συνεχή μόρφωση και εξέλιξη.

Η χορήγηση φαρμάκων είναι μια από τις κύριες νοσηλευτικές διαδικασίες κατά την οποία εκτελούνται εξειδικευμένες τεχνικές συμπεριλαμβανομένου της ασφάλειας του ασθενή. Ο επαγγελματίας υγείας που τροφοδοτεί φάρμακα στους ασθενείς χρειάζεται κάποιες βασικές γνώσεις όπως:

- Τα ονόματα των φαρμακευτικών σκευασμάτων,
- Την σύνθεση των φαρμάκων,
- Τις παρενέργειες που προκαλούν,
- Τους φυσιολογικούς παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τη δράση τους.

Η νοσηλευτική διεργασία αποτελεί όργανο της νοσηλευτικής επιστήμης που εφαρμόζεται σε διάφορες νοσηλευτικές ενέργειες όπως η χορήγηση των φαρμάκων. Η αξιολόγηση έπεται της λήψης νοσηλευτικού ιστορικού που αναφέρονται και τα φάρμακα που λαμβάνονται καθώς βοηθά και στην ανάπτυξη σωστών νοσηλευτικών διαγνώσεων προγραμματίζοντας έτσι το σχέδιο φροντίδας που θα ακολουθήσει ο ασθενής συνδυάζοντας και την ικανοποίηση των αναγκών του.

Φάρμακο είναι κάθε ουσία που τροποποιεί τις λειτουργίες του σώματος όταν εισέρχεται στον οργανισμό. Η επιστήμη που ασχολείται με τα χημικά που επηρεάζουν τη λειτουργία του σώματος ονομάζεται φαρμακολογία. Ο φαρμακοποιός είναι το άτομο που έχει άδεια να παρασκευάζει και να διανέμει φάρμακα. Ο γιατρός είναι νομικά υπεύθυνος για την συνταγογράφηση των φαρμάκων .

Κάθε φάρμακο που χορηγείται συχνά βοηθά το νοσηλευτή να μαθαίνει τις παρενέργειες, τη δράση και ότι άλλο σχετίζεται με τα φάρμακα αυτά. Αντίθετα για τα φάρμακα που χορηγούνται σπάνια πρέπει να αναζητήσει πληροφορίες για τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες πριν τα χορηγήσει ώστε να αποφευχθούν φαρμακευτικά λάθη (Talor, Lillis & Lemone, 2010).

c. Απορρόφηση φαρμάκων

Η διεργασία με τη οποία ένα φάρμακο μεταφέρεται από το σημείο εισόδου του μέσα στο σώμα με την κυκλοφορία του αίματος ονομάζεται απορρόφηση. Η απορρόφηση του φαρμάκου επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες:

- Η οδός χορήγησης.
- Η διαλυτότητα του φαρμάκου.
- Το PH.
- Οι τοπικές συνθήκες στην περιοχή της χορήγησης.
- Η δόση του φαρμάκου (Talor, Lillis & Lemone, 2010).

d. Χορήγηση φαρμάκων και φαρμακευτικά λάθη

Η χορήγηση φαρμάκων είναι μια διαδικασία η οποία λαμβάνει χώρα σε ένα σύνθετο περιβάλλον και επιτυγχάνεται με τη συμμετοχή διαφόρων επαγγελματιών υγείας. Η ασφάλεια του ασθενή σε σχέση με τη χορήγηση των φαρμάκων, είναι ένας από τους βασικούς άξονες όσον αφορά στη βασική εκπαίδευση των νοσηλευτών.

Η εφαρμογή των βασικών αρχών χορήγησης φαρμάκου στις οποίες οι νοσηλευτές διδάσκονται:

- σωστός άρρωστος
- σωστό φάρμακο
- σωστή δόση
- σωστή οδός χορήγησης
- σωστός χρόνος, αποτελεί δείκτη ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας.

Ένας από τους πιο συνηθισμένους τύπων λαθών είναι τα φαρμακευτικά λάθη και επηρεάζουν την υγεία ενός μεγάλου αριθμού των ασθενών. Βρέθηκε ότι οι περισσότερες από τις μισές ιατρογενείς «βλάβες» σχετίζονταν με τη χρήση φαρμάκων. Οι συνέπειες αυτές μπορούν να είναι από μικρές ή μη αντιληπτές έως πολύ σοβαρές και θανατηφόρες (Κάργα, 2009).

Τα λάθη μπορούν πιο εύκολα να γίνουν αντιληπτά και να καταγραφούν σε σχέση με την κάτοικόν χορήγηση φαρμάκων δεδομένου ότι η πλειονότητα των μελετών των φαρμακευτικών λαθών αναφέρεται σε νοσοκομειακούς ασθενείς. Τα φαρμακευτικά λάθη σχετίζονται κυρίως με τις διαδικασίες συνταγογράφησης, προετοιμασίας, χορήγησης και παρακολούθησης του ασθενή (Mangino, 2004).

Οι διαδικασίες αυτές εκτός από αυτή της συνταγογράφησης αποτελούν νοσηλευτικές πράξεις που υλοποιούνται σε καθημερινή βάση αφού η συμμετοχή του

νοσηλευτή είναι καθοριστική.

Οι στόχοι της διερεύνησης των φαρμακευτικών λαθών είναι ο υπολογισμός των λαθών στους διάφορους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, η μέτρηση των διαφορετικών ποσοστών των λαθών σχετικά με την εφαρμογή διαφορετικών συστημάτων διανομής των φαρμάκων, η αναγνώριση των αιτιών των λαθών και τέλος η αξιολόγηση των τεχνικών για την πρόληψή τους. Κύριος στόχος της διερεύνησης αυτών των παραμέτρων είναι η πρόληψη τους για την προστασία των ασθενών (Κάργα, 2009).

Η συστηματική μελέτη των λαθών στο χώρο της υγείας ξεκίνησε όταν δημοσιεύτηκε από το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικής (Institute of Medicine IOM) έκθεση με τίτλο «Το να κάνεις λάθος, είναι ανθρώπινο: Η Οικοδόμηση ενός Ασφαλέστερου Συστήματος Υγείας» (Kohn et al, 2000). Ωστόσο, αντίστοιχα άρθρα στη Νοσηλευτική, τα οποία εστίαζαν στα φαρμακευτικά λάθη είχαν δημοσιευτεί πολύ νωρίτερα.

Ο τύπος των συχνότερων φαρμακευτικών λαθών, οι στρατηγικές αντιμετώπισής τους και οι μέθοδοι εκπαίδευσης των φοιτητών για την πρόληψη των λαθών είναι Ερωτήματα που μέχρι και σήμερα απασχολούν τους νοσηλευτές. Από το 1980 έως σήμερα υπάρχει ένα μεγάλο εύρος εξειδικευμένης αρθρογραφίας σχετικά με τα φαρμακευτικά λάθη στο χώρο της νοσηλευτικής, γεγονός που δείχνει ότι τα λάθη αυτά αποτελούν σημαντική παράμετρο για την ασφαλή παροχή υπηρεσιών υγείας.

Οι τύποι των φαρμακευτικών λαθών που καταγράφηκαν στη σύγχρονη βιβλιογραφία είναι :

1. Χορηγείται λάθος δόση του φαρμάκου.
2. Το φάρμακο παρασκευάζεται-διαλύεται με λάθος τρόπο.
3. Το φάρμακο χορηγείται σε λάθος ώρα.
4. Το φάρμακο χορηγείται από λάθος οδό.
5. Χορηγείται λάθος φάρμακο σε λάθος ασθενή.
6. Το φάρμακο δε χορηγείται.
7. Το φάρμακο συνεχίζει να χορηγείται ενώ υπάρχει οδηγία για διακοπή.
8. Η χορήγηση του φαρμάκου διακόπτεται ενώ πρέπει να συνεχιστεί.
9. Το φάρμακο χορηγείται χωρίς ιατρική οδηγία.
10. Το φάρμακο αφήνεται στο κομοδίνο του ασθενή.
11. Η δόση του φαρμάκου επαναλαμβάνεται (π.χ. το φάρμακο, ενώ έχει ήδη χορηγηθεί δεν τσεκάρεται στην καρτέλα).
12. Γίνεται λάθος αντιγραφή των ιατρικών οδηγιών.

Για την εμφάνιση των λαθών σε συγκεκριμένες χρονικές στιγμές έχει βρεθεί ότι υπάρχουν πολλοί παράγοντες η μελέτη της χρονικής κατανομής των λαθών κατά

τη διάρκεια της ημέρας, της βάρδιας των νοσηλευτών αλλά και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. σε σχέση με την ώρα της ημέρας, τα περισσότερα λάθη γίνονται το πρωί και αυτό μπορεί να εξηγηθεί διότι τις πρωινές ώρες χορηγούνται τα περισσότερα φάρμακα, γίνονται παράλληλα πολλές ιατρονοσηλευτικές εργασίες, στην κλινική βρίσκονται και άλλοι επαγγελματίες υγείας π.χ. ιατροί, οι οποίοι διακόπτουν συνεχώς τους νοσηλευτές.

Η χορήγηση φαρμάκων μπορεί να διακοπεί και από τους ασθενείς, τους συγγενείς ή και άλλους παρευρισκόμενους στο χώρο προετοιμασίας των φαρμάκων ή στα δωμάτια των ασθενών. Κατά τη διάρκεια της ημέρας η ώρα των μεσημεριανών γευμάτων καθώς και όταν η αλλαγή της βάρδιας των νοσηλευτών είναι καταστάσεις με αυξημένο αριθμό λαθών.

Λάθη μπορούν να γίνουν συχνά σε ειδικές περιπτώσεις όταν ένα μόνο φάρμακο πρέπει να χορηγηθεί σε ένα μόνο ασθενή και σε μια χρονική στιγμή που δεν είναι η καθιερωμένη ώρα χορήγησης των περισσότερων φαρμάκων (Κωνσταντινίδης, 2010).

e. Γενικές αρχές χορήγησης φαρμάκων

Οι γενικές αρχές χορήγησης φαρμάκων περιλαμβάνουν τις παρακάτω οδηγίες:

- Η γραφή θα πρέπει να είναι πάντοτε καθαρή, ευανάγνωστη, με σαφήνεια, ακρίβεια συντομία και αντικειμενικότητα
- Σημειώνετε ακριβώς ότι παρατηρείτε ή διαπιστώνεται χωρίς προσωπικά συμπεράσματα.
- Χρησιμοποιείτε τη σωστή ορολογία, χωρίς περιττές και άσχετες εκφράσεις και έννοιες.
- Σε ειδικές περιπτώσεις αναφέρονται εκφράσεις του αρρώστου σε εισαγωγικά όπως ο ίδιος τα είπε. Σημειώνεται η ημερομηνία και ώρα.
- Χρησιμοποιείτε σωστά τα διάφορα διεθνή σύμβολα (π.χ. gr=γραμμάριο). Έτσι εξασφαλίζεται η καλή επικοινωνία και αποφεύγονται τα λάθη παρερμηνείας.
- Αναγράφεται σωστά τα ονόματα των φαρμάκων.
- Δεν μουντζουρώνουμε ποτέ ότι χρειάζεται διόρθωση. Διαγράφετε με μία γραμμή και σημειώνεται επάνω η λέξη λάθος. Σε οποιονδήποτε έλεγχο και ιδιαίτερα σε νομικές περιπτώσεις με αυτόν τον τρόπο μπορεί να προληφθεί η πιθανή κατηγορία ότι επιχειρήθηκε κάποια τροποποίηση ή απόκρυψη των γραφομένων.
- Υπογράφεται πάντα ολογράφως ή με τρόπο που να μπορεί να διαβάζεται το

όνομα του νοσηλευτή που τα χορηγεί (Κωνσταντινίδης, 2010).

Παράλληλα ο νοσηλευτής φροντίζει να:

- Χορηγεί όλα τα φάρμακα, μόνο με οδηγία γιατρού.
- Λαμβάνει το ιστορικό του αρρώστου σχετικά με τη χρήση φαρμάκων. Δηλαδή να πληροφορείται:
 - Ποια φάρμακα έπαιρνε προηγουμένως ή εξακολουθεί να παίρνει.
 - Για ποιο σκοπό παίρνει ή έπαιρνε το φάρμακο και αν ο σκοπός αυτός έχει πραγματοποιηθεί.
 - Για ποιο σκοπό παίρνει ή έπαιρνε το φάρμακο και αν ο σκοπός αυτός έχει πραγματοποιηθεί.
 - Αν είναι αλλεργικός σε φάρμακα και ποια είναι αυτά.
 - Αν το φάρμακο προκάλεσε παρενέργειες, οι οποίες πρέπει να αναφερθούν και να γίνει περιγραφή των συμπτωμάτων που παρουσίασε.
 - Ότι άλλο, κατά περίπτωση, κριθεί απαραίτητο.

Η οδηγία του γιατρού για τη χορήγηση του φαρμάκου πρέπει να είναι γραπτή και υπογεγραμμένη. Ο νοσηλευτής πρέπει να ελέγχει τη διαδικασία της οδηγίας του γιατρού για τα φάρμακα. Προϋπόθεση για τον έλεγχο είναι η γνώση του συστήματος που εφαρμόζεται στο νοσοκομείο που εργάζεται ο επαγγελματίας υγείας. Επίσης νοσηλευτής που χορηγεί φάρμακα οφείλει γνωρίζει το φάρμακο (δράση, δοσολογία κ.α.) και τον άρρωστο, αν ο άρρωστος παίρνει και άλλα φάρμακα και τυχόν αλληλεπιδράσεις του νέου φαρμάκου με τα άλλα. Ακόμα, πρέπει να λαμβάνει υπόψιν την ανάγκη για τη διαφοροποίηση του διαιτολογίου του ασθενή, τη σημασία και τη σχέση της δόσης του φαρμάκου με την ηλικία του. Επίσης θα πρέπει να χρησιμοποιεί ασφαλή μέτρα κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας και της χορήγησης ενός φαρμάκου. Δηλαδή:

- Κατά την προετοιμασία των φαρμάκων εξασφαλίζει ασφαλές και ήσυχο περιβάλλον χωρίς να υπάρχουν άσκοπες διακοπές εργασίας.
- Διαβάζει προσεκτικά την οδηγία του φαρμάκου πριν το ετοιμάσει και φτάσει στο στάδιο της χορήγησης στον ασθενή.
- Ελέγχει τη σήμανση του σκευάσματος που περιέχει το φάρμακο.
- Βεβαιώνεται ότι το φάρμακο που ετοιμάζει είναι αυτό που πρέπει να πάρει ο άρρωστος.
- Αν η οδός χορήγησης του φαρμάκου είναι από το στόμα δίνει το φάρμακο στον ασθενή και βεβαιώνεται ότι το πήρε ο ίδιος πριν απομακρυνθεί. Όταν ο άρρωστος παίρνει περισσότερα από ένα φάρμακο, δίνει το κάθε φάρμακο ξεχωριστά.
- Καταγράφει τη χορήγηση του φαρμάκου.
- Δεν αφήνει εκτεθειμένο το φάρμακο στο κομοδίνο του αρρώστου.
- Περιπτώσεις που δεν χορηγείται το φάρμακο στο άρρωστο όπως π.χ. άρνηση λήψης τις χειρίζεται ανάλογα.

Αν προκύψει κάποιο λάθος κατά τη χορήγηση του φαρμάκου, λαμβάνονται τα ακόλουθα μέτρα:

1. Άμεση και στενή παρακολούθηση της κατάστασης του ασθενή.
2. Ενημέρωση του γιατρού και καθορισμός μέτρων για την βοήθεια του ασθενή.
3. Καταγραφή του λάθους και των μέτρων που λήφθηκαν για την αντιμετώπιση του.
4. Συμπλήρωση εντύπου για τη δήλωση του λάθους, όπως προβλέπεται από τους κανονισμούς του κάθε ιδρύματος.
 - Χορηγεί τα συνήθη φάρμακα μέσα σε 30 λεπτά από το καθορισμένο χρόνο με σκοπό να διατηρηθούν σταθερά τα επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα έτσι ώστε το όφελος να είναι το αναμενόμενο.
 - Γνωρίζει ποιος νοσηλευτής ετοιμάζει τα φάρμακα.
 - Γνωρίζει ότι τα φάρμακα που προετοιμάστηκαν να χορηγηθούν από το στόμα δεν επιτρέπεται να επιστρέψουν στο φαρμακείο της νοσηλευτικής μονάδας αν δεν χορηγηθούν.
 - Βεβαιώνεται ότι τα φάρμακα τα οποία χορηγούνται στον ασθενή τα έχει προμηθευτεί η νοσηλευτική μονάδα από το φαρμακείο του νοσοκομείου.
 - Γνωρίζει ότι τα ναρκωτικά φάρμακα φυλάσσονται κλειδωμένα και πως είναι υπεύθυνος για την ασφαλή φύλαξη τους (Κωνσταντινίδης, 2010).

viii. Λάθη κατά την αναφορά και την καταγραφή

Η αναφορά και καταγραφή των νοσηλευτικών πράξεων είναι χωρίς αμφιβολία ένα σημαντικό μέρος της νοσηλευτικής πρακτικής. Λάθη μπορεί να κάνει ο καθένας. Λάθη στη νοσηλευτική λογοδοσία δεν επιτρέπονται όμως γιατί κοστίζουν ζωές. Η Κοινή επιτροπή (Joint Commission) ως επιτροπή αξιολόγησης διαπίστωσε ότι πάνω από 70% των σφαλμάτων σε διαπιστευμένους οργανισμούς υγείας οφείλονται σε προβλήματα επικοινωνίας, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι κρίσιμης σημασίας για την ασφάλεια των ασθενών. Ο νοσηλευτής πρέπει να τεκμηριώνει οποιαδήποτε νοσηλευτική πράξη κάνει. Μια σωστή τεκμηρίωση παρέχει λεπτομερή περιγραφή του σχεδίου φροντίδας, της αξιολόγησης και της θεραπείας του ασθενή. Η αποτελεσματική τεκμηρίωση εξασφαλίζει τη συνέχεια της φροντίδας, τηρεί τα πρότυπα και μειώνει τα λάθη (Perry & Potter, 2012).

Η χρήση τυποποιημένων κατευθυντήριων γραμμών επιτυγχάνει την ποιοτική καταγραφή και αναφορά η οποία βοηθάει στην αποτελεσματική, ασφαλή και εξατομικευμένη φροντίδα των ασθενών.

Λάθη που προκύπτουν από την ανεπαρκή καταγραφή και αναφορά, είναι:

- i. η αδυναμία τεκμηρίωσης της σωστής ώρας των γεγονότων,
- ii. η παράλειψη καταγραφής λεκτικών οδηγιών ή παράλειψη υπογραφής των οδηγιών,
- iii. η καταγραφή δράσεων εκ των προτέρων για εξοικονόμηση χρόνου,
- iv. η τεκμηρίωση ανακριβών στοιχείων
- v. η παράλειψη ή ελλιπής αναφορά κατά την αλλαγή βάρδιας (Καλαφάτη,

2014).

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΝΑΦΟΡΑ

Πραγματικές: πραγματικό θεωρείται ένα αρχείο ή αναφορά που περιέχουν περιγραφικές, αντικειμενικές πληροφορίες σχετικά με αυτό που βλέπετε, ακούτε, αισθάνεστε και οσφραίνεστε. Αυτά που ο ασθενής εκφράζει λεκτικά είναι τα μόνα υποκειμενικά δεδομένα που μπορούν να περιβληθούν σε ένα αρχείο. Τα υποκειμενικά στοιχεία καταγράφονται σε εισαγωγικά χρησιμοποιώντας τα ακριβή λόγια του ασθενούς όποτε είναι δυνατόν. Για να είναι η βάση των δεδομένων περιγραφική θα πρέπει να συμπεριλάβετε συμπληρωματικά αντικειμενικά ευρήματα.

Ακριβείς: Για να εξασφαλιστεί η ακρίβεια πρέπει να γίνεται χρήση των ακριβών τιμών των μετρήσεων στο στάδιο της τεκμηρίωσης. Στη φάση της καταγραφής πρέπει να αποφεύγονται οι περιττές λέξεις και άσχετες λεπτομέρειες.

Ολοκληρωμένες: Οι πληροφορίες για να είναι ολοκληρωμένες πρέπει να είναι πλήρεις, με κατάλληλα και ουσιαστικά στοιχεία. Επίσης πρέπει να καταγράφουμε καταχωρήσεις στον ιατρικό φάκελο του ασθενούς περιγράφοντας τη νοσηλευτική φροντίδα που έλαβε ο ασθενής και την απόκριση του. Ακόμα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται οι ενέργειες ρουτίνας, όπως η λήψη ζωτικών σημείων, η καθημερινή υγιεινή και η κινητοποίηση του ασθενούς σε γραφήματα και διαγράμματα ροής.

Πρόσφατες: για να αποτρέψουμε τις παραλείψεις και τις καθυστερήσεις στην περίθαλψη των ασθενών πρέπει να υπάρχει αποτελεσματική τεκμηρίωση η οποία περιλαμβάνει την έγκαιρη καταγραφή στο φάκελο του ασθενούς. Για την αύξηση της ακρίβειας και τη μείωση των περιπτώσεων επαναλήψεων, αρκετές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποιούν αρχεία που τοποθετούνται δίπλα στο κρεβάτι του ασθενούς κάτι που οδηγεί στην άμεση τεκμηρίωση των ενεργειών φροντίδας.

Οργανωμένες: Η γραπτή επικοινωνία πρέπει να εμφανίζεται με λογική σειρά ξεκινώντας από εκτιμήσεις, νοσηλευτικές παρεμβάσεις και εν τέλει την ανταπόκριση του ασθενούς. Όταν η επικοινωνία είναι σαφής, συνοπτική και σύντομη είναι πιο αποτελεσματική. Οι καταχωρήσεις θα είναι πιο οργανωμένες και σαφείς αν εφαρμόσετε μια λίστα που να γράφει τι πρέπει να περιλαμβάνει η καταγραφή στο ιστορικό του ασθενούς πριν την έναρξη της (Perry & Potter, 2012)

ΣΥΝΗΘΗ ΕΝΤΥΠΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ

Το διάγραμμα ή ο φάκελος του ασθενούς φανερώνουν την κατάσταση της υγείας του. Στο διάγραμμα περιλαμβάνονται αρκετά στοιχεία για τον ασθενή έτσι ώστε με αυτόν τον τρόπο να διεξάγεται μια σύντομη και πλήρης καταγραφή. Η χρήση αυτών των στοιχείων βοηθά να αποτραπεί η επανάληψη των πληροφοριών που περιέχονται στους φακέλους.

Έντυπα νοσηλευτικού ιστορικού

Ένα πλήρες έντυπο νοσηλευτικού ιστορικού συμπληρώνεται κατά την εισαγωγή ενός ασθενούς σε μία μονάδα νοσηλευτικής φροντίδας και παρέχει βασικές τιμές εκτίμησης δεδομένων.

Διάγραμμα ροής και γραφήματα

Με το διάγραμμα ροής και τα γραφήματα τεκμηριώνονται οι νοσηλευτικές πληροφορίες και τα στοιχεία των ασθενών κατά την πάροδο του χρόνου. Τα αρχεία περιέχουν τεκμηρίωση επαναληπτικών παρατηρήσεων ή επαναλαμβανόμενες καθορισμένες μετρήσεις για έναν ασθενή, όπως η λήψη ζωτικών σημείων, την κατάσταση υγιεινής του ασθενούς, τη χορήγηση φαρμάκων και την αξιολόγηση πόνου. Το διάγραμμα χρησιμοποιεί μια συγκεκριμένη μέθοδο για την εισαγωγή κάθε επιπλέον πληροφορίας.

Καταγραφή εκπαίδευσης του ασθενούς

Μια από τις απαραίτητες νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι η εκπαίδευση των ασθενών. Πολλοί οργανισμοί υγείας διαθέτουν ένα αρχείο εκπαίδευσης που καθορίζει τις γνώσεις του ασθενή για την αγωγή, την διάγνωση την και θεραπεία του. Ο σκοπός της εκπαίδευσης του ασθενούς και της οικογένειας του είναι η προαγωγή συμπεριφορών υγείας και αυτοφροντίδας με τη συμμετοχή του ασθενούς ή της οικογένειας του σε αποφάσεις οι οποίες θα καλυτερεύσουν την κατάσταση της υγείας του. Τα πρότυπα για την εκπαίδευση των ασθενών εμπεριέχουν:

- την αξιολόγηση αναγκών,
- τη λειτουργική τους ικανότητα
- τους τρόπους μάθησης
- την διάθεση τους να μάθουν.

Οι ανάγκες του ασθενή για εκπαίδευση καθορίζονται κατά την αξιολόγηση του και συνήθως περιλαμβάνουν:

- την ασφαλή και αποτελεσματική χρήση των φαρμάκων,
- την τροποποίηση στη θρέψη και τη διατροφή,
- την ασφαλή χρήση ιατρικού εξοπλισμού,
- τον έλεγχο του πόνου,
- τις μεθόδους αποκατάστασης για την προαγωγή και τη βελτίωση των λειτουργικών ικανοτήτων και δραστηριοτήτων

Περιληπτική έκθεση φροντίδας υγείας του ασθενούς (Kardex)

Το σύστημα Kardex είναι ένα έντυπο που βρίσκεται στο νοσηλευτικό φάκελο του ασθενή και παρέχει καθημερινά πληροφορίες για την φροντίδα και τις ανάγκες των ασθενών. Στις πληροφορίες που συγκαταλέγονται συνήθως στο έντυπο αυτό είναι:

- Τα δημογραφικά δεδομένα (π.χ. θρησκεία, ηλικία).
- Η ιατρική διάγνωση.
- Οι έκτακτες ιατρικές οδηγίες (π.χ. κινητικότητα, διατροφή).
- Το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας.
- Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις (π.χ. προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά).
- Οι προγραμματισμένες εξετάσεις και διαδικασίες.

- Τα προληπτικά μέτρα ασφάλειας κατά τη φροντίδα του ασθενή.
- Οι παράγοντες που σχετίζονται με τις καθημερινές δραστηριότητες.
- Ο φροντιστής του ασθενή για επικοινωνία σε περίπτωση ανάγκης.
- Ένας κωδικός σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης.
- Αλλεργίες που μπορεί να υπάρχουν.

Τυποποιημένα σχέδια φροντίδας

Τα σχέδια νοσηλευτικής φροντίδας που βασίζονται στα πρότυπα νοσηλευτικής πρακτικής του ιδρύματος, είναι καθιερωμένες οδηγίες που χρησιμοποιούνται για τη φροντίδα ασθενών με παραπλήσια προβλήματα υγείας. Αυτά τα έντυπα εξατομικεύονται για κάθε ασθενή.

Το βασικό πλεονέκτημα των τυποποιημένων σχεδίων φροντίδας είναι η καθιέρωση προτύπων φροντίδας βασισμένων σε ενδείξεις. Με τη χρήση των τυποποιημένων σχεδίων οι νοσηλευτές μπορούν να γνωρίζουν τις αποδεκτές απαιτήσεις των ασθενών έτσι ώστε να δημιουργήσουν το κατάλληλο σχέδιο φροντίδας για έναν συγκεκριμένο ασθενή με βάση το αρχικό πρότυπο. Τα τυποποιημένα σχέδια φροντίδας οδηγούν τους επαγγελματίες υγείας να ακολουθήσουν μια αλληλουχία κινήσεων ώστε να βελτιώσουν την εξέλιξη της θεραπείας. Η Κοινή Επιτροπή υποστηρίζει τη χρήση των τυποποιημένων σχεδίων φροντίδας για κάθε ασθενή.

Από την άλλη πλευρά το βασικό μειονέκτημα των τυποποιημένων σχεδίων φροντίδας είναι ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να μην αναγνωριστεί η μοναδική, εξατομικευμένη θεραπεία που χρειάζεται ο κάθε ασθενής. Τα τυποποιημένα σχέδια φροντίδας δεν αντικαθιστούν την επαγγελματική κρίση και λήψη αποφάσεων (Perry & Potter, 2012).

Εξιτήριο

Ο σχεδιασμός εξιτηρίου είναι μια ολοκληρωμένη διαδικασία με έμφαση στην προετοιμασία του ασθενούς για την έξοδο του από ένα οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης. Στο εξιτήριο ενός ασθενή περιλαμβάνονται σημαντικές πληροφορίες τόσο για τον ασθενή και την οικογένειά του, όσο και τον οργανισμό παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.

Ο σχεδιασμός του εξιτηρίου ξεκινά από την εισαγωγή του ασθενή στον οργανισμό παροχής νοσηλευτικής φροντίδας και αποτελεί το πιο σημαντικό κομμάτι της νοσηλευτικής φροντίδας καθώς ο ασθενής ετοιμάζεται να αποχωρήσει. Σε αυτό το σημείο είναι απαραίτητη η τεκμηρίωση της συμμετοχής των μελών της οικογένειας του ασθενούς στη διαδικασία σχεδιασμού του εξιτηρίου, έτσι ώστε ο ασθενής και οι οικείοι του να έχουν πάρει τις απαραίτητες πληροφορίες και τα εφόδια για να επιστρέψουν σπίτι τους. Η Κοινή Επιτροπή (2007) διαθέτει συγκεκριμένα πρότυπα τα οποία είναι αναγκαία για την εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους, ώστε να υπάρχει ένας αποτελεσματικός σχεδιασμός εξιτηρίου.

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ

Υπάρχουν διάφορα είδη συστημάτων καταγραφής και τεκμηρίωσης. Σκοπός των συστημάτων αυτών είναι η συλλογή των πληροφοριών που περιγράφουν την

φροντίδα ή τις παρεχόμενες υπηρεσίες προς αυτόν, με άλλα λόγια την εξέλιξη του ασθενούς. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι αυτό που επιλέγει το σύστημα καταγραφής που θα χρησιμοποιηθεί στο εκάστοτε νοσηλευτικό ίδρυμα. Κατά κανόνα σε μια συγκεκριμένη υπηρεσία πρέπει να χρησιμοποιείται το ίδιο σύστημα καταγραφής, παρόλα αυτά υπάρχουν αρκετά αποδεκτά συστήματα για την καταγραφή πληροφοριών της υγειονομικής περίθαλψης. Τα είδη συστημάτων καταγραφής είναι:

- Αφηγηματική καταγραφή

Η καταγραφή αυτή χρησιμοποιεί μια μορφή ιστορικής αφήγησης για την καταχώρηση συγκεκριμένων πληροφοριών, που σχετίζονται με την κατάσταση και τη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή και συνήθως καταγράφονται με χρονολογική σειρά. Η αφηγηματική καταγραφή βοηθάει σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, όταν ο χρόνος και η σειρά των γεγονότων είναι κρίσιμης σημασίας. Σημαντική είναι η οργάνωση και η καταγραφή με σαφή και συνοπτικό τρόπο, με την χρήση της νοσηλευτικής διεργασίας για την ταξινόμηση των δεδομένων. Από την άλλη πλευρά σημαντικό μειονέκτημα της καταγραφής αυτής είναι ότι οι πληροφορίες που βρίσκονται στο αρχείο είναι διάσπαρτες με αποτέλεσμα την ανεπαρκή ή ελλιπή επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας ιατρικής φροντίδας.

- Ιατρικά αρχεία προσανατολισμένα σε προβλήματα

Η καταγραφή αυτής της μέθοδου γίνεται με βάση την νοσηλευτική διεργασία κάτι που ενισχύει την επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας φροντίδας σχετικά με τις ανάγκες των ασθενών. Τα στοιχεία ταξινομούνται με βάση το πρόβλημα ή τη διάγνωση. Η συμμετοχή όλων των μελών της ομάδας φροντίδας συμβάλλουν στη δημιουργία μιας λίστας προβλημάτων που εντοπίστηκαν στον ασθενή. Η προσέγγιση αυτή βοηθάει στην δημιουργία ενός εξατομικευμένου προγράμματος φροντίδας με τα εξής τμήματα:

- Βάση δεδομένων
- Κατάλογος προβλημάτων
- Σχέδιο φροντίδας
- Σημειώσεις προόδου

Βάση δεδομένων ασθενούς

Η βάση δεδομένων ενός ασθενή περιλαμβάνει όλες τις διαθέσιμες πληροφορίες που αφορούν στην αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενή. Η συγκεκριμένη καταγραφή αποτελεί τη βάση για τον εντοπισμό των προβλημάτων των ασθενών και τον προγραμματισμό της φροντίδας. Η βάση δεδομένων παραμένει ενεργή και διαθέσιμη για κάθε ασθενή και τροποποιείται όταν υπάρχουν νέα δεδομένα.

Κατάλογος προβλημάτων

Ο κατάλογος προβλημάτων διαμορφώνεται μετά από την ανάλυση των στοιχείων ενός ασθενούς ο οποίος περιλαμβάνει τις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικοπολιτικές, πνευματικές, αναπτυξιακές και περιβαλλοντικές ανάγκες του ασθενούς.

Σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στη φροντίδα του ασθενούς συμβάλλουν στην ανάπτυξη ενός σχεδίου φροντίδας για ένα συγκεκριμένο πρόβλημα. Το πρωτόκολλο προϋποθέτει να διαμορφώνεται σχέδιο φροντίδας για όλους τους ασθενείς κατά την είσοδο τους σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα. Γενικά αυτά τα σχέδια φροντίδας περιέχουν νοσηλευτικές διαγνώσεις αναμενόμενα αποτελέσματα και παρεμβάσεις.

Σημειώσεις προόδου

Τα μέλη της ομάδας υγειονομικής φροντίδας χρησιμοποιούν τις σημειώσεις προόδου για τον έλεγχο και την καταγραφή της εξέλιξης του προβλήματος του ασθενούς. Οι αφηγηματικές σημειώσεις, το διάγραμμα ροής και το εξιτήριο είναι έντυπα που χρησιμοποιούνται για την τεκμηρίωση της προόδου ασθενούς.

- Αρχεία διαφορετικών πηγών (source records)

Σε ένα αρχείο διαφορετικών πηγών, οι πληροφορίες του ασθενούς είναι ταξινομημένες έτσι ώστε κάθε επαγγελματίας υγείας που βρίσκεται στην ομάδα παροχής φροντίδας (π.χ. νοσηλευτική, ιατρική, κοινωνικού λειτουργού) να διαθέτει χωριστό τμήμα στο οποίο να συγκαταλέγει τα δεδομένα. Το πλεονέκτημα αυτού του αρχείου είναι ότι θεωρείται πιο εύκολο για τους επαγγελματίες υγείας να εντοπίσουν το κατάλληλο τμήμα του αρχείου στο οποίο κάνουν την καταχώρηση. Αντίθετα ένα μειονέκτημα είναι ότι τα στοιχεία που αφορούν ένα συγκεκριμένο πρόβλημα μπορεί να είναι διάσπαρτα μέσα στο αρχείο.

- Καταγραφή κατ' εξαίρεση

Η καταγραφή κατ' εξαίρεση (CBE) είναι σύστημα τεκμηρίωσης που στοχεύει στην εξάλειψη των παραλήψεων, καθιστά την τεκμηρίωση του προγράμματος φροντίδας συνοπτική, υπογραμμίζει παθολογικά ευρήματα και καθορίζει τις τρέχουσες τάσεις στην κλινική πράξη. Είναι πιο αποτελεσματική, αφού οι νοσηλευτές αφιερώνουν λιγότερο χρόνο στην καταγραφή των πληροφοριών ενώ η ανάκτηση τους είναι εύκολη και η επικοινωνία βελτιώνεται. Το CBE είναι μια μέθοδος συντομογραφίας για την τεκμηρίωση, με συγκεκριμένα πρότυπα ορθής πρακτικής και κριτηρίων για την αξιολόγηση της νοσηλευτικής διεργασίας και των παρεμβάσεων.

- Σχέδιο διαχείρισης περίπτωσης (case management) και κρίσιμοι οδοί

Η διαχείριση περίπτωσης είναι μια παροχή ενός μοντέλου φροντίδας που συντονίζει και συνδέει τις υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για τους ασθενείς και τις οικογένειες, ενώ συμβάλλει στον εξορθολογισμό του κόστους και στη διατήρηση της ποιότητας. Η διαχείριση περίπτωσης συνδέει συμβατικά έγγραφα που περιέχουν το σχέδιο ταχείας φροντίδας για το πρόβλημα, τις παρεμβάσεις και τα αναμενόμενα αποτελέσματα για τους ασθενείς με μια συγκεκριμένη ασθένεια. Η χρήση των κρίσιμων οδών μειώνει την καθυστέρηση στην φροντίδα υγείας, ενώ αυξάνει την χρήση των πόρων και αναβαθμίζει την ποιότητα φροντίδας και παρακολούθησης της εξέλιξης των ασθενών. Ο στόχος της κρίσιμης οδού είναι η βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης, η μείωση των κινδύνων, η αύξηση της ικανοποίησης και η βελτίωση των εκβάσεων.

Οι κρίσιμοι οδοί καθορίζουν τους σκοπούς και τα αξιόλογα στοιχεία της φροντίδας με βάση την καλύτερη πρακτική και τις προσδοκίες των ασθενών με την τεκμηρίωση, τον έλεγχο και την εκτίμηση των διακυμάνσεων καθώς και με την παροχή των αιτιών των εκβάσεων (Perry & Potter, 2012)

ΤΥΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΓΛΩΣΣΑ

Η τυποποιημένη γλώσσα είναι ένας τρόπος επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών για να περιγράψουν μια κλινική κατάσταση ώστε να μειωθεί η πολυπλοκότητα, να βελτιωθεί ο χρόνος ολοκλήρωσης και να αυξηθεί η ικανοποίηση του προσωπικού στο σχεδιασμό της περίθαλψης. Με την χρήση κοινής γλώσσας μεταξύ των νοσηλευτών γίνεται πιο εύκολο να εντοπιστούν τα προβλήματα των ασθενών, να προγραμματίσουν τα αποτελέσματα και η νοσηλευτική φροντίδα να είναι πιο αποτελεσματική και κατάλληλη για τις ανάγκες των ασθενών. Η Ταξινόμηση των Νοσηλευτικών Παρεμβάσεων (NIC) καθορίζει έναν ορισμό και μια λίστα των δράσεων που ένας νοσηλευτής εκτελεί για την ολοκλήρωση της παρέμβασης.

Ένα άλλο πρότυπο τυποποιημένης γλώσσας που χρησιμοποιείται κατά την υγειονομική περίθαλψη είναι η έκβαση των ασθενών. Η Κατάταξη Νοσηλευτικών Εκβάσεων (NOC) καθορίζει έναν ορισμό και μια λίστα παρεμβάσεων που ίσως να έχει ως αποτέλεσμα την έκβαση.

ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ

Η πολιτισμική προσέγγιση της νοσηλευτικής φροντίδας είναι απαραίτητη με τα εναλλασσόμενα δημογραφικά παγκοσμίως. Η Κοινή Επιτροπή (2006) ανέπτυξε πρότυπα για να εξασφαλίσει ότι οι επαγγελματίες υγείας συλλέγουν δεδομένα σχετικά με τη φυλή από την οποία προέρχονται οι ασθενείς, την εθνικότητα τους και την προφορική και την γραπτή γλώσσα στο φάκελο υγείας.

ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΣΤΗ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ)

Η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων και τον ατόμων με αναπηρία καθιστά απαραίτητη τη φροντίδα αυτών σε ξενώνες. Το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει καταστάσεις πολύ διαφορετικές από εκείνες της οξείας φροντίδας. Η καταγραφή κρίνεται αναγκαία για την καλύτερη επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, τεκμηριώνει την ορθή ποιότητα της περίθαλψης και αξιολογεί την αποτελεσματικότητα των θεραπειών και των παρεμβάσεων.

Κατά κανόνα, ο νοσηλευτής θεωρείται υπεύθυνος για το συντονισμό του σχεδίου της φροντίδας. Η τεκμηρίωση ενισχύει την αξιολόγηση και τη διαδικασία σχεδιασμού για τους ασθενείς, χρησιμοποιώντας μια διεπιστημονική προσέγγιση. Η επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, είναι αναγκαία κατά τη διαδικασία της τεκμηρίωσης. Σκοπός της συστηματικής καταγραφής είναι η δημιουργία ενός συστήματος κλινικής καταγραφής που θα προσδιορίζει δυναμικά ή πραγματικά προβλήματα, θα παρέχει πιο οργανωμένες ενέργειες για κάθε πρόβλημα με αποτέλεσμα τη βελτίωση της φροντίδας για τους ασθενείς και την αύξηση της αποζημίωσης για την περίθαλψη (Perry & Potter, 2012).

ix. Ελλείψεις στα νοσοκομεία

Η κατάσταση που επικρατεί στα Δημόσια νοσοκομεία της χώρας κάθε μέρα επιδεινώνεται. Στα ελληνικά νοσοκομεία οι ελλείψεις που υπάρχουν είναι μεγάλες τόσο στον τομέα του προσωπικού που στελεχώνει τα νοσοκομεία όσο και στα υλικά που απαιτούνται για να πραγματοποιηθεί μια ιατρική ή νοσηλευτική πράξη.

Η ανεπαρκής στελέχωση στα νοσοκομεία έχει ως αποτέλεσμα ένα επικίνδυνο περιβάλλον για τους ασθενείς και δημιουργεί δυσάρεστες συνέπειες στη διεκπεραίωση της εργασίας του προσωπικού. Το νοσηλευτικό προσωπικό δεν έχει την δυνατότητα να αντιμετωπίσει τον όγκο των ασθενών που υπάρχει στα νοσοκομεία. Από την άλλη πλευρά τα βασικά υγειονομικά υλικά που απαιτούνται για τη νοσηλεία των ασθενών σε πολλά νοσοκομεία είτε είναι ελλιπή είτε δεν υπάρχουν καθόλου. Ο συνδυασμός των ελλείψεων αυτών έχει ως επακόλουθο δυσάρεστες επιπτώσεις για στους ασθενείς.

Δυσμενές περιστατικό στο χώρο της υγείας είναι ένα συμβάν το οποίο προκαλεί ή ενδέχεται να προκαλέσει βλάβη στον ασθενή, στον χρήστη ή σε κάποιον άλλο. Τα δυσμενή περιστατικά συνήθως είναι αποτέλεσμα ενός ή περισσοτέρων λαθών ή παραλείψεων τα ιατρικά σφάλματα είναι πολύ υψηλά στη λίστα αιτιών, θανάτων και τραυματισμών.

Χρέος όλων των επαγγελματιών υγείας είναι η ασφάλεια των ασθενών. Παρόλο που η απόλυτη ασφάλεια είναι σχεδόν αδύνατη, αφού υπάρχει πάντα το ενδεχόμενο του ανθρώπινου λάθους ειδικά στην παροχή υπηρεσιών υγείας, κρίνεται αναγκαίο να υφίστανται μια συστηματική μέθοδος που θα αναγνωρίζει, θα αξιολογεί και θα μειώνει ή θα εξαλείφει δυσάρεστες επιπτώσεις για τους ασθενείς.

Η ανεπάρκεια των νοσηλευτικών ιδρυμάτων οφείλεται είτε σε ελλείψεις υγειονομικού υλικού (π.χ. γάντια μιας χρήσεως) είτε σε εξειδικευμένα μηχανήματα (π.χ. αξονικός τομογράφος) τα οποία είναι απαραίτητα για την ασφάλεια του ασθενή, την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάστασής του.

Σύμφωνα με την Π.Ο.Ε.ΔΗ.Ν. (Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Δημόσιων Νοσοκομείων) σε Δελτίο Τύπου που δημοσιεύτηκε στις 24/3/2014 αναφέρει μερικές από τις βασικές ελλείψεις σε υλικά που υπάρχουν στα νοσοκομεία. Μια από αυτές είναι τα χαλασμένα φορεία. Οι ασθενείς δεν μπορούν να μεταφερθούν από το τμήμα που νοσηλεύονται στο τμήμα που χρειάζεται να κάνουν τις εξετάσεις τους, έτσι τα νοσοκομεία αναγκάζονται να δανείζονται φορεία από γειτονικά νοσοκομεία για να μπορούν να κάνουν τη δουλειά τους. Επίσης σημαντική είναι η έλλειψη που υπάρχει σε υγειονομικό υλικό όπως για παράδειγμα οι σύριγγες. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αναγκάζεται να χρησιμοποιεί σύριγγες των 20 ή των 60cc για να χορηγήσει φάρμακο 2 ή 3cc με αποτέλεσμα όταν χρειάζονται μεγαλύτερες να μην υπάρχουν ούτε αυτές. Ακόμα, στα νοσοκομεία δεν υπάρχουν βαμβάκι, οινόπνευμα, είδη ιματισμού κ.α. Οι ασθενείς φέρνουν από το σπίτι σεντόνια και κουβέρτες για να μπορέσουν να εξυπηρετηθούν και να μην κοιμούνται σε λερωμένα κλινοσκεπάσματα που μπορεί να τους παρέχει το νοσοκομείο. Από την άλλη πλευρά το υγειονομικό προσωπικό αναγκάζεται να αγοράζει γάντια, μάσκες και ποδιές για την προστασία του. Ωστόσο ελλείψεις εμφανίζονται και στα φάρμακα, από ένα βασικό φάρμακο που όλοι έχουμε σπίτι μας όπως είναι η παρακεταμόλη μέχρι τα εξειδικευμένα που είναι τα χημειοθεραπευτικά, είναι μια από τις

σημαντικότερες ελλείψεις που υπάρχουν στα ελληνικά νοσοκομεία. Οι ασθενείς υποχρεώνονται να αγοράζουν τα φάρμακα τους από ιδιωτικά φαρμακεία και εν τέλει καταλήγουν να τα δωρίζουν και στα νοσοκομεία για ασθενείς που πιθανόν να τα χρειαστούν μελλοντικά.

Υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις στα είδη καθαριότητας. Τα κομοδίνα και τα κρεβάτια των ασθενών δεν απολυμαίνονται όπως επιβάλλουν οι κανόνες υγιεινής λόγω της υποστελέχωσης των βοηθών θαλάμων με αποτέλεσμα να έχουν αναλάβει τα καθήκοντα τους οι καθαριστές και οι νοσηλευτές που τις περισσότερες φορές δεν προλαβαίνουν να κάνουν τη στοιχειώδη αντισηψία λόγω φόρτου εργασίας. Η ασφαλής λειτουργία ενός δημόσιου νοσοκομείου εξαρτάται άμεσα από την κατάσταση και την ασφαλή λειτουργία του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού (Π.Ο.Ε.ΔΗ.Ν.). Σε πολλά νοσοκομεία δεν υπάρχουν μηχανήματα και προσωπικό με την απαραίτητη κατάρτιση γνώσεων για το χειρισμό των μηχανημάτων. Τα μηχανήματα, όπου υπάρχουν είναι παλιά και δεν βρίσκονται ανταλλακτικά με αποτέλεσμα οι ασθενείς να μετακινούνται από νοσοκομείο σε νοσοκομείο για να εξυπηρετηθούν. Τα νοσοκομεία στηρίζονται την φιλανθρωπία. Πολλοί ιδιώτες, μεγάλα ιδρύματα της χώρας και οργανισμοί προσφέρονται να κάνουν δωρεές νέων μηχανημάτων, να συντηρήσουν θαλάμους ή πτέρυγες νοσοκομείων αλλά αυτό δεν είναι εφικτό. Ο λόγος είναι γιατί έχουν θέσει κάποιους όρους που δεν τους προϋποθέτουν τα νοσοκομεία. Μερικοί από τους όρους είναι να υπάρχει εξειδικευμένο προσωπικό για το χειρισμό των μηχανημάτων, να υπάρχουν ειδικά διαμορφωμένοι και συντηρημένοι χώροι.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - Η ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΚΑΙ Η ΑΠΟΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΛΑΘΩΝ

Πολλοί θεωρούν ότι οι νοσηλευτές είναι αυτοί οι οποίοι κυρίως μπορούν να εντοπίσουν τα λάθη και να παρέμβουν άμεσα διορθώνοντας τα όσο είναι δυνατόν έτσι ώστε να μην υπάρξουν συνέπειες για το ασθενή (Benner et al, 2002). Η Pape (2001) θεωρεί ότι οι νοσηλευτές είναι τα κατάλληλα πρόσωπα για τον εντοπισμό των λαθών.

Σε μελέτη σχετικά με τα λάθη σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών βρέθηκε ότι 47% των λαθών αναγνωρίστηκαν από το προσωπικό του νοσοκομείου, εκ των οποίων το 60% ήταν νοσηλευτές (Henneman et al, 2006).

Οι Henneman και συνεργάτες (2006) του ανέλυσαν τρεις τρόπους με τους οποίους οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται, σταματούν και διορθώνουν τα λάθη που λαμβάνουν χώρα σε ένα Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Αυτό έγινε εφικτό με τη συμμετοχή 20 νοσηλευτών (από το τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) χωρισμένοι σε ομάδες στις οποίες συζητήθηκαν λεπτομερώς οι τρόποι αντίληψης, διακοπής και διόρθωσης των λαθών που προκύπτουν από τις διαδικασίες που ακολουθούν στην κλινική πράξη. Ύστερα από την ανάλυση του θέματος με πολλές συζητήσεις των νοσηλευτών που έλαβαν μέρος, οι οποίες μαγνητοφωνήθηκαν από τους ερευνητές, προέκυψαν τα ακόλουθα συμπεράσματα.

- Οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται τα λάθη παρατηρώντας στενά τον τρόπο λειτουργίας του τμήματος.
- Είναι σε επιφυλακή να προλάβουν και να ανταπεξέλθουν σε τυχόν προβλήματα ή επείγουσες καταστάσεις που θα παρουσιαστούν.
- Τις περισσότερες φορές προβλέπουν και μπορούν να αντιληφθούν τις συνθήκες, οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν λάθη (π.χ. αυξημένος φόρτος εργασίας, έλλειψη προσωπικού κ.λπ.).
- Όταν αντιλαμβάνονται ότι έχει συμβεί ένα λάθος από κάποιο συνάδελφο προσφέρουν τη βοήθεια τους ώστε να αποτρέψουν μη επιθυμητά αποτελέσματα
- Δε διστάζουν, να διακόψουν κάποιο συνάδελφο ή να αναβάλλουν μια διαδικασία ώστε να σιγουρευτούν να ότι δε θα γίνει κάτι λάθος.

Οι νοσηλευτές επεμβαίνουν άμεσα, όταν συνειδητοποιούν ότι πρόκειται να γίνει κάποιο σοβαρό λάθος. Αποζητούν ομαδικές συναντήσεις των νοσηλευτών για να βελτιώσουν τον τρόπο πραγματοποίησης κάποιων πράξεων αποφεύγοντας όσο το δυνατόν περισσότερα λάθη (Henneman et al, 2006).

ΚΕΦΆΛΑΙΟ 6 - Η ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΛΑΘΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Η κοινοποίηση των λαθών στους ασθενείς αποτελεί μια από τις πιο κρίσιμες παραμέτρους που έχουν να κάνουν με την διαχείριση των λαθών καθώς και την κοινοποίησή τους στους ασθενείς.

Η στάση που κρατούν αφενός οι ασθενείς και αφετέρου οι επαγγελματίες υγείας διαφέρει, σύμφωνα με τα ερευνητικά στοιχεία που υπάρχουν. Οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν για να την προσέγγιση των απόψεων των νοσηλευτών καθώς και των αρρώστων σχετικά με την γνωστοποίηση των λαθών, έχουν να κάνουν είτε με πραγματικά λάθη που έχουν συμβεί, είτε με θεωρητικά σενάρια που παρέμειναν θεωρητικά γιατί αποτράπηκαν εγκαίρως. Και οι δυο πλευρές καλούνται να εκφράσουν τις απόψεις τους. Η έγκαιρη ενημέρωση του ασθενή ότι έχει συμβεί κάποιο λάθος, θεωρείται αναγκαία ως ένδειξη σεβασμού. Στην πραγματικότητα όμως, τις περισσότερες φορές η συζήτηση με τον ασθενή και τα μέλη της οικογένειάς και η κοινοποίηση τυχόν λάθους αποφεύγεται, καθώς υπάρχει ο φόβος της περιθωριοποίησης, του θυμού και τη πιθανής δίωξης (Christensen et al, 1992).

i. Πλεονεκτήματα κοινοποίησης των λαθών στους ασθενείς

Η κοινοποίηση ενός λάθους μπορεί να οδηγήσει σε θετικά αποτελέσματα καθώς:

- Υπάρχουν περιπτώσεις όπου η γνωστοποίηση ενός λάθους στους ασθενείς, ανακουφίζει και τους δύο συναισθηματικά.
- Οι ασθενείς αναγνωρίζουν την ειλικρίνεια των νοσηλευτών και αυτό κάνει πιο αληθινή και ακλόνητη τη σχέση ασθενή-νοσηλευτή.
- Οι περισσότεροι ασθενείς όταν ενημερωθούν σύμφωνα με τα λάθη που έχουν συμβεί, δεν οδηγούνται σε δικαστικές διεκδικήσεις δίνοντας έναυσμα στους επαγγελματίες υγείας να εμπλουτίσουν τις γνώσεις τους ώστε να μην ζήσουν παρόμοιες καταστάσεις στο μέλλον.
- Βοηθάει στην αποτροπή κάποιας πιο επικίνδυνης βλάβης για τον ασθενή.
- Όταν ο ασθενής ξέρει το λόγω που πραγματοποιούνται επιπλέον παρεμβάσεις ώστε να αντιμετωπιστεί σωστά το λάθος, υπάρχει σωστό κλίμα και συνεργασία με τον αρμόδιο επαγγελματία υγείας.
- Η ενημέρωση των ασθενών σχετικά με το λάθος που έχει συμβεί επιφέρει ένα κλίμα εμπιστοσύνης το οποίο δεν θα υπήρχε στην περίπτωση απόκρυψης και γνωστοποίησης του στο μέλλον (Κάργα, 2009).

ii. Μειονεκτήματα κοινοποίησης των λαθών στους ασθενείς

Τα μειονεκτήματα κοινοποίησης ενός λάθους στον ασθενή:

- Προκαλούν την αμφισβήτηση των επαγγελματιών υγείας, καθώς οι ασθενείς πιστεύουν ότι δεν πράττουν ποτέ λάθη.
- Υπάρχουν ασθενείς που δεν θέλουν να ενημερώνονται σχετικά με την πορεία της υγείας τους και με την κοινοποίηση του λάθους μπορεί να προκληθεί

σύγχυση.

- Οι ασθενείς κατά την ενημέρωσή τους σχετικά με το λάθος που έχει συμβεί μπορεί να ξεσπάσουν με θυμό, φραστικές επιθέσεις κ.α., που στοιχίζουν συναισθηματικά στους επαγγελματίες υγείας. Έτσι γίνονται διστακτικοί προς την κοινοποίηση αυτών.
- Σημαντικός παράγοντας είναι και η δυσφήμιση που θα αποκτήσει κάθε επαγγελματία υγείας.
- Ο σημαντικότερος λόγος όμως είναι ο φόβος μήπως μια τέτοια πράξη τους οδηγήσει σε δικαστικές εμπλοκές

Συμπερασματικά, η γνωστοποίηση των λαθών αποτελεί μια δυσμενή και αρκετά ψυχοφθόρα διαδικασία. Οι επαγγελματίες υγείας ενώ ξέρουν πόσο σημαντικό είναι να πραγματοποιηθεί, στην πράξη δυσκολεύονται διότι φοβούνται αρκετά τις συνέπειες που ακολουθούν. Λόγω σοβαρών συνεπειών που επιφέρουν τα νοσηλευτικά λάθη δημόσιοι οργανισμοί, νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές έχουν ξεκινήσει να προάγουν την πρόληψη αναπτύσσοντας μηχανισμούς που θα εμποδίζουν την πραγματοποίηση λαθών (Gallagher et al, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 - ΣΥΝΕΠΕΙΣ ΤΩΝ ΛΑΘΩΝ

Τα λάθη στο χώρο της υγείας εκτός από τις συνέπειες που επιφέρουν στους ασθενείς επιβαρύνουν σημαντικά και ολόκληρο το σύστημα υγείας αυξάνοντας το κόστος.

Συνέπειες για τους ασθενείς:

Τα λάθη προξενούν ψυχολογική και οικονομική επιβάρυνση τόσο για τους ιδίους τους ασθενείς αλλά και για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειά τους. Επιπλέον επιφορτίζει και τους επαγγελματίες υγείας αυξάνοντας το φόρτο εργασίας τους.

Συγχρόνως τα φαρμακευτικά λάθη παρατείνουν τον χρόνο νοσηλείας των ασθενών εφόσον χρειάζεται να υποβληθούν σε περαιτέρω εξετάσεις και θεραπείες για την αντιμετώπιση του λάθους (Καλλιανίδου, 2017). Οι συνέπειες των φαρμακευτικών λαθών ταξινομούνται παρακάτω με βάση την βαρύτητα τους και ξεκινούν από ανύπαρκτες π.χ. χορήγηση παρακεταμόλης σε κάποιο ασθενή έως και θανατηφόρες π.χ. χορήγηση υπερβολικής δόσης ινσουλίνης.

- ανύπαρκτες - μη αντιληπτές
- ασήμαντες
- σημαντικές
- σοβαρές
- πολύ σοβαρές
- θανατηφόρες

Τα νοσηλευτικά λάθη προκαλούν διάφορων μορφών επιπλοκές όπως είναι οι ουρολοιμώξεις, οι κατακλίσεις, η πνευμονία, η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, η πνευμονική εμβολή, η αιμορραγία του πεπτικού κ.α. Από την άλλη πλευρά προξενούν καθυστερήσεις στην ανίχνευση μιας ασθένειας με αποτέλεσμα να επιβραδύνουν την παροχή φροντίδας ή θεραπείας και κατά συνέπεια να παρατείνουν το χρόνο νοσηλείας προκειμένου να αντιμετωπιστεί το λάθος. Στην μελέτη των Μαλλιαρού και συν (2008) οι επιπλοκές αυτές φαίνεται να σχετίζονται με τις αναλογίες του νοσηλευτικού προσωπικού, η έρευνα έδειξε ότι όπου υπάρχουν περισσότεροι διπλωματούχοι νοσηλευτές μειώνονται οι επιπλοκές, οι ημέρες νοσηλείας, τα επίπεδα θνησιμότητας και γενικώς μειώνεται το συνολικό κόστος νοσηλείας των ασθενών. Ενώ όσον αφορά τους νοσηλευτές η δυσαρέσκεια εργασίας τους είναι πολύ μεγαλύτερη σε σχέση με άλλους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας. Σε πολλές περιπτώσεις η επαγγελματική εξουθένωση οδήγησε τους νοσηλευτές να επανεκτιμήσουν την εργασίας τους, ενώ για άλλους αποτέλεσε την αφορμή για να την εγκαταλείψουν οριστικά (Aiken et al, 2002).

Οικονομικές και νομικές συνέπειες:

Τα λάθη και τα ανεπιθύμητα συμβάντα αυξάνουν άμεσα το κόστος των υπηρεσιών υγείας ενώ επιβαρύνουν και τα ασφαλιστικά ταμεία καθώς συνεπάγονται περαιτέρω ιατρικές και νοσηλευτικές διαδικασίες, προκειμένου να αντιμετωπιστεί το λάθος. Από την άλλη πλευρά οι υπηρεσίες υγείας καλούνται να καλύψουν τις

δικαστικές διεκδικήσεις αποζημιώσεων στις οποίες προχωρούν οι ασθενείς ή οι συγγενείς τους οι οποίοι έχουν υποστεί σοβαρή βλάβη από κάποιο λάθος που υπέστησαν εφόσον η δικαστική απόφαση τους δικαιώσει. Την διαδικασία αυτή την αναλαμβάνουν οι αρμόδιες νομικές υπηρεσίες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων το κόστος λειτουργίας των οποίων είναι ιδιαίτερα υψηλό. Παρόλα αυτά η πιο ουσιαστική λύση είναι το κόστος για την πρόληψη των λαθών, με αλλά λογία η εφαρμογή μέτρων πρόληψης ώστε να μειωθούν τα λάθη όπως είναι για παράδειγμα η ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί οι προσδοκίες των πολιτών από τα τις υπηρεσίες υγείας. Παράλληλα έχει αυξηθεί και το ενδιαφέρον τους για τα ιατρονοσηλευτικά λάθη ενώ ταυτόχρονα έχει μειωθεί η εμπιστοσύνη και η σιγουριά τους απέναντι στις υπηρεσίες υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των δικαστικών διεκδικήσεων από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους. Οι δικαστικές διεκδικήσεις των ασθενών έχουν πανικοβάλλει τους επαγγελματίες υγείας με αποτέλεσμα να αρνούνται να εργαστούν σε τμήματα υψηλού κίνδυνου για τον ασθενή όπως είναι η μονάδα εντατικής θεραπείας. Τέλος μειώνεται η καταγραφή των λαθών αφού οι επαγγελματίες υγείας φοβούνται για τις συνέπειες που μπορεί να έχουν στην επαγγελματική τους εξέλιξη (Κάργα, 2009,).

Νοσοκομειακές λοιμώξεις:

Το Εθνικό Σύστημα Καταγραφής και Επιδημιολογικής Επιτηρήσεως Νοσοκομειακών Λοιμώξεων του CDC (National Nosocomial Infections Surveillance System, NNIS), ορίζει ως νοσοκομειακή λοίμωξη, μία λοίμωξη η οποία δεν ήταν παρούσα ούτε βρισκόταν στο στάδιο επώασης κατά την ώρα της εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο.

Μόλυνση είναι η μεταφορά και δυνητικώς, ο πολλαπλασιασμός λοιμογόνων παραγόντων σε επιφάνειες του αψύχου περιβάλλοντος. Λοίμωξη είναι η εγκατάσταση και η ανάπτυξη ή ο πολλαπλασιασμός ενός λοιμογόνου παράγοντα στο σώμα ενός ανθρώπου. Η λοίμωξη μπορεί να χαρακτηρίζεται από κλινικά συμπτώματα ή σημεία ή και τα δύο, ή να είναι κλινικώς άδηλη και να διαγιγνώσκεται μόνο με εργαστηριακές μεθόδους (αφανής λοίμωξη).

Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα που έρχονται αντιμέτωποι οι επιστήμονες υγείας στις μέρες μας. Οι λοιμώξεις αποτελούν ένα βασικό δείκτη αποτελέσματος της ποιοτικής φροντίδας και αποτελούν μια από τις κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις συμβάλλουν σημαντικά στη αύξηση του χρόνου και του κόστους νοσηλείας των ασθενών.

Οι πλειοψηφία των λοιμώξεων οφείλονται σε ιατρογενείς παράγοντες, παρ' όλα αυτά είναι δυνατόν να προληφθούν. Ο νοσηλευτής έχει πρωταρχική ευθύνη και αποτελεί τον κύριο φορέα διασποράς των νοσογόνων μικροοργανισμών. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός στο νοσοκομειακό περιβάλλον τόσο για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας όσο και για την πρόληψη των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.

Για τους λόγους που αναφέρθηκαν παραπάνω είναι σημαντικό να διερευνηθούν οι παράγοντες και τα αίτια που έχουν σχέσεις με τις στάσεις και τις αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού όπως επίσης σημαντική είναι η πρόταση μέτρων για τη συμμόρφωση των επαγγελματιών υγείας.

Νοσοκομειακές λοιμώξεις θεωρούνται ορισμένες βακτηριακές λοιμώξεις με μακρύ χρόνο επώασης. Επίσης ως νοσοκομειακή ορίζεται κάθε βακτηριακή λοίμωξη η οποία εκδηλώθηκε σε διάστημα λιγότερο από 48 ώρες από την είσοδο του ασθενή στο νοσοκομείο και εφόσον συνδέεται με κάποια τεχνική (επιθετική ή διαγνωστική) που εφαρμόστηκε στον ασθενή.

Επίσης νοσοκομειακές θεωρούνται οι λοιμώξεις οι οποίες αποκτήθηκαν μέσα στο νοσοκομείο αλλά εκδηλώθηκαν 5 ημέρες μετά την έξοδο του ασθενή παθολογικού τμήματος. Για τις νοσοκομειακές λοιμώξεις του εγχειρητικού πεδίου, ο χρόνος αυτός ανέρχεται έως και 30 ημέρες από τότε που έγινε η χειρουργική επέμβαση.

Αντιθέτως νοσοκομειακή δεν θεωρείται μια λοίμωξη όταν:

- Όταν αποτελεί επιπλοκή ή επέκταση λοίμωξης η οποία ήταν ήδη παρούσα κατά την ώρα της εισαγωγής του ασθενή στο νοσοκομείο.
- Όταν πρόκειται για λοίμωξη νεογνού, για την οποία είναι γνωστό ότι αποκτήθηκε ενδομητρίως ή διαμέσου του πλακούντα (τοξοπλάσμωση, ερυθρά, σύφιλη, κυτταρομεγαλοϊός).
- Όταν πρόκειται για αποικισμό και άσηπτη φλεγμονή δηλαδή αντίδραση των ιστών στον τραυματισμό ή στην παρουσία μη λοιμογόνων παραγόντων (χημικών ουσιών).

Επιπτώσεις νοσοκομειακών λοιμώξεων

Οι επιπτώσεις των νοσοκομειακών λοιμώξεων είναι σημαντικές:

- Στην υψηλή νοσηρότητα
- Στην υψηλή θνητότητα
- Στις επιπλέον ημέρες νοσηλείας: κατά μέσο όρο 5-10 μέρες
- Στην ψυχολογική επιβάρυνση των νοσηλευόμενων
- Στις επιπλέον δαπάνες (όπως είναι η απώλεια εργατωρών και χορήγηση πολυδάπανων προωθημένων αντιβιοτικών)

Γενικά ο δείκτης θνητότητας αντικατοπτρίζει τον αριθμό των θανατηφόρων περιστατικών μιας νόσου σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Η γενική θνητότητα των Νοσοκομειακών Λοιμώξεων υπολογίζεται σε 3%. 2-4 εκατομμύρια ασθενείς θα αναπτύξουν Νοσοκομειακές Λοιμώξεις, οι 20.000 ασθενείς θα καταλήξουν και σε 60.000 ασθενείς η Νοσοκομειακή Λοίμωξη θα συντελέσει στο θάνατο (Χαράνα, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 - ΠΡΟΛΗΨΗ

i. Πρόληψη λαθών κατά την αναφορά και την καταγραφή

Η Κοινή Επιτροπή απαιτεί από τις οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης την τυποποίηση των συντομογραφιών, συμβόλων, ακρωνυμίων και ενδείξεων, δόσεων και καταρτίζει ένα κατάλογο συντομογραφιών που δεν πρέπει ποτέ να χρησιμοποιείται.

Για την αποφυγή παρερμηνειών θα πρέπει να χρησιμοποιούν προσεκτικά τις συντομογραφίες και να ελαχιστοποιούν τα σφάλματα γράφοντας αναλυτικά όσες συντομογραφίες προκαλούν σύγχυση. Πρέπει να γνωρίζουν τον κατάλογο συντομογραφιών του εκάστοτε ιδρύματος και να χρησιμοποιούν μόνο τα αποδεκτά σύμβολα, συντομογραφίες και συστήματα μέτρησης έτσι ώστε ολόκληρη η τεκμηρίωση να είναι ακριβής και σύμφωνη με τα πρότυπα.

Πολλοί όροι είναι εύκολο να παρερμηνευθούν διότι ηχούν παρόμοια (π.χ. δυσφαγία). Ορισμένα ορθογραφικά λάθη οδηγούν σε σοβαρά λάθη (π.χ. τα ονόματα ορισμένων φαρμάκων) οπότε πρέπει να μεταγράφονται προσεκτικά για να διασφαλιστεί ότι ο ασθενής θα λάβει τη σωστή φαρμακευτική αγωγή.

Τα πρότυπα της Κοινής Επιτροπής (2008) απαιτούν «όλες οι καταχωρήσεις στο ιστορικό να φέρουν ημερομηνία και να υπάρχει μέθοδος αναγνώρισης των συντακτών καταχώρησης. Κάθε εγγραφή στο αρχείο του ασθενούς θα λήγει με τα αρχικά ή το πλήρες όνομα του επαγγελματία υγείας και την ιδιότητα του (Perry & Potter, 2012).

ΒΑΣΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Οι κανόνες υγιεινής και η τήρηση τους αποτελεί και αποτελούσε βασικό σημείο των προγραμμάτων πρόληψης των νοσοκομειακών λοιμώξεων. Χαρακτηριστική είναι η φράση, «οι 10 κυριότερες αιτίες πρόκλησης των νοσοκομειακών λοιμώξεων είναι τα 10 δάκτυλα των χεριών μας». Η Florence Nightingale, επέβαλε τη χρήση σκληρών βουρτσών καθαρισμού των χεριών και καθιέρωσε τους γνωστούς υγειονομικούς κανόνες στα νοσοκομεία των πεδίων των μαχών, μετά από την παρατήρηση ότι οι περισσότεροι στρατιώτες πέθαιναν από λοιμώξεις, παρά από τραυματισμούς.

Στις μέρες μας, το πλούσιμο και η υγιεινή των χεριών αποτελεί θέμα το οποίο περιλαμβάνει πολλούς προβληματισμούς σχετικά με τα προϊόντα που θεωρούνται κατάλληλα, τη διάρκεια του πλυσίματος και την αποτελεσματικότητά τους, αλλά παράλληλα και ταυτόχρονα, την αναζήτηση μεθόδων αύξησης και ελέγχου της συμμόρφωσης. μία σωστή Πολιτική Υγιεινής των Χεριών, σύμφωνη με τις οδηγίες Εθνικών και Διεθνών οργανισμών, είναι προσαρμοσμένη στις ιδιαιτερότητες του κάθε Νοσοκομείου και μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στον περιορισμό των νοσοκομειακών λοιμώξεων (Χαράνα, 2013).

Αντισηψία ονομάζεται η καταστροφή ή η αναστολή του πολλαπλασιασμού των μικροβίων στο δέρμα ή σε ζωντανούς ιστούς. Είναι δυνατή με τη χρήση μικροβιοκτόνων μη τοξικών ουσιών που χρησιμοποιούνται στην αντισηψία του δέρματος και των βλεννογόνων (αντισηπτικά). Αντισηπτικά είναι σκευάσματα απολυμαντικών ουσιών έτοιμα προς χρήση. Προσφέρονται στο εμπόριο με έντυπες

πληροφορίες για τη σύνθεση, τον τρόπο δράσης, τον τρόπο χρησιμοποιήσεως και συνοδεύονται με πιστοποιητικά ποιοτικού ελέγχου της απολυμαντικής τους ικανότητας.

Η χρήση γαντιών, τύπου Latex (όχι αποστειρωμένα), προστατεύει τους ασθενείς από τη μικροβιακή χλωρίδα των χεριών του προσωπικού αλλά και το προσωπικό από την επαφή με αίμα ή σωματικά υγρά των ασθενών. Γάντια απαιτούνται:

- Όταν υπάρχει επαφή με αίμα, βιολογικά υγρά, βλεννογόνους, λοιμώξεις δέρματος.
- Κατά την επαφή με αντικείμενα και επιφάνειες μολυσμένα με αίμα ή βιολογικά υγρά.
- Κατά την διάρκεια εκτέλεσης εργασιών που εγκυμονούν κινδύνους επαφής με αίμα.
- Όταν στα χέρια του προσωπικού υπάρχει λύση της συνέχειας του δέρματος ή λοιμώξεις του δέρματος.
- Κατά τη συλλογή βιολογικών δειγμάτων.
- Κατά την απομάκρυνση υγρών που έχουν μολύνει επιφάνειες και τον καθαρισμό χρησιμοποιημένων εργαλείων και οργάνων.

Τα γάντια πρέπει να αλλάζονται:

- Μετά από κάθε επαφή με ασθενή και πριν τη φροντίδα του επόμενου.
- Μετά από επαφή με μολυσμένη περιοχή και πριν την επαφή με καθαρή, κατά τη φροντίδα του ίδιου ασθενή.
- Όταν σχιστούν, όταν συμβεί κάποιο τρύπημα από αιχμηρό αντικείμενο, όταν μολυνθούν ή μετά τη μεταφορά μολυσμένων δειγμάτων (Perry & Potter, 2012)

ii. Βασικές προφυλάξεις-Αρχές πρόληψης

- Πλένετε τα χέρια πριν και μετά από κάθε νοσηλεία.
- Φοράτε γάντια σε κάθε νοσηλεία και τα αλλάζετε από ασθενή σε ασθενή
- Μην αγγίζετε πόμολα ή άλλα αντικείμενα, φορώντας γάντια μετά από μια νοσηλεία.
- Φροντίζετε για την ασφαλή απομάκρυνση χρησιμοποιημένου υλικού, φορώντας πάντα γάντια, σε δοχεία απορριμμάτων, διαχωρισμένα σε μολυσμένα και μη μολυσματικά.
- Χρησιμοποιείτε τα αντισηπτικά και απολυμαντικά σύμφωνα με τις οδηγίες του ιδιοσκευάσματος.
- Εφαρμόστε κανόνες ατομικής υγιεινής και υγιεινής των τροφίμων.
- Τηρείτε τους κανόνες χρήσης αποστειρωμένου υλικού.
- Καλός αερισμός και καθαριότητα όλων των χώρων του νοσοκομείου και κυρίως των θαλάμων νοσηλείας. Ορθολογιστική χρήση των αντιβιοτικών.

- Επάρκεια προσωπικού και υλικών για τη σωστή εφαρμογή των παραπάνω αρχών (Χαράνα, 2013).

ΚΕΦΆΛΑΙΟ 9 - ΣΚΟΠΟΣ

Η παρουσίαση των σημαντικότερων αιτιολογικών παραγόντων που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση νοσηλευτικών λαθών, την καταγραφή των νοσηλευτικών λαθών, την ανάδειξη των αιτιολογικών παραγόντων που οδηγούν σε αυτά καθώς και την διαχείριση τους με σκοπό την ελαχιστοποίηση του φαινομένου.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

i. Υλικό και μέθοδος

Εφαρμόσαμε μεθοδολογία θεματικής ανάλυσης περιεχομένου που προέβλεπε την προσεκτική ανάγνωση των υποψήφιων θεμάτων/άρθρων ,την επιλογή των καταλληλότερων αυτών και την απόρριψη εκείνων που δεν πληρούσαν τα καταλληλά κριτήρια με βάση τα παρακάτω στοιχεία. Τα άρθρα που επιλέχθηκαν πληρούσαν τις απαιτούμενες προϋποθέσεις που απαντούν στον σκοπό της βιβλιογραφικής μας ανασκόπησης. Μελετήθηκαν 45 πηγές εκ των οποίων δέκα από αυτές είναι οι βασικές μας, νοσηλευτικά συγγράμματα, νοσηλευτικά περιοδικά καθώς και διαδικτυακές διευθύνσεις που έφεραν γνωστικό υλικό με μεγάλη προσοχή μέχρι την κατάληξη της διαμόρφωσης της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης .

ii. Πηγές δεδομένων

Έγινε αναζήτηση σχετικής βιβλιογραφίας σε βάσεις δεδομένων όπως: PUBMED, IATROTEK, SCOPUS, GOOGLE SCHOLAR καθώς και σε διάφορα πανεπιστημιακά συγγράμματα.

Για την επιλογή των κατάλληλων άρθρων χρησιμοποιήθηκαν οι εξής λέξεις-κλειδιά:

- Στην ελληνική γλώσσα: Νοσηλευτικό λάθος, φαρμακευτικό λάθος , πρόληψη νοσηλευτικών λαθών, διαχείριση λαθών, ασφάλεια των ασθενών,
- Στην αγγλική γλώσσα: nursing error, medication error, patient safety

iii. Τα κριτήρια εισόδου ήταν

- Να είναι στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα.
- Να είναι δημοσιευμένες έρευνες, συστηματικές βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις ή βιβλία

iv. Πίνακες αποτελεσμάτων

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΟΝΟΜΑ ΑΡΘΡΟΥ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ
1. Μετατροπή ελευθέρων κειμένων νοσηλευτικής λογοδοσίας σε δομημένη μορφή με τη χρήση του διεθνούς συστήματος	Καραλή Νεκταρία	Ελλάδα 2009	Διδακτορική διατριβή	• η διερεύνηση των απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το σύστημα ICNP στη νοσηλευτική λογοδοσία

ταξινόμησης της νοσηλευτικής πρακτικής				
2. Η διαχείριση των λαθών από τους Έλληνες νοσηλευτές στην κλινική πρακτική	Κάργα Μαρία	Αθήνα 2009	Περιγραφική μελέτη	<ul style="list-style-type: none"> • καταγραφή του πιο σοβαρού νοσηλευτικού λάθους που έχει κάνει κάποιος νοσηλευτής • μελέτη της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά στην κουλτούρα ασφάλειας στο νοσοκομείο τους
3. Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση νοσηλευτικών λαθών στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και η διαχείρισή τους	Μήτσης Δημήτριος, Κελέση Μάρθα, Καπάδοχος Θεόδωρος	Αθήνα 2012	Έρευνα	<ul style="list-style-type: none"> • οι αιτιολογικοί παράγοντες εμφάνισης νοσηλευτικών λαθών • η συχνότητα εμφάνισης φαρμακευτικών λαθών στην κλινική πράξη • οι τρόποι αναφοράς, καταγραφής και διαχείρισης των νοσηλευτικών λαθών στον ελληνικό χώρο
4. Η επαγγελματική εξουθένωση των Ελλήνων νοσηλευτών και η σχέση της με την σωματική και ψυχική τους υγεία	Δημητριάδου Χ.	Πειραιάς 2015	Διπλωματική εργασία	<ul style="list-style-type: none"> • η διερεύνηση των αιτιών της επαγγελματικής εξουθένωσης σε ατομικό και οργανωτικό επίπεδο • η διερεύνηση της σχέσης της σωματικής και ψυχικής υγείας των νοσηλευτών με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης
5. Μέτρηση του κλίματος ασφάλειας των ασθενών στο Παπαγεωργίου με τη χρήση ερωτηματολογίου	Νταντάνα Α.	Θεσσαλονίκη 2010	Διπλωματική Εργασία	<ul style="list-style-type: none"> • η εφαρμογή, η μέτρηση και ο έλεγχος της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας ενός εργαλείου αποτίμησης της νοσοκομειακής κουλτούρας ασφάλειας του ασθενή • η διερεύνηση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας του νοσοκομείου Παπαγεωργίου σχετικά με τα θέματα που αφορούν την ασφάλεια του ασθενή
6. Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών στο Γενικό Κρατικό	Μπούρμπουλα Ι.	Λιβαδειά 2015	Διατριβή επιπέδου μάστερ	<ul style="list-style-type: none"> • η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών στο Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς • η υπογράμμιση της ικανοποίησης των ασθενών • η ποιότητα της κουλτούρας της ασφάλειας

Νοσοκομείο Λιβαδειάς				<ul style="list-style-type: none"> • το επίπεδο υποδομής του νοσοκομείου
7. Αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών όπως την αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές σε δημόσιο νοσοκομείο της Κύπρου	Κούσουλος Γ.	Λευκωσία 2013	Διατριβή επιπέδου μάστερ	<ul style="list-style-type: none"> • η μέτρηση και η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών μέσω των γνώσεων και των αντιλήψεων των νοσηλευτών
8. Classifying nursing errors in clinical management within an Australian hospital	Tran D.T., Johnson M.	Αυστραλία 2010	Μελέτη	<ul style="list-style-type: none"> • ανάπτυξη ενός συστήματος ταξινόμησης για τα νοσηλευτικά λάθη σχετικά με την κλινική διαχείριση • η περιγραφή των παραγόντων που συμβάλλουν στην πρόκληση νοσηλευτικών λαθών • οι συνέπειες των λαθών στους ασθενείς
9. Interventions to reduce nurses' medication administration errors in inpatient settings: A systematic review and meta-analysis	Berdot S., Roudot M., Katsahian S., Durieux P., Sabatier B.	Paris 2015	Συστηματική ανασκόπηση	<ul style="list-style-type: none"> • αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για τη μείωση των σφαλμάτων κατά τη χορήγηση φαρμάκων • το είδος των σφαλμάτων και η σοβαρότητα τους
10. Medication errors in pediatric nursing: Assessment of nurses' knowledge and analysis of the consequences of errors	Ya-Hui L., Kai-Wei K., Wang, Shu Yu, I-Ju C., Hsiang-Feng W., Fu-In T.	Paris 2013	Μελέτη	<ul style="list-style-type: none"> • η αξιολόγηση των γνώσεων των παιδιατρικών νοσηλευτών • η ανάλυση των παιδιατρικών λαθών που είναι γνωστά

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΥΛΙΚΟ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ
1. Ερωτηματολόγιο με μέγεθος δείγματος 91 νοσηλευτές	<ul style="list-style-type: none"> • 98,9% του δείγματος γνώριζε τη νοσηλευτική διεργασία • 24% δήλωσε ότι χρησιμοποιεί τη νοσηλευτική διεργασία κατά την καταγραφή της λογοδοσίας • 15,4% γνώριζε το ICNP 	Τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαιώνουν την αξία που έχει η γραπτή λογοδοσία και τη συνεισφορά της για την αναγνώριση της σπουδαιότητας του νοσηλευτικού έργου.
2. Ερωτηματολόγιο με μέγεθος δείγματος 661 νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ και βοηθοί νοσηλευτών ΔΕ	<ul style="list-style-type: none"> • 78,8% του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχαν στη μελέτη ανακάλεσαν στη μνήμη τους κάποιο λάθος που είχαν κάνει στην κλινική πρακτική τους • 39,8% των περιπτώσεων λάθους οι συμμετέχοντες ενημέρωσαν τον προϊστάμενο του τμήματος ή τον υπεύθυνο βάρδιας σχετικά με το λάθος • 8,3% δεν ενημερώθηκε κανένας 	Τα περισσότερα από τα νοσηλευτικά λάθη σχετίζονται με την χορήγηση φαρμάκων. Η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού αναγνωρίζει, αναφέρει και συζητά τα λάθη του με τον προϊστάμενο και τους συναδέλφους του.
3. Ανώνυμο δομημένο ερωτηματολόγιο με αριθμό δείγματος 176 διπλωματούχους νοσηλευτές	<ul style="list-style-type: none"> • 78,9% θεωρεί ότι ο σημαντικότερος παράγοντας είναι ο νοσηλευτικός φόρτος εργασίας • 75,8% θεωρεί σημαντικό παράγοντα την απόσπαση προσοχής τους • 56,8% η επαγγελματική εξουθένωση 	Οι κυριότεροι παράγοντες για την εμφάνιση νοσηλευτικών λαθών όπως προκύπτουν από την έρευνα είναι ο φόρτος εργασίας, η επαγγελματική εξουθένωση καθώς και η απόσπαση προσοχής.
4. Ερωτηματολόγιο με μέγεθος δείγματος 189 νοσηλευτές	<ul style="list-style-type: none"> • 53% θεωρεί ότι η βελτίωση των συνθηκών εργασίας είναι σημαντικό για τη βελτίωση και την αναβάθμιση του επαγγέλματος • Σημαντικοί παράγοντες που οδηγούν στη επαγγελματική εξουθένωση είναι ο φόρτος και το ανεπαρκές προσωπικό και οι εναλλασσόμενες βάρδιες 	Η συναισθηματική εξουθένωση αναπτύσσεται πρώτη και οδηγεί σε χαμηλό αισθήματα προσωπικών κατορθωμάτων. Οι συνθήκες εργασίας σημειώθηκαν από τους σημαντικότερους παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης.
5. Ερωτηματολόγιο με 42 ερωτήσεις κλειστού τύπου και μέγεθος δείγματος 450 εργαζόμενους	<ul style="list-style-type: none"> • 75% δεν έχουν κάνει ούτε μια αναφορά λάθους για ένα ολόκληρο έτος • 70,2% συμφωνεί ότι ασφάλεια δε θυσιάζεται ώστε να διεκπεραιωθεί περισσότερη εργασία 	Οι ερωτηθέντες θεωρούν σημαντικό την ασφάλεια των ασθενών, το επίπεδο επικοινωνίας, την πρόληψη των λαθών και τέλος το προσωπικό θεωρεί τον τομέα της ασφάλειας στο νοσοκομείο αρκετά ικανοποιητικό.
6. Ποσοτική και ποιοτική έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου και μέγεθος δείγματος 100 ασθενείς	<ul style="list-style-type: none"> • 70% των ασθενών εξέφρασαν ικανοποίηση όσον αφορά τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού • 77,5% δήλωσε ότι 	Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καταβάλλει συνεχείς προσπάθειες για την ασφάλεια των ασθενών. Οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι

	<p>αισθάνθηκαν άνετα με το χρόνο που τους αφιέρωσαν οι νοσηλευτές</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80% των ασθενών απάντησαν ότι οι νοσηλευτές γνώριζαν καλά την ασθένεια τους 	<p>από τις γνώσεις του προσωπικού και την πορεία της θεραπείας τους.</p>
7. Ερωτηματολογίου που αποτελούνταν από 44 ερωτήσεις και μέγεθος δείγματος 205 νοσηλευτές	<ul style="list-style-type: none"> • το 56,6% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τα τμήματα του Νοσοκομείου έχουν καλή συνεργασία μεταξύ τους • το 41% των συμμετεχόντων έχουν αμφιβολίες για την ύπαρξη συνεργασίας μεταξύ των τμημάτων • 70,8% του δείγματος απάντησε ότι ο προϊστάμενος τους ακούει προσεκτικά τις προτάσεις των εργαζομένων για βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή. 	<p>Η οικονομική κρίση οδηγεί σε αρνητικές συνέπειες όσον αφορά την κουλτούρα της ασφάλειας των ασθενών. Τα λάθη δεν οφείλονται μόνο σε έλλειψη προσοχής των εργαζομένων αλλά και σε προβλήματα οργάνωσης των τμημάτων.</p>
8. Ανάλυση αυτό-αναφερόμενων περιστατικών που αφορούν την κλινική διαχείριση στον τομέα ης νοσηλείας	<ul style="list-style-type: none"> • 67% των λαθών συμβαίνουν κατά τη διαδικασία νοσηλευτικής φροντίδας • 22% των λαθών στη επικοινωνία • 5% των λαθών στη διοικητική διαδικασία 	<p>Η νοσηλευτική και οι έρευνες έχουν επικεντρωθεί σε φαρμακευτικά λάθη και στις πτώσεις εξίσου σημαντικά όμως είναι τα λάθη της κλινικής διαχείρισης που αφορούν τους νοσηλευτές.</p>
9. Συστηματική ανασκόπηση: σύνθεση και ανάλυση δεδομένων	<ul style="list-style-type: none"> • 7 μελέτες κρίθηκαν κατάλληλα για την τελική ανάλυση • 4 από τις μελέτες έγιναν στις Η.Π.Α., 1 στο Ηνωμένο Βασίλειο, 1 στη Γαλλία και 1 στο Βιετνάμ 	<p>Δεν βρέθηκαν στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι μια παρέμβαση μπορεί να μειώσει αποτελεσματικά τα λάθη χορήγησης. Υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης έχουν συστήσει την εφαρμογή παρεμβάσεων. Οι παρεμβάσεις αυτές είναι επωφελείς.</p>
10. Ερωτηματολόγιο με 2 τμήματα. Το πρώτο περιείχε 20 ερωτήσεις και το δεύτερο σφάλματα που αναφέρθηκαν από τους νοσηλευτές με μέγεθος δείγματος 262 νοσηλευτές	<ul style="list-style-type: none"> • 72,9% των ερωτηθέντων έδωσε σωστές απαντήσεις σχετικά με τη φαρμακολογία • 61,5% είχε ανεπαρκή γνώση σχετικά με τη χορήγηση φαρμάκων • 9,2% των παιδιών που συνέβησαν τα λάθη υπέφεραν από σοβαρές συνέπειες 	<p>Οι νοσηλευτές στα παιδιατρικά τμήματα έχουν ανεπαρκή γνώση σχετικά με τη φαρμακολογία.</p>

v. Αποτελέσματα

Μετατροπή ελευθέρων κειμένων νοσηλευτικής λογοδοσίας σε δομημένη μορφή με τη χρήση του διεθνούς συστήματος ταξινόμησης της νοσηλευτικής πρακτικής

Η Καράλη Νεκταρία το 2009 πραγματοποίησε τη διπλωματική της εργασία με θέμα την μετατροπή ελευθέρων κειμένων νοσηλευτικής λογοδοσίας σε δομημένη μορφή με τη χρήση του διεθνούς συστήματος ταξινόμησης της νοσηλευτικής

πρακτικής που είχε ως σκοπό τη διερεύνηση των απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το σύστημα ICNP στη νοσηλευτική λογοδοσία. Πιο συγκεκριμένα οι στόχοι της μελέτης ήταν η καταγραφή των απόψεων των νοσηλευτών σύμφωνα με την τυποποιημένη νοσηλευτική λογοδοσία χρησιμοποιώντας νοσηλευτική διεργασία αντί της χρήσης ελεύθερου κειμένου, τη σύγκριση της λογοδοσίας μέσω του ICNP σε σχέση με τη μορφή ελεύθερου κειμένου, τη συνεισφορά του ICNP στη νοσηλευτική φροντίδα, η ανάπτυξη ηλεκτρονικού συστήματος ICNP με την μετατροπή ελεύθερων κειμένων λογοδοσίας στην ορολογία ICNP και το βαθμό της ικανοποίησης του προσωπικού από το ηλεκτρονικό σύστημα λογοδοσίας που υπάρχει σήμερα.

Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από νοσηλευτές που εργάζονταν σε νοσοκομεία της Αθήνας και του Πειραιά. Πήραν μέρος 91 νοσηλευτές όπου οι 70 ήταν γυναίκες και οι 21 άνδρες. Η ηλικία τους κυμάνθηκε από 24-44 έτη και το εκπαιδευτικό επίπεδο που είχαν ήταν το 73,6% τεχνολογικό επίπεδο και το 26,4% πανεπιστημιακό. Το εργαλείο της μέτρησης που χρησιμοποίησε η Καραλή είναι ένα ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε για τη συλλογή των δεδομένων. Τα διαθέσιμα ευρήματα οδήγησαν στην ανάδειξη 4 βασικών αξόνων όπου στηρίχθηκε η εννοιολογική ανάπτυξη του ερωτηματολογίου. Πιο συγκεκριμένα στον πρώτο άξονα έγινε προσπάθεια να επιτευχθεί η καταγραφή των αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τη νοσηλευτική λογοδοσία στα ελληνικά νοσοκομεία. Ο δεύτερος άξονας αφορούσε την κλινική χρησιμότητα της ταξινόμησης, ο τρίτος άξονας τη διαχείριση των νοσηλευτικών δεδομένων και ο τέταρτος τη χρήση της ταξινόμησης στον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενούς.

Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 6 τμήματα. Στο πρώτο τμήμα σκοπός ήταν η συγκέντρωση στοιχείων σχετικά με δημογραφικά και προσωπικά στοιχεία του δείγματος. Στον δεύτερο τμήμα περιέχονταν ερωτήσεις σχετικά με την καταγραφή της νοσηλευτικής λογοδοσίας και τη χρήση της νοσηλευτικής διεργασίας. Στο τρίτο τμήμα αναφέρονται οι γνώσεις των νοσηλευτών σχετικά με το σύστημα ταξινόμησης και το ICNP. Σκοπός του τέταρτου τμήματος είναι η συλλογή δεδομένων για την γνώση πληροφορικής και ηλεκτρονικών υπολογιστών που έχουν οι νοσηλευτές. Το πέμπτο τμήμα αφορούσε ερωτήσεις για την γνώση της εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας και του ICNP στη νοσηλευτική λογοδοσία. Και τέλος το έκτο τμήμα αφορούσε την ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εφαρμογή.

Το 96,7% των νοσηλευτών θεωρεί ότι θα πρέπει να υπάρχει γραπτή λογοδοσία για την τεκμηρίωση της νοσηλευτικής φροντίδας. Το 54,5% θεωρεί ότι η έλλειψη χρόνου και ο φόρτος εργασίας αποτελούν την σημαντικότερη αιτία παράλειψης της νοσηλευτικής λογοδοσίας. Η πλειοψηφία (98,9%) γνωρίζει τη νοσηλευτική διεργασία και το 24% την ακολουθεί κατά την συγγραφή της νοσηλευτικής διεργασίας.

Στην ερώτηση που αφορά τα νοσηλευτικά συστήματα ταξινόμησης το 59,3% δε γνώριζε τί είναι τα νοσηλευτικά συστήματα ταξινόμησης ενώ μόνο το 14,5% γνώριζε το ICNP. Στις ερωτήσεις που αφορούσαν τη χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών το 96,7% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι έχουν εμπειρία στη χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών και το 75,8% δήλωσαν κάτοχοι ηλεκτρονικής πιστοποίησης. Το 78% ανέφερε ότι υπάρχει ηλεκτρονικός υπολογιστής στα τμήματα-μονάδες που εργάζονται με ποσοστό 98,1% να δηλώνει ότι τους εξυπηρετεί στην

εργασία τους.

Τα αποτελέσματα σχετικά με την εφαρμογή του ICNP στην νοσηλευτική λογοδοσία διατυπώθηκαν με ερωτήσεις κλίμακας 10 σημείων με βαθμολόγηση από το 0-9. Η βαθμολογία αναλύεται κατά μέσο όρο παρακάτω. Το δείγμα βαθμολόγησε με μέσο όρο 5,72 ότι η χρήση τυποποιημένης φροντίδας με τη νοσηλευτική διεργασία είναι μέτριας δυσκολίας και με μέσο όρο 6,93 την καθόρισε ως μέτρια έως αρκετά χρήσιμη.

Τέθηκαν ερωτήσεις διχοτομικού τύπου για την εφαρμογή του ICNP στη νοσηλευτική λογοδοσία όπου το 84,6% θεωρεί ότι η χρήση τυποποιημένης νοσηλευτικής ορολογίας όπως το ICNP προάγει τη νοσηλευτική. Το 83,5% θεωρεί ότι βελτιώνεται η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Το 90,1% θεωρεί ότι με τη χρήση του ο νοσηλευτής μπορεί να ασχοληθεί ατομικά με κάθε ασθενή. Το 61,5 % θεωρεί ότι η ικανοποίηση των ασθενών θα βελτιωθεί. το 96,7% πιστεύει ότι βελτιώνεται η συλλογή των νοσηλευτικών δεδομένων και τέλος το 89% θεωρεί ότι οδηγεί στην ευκολότερη κατανόηση.

Η διαχείριση των λαθών από τους Έλληνες νοσηλευτές στην κλινική πρακτική

Η Μαρία Κάργα και συν το 2007 πραγματοποίησαν μια περιγραφική μελέτη με θέμα τη διαχείριση των λαθών από τους Έλληνες νοσηλευτές. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην διερεύνηση της διαχείρισης των νοσηλευτικών λαθών από το νοσηλευτικό προσωπικό. Δόθηκε ερωτηματολόγιο που περιείχε 26 ερωτήσεις σε δείγμα 565 νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ και βοηθούς νοσηλευτών που δούλευαν σε 7 νοσοκομεία ενηλίκων και Παιδών των νομών Αχαΐας, Αιτωλοακαρνανίας και Αττικής.

Από το ερωτηματολόγιο προέκυψε ότι το 87% των νοσηλευτών έχουν κάνει κάποιο λάθος στην κλινική πρακτική τους, το 42% ενημέρωσαν τον υπεύθυνο γιατρό για το λάθος που έκαναν ώστε να αντιμετωπιστεί άμεσα με όσο το δυνατόν λιγότερες συνέπειες, το 39% ενημέρωσε τον προϊστάμενο σχετικά με το λάθος και μόνο το 6,6% δεν ενημέρωσε κανέναν. Το 67% των νοσηλευτών συζήτησε με κάποιον το λάθος του, το 30,5% το ανέφερε σε έναν εμπειρότερο συνάδελφο αποζητώντας την κατανόηση του, το 28% παρακολούθησε τον ασθενή για την εκδήλωση τυχόν συνεπειών ενώ το 13% έμεινε άπραγο καθώς θεώρησε ότι το λάθος δεν θα είχε κάποια συνέπεια.

Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση νοσηλευτικών λαθών στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και η διαχείρισή τους

Ο Μήτσης Δημήτριος και συν το 2012 πραγματοποίησαν μια έρευνα σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση νοσηλευτικών λαθών στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και την διαχείριση τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας προήλθαν από ένα δείγμα 176 νοσηλευτών πανεπιστημιακής και τεχνολογικής εκπαίδευσης που δούλευαν σε μονάδες εντατικής θεραπείας 8 δημόσιων και 3 ιδιωτικών νοσοκομείων στην Αττική. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου. Η στατιστική ανάλυση της μελέτης ανέδειξε ότι το 91.5% των νοσηλευτών είχε διαπράξει κάποιο λάθος στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής το τελευταίο έτος. Το 34.7% είχε χορηγήσει λανθασμένη δόση φαρμάκου ενώ το 32.4% είχε χορηγήσει φαρμακευτική αγωγή σε λάθος ώρα. Τα λάθη αυτά αποτέλεσαν τα πιο κοινά όσον αφορά τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σε αυτή τη μελέτη. Το ερωτηματολόγιο που δόθηκε στους νοσηλευτές περιείχε και ερωτήσεις

σχετικά με τους παράγοντες που ωθούν το νοσηλευτικό προσωπικό να διαπράττει λάθη. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν είναι ότι το 78.9% διαπράττει λάθη λόγω μεγάλου φόρτου εργασίας, το 56.8% λόγω σοβαρής επαγγελματικής εξουθένωσης, το 80.1% αναφέρει ότι δεν υπάρχει σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και διαχείρισης φαρμάκων με αποτέλεσμα να γίνονται λάθη κατά την καταγραφή και τέλος το 71.6% δήλωσε ότι αισθάνεται ενοχή απέναντι στους ασθενείς και ντροπή απέναντι στους συναδέλφους.

Η επαγγελματική εξουθένωση των Ελλήνων νοσηλευτών και η σχέση της με την σωματική και ψυχική τους υγεία

Η Δημητριάδου Χρυσή το 2015 στον Πειραιά διενήργησε την Διπλωματική της Εργασία με θέμα την επαγγελματική εξουθένωση των Ελλήνων νοσηλευτών και τη σχέση της με τη σωματική και ψυχική τους υγεία. Έθεσε τρεις στόχους στη μελέτη της. Ο πρώτος ήταν να διερευνήσει τις αιτίες της επαγγελματικής εξουθένωσης σε ατομικό και οργανωτικό επίπεδο και την αντιμετώπιση τους, ο δεύτερος ήταν να διερευνηθεί η σχέση του συνδρόμου σε σχέση με τους δημογραφικούς, κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες και παράγοντες που σχετίζονται με τις συνθήκες εργασίας. Ο τρίτος και τελευταίος σκοπός της μελέτης της ήταν να διερευνηθεί η σχέση της σωματικής και ψυχικής υγείας των νοσηλευτών με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η έρευνα έγινε στο Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αττικής "Σωτηρία". τα τμήματα που επιλέχθηκαν ήταν 11 πνευμονολογικές κλινικές, 2 παθολογικές κλινικές, μια καρδιολογική κλινική, μια ΩΡΛ κλινική, 2 χειρουργικές κλινικές, το τμήμα επειγόντων περιστατικών και 2 ΜΕΘ.

Το δείγμα αποτελούνταν από 189 νοσηλευτές δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν μετά από επισκέψεις και προσωπική επαφή με τους συμμετέχοντες και ήταν ανώνυμα και αυτόσυμπληρούμενα. Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 4 ομάδες ερωτήσεων κλειστού τύπου. Η πρώτη ομάδα περιλάμβανε 9 ερωτήσεις που αφορούσαν κοινωνικό-δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία των ερωτηθέντων. Η δεύτερη ομάδα αποτελούνταν από 18 ερωτήσεις κλειστού τύπου που σχετίζονταν με τις συνθήκες εργασίας του εργαζόμενου. Η Τρίτη ομάδα περιλάμβανε 25 ερωτήσεις από τις οποίες οι 24 εξετάζουν τη σωματική υγεία του ατόμου και η 25η αποτελούνταν από 12 υποερωτήματα τα οποία μετρούσαν τη ψυχική υγεία του εργαζόμενου. Τέλος η 4η ομάδα ήταν το ερωτηματολόγιο καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (MBI), Αποτελούνταν από 22 ερωτήσεις κλειστού τύπου και είχε τρεις υποομάδες που εξέφραζαν τη συναισθηματική εξάντληση, τα προσωπικά επιτεύγματα και τη αποπροσωποποίηση.

Τα αποτελέσματα της έρευνας για τα δημογραφικά επαγγελματικά και προσωπικά στοιχεία των ερωτηθέντων ως προς το φύλο ήταν 82% γυναίκες και 18% άνδρες. Όσον αφορά την κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την ηλικία του, το 49,2% ήταν 41-50 ετών, το 26,8% 31-40 ετών, το 12% 21-30 ετών και τέλος το 11,60 5% ήταν πάνω από 51 ετών.

Η κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την οικογενειακή κατάσταση χωρίζεται στο 46% οι οποίοι είναι έγγαμοι ή υπήρξαν έγγαμοι το 35,9% οι οποίοι είναι Άγαμοι και υπήρχαν μικρά ποσοστά συμβίωσης και χηρείας 4% και 2%

αντίστοιχα.

Η κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το επίπεδο σπουδών ήταν το 58% πτυχιούχοι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και το 42% πτυχιούχοι νοσηλευτές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Το 43% από τους πτυχιούχους νοσηλευτές του δείγματος Δεν έχει καμία εκπαίδευση επιπλέον της βασικής. Το 30% του δείγματος είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος, το 19% έχουν λάβει ειδικότητα ενώ το 6% έχει κάποια εξειδίκευση. Το 60% του δείγματος εργαζόταν σε κλινικές ενώ το 40% εργαζόταν σε κλειστά τμήματα.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είχε 16 έως 20 έτη προϋπηρεσία που ανέρχεται στο 32%. Το 21% έχει προϋπηρεσία παραπάνω από 20 χρόνια ένα ποσοστό 14% Από 1 έως 5 χρόνια και άλλο ένα ίδιο ποσοστό Δηλαδή 14% από 6 έως 10 χρόνια.

Στην ερώτηση που αφορά τα κίνητρα επιλογής του επαγγέλματος το μεγαλύτερο ποσοστό δηλαδή το 43% των νοσηλευτών δεν επέλεξε συνειδητά το νοσηλευτικό επάγγελμα και βρέθηκε τυχαία σε αυτό. το 32% επέλεξε τη νοσηλευτική γιατί επιθυμούσε να βοηθάει τους ανθρώπους. το 10% το επέλεξε λόγω της αυξημένης πιθανότητας για επαγγελματική αποκατάσταση.

Το σύνολο του δείγματος ασχολείται με περισσότερους από 8 ασθενείς καθημερινά. Η αναλογία αυτή έχει επιπτώσεις και στους ασθενείς και στους νοσηλευτές αλλά και γενικότερα στο σύστημα παροχής υγείας. Το 43% των νοσηλευτών που εργαζονται κάνει 5 έως 8 νυχτερινές βάρδιες το μήνα ενώ το 39% κάνει πάνω από 9 απογευματινές βάρδιες. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 93% είναι από λίγο έως καθόλου ικανοποιημένο από τις συνθήκες της εργασίας και το 92% είναι από λίγο έως καθόλου ικανοποιημένο από την αμοιβή. Το 60% του δείγματος θεωρεί ότι η υπηρεσία του δεν του παρέχει την ευκαιρία για συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Το 85% του νοσηλευτικού προσωπικού αισθάνεται λίγη ή καθόλου ασφάλεια και σταθερότητα στην εργασία του. Οι μισοί από τους νοσηλευτές θεωρούν ότι αναγνωρίζεται πολύ λίγο η προσφορά τους. το 54% θεωρεί ότι υπάρχει αρκετή ισορροπία μεταξύ της εργασίας και της προσωπικής οικογενειακής τους ζωής.

Δυστυχώς το 68% απάντησε θετικά στην ερώτηση για το αν θα εγκαταλείψει το νοσηλευτικό επάγγελμα.

Στην ερώτηση για τις αλλαγές που προτείνουν για τη βελτίωση και αναβάθμιση του νοσηλευτικού επαγγέλματος το 79% απάντησε ότι η αύξηση του αριθμού των νοσηλευτών θεωρούν ότι θα βελτιώσει και θα αναβαθμίσει το επάγγελμά τους. Το 68% θεωρεί ότι η αύξηση των οικονομικών αποδοχών θα βελτιώσει και θα αναβαθμίσει το νοσηλευτικό επάγγελμα. Το 53% θεωρεί ότι η βελτίωση των συνθηκών εργασίας είναι σημαντικό για τη βελτίωση και την αναβάθμιση του επαγγέλματος.

Στην κατηγορία με τις ερωτήσεις που αφορούν την υγεία του δείγματος το 89% αναφέρει ότι το σημαντικότερο πρόβλημα υγείας που προκύπτει από τη δουλειά είναι ο πόνος ή οι ενοχλήσεις στη μέση και στη σπονδυλική στήλη. αξιοσημείωτο είναι ότι το 57% του δείγματος έχει εμφανίσει αλλεργικό ερεθισμό μετά από στενοχώρια ενώ το 53% πιστεύει ότι κουράζεται ευκολότερα το τελευταίο διάστημα και έχει συχνούς πονοκεφάλους και πόνο στο στομάχι. Επίσης σημαντικό είναι να σημειωθεί ότι το 46% των ερωτηθέντων αναφέρει απότομη αύξηση ή μείωση του

σωματικού βάρους τον τελευταίο χρόνο.

Όσον αφορά την εκτίμηση της ψυχικής υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού φαίνεται ότι δεν αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα διότι η βαθμολογία του ήταν δύο με ανώτερη το 15.

Απαντώντας στο πρώτο ερευνητικό ερώτημα το δείγμα βιώνει μέτριου βαθμού συναισθηματική εξάντληση που ανέρχεται σε ποσοστό 32,27%, υψηλά ποσοστά παρατηρούνται και στα προσωπικά επιτεύγματα (60,84%) και αυξημένη αποπροσωποποίηση με ποσοστό 57,14%.

Μέτρηση του κλίματος ασφάλειας των ασθενών στο Παπαγεωργίου με τη χρήση ερωτηματολογίου

Τον Μάρτιο το 2010 στη Θεσσαλονίκη η Νταντάνα Ασημένια πραγματοποίησε την διπλωματική της εργασία με θέμα τη μέτρηση του κλίματος ασφάλειας των ασθενών στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου. Η έρευνα διεξήχθη με τη χρήση ερωτηματολογίου και το μέγεθος του δείγματος της ήταν 289 εργαζόμενους.

Το 70,2% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η ασφάλεια των ασθενών δε θυσιάζεται για να πραγματοποιηθεί περισσότερη εργασία. Το 67% απάντησαν τα λάθη οδηγούν σε θετικές αλλαγές, το 73,8% ότι γίνεται αξιολόγηση για την αποτελεσματικότητα των αλλαγών βελτίωσης. Ένα σημαντικό ποσοστό (70,6%) πιστεύει ότι παρέχει πρόβλημα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών στο συγκεκριμένο τμήμα που εργάζονται, και στην ερώτηση σχετικά με τις αποτελεσματικές διαδικασίες και τα συστήματα πρόληψης των λαθών το 69,6% απάντησε ικανοποιημένο.

Το 91% των εργαζομένων θεωρεί ότι η επίδοση του τμήματος στο οποίο εργάζεται σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή από καλή έως άριστη και μόνο το 7,9% ως μέτρια. Σε ερώτηση που αφορά την αναφορά λαθών το 75% δήλωσε ότι δεν έχει κάνει αναφορά λάθους για ένα ολόκληρο χρόνο.

Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών στο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς

Η Ιωάννα Μπούρμπουλα το 2015 πραγματοποίησε τη διατριβή της με τίτλο τη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών στο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς. Κύριος σκοπός της παρούσας διατριβής ήταν η υπογράμμιση της ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται στο γενικό νοσοκομείο της Λιβαδειάς καθώς και οι παράγοντες που την επηρεάζουν και η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται.

Χρησιμοποιήθηκε και ποιοτική και ποσοτική ερευνά. Ως εργαλείο για την διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας χρησιμοποιήθηκε μια φόρμα συνεντεύξεων χωρισμένο σε 3 γενικότερα διαστάσεις που έλαβαν μέρος 4 μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Η πρώτη αφορούσε την ύπαρξη των μέσων και των γνώσεων του προσωπικού προκειμένου να βελτιωθεί η ασφάλεια των ασθενών. Η δεύτερη αφορούσε την συνεργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου και η τρίτη αφορούσε την κουλτούρα γύρω από την ασφάλεια των ασθενών. Στην έρευνα έλαβαν μέρος δύο γιατροί παθολόγοι, ένας άνδρας και μια γυναίκα 45 και 32 χρονών αντίστοιχα και δύο νοσηλευτές ΤΕ 40 και 45 χρονών. Για να υπάρχει ανωνυμία οι

γιατροί αναφέρονταν ως I1 και I2 και οι νοσηλευτές ως N1 και N2.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας μέσω των συνεντεύξεων. Στις πρώτες 2 ερωτήσεις το δείγμα που αναφέρθηκε παραπάνω απάντησε ομόφωνα ότι υπάρχει περιορισμένος αριθμός προσωπικού και μέσων. Στις ερωτήσεις 3 και 4 υπήρξε πάλι παραλληλισμός απαντήσεων όσον αφορά την συνεργασία μεταξύ διαφορετικών τμημάτων. Στην 5η ερώτηση το δείγμα απάντησε ότι η ομαδική συνεργασία αποφέρει αποτελέσματα σε περιπτώσεις σοβαρού φόρτου εργασίας. Μεταξύ των ερωτήσεων 6 με 10 απάντησαν σχετικά με τις διαδικασίες που ακολουθούνται για την διαχείριση των λαθών στον χώρο εργασίας τους. Ο I1 τόνισε ότι τα λάθη προέρχονται από παράγοντες γνωστούς όπως η έλλειψη γνώσης και εμπειρίας, υποστελέχωση κτλ., σε αυτό το συμπέρασμα κατέληξε και η N2. Η I2 δήλωσε ότι η ασφάλεια των ασθενών και η αποφυγή των λαθών έχει καταλήξει να είναι έργο του προσωπικού υγείας και όχι των ανωτέρων διοικητικών στελεχών. Σχετικά με την εκπαίδευση η οποία είναι ανεπαρκής συμφωνήσαν όλα τα μέλη του δείγματος. Στην ερώτηση 11 οπότε το ιατρικό προσωπικό ρωτήθηκε αν είχε λάβει τελευταία επιπρόσθετη εκπαίδευση οι απαντήσεις ήταν αρνητικές. Στην ερώτηση 12 που αφορούσε την κουλτούρα ασφάλειας παροχής φροντίδας το δείγμα απάντησε ότι προσπαθούν να την εφαρμόσουν με πολλά εμπόδια όπως την υποβάθμιση του θεσμού υγείας από το κράτος. Στην ερώτηση 13 για το αν η κουλτούρα ασφάλειας παραμένει ιδιά ανάλογα με την αποτελεσματικότητα της το δείγμα τόνισε την υποστελέχωση προσωπικού και μέσων. Στην ερώτηση 14 η I2 υπογράμμισε ότι όταν γίνονται λάθη μαθαίνονται αυτομάτως και είναι στο χέρι εκείνων που τα κάνουν να μην τα ξανακάνουν ενώ ο I1 θεωρεί ότι σε περιπτώσεις λαθών πρέπει να αναλαμβάνουν δράση τα ανωτέρα στελέχη, με τη γνώμη αυτή συμφωνούν και οι δυο νοσηλευτές. Στην ερώτηση 15 για το αν γίνεται έρευνα για τα λάθη που συμβαίνουν ο I1 απάντησε ότι αφού δεν γίνονται αποδεκτά τα λάθη δεν ξεκινούν και ανάλογες έρευνες και η N2 θεωρεί ότι και να γίνει επίσημη καταγγελία λάθους θα πάρει πολύ χρόνο να ερευνηθούν οι παράγοντες κτλ. λόγω γραφειοκρατίας. Τέλος στην ερώτηση 16 για το αν το προσωπικό μπορεί να εκφράσει ελεύθερα τη γνώμη του για τα λάθη που συμβαίνουν η I2 απαντά ότι αναλόγως το λάθος το προσωπικό μπορεί να προβεί σε καταγγελία αν το θέλει.

Για την ποσοτική έρευνα μοιράστηκαν 95 ερωτηματολόγια σε ασθενείς από τα οποία απαντήθηκαν τα 80 , 39 από άνδρες (48,8%) και 41 από γυναίκες (51,3%). Μετά την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων στα ερωτήματα που αφορούσαν το ιατρικό προσωπικό προέκυψε ότι το 65% των ασθενών είναι ευχαριστημένο από την συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού σε ότι αφορά τον τρόπο εξέτασης, το 61,3% θεωρεί ότι το ιατρικό προσωπικό έδωσε την απαιτητή σημασία στη λήψη ιστορικού, το 78,8% θεωρεί πολύ ικανοποιητική τη θεραπεία και τις πληροφορίες που δοθήκαν σχετικά με την ασθένεια του, σχετικά με το χρόνο και την συχνότητα εξετάσεις το 50% και το 56,3% αντίστοιχα απάντησαν ότι δεν ήταν ικανοποιημένοι. Το 47,5% και το 43,8% αντίστοιχα εξέφρασε ουδετερότητα, το 21,3% δήλωσε μη ικανοποίηση σχετικά με την άμεση εύρεση του ιατρικού προσωπικού, το 73,8% θεώρησε ικανοποιητική την συνεργασία μεταξύ των ιατρών, το 62,5% απάντησε με ουδετερότητα σχετικά με την συνεργασία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και τέλος μεγάλη ουδετερότητα εξέφρασε το ποσοστό των 81,3% οπότε δεν έλαβε ικανοποιητικές πληροφορίες σχετικά με φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες

και άλλες υπηρεσίες υγείας. Στις ερωτήσεις που αφορούσαν το νοσηλευτικό προσωπικό το 70% των ασθενών δήλωσε ότι ήταν ικανοποιημένη σχετικά με την φροντίδα που έλαβαν από το νοσηλευτικό προσωπικό, το 77,5% δήλωσε ότι αισθάνεται ανετά με το νοσηλευτικό προσωπικό, το 80% δήλωσε ευχαριστημένο που οι νοσηλευτές γνώριζαν την κατάσταση της υγείας τους, το 75% δήλωσε ότι είχαν διάθεση να τους ακούσουν, το 70% έλαβαν σεβασμό και υπομονή από τους νοσηλευτές ενώ το 20% εξέφρασε ουδετερότητα σε αυτό το ερώτημα. Το 41% δήλωσε πως ο χρόνος που έλαβε από τους νοσηλευτές δεν ήταν ικανοποιητικός, το 70% εξέφρασε ουδετερότητα σχετικά με την ευκολία εύρεσης ενός νοσηλευτή ενώ το 30% εξέφρασε ικανοποίηση σχετικά με το ίδιο ερώτημα, το 75% δήλωσε ικανοποίηση σχετικά με την συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού ενώ τέλος το 67,5% εξέφρασε ουδετερότητα σχετικά με τις επιπλέον πληροφορίες που έλαβαν για φυσιοθεραπείες, λογοθεραπευτές και άλλες πρόσθετες υπηρεσίες. Το 85% των ασθενών δήλωσε ικανοποιημένο σχετικά με την γενικότερη συμπεριφορά του νοσοκομείου, το 71,3% θεωρεί ικανοποιητική τη νοσηλεία που έλαβε, το 61,3% θεωρεί πως δεν υπάρχει ικανοποιητική υποδομή και στελέχωση του νοσοκομείου.

Classifying nursing errors in clinical management within an Australian hospital

Οι Tran και Johnson το 2010 διεξήγαν μια ανασκόπηση με σκοπό την ανάπτυξη ενός συστήματος ταξινόμησης για τα νοσηλευτικά λάθη σχετικά με την κλινική διαχείριση NECM ταξινόμηση και να περιγραφούν οι παράγοντες που οδηγού στην εμφάνιση των λαθών και οι συνέπειες τους στους ασθενείς. Αυτή η μελέτη αποτελεί ένα σχέδιο μικτών μεθόδων σύμφωνα με την οποία αναλύει τα ποσοτικά (αριθμητικά) και ποιοτικά (κείμενο) δεδομένα που έγιναν. Η έρευνα αυτή έδειξε ότι τα μισά από τα περιστατικά (50%) δεν οδήγησαν σε κάποια συνέπεια. Το 12% των περιστατικών καθυστέρησε να λάβει τη φροντίδα ή τη θεραπεία του. Το 8% των ασθενών είχε διακεκομμένη περίθαλψη. Σε ένα ποσοστό 4% των ασθενών καθυστέρησε η εντόπιση της ασθένειας του ή υπήρξαν αλλαγές στην κατάσταση του. Στο 4% υπήρξε ακύρωση των τακτικών διαδικασιών ή των διαγνωστικών εξετάσεων που έπρεπε να γίνουν. Σε 26 περιπτώσεις (11%), οι ασθενείς παρουσίασαν βλάβη όπως π.χ. επιδείνωση της κατάστασής τους. Έξι από τις προαναφερόμενες περιπτώσεις έκαναν περιττές ή λάθος εξετάσεις. Τέλος, για το 9% των περιπτώσεων υπήρξε ψυχολογικό, οικονομικό και κόστος χρόνου για τους επαγγελματίες υγείας και των οικογενειών του ασθενούς.

Στο 22% των περιστατικών προκλήθηκε βλάβη ή τραυματισμός στο προσωπικό και τους ασθενείς. Το 20% όλων των τύπων των σφαλμάτων εντός 12μηνιαίας περιόδου οφειλόταν σε νοσηλευτές. Η πλειοψηφία των περιστατικών σημειώθηκε ότι συνέβη κατά την παράδοση ή την διαχείριση της νοσηλευτικής φροντίδας (67%) και το 22% κατά τη διάρκεια της προφορικής και γραπτής επικοινωνίας.

Οι κυρίαρχες κατηγορίες των νοσηλευτικών λαθών στη διαδικασία της φροντίδας του ασθενούς οφείλονταν: το 18% στην κριτική σκέψη, το 31% στην εκτέλεση της εργασίας και το 16% στην διακοπή παροχής συνεχιζόμενης φροντίδας. Η επικοινωνία ήταν μια άλλη κυρίαρχη κατηγορία που αντιστοιχεί στο 22% των σφαλμάτων.

Επίσης, βρέθηκαν να συμβάλλουν ο ασθενής και οι οικογενειακοί παράγοντες

όπως είναι η ψυχική υγεία και οι συμπεριφορές του ασθενή στο 27% αυτών των περιστατικών. Το 50% των ασθενών δεν εμφάνισε καμία πιθανή βλάβη. Το 28% των περιστατικών είχε ως αποτέλεσμα καθυστερήσεις ή παρεμβάσεις στη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών και το 10% συνδέθηκε με οικονομικά ή χρονικά κόστη. Λίγο περισσότερα από 1 στα 10 περιστατικά οδήγησαν σε πραγματική βλάβη προσωρινής φύσεως.

Interventions to reduce nurses' medication administration errors in inpatient settings: A systematic review and meta-analysis

Οι Sarah Bertod και συν έκανα μια συστηματική ανασκόπηση-μετανάλυση με θέμα τις παρεμβάσεις για τη μείωση των σφαλμάτων κατά τη χορήγηση φαρμάκων από τους νοσηλευτές όπου συνολικά εντοπίστηκαν 5312 εγγραφές από τις ηλεκτρονικές αναζητήσεις. Πιο συγκεκριμένα οι μελετητές ξεχώρισαν 148 άρθρα από τα οποία απέκλεισαν τα 126. Η τελική ανάλυση περιλάμβανε 7 μελέτες χρησιμοποιώντας έναν αυστηρό σχεδιασμό που είχε ως σκοπό την αξιολόγηση των παρεμβάσεων που θα βελτιώσουν την διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής. Οι μελέτες είχαν υψηλό κίνδυνο μεροληψίας λόγω έλλειψης ορατότητας των αποτελεσμάτων. Εφαρμοστήκαν επαγγελματικές παρεμβάσεις που αφορούσαν το μορφωτικό επίπεδο των νοσηλευτών, τις δικλείδες ασφάλειας και τον πολλαπλό έλεγχο των φαρμάκων πριν την χορήγηση τους καθώς και οργανωτικές παρεμβάσεις που αφορούσαν την μηχανοργάνωση των ιατρικών συστημάτων όπως το αυτοματοποιημένο σύστημα παράδοσης, χρήση barcode κτλ. Χρησιμοποιήθηκαν δυο ομάδες, μια ομάδα ελέγχου και μια ομάδα παρέμβασης όπου συγκρίθηκαν και δεν βρέθηκε κάποια διαφορά μεταξύ τους, κανένα λάθος δεν παρατηρήθηκε, αντιθέτως υπήρξε μείωση των ποσοστών σφάλματος μετά την παρέμβαση στην ομώνυμη ομάδα.

Αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών όπως την αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές σε δημόσιο νοσοκομείο της Κύπρου

Το 2013 στη Λευκωσία ο Κούσουλος Γιαννάκης διεξήγαγε την διπλωματική του εργασία με θέμα την αξιολόγηση της κουλτούρας των ασθενών όπως την αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές σε δημόσιο νοσοκομείο της Κύπρου. Η έρευνα του έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου που αποτελούνταν από 44 ερωτήσεις και μέγεθος δείγματος 205 νοσηλευτές.

Το 78,5% ήταν γυναίκες και το 21,5% άνδρες. Το 80,8% απάντησε ότι δουλεύει 20-39 ώρες την εβδομάδα. Το 60% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι οι εργαζόμενοι στο τμήμα τους αλληλοϋποστηρίζονται. Το 75% δήλωσε ότι υπάρχει ομαδική συνεργασία όταν υπάρχει πολύ δουλειά, το 58,1% ότι υπήρχε αλληλοσεβασμός και το 33,6% ότι τους βοηθάνε από άλλα τμήματα όταν ο φόρτος εργασίας είναι αυξημένος.

Στην ερώτηση που αφορά τις προσδοκίες του προϊστάμενου/διευθυντή και τις ενέργειες για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών το 69,7% δήλωσε ότι ο προϊστάμενος τους αντιδρά θετικά όταν ακολουθούνται οι διαδικασίες ασφαλής φροντίδας για τους ασθενείς. Ένα αξιοσημείωτο ποσοστό (70,8%) απάντησε ότι ο προϊστάμενος ακούει τις συμβουλές του προσωπικού για την καλύτερη ποιότητα ασφάλεια του ασθενούς. Το 27,8% δήλωσε ότι ο προϊστάμενος τους παροτρύνει να

κάνουν γρηγορότερα τη δουλειά τους όταν υπάρχει περισσότερη δουλειά και το 17,1% δήλωσε ότι παραβλέπει τα προβλήματα που υπάρχουν επανειλημμένα σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή.

Το μεγαλύτερο ποσοστό (91,7%) δήλωσαν ότι προσπαθούν δυναμικά για να βελτιωθεί η ασφάλεια του ασθενούς. Το 53,1% ότι τα λάθη που συνέβησαν κατέληξαν σε θετικές αλλαγές στο τμήμα τους και το 76,1% ότι αξιολογούν το πόσο αποτελεσματικές είναι οι αλλαγές που γίνονται για την σωστότερη ασφάλεια του ασθενούς.

Το 50,2% δήλωσαν ότι η διοίκηση του Νοσοκομείου δημιουργεί κλίμα που προάγει την ασφάλεια των ασθενών και ότι δήλωσαν ότι οι δράσεις της διοίκησης του Νοσοκομείου δείχνουν φαίνεται να έχουν την ασφάλεια των ασθενών ως προτεραιότητα. Το 49,3% δήλωσε ότι η διοίκηση ασχολείται με την ασφάλεια των ασθενών έπειτα από κάποιο ανεπιθύμητο συμβάν.

Σημαντικό είναι ότι το 70,4% δήλωσε πως δεν αμελείται η ασφάλεια των ασθενών παρά το φόρτο εργασίας που υπάρχει κάποιες φορές. το 30,8% δήλωσε ότι ήταν θέμα τύχης που δε συνέβη κάποιο λάθος στο τμήμα του, το 34,6% ότι υπάρχει κάποιο ζήτημα-πρόβλημα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών και τέλος οι μισοί (50%) θεωρούν ότι οι τρόποι αντιμετώπισης για την πρόληψη των λαθών είναι καλή.

Το 45,8% δήλωσαν ότι στο τμήμα τους αξιολογούνται συχνά οι αλλαγές που μπήκαν σε εφαρμογή με βάσει τα ατυχήματα που δηλώθηκαν. Το 66,8% δήλωσε ότι ενημερώνεται συστηματικά για τα λάθη που συμβαίνουν στο τμήμα που εργάζονται και το 59,5% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι στο τμήμα του συζητούν τρόπους για την πρόληψη λαθών.

Ένα ποσοστό 56,5% δήλωσε ότι μιλάει ελεύθερα όταν αντιληφθεί κάτι που μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στον ασθενή, το 32,7% ότι μπορεί να φέρει αντίρρηση στους ανωτέρους για τις αποφάσεις οι τις ενέργειες που κάνουν και τέλος το 13,6% δήλωσε ότι υπάρχει φόβος να ρωτήσει όταν κάτι δεν του φαίνεται σωστό.

Το 40% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι όταν συμβεί ένα λάθος, αλλά το εντοπίσουν και το διορθώσουν πριν να επηρεάσει τον ασθενή, τότε θα δηλωθεί. Το 28,8% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι όταν δεν είναι πιθανό να βλάψει τον ασθενή το λάθος που συνέβη τότε δηλώνεται. Και το 42% των εργαζομένων που συμμετείχαν δήλωσε ότι συμβεί ένα λάθος που υπήρχε πιθανότητα να επηρεάσει τον ασθενή αλλά δεν το έκανε τότε δηλώνεται.

Το 41% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι τα τμήματα του Νοσοκομείου δεν έχουν καλή συνεργασία μεταξύ τους ενώ Το 56,6% του προσωπικού δήλωσε ότι τα τμήματα του Νοσοκομείου έχουν καλή συνεργασία μεταξύ τους για την καλύτερη φροντίδα υγείας των ασθενών.

Το 80,5% των εργαζομένων δήλωσαν ότι εργάζονται «πυροσβεστικά» προσπαθώντας να κάνουν πολλά πράγματα σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Το 22,4% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι σημαντικές πληροφορίες που αφορούν τη νοσηλεία των ασθενών χάνονται κατά την αλλαγή της βάρδιας και είναι πρόβλημα για τον ασθενή. Το 63,4% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι νιώθει ότι τα λάθη που έκανε μπορούν να ενεργήσουν εναντίον του. Το 52,7% των συμμετεχόντων βαθμολόγησε το τμήμα που εργάζεται ως λίαν καλώς/άριστα σχετικά με την

ασφάλεια των ασθενών, ενώ μόλις το 11,2% των ερωτηθέντων βαθμολόγησε το τμήμα που εργάζεται ως ανεπαρκές/απορριπτό.

Medication errors in pediatric nursing: Assessment of nurses' knowledge and analysis of the consequences of errors

Οι Ya-Hui Lan και συν πραγματοποίησαν μια μελέτη με θέμα τα φαρμακευτικά λάθη στην παιδιατρική νοσηλευτική, την εκτίμηση των γνώσεων των νοσηλευτών και την ανάλυση των συνεπειών από τα λάθη. Σχεδιάστηκε ένα ερωτηματολόγιο που απαρτιζόταν από 2 τμήματα. Το πρώτο περιλάμβανε 20 ερωτήσεις σωστού – λάθους προκειμένου να αξιολογηθούν οι γνώσεις στην φαρμακολογία των παιδιατρικών νοσηλευτών. Το δεύτερο περιλάμβανε την ανάλυση γνωστών σφαλμάτων στην φαρμακευτική αγωγή. Σχετικά με τη γνώση φαρμάκων υψηλού κινδύνου το 72,5% των ερωτηθέντων απάντησε σωστά ενώ το 40,1% λάθος. Όσον αφορά τη γνώση φαρμάκων κοινής χρήσης το 73,2% απάντησε σωστά ενώ το 14,1% λάθος. Στο ερωτηματολόγιο υπήρχε ένα κεφάλαιο για την αυτοαξιολόγηση των νοσηλευτών όπου το 61,5% του δείγματος εντοπίστηκε με ανεπαρκείς γνώσεις σχετικά με τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ενώ σε υποκειμενική αξιολόγηση μόνο το 1,9% των ερωτηθέντων θεωρεί τον εαυτό του με ανεπαρκείς γνώσεις. Λιγότερο από το 1% θεωρεί ότι δεν χρειάζεται εκπαίδευση σχετικά με την διαχείριση των παιδιατρικών φαρμάκων ενώ το 77,1% ελπίζει να λάβει πρόσθετη κατάρτιση και το 22,15 εξέφρασε ουδετερότητα. Σύμφωνα με το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου που αφορά τον τύπο σφάλματος, περίπου 141 νοσηλευτές έχουν διαπράξει λάθος φαρμακευτική χορήγηση σε παιδιατρικούς ασθενείς με 57,4% να συμβαίνουν κατά την πρωινή βάρδια, το 29,1% κατά την απογευματινή και το 13,5% κατά τη νυχτερινή βάρδια. Βρέθηκε ότι πάνω από το 60% είχαν κάνει λάθος στην δόση του φαρμάκου και το 20% είχε χορηγήσει λάθος φάρμακο. Σύμφωνα με τα λάθη που εντοπίστηκαν, υπήρχαν και συνέπειες όπου το 62,4% των παιδιών που έλαβαν λάθος φαρμακευτική αγωγή δεν έδειξαν ανεπιθύμητες ενέργειες, στο 28,4% παρατηρήθηκαν ήπιες επιπτώσεις ενώ το 9,2% είχε σοβαρές συνέπειες. Οι επιπτώσεις αυτές που προέρχονται από τα φαρμακευτικά σφάλματα πηγάζουν κυρίως από αμέλεια με ποσοστό 67,4% καθώς και από την έλλειψη εξοικείωσης με τα φάρμακα με ποσοστό 30,5%.

vi. Συζήτηση

Τα λάθη που συμβαίνουν κατά την νοσηλεία των ασθενών κατηγοριοποιούνται σε λάθη κατά τη διάρκεια του νοσηλευτικού έργου, της επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, στην ελλιπή εκπαίδευση και εμπειρία, λόγω έλλειψης πόρων, στο φόρτο εργασίας και στην μη τήρηση των σωστών διοικητικών διαδικασιών.

Η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού έχει διαπράξει τουλάχιστον ένα φαρμακευτικό λάθος τον τελευταίο χρόνο λόγω υψηλού φόρτου εργασίας, σοβαρής επαγγελματικής εξουθένωσης και έλλειψη προσοχής από τις συχνές διακοπές κατά την προετοιμασία των φαρμάκων. Σημαντικότερα λάθη έχουν αναδειχθεί η εσφαλμένη δοσολογία φαρμάκου και η λάθος ώρα χορήγησης του. Το λυπηρό είναι ότι τα φαρμακευτικά λάθη δεν είναι ευθύνη μόνο των νοσηλευτών αλλά και των υγειονομικών συστημάτων τα οποία δεν αναζητούν αποτελεσματικούς τρόπους

διαχείρισης των νοσηλευτικών λαθών με συνέπεια την αύξηση τους.

Βρέθηκε ότι η συναισθηματική εξάντληση οδηγεί σε αυξημένα επίπεδα αποπροσωποποίησης δημιουργώντας χαμηλό αίσθημα προσωπικών επιτευγμάτων του προσωπικού. Στις αιτίες που οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση συμπεριλαμβάνονται το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η εκπαίδευση του προσωπικού, η εμπειρία και οι συνθήκες εργασίας.

Η εξέλιξη της ασφάλειας των ασθενών αλληλεξαρτάται από την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται. Οι υπηρεσίες φροντίδας είναι ποιοτικά εξαρτημένες από το εκπαιδευτικό επίπεδο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με σκοπό να μειωθούν τα λάθη. Πρωταρχικός στόχος των επαγγελματιών υγείας αποτελεί η ασφαλής νοσηλεία των ασθενών. Σε μία από τις μελέτες που αναλύσαμε οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι σχετικά με την επαρκή ενημέρωση του προσωπικού για την ασθένειά τους και τον σεβασμό που έλαβαν από εκείνο. Είχαν συνεχή ενημέρωση σχετικά με την πορεία της θεραπείας τους, και οι περισσότεροι από αυτούς δήλωσαν αρκετά ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας σε όλους τους τομείς.

Οι παιδιατρικοί ασθενείς είναι πιο ευαίσθητοι από τους ενήλικες με αποτέλεσμα οι επιπλοκές που συμβαίνουν από λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή να είναι πιο σοβαρές και επικίνδυνες. Για το λόγο αυτό οι νοσηλευτές που εργάζονται σε παιδιατρικά τμήματα θα πρέπει να έχουν επαρκείς γνώσεις και δεξιότητες στη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής. Σύμφωνα με την μελέτη που κάναμε διαπιστώσαμε ότι οι παιδιατρικοί νοσηλευτές έχουν ελλείψεις γνώσεις φαρμακολογίας διεξάγοντας έτσι σοβαρά λάθη με πιο συχνό εκείνο της εσφαλμένης δοσολογίας. Αυτό είναι ένα προειδοποιητικό σημάδι ότι οι παιδιατρικοί ασθενείς διατρέχουν κίνδυνο βλάβης με σοβαρές συνέπειες από τους νοσηλευτές που διαπράττουν σφάλματα επανειλημμένα.

Τα σοβαρά λάθη στη φαρμακευτική χορήγηση είναι κοινά στα νοσοκομεία. Διάφορες παρεμβάσεις, συμπεριλαμβανομένων των τεχνολογιών με βάση κωδικούς, έχουν αναπτυχθεί για να βοηθήσουν στην πρόληψη τέτοιων σφαλμάτων. Λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή μπορεί να προκύψει σε οποιοδήποτε από τα τρία βήματα στην διαδικασία φαρμάκων: συνταγή, την παράδοση φαρμάκων και διαχείριση. Διαδραστικά CD-ROM προγράμματος που βασίζονται στη μάθηση σε προσομοίωση, το φαρμακευτικό πρόγραμμα κατάρτισης που σχετίζεται με την τεχνολογία και τα αυτοματοποιημένα συστήματα διανομής φαρμάκων αποτελούν κάποιες από τις παρεμβάσεις που εφαρμόζονται για την μείωση των φαρμακευτικών σφαλμάτων. Εντοπίσαμε μια συστηματική ανασκόπηση που αξιολογεί τις παρεμβάσεις για τη μείωση των ποσοστών σφάλματος στη χορήγηση με βάση την άμεση παρατήρηση και τη συνολική πιθανότητα σφάλματος. Ωστόσο δεν βρέθηκαν στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι μια παρέμβαση μπορεί να μειώσει αποτελεσματικά τα λάθη στην φαρμακευτική χορήγηση.

Σε μια άλλη μελέτη που ερευνήσαμε επισημαίνεται η αξία της γραπτής λογοδοσίας για την ορθή λειτουργία του νοσηλευτικού έργου. η τυποποιημένη νοσηλευτική λογοδοσία έχει πλεονεκτήματα συγκριτικά με το ελεύθερο κείμενο επιβεβαιώνοντας έτσι ότι η χρήση ενός συστήματος ηλεκτρονικής καταγραφής μπορεί να προάγει την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας. Συμπερασματικά, η

δομημένη λογοδοσία, η σωστή εφαρμογή των νοσηλευτικών σταδίων της νοσηλευτικής διεργασίας καθώς και η εφαρμογή του συστήματος ηλεκτρονικής καταγραφής έχουν θετικό αντίκτυπο στη λειτουργία των τμημάτων μειώνοντας έτσι την πιθανότητα λάθους.

Από τις εργασίες που μελετήθηκαν βρέθηκε ότι σε γενικές γραμμές υπάρχει έλλειψη σε συστήματα καταγραφής των λαθών καθώς και σε βασικά αναλώσιμα υλικά και υποδομές. Είναι θετικό ότι αρκετά τμήματα συνεργάζονται αρμονικά και τα διοικητικά στελέχη είναι ανοιχτά στις προτάσεις των εργαζομένων για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών.

vii. Προτάσεις για περαιτέρω βελτίωση

Η ανασκόπηση που πραγματοποιήσαμε μας οδήγησε στην αναζήτηση μεθόδων και προτάσεων ώστε να μειωθούν και να εξαλειφθούν τα λάθη που συμβαίνουν εις βάρος των ασθενών και του συστήματος υγείας, όπου:

- Η επαρκής πανεπιστημιακή και τεχνολογική εκπαίδευση καθώς και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση (π.χ. παρακολούθηση σεμιναρίων, μεταπτυχιακό)
- Η επαρκής νοσηλευτική στελέχωση
- Η τήρηση νοσηλευτικών πρωτοκόλλων που υπάρχουν στο κάθε τμήμα ή μονάδα
- Η εφαρμογή της ηλεκτρονικής καταγραφής της λογοδοσίας
- Μια καλύτερη χρηματοδότηση από το κράτος που θα μπορούσε να βοηθήσει στην αποφυγή των λαθών που συμβαίνουν στα νοσοκομεία λόγω ελλείψεων εξοπλισμού και προσωπικού

viii. Συμπεράσματα

Λαμβάνοντας υπόψιν μας όλες τις επιστημονικές πηγές πληροφόρησης μας καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα:

- Οι συχνότερες αιτίες των λαθών που συμβαίνουν κατά τη νοσηλευτική πρακτική είναι η παράλειψη, η αμέλεια . πιο συγκεκριμένα τα νοσηλευτικά λάθη που πηγάζουν από την παράλειψη, είναι η κόπωση που οφείλεται στο φόρτο εργασίας, οι εναλλασσόμενες βάρδιες και ο όγκος ασθενών που αναλογεί σε κάθε Νοσηλευτή λόγω έλλειψης προσωπικού.
- Οι Νοσηλευτές υποστηρίζουν ότι η αναφορά και η καταγραφή των λαθών κατά τη διεξαγωγή του νοσηλευτικού έργου είναι απαραίτητη. Παρόλα αυτά δεν γίνεται συχνά για το λόγο ότι υπάρχει έλλειψη εμπιστοσύνης από την πλευρά των συναδέλφων και φόβος κυρώσεων.
- Για να εφαρμοστεί μια πράξη έπειτα από ιατρική εντολή πρέπει να υπάρχει επαλήθευση από τους νοσηλευτές χρησιμοποιώντας κριτική σκέψη και όχι λειτουργώντας αποπροσωποποιημένα μη αποτελώντας εκτελεστικά όργανα χωρίς τη δυνατότητα προσωπικής κρίσης.
- Συχνότερα νοσηλευτικά λάθη αναδεικνύονται εκείνα που έχουν σχέση με τη φαρμακευτική αγωγή με κυριότερο αυτό της λανθασμένης ώρας χορήγησης.
- Σημαντικό ρόλο παίζει το εκπαιδευτικό επίπεδο που έχουν οι νοσηλευτές

καθώς και τα χρόνια εμπειρίας τους στην κλινική πρακτική για την αποφυγή λάθους.

- Τα φαρμακευτικά λάθη αποτελούν βασικό παράγοντα που οδηγεί στη νοσηρότητα των νοσοκομειακών ασθενών.
- Διαπιστώθηκε ότι η εφαρμογή της πρόληψης σε όλα τα επίπεδα μπορεί να αποτρέψει αρκετά νοσηλευτικά λάθη. Καταλήγουμε ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες που οφείλονται τα νοσηλευτικά λάθη είναι η σωματική κόπωση του νοσηλευτικού προσωπικού, το μεγάλο φόρτο εργασίας και η ανεπαρκής εκπαίδευση.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J. & Silber, J. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burn Out and Job Dissatisfaction. *JAMA*, 288, (16), 1987-1993. doi: [10.1001/jama.288.16.1987](https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987)
- Barber, N. & Taxis, K. (2003). Ethnographic study of incidence and severity of Intravenous drug errors. *BMJ*, 326, (7391). doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7391.684>
- Bates, W. D., Cullen, J. D., Laird, N., Petersen, L. A., Small, D. S., Servi, D., ... Leape, L. L. (1995). Incidence of Adverse Drug Events and Potential Adverse Drug Events Implication for Prevention. *JAMA*, 274, (1), 29-34. doi: [10.1001/jama.1995.03530010043033](https://doi.org/10.1001/jama.1995.03530010043033)
- Benner, T., Sheets, V., Uris, P., Malloch, K., Schweb, K. & Jamison, D. (2002). Individual, Practice, and System Causes of Errors in Nursing: A Taxonomy. *JONA*, 32, (10), 509-523. doi: [10.1097/00005110-200210000-00006](https://doi.org/10.1097/00005110-200210000-00006)
- Berdot, S., Roudot, M., Schramm, C., Katsahian, S., Durieux, P. & Sabatier, B. (2016). Interventions to reduce nurses' medication administration errors in inpatient settings: A systematic review and meta-analysis, *International Journal of Nursing Studies*, 53, 342-350. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.08.012>
- Blendon, R., Desroches. C., Brodie, M., Benson, J., Rosen, A., Schneider, C., Altman, D., Zapert, K.,... Steffenson, A. (2002). Views of Practicing Physicians and the Public on Medical Errors. *The New England Journal*, 347, (24), 1933-1939. doi: [10.1056/NEJMsa022151](https://doi.org/10.1056/NEJMsa022151)
- Chang, Y. & Mark, B. (2011). Effects of Learning Climate and Registered Nurse Staffing on Medication Errors. *Nursing Research*, 60, (1), 32-39. doi: [10.1097/NNR.0b013e3181ff73cc](https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181ff73cc)

- Christensen, J., Levinson, W. & Dunn, P. M. (1992). The Heart of Darkness: The Impact of Perceived Mistakes on Physicians. *JOURNAL OF GENERAL INTERNAL MEDICINE*, 7, (4), 424-431. doi: <https://doi.org/10.1007/BF02599161>
- Gallagher, T. H., Waterman, A. D., Ebers, A. G., & Levinson, W. (2003). Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors. *JAMA*, 289, (8), 1001-1007. doi: [10.1001/jama.289.8.1001](https://doi.org/10.1001/jama.289.8.1001)
- Helmreich, R. L. (2000). On error management: lessons from aviation. *BMJ*, 320, 781-785. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.781>
- Henneman, E. A., Fidela, S. J. B., Gawlinski, A. & Henneman, P., L. (2006). Strategies Used by Nurses to Recover Medical Errors in an Academic Emergency Department Setting. *Applied Nursing Research*, 19, (2), 70-77. doi: [10.1016/j.apnr.2005.05.006](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2005.05.006)
- Kenneth, I. & Stafford-Brown, J. (2012). Stress in Clinical Psychology Trainees: A Review of Current Research and Future Directions. *Australian Psychologist*, 47, 147-153. doi: [10.1111/j.1742-9544.2012.00070.x](https://doi.org/10.1111/j.1742-9544.2012.00070.x)
- Kohn, L., Corrigan, J., Donaldson, M. (2000). To Err Is Human. doi: [10.17226/9728](https://doi.org/10.17226/9728)
- Leape, L. L. (1994). Error in Medicine. *JAMA*, 272, (23), 1851-1857. doi: [10.1001/jama.1994.03520230061039](https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520230061039)
- Mangino, D. P. (2004). Role of the Pharmacist in Reducing Medication Errors. *Journal of Surgical Oncology*, 88, 189-194. doi: [10.1002/jso.20127](https://doi.org/10.1002/jso.20127)
- Morimoto, T., Gandhi, T. K., Seger, A. C., Hsieh, T. C. & Bates, D. W. (2004). *Qual Saf Health Care*, 13, 306-314. doi: [10.1136/qshc.2004.010611](https://doi.org/10.1136/qshc.2004.010611)
- Pape, T. (2001). Searching for the Final Answer: Factors Contributing to Medication Administration Errors. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 32, (4), 152-160. Ανακτήθηκε από: <https://www.researchgate.net/publication/11493208>

- Perry, G. A. & Potter, P. A. (2012). *Βασική νοσηλευτική και κλινικές δεξιότητες*. (7^η εκδ.) Π. Σαράφης (επιμ.). Κύπρος: Π. Χ. Πασχαλίδης.
- Reason, J. (1995). Understanding adverse events: human factors. *Quality in Health Care*, 4, (2), 80-89. doi: [10.1136/qshc.4.2.80](https://doi.org/10.1136/qshc.4.2.80)
- Rogers, A., Hwang, W., Scott, L., Aiken, L. & Dinges, D. (2004). The Working Hours of Hospital Staff Nurses and Patient Safety. *Health Affairs*, 23, (4), 202-212. doi:[10.1377/hlthaff.23.4.202](https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.4.202)
- Sears, K., O' Brien-Pallas, L., Stevens, B. & Tomblin Murphy, G. (2013). The Relationship Between the Nursing Work Environment and the Occurrence of Reported Pediatric Medication Administration Errors: A Pan Canadian Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 28, 351-356. doi: [10.1016/j.pedn.2012.12.003](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2012.12.003)
- Stetina, P., Groves, M. & Pafford, L. (2005). Managing Medication Errors – A Qualitative Study. *MESURG Nursing*, 14, (3), 174-178. Ανακτήθηκε από: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16035634>
- Taylor, C., Lillis, C. & LeMone, P. (2010). *Θεμελιώδεις Αρχές της ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ*. (Τόμος 2^{ος}). (3^η έκδ.) Λεμονίδου, Χ. & Πατηράκη-Κουρμπανάκη, Ε. (επιμ.). Αθήνα: Π. Χ. Πασχαλίδης
- Tourangeau, A., Estabrooks, C., Humphrey, C., Hesketh, K., Giovannetti, P., Thomson, D., ... Shamian, J. (2002). Measuring the Hospital Practice Environment: A Canadian Context. *Research in Nursing & Health*, 25, 256-268. doi: [10.1002/nur.10043](https://doi.org/10.1002/nur.10043)
- Tran, D. T. & Johnson, M. (2010). Classifying nursing errors in clinical management within an Australian hospital. *International Council of Nursing*, 57, (4), 454-462. doi: [10.1111/j.1466-7657.2010.00846.x](https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00846.x).
- Westbrook, J., Woods, A., Dunsmuir, W., Day, R., (2010). Association of Interruptions With an Increased Risk and Severity of Medication Administration Errors.

American Medical Association. All rights reserved, 170, (8), 683-690.

doi:[10.1001/archinternmed.2010.65](https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.65)

Ya-Hui, L., Kai-Wei, W., Shu, Y., I-Ju, C., Hsiang-Feng, W. & Fu-In, T. (2014). Medication errors in pediatric nursing: Assessment of nurses' knowledge and analysis of the consequences of errors. *Nurse Education Today, 34*, (5), 821-828. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.07.019>

Δημητριάδου, Χ. (2015). *Η επαγγελματική εξουθένωση των Ελλήνων νοσηλευτών και η σχέση της με την σωματική και ψυχική τους υγεία* (Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Ελλάδα). Ανακτήθηκε από: <http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/handle/unipi/8752>

Κακαβελάκης, Κ. (2005). Διερεύνηση, Ποιοτική Ανάλυση και Κατάταξη των Νοσηλευτικών λαθών στην Κλινική Πράξη. (Πτυχιακή εργασία, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρητης, Ηράκλειο).

Καλαφάτη Μ. (2014). ΔΙΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ “ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΣΗ ΣΕ ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΕ ΝΕΕΣ ΠΡΟΗΓΜΕΝΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΙΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ. «Νέες εξελίξεις σε θέματα ποιότητας και αξιολόγησης της νοσηλευτικής φροντίδας» Σημειώσεις Σεμιναρίου, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου .

Καλλιανίδου, Κ., Κιάκκου, Μ. & Τσουκαλάς, Ν. (2017). Φαρμακευτική αγωγή στο νοσοκομείο. Δυσκολίες και λάθη. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, 34*, (1), 123-126.

Καλογήρου, Μ. (2011). Γνώσεις Νοσηλευτών που Εργάζονται σε Παιδιατρικά Τμήματα Σχετικά με τη Βασική Υποστήριξη της Ζωής στα παιδιά. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 4*, (3), 27-33.

Καράλη, Ν. (2009). *Μετατροπή ελευθέρων κειμένων νοσηλευτικής λογοδοσίας σε δομημένη μορφή με τη χρήση του διεθνούς συστήματος ταξινόμησης της νοσηλευτικής πρακτικής* (Μεταπτυχιακή Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό

Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα). Ανακτήθηκε από:

<http://hdl.handle.net/10442/hedi/23309>

- Κάργα, Μ. (2009). Η Διαχείριση των Λαθών από τους Νοσηλευτές στην Κλινική Πρακτική. (Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα). doi: [10.12681/eadd/23150](https://doi.org/10.12681/eadd/23150)
- Κούσουλος, Γ. (2013). *Αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών όπως την αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές σε δημόσιο νοσοκομείο της Κύπρου* (Διατριβή Επιπέδου Μάστερ, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου). Ανακτήθηκε από: <http://kypseli.ouc.ac.cy/handle/11128/1143>
- Κωνσταντινίδης, Θ., Ζαχαριάκη, Α. & Ιωσηφίδου, Μ. (2010). *Προβλήματα από τη χορήγηση φαρμάκων από νοσηλευτές σε νοσοκομειακούς ασθενείς*. (Πτυχιακή Εργασία Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Ελλάδα).
- Μαλλιαρού, Μ., Καραθανάση, Κ. & Σαράφης, Π. (2008). Ασφαλής Νοσηλευτική Στελέχωση: Μια συστηματική Ανασκόπηση. *ENE*, 1, (1), 40-48.
- Μαυρίδου, Α. (2012). Διερεύνηση Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε Ιατρικό και Νοσηλευτικό Προσωπικό Γενικών Νοσοκομείων. (Διδακτορική διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη). doi: <http://hdl.handle.net/10442/hedi/28087>
- Μήτσης, Δ., Κελέση, Μ. & Καπάδοχος, Θ. (2012). Παράγοντες που Επηρεάζουν την Εμφάνιση Νοσηλευτικών Λαθών στη Χορήγηση Φαρμακευτικής Αγωγής και η Διαχείρισή τους. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 11, (2), 293-305.
- Μπιτσιώρη, Ζ. (2013). Ο ρόλος της επικοινωνίας στις υπηρεσίες υγείας. *Περιεγχειριτική Νοσηλευτική*, (2), 65-72.
- Μπούρμπουλα, Ι. (2015). *Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών στο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς* (Διατριβή Επιπέδου Μάστερ, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου). Ανακτήθηκε από: <http://kypseli.ouc.ac.cy/handle/11128/2023>

Νταντανά, Α. (2010). *Μέτρηση του κλίματος ασφάλειας των ασθενών στο νοσοκομείο*

Παπαγεωργίου με τη χρήση ερωτηματολογίου (Διπλωματική εργασία,

Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη). Ανακτήθηκε από:

<http://dspace.lib.uom.gr/handle/2159/13781>

Παπαθανασίου, Ι. (2016). Η κριτική Σκέψη στη Νοσηλευτική Πρακτική: Επίκαιρη για το 2016 όσο Ποτέ!. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 9, (1), 3-7.

ΠΟΕΔΗΝ. Δελτίο Τύπου (δημοσιεύτηκε στις 24/3/2014).

Φουντούκη, Α., Γκατζέλης, Θ., Πάντας, Θ. & Θεοφανίδης, Δ. (2009). Η

διεπαγγελματική συνεργασία του νοσηλευτή στο εργασιακό περιβάλλον ενός επαρχιακού νοσοκομείου. *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΛΙΟΥ*, 8, (4), 336-352.

Χαράνα, Α., Μαρκοπούλου, Φ. & Έλιντον, Τ. (2013) *Στάση και Αντιλήψεις του Νοσηλευτικού Προσωπικού Αναφορικά με τα Μέτρα Πρόληψης των Νοσοκομειακών Λοιμώξεων*. (Πτυχιακή Εργασία Τ.Ε.Ι. ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΔΕΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ, Ελλάδα)