



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Επιβλέπων καθηγητής: Δρ Βασίλειος Ραφτόπουλος

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΜΗ ΑΝΑΦΟΡΑ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΛΑΘΩΝ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

Ονοματεπώνυμο φοιτήτριας: Σώτια Μιχαήλ
Α.Φ.Τ.:2007754297

Πτυχιακή εργασία

Κύπρος 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛ.
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΚΑΙ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΣΚΟΠΟΣ.....	7
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	8
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΜΗ ΑΝΑΦΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΛΑΘΩΝ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ.....	9
Ιστορική αναδρομή	
Φαρμακευτικά λάθη	
Τρόποι πρόληψης φαρμακευτικών λαθών	
Παράγοντες που σχετίζονται με τη μη αναφορά φαρμακευτικών λαθών από νοσηλεύτες.	
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	23
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ.....	28
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ.....	30
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	31

Ευχαριστίες

Οφείλω τις θερμές μου ευχαριστίες στον καθηγητή κ. Δρ Βασίλειο Ραφτόπουλο για την έξοχη καθοδήγηση και τις ουσιαστικές παρεμβάσεις για την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το πρόβλημα των φαρμακευτικών λαθών (ΦΛ) είναι υπαρκτό και ολοένα παίρνει μεγαλύτερες διαστάσεις επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και υπονομεύοντας την αξιοπιστία της νοσηλευτικής επιστήμης.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας κριτικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης υπήρξε η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τη μη αναφορά ΦΛ από νοσηλευτές.

Υλικό και μέθοδος: Εφαρμόστηκε κριτική ανασκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας. Το υλικό ανευρέθηκε με αναζήτηση από τις βάσεις δεδομένων EMBASE, MEDLINE, SCOPUS, CINAHL και PUBMED. Ως λέξεις κλειδιά χρησιμοποιήθηκαν: νοσηλευτικά φαρμακευτικά λάθη, αναφορά λαθών, νοσηλευτές, παράγοντες. Είχαν βρεθεί 26 άρθρα σχετιζόμενα με το θέμα αλλά κατόπι επιλογής χρησιμοποιήθηκαν μόνο τα 7.

Αποτελέσματα: Ο κύριος παράγοντας που βρέθηκε να σχετίζεται με τη μη αναφορά ΦΛ ανάμεσα σε νοσηλευτές είναι ο φόβος. Άλλοι παράγοντες που βρέθηκαν είναι η ανασφάλεια των νοσηλευτών, η ιεραρχική θέση, ο φόρτος εργασίας, το διοικητικό σύστημα, οι αντιδράσεις από τους συναδέλφους τους, αλλά και για να μην χάσουν την εμπιστοσύνη των πασχόντων.

Συμπεράσματα: Η πρόληψη του ΦΛ είναι καίριας σημασίας, το ίδιο και η καταγραφή των ΦΛ αφού για να γίνει η πρόληψη των ΦΛ πρέπει πρώτα να αναγνωριστούν και στη συνέχεια να αναπτυχθούν και να εξελιχθούν τρόποι πρόληψης αυτών των αιτιολογικών παραγόντων. Τα ΦΛ δεν αναφέρονται όλα, έτσι ένα μεγάλο μέρος των ΦΛ αφού δεν αναφέρεται, τότε ούτε αντιμετωπίζεται. Κατά συνέπεια κρίνεται απαραίτητο να αποφηφιστούν οι λόγοι μη αναφοράς των ΦΛ, έτσι ώστε με την αναγνώριση αυτών να γίνει εφικτή η αντιμετώπιση τους.

Abstract

Background: The problem of medication administration errors (MAE) is real and increasingly getting larger negatively affecting the quality of health services and undermining the credibility of nursing science.

Aim: This paper aims of this critical literature review was to investigate the factors associated with non-reporting MAE among nurses.

Sample and method: A critical review of applied research literature. The material was found by searching the databases EMBASE, MEDLINE, SCOPUS, CINAHL and PUBMED. As key words used: medication administration errors, error reporting, nurses, factors. They found 26 articles related to this, but wake option used only 7.

Results: The main factor was associated with non-reporting MAE among nurses is fear. Other factors were the uncertainty of nurses, the rank, the workload, the management system, reactions of their colleagues, but not to lose the trust of patients.

Conclusion: Prevention is key MAE, the same record the MAE as to make prevention MAE should be recognized first and then grow and develop ways to prevent these causative factors. The MAE is not mentioned all, so much of the MAE after not listed, then either treated. It is therefore necessary to clarify the reasons for not reporting the MAE so that the recognition of these becomes possible to address them.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το πρόβλημα των φαρμακευτικών λαθών (ΦΛ) είναι υπαρκτό και ολοένα παίρνει μεγαλύτερες διαστάσεις επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και υπονομεύοντας την αξιοπιστία της νοσηλευτικής επιστήμης (Taylor et al. 2002, Ραφτόπουλος, 2009). Οι επιστήμονες φροντίδας υγείας οφείλουν να πράττουν κατά την Ιπποκρατική παραίνεση «ωφελέειν ή μη βλάπτειν», προσπαθώντας κατά την άσκηση του έργου τους οι νοσηλευτές να τηρούν τους κανόνες και τις αρχές που διέπουν τη Νοσηλευτική επιστήμη και αποσκοπούν όχι μόνο στην αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας του πάσχοντα αλλά και στην πρόληψη επιπρόσθετης συναισθηματικής και σωματικής βλάβης συνεπεία λαθών ή παραλείψεων (Γουλεμάτης, 2008, Κυρίτση, 2009, Ραφτόπουλος, 2009).

Τα ΦΛ που συμβαίνουν καθημερινά στις υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας από όλες τις ειδικότητες εργαζομένων στο χώρο, είναι ένα υπαρκτό πρόβλημα, με επιπτώσεις τόσο στην υγεία των πασχόντων όσο και στο προσωπικό (Keohane & Bates, 2008). Το κόστος για την αντιμετώπιση αυτών των λαθών είναι όχι μόνο οικονομικό, αλλά έχει προεκτάσεις κοινωνικές και ψυχολογικές (Ραφτόπουλος, 2005). Βέβαια, κάποια λάθη είναι αναπόφευκτο να συμβούν, καθώς υπεισέρχεται σ' αυτά ο ανθρώπινος παράγοντας και υπάρχουν αρκετά επιβαρυντικά στοιχεία στο χώρο του νοσοκομείου (Hughes & Ortiz, 2005). Αυτό που έχει σημασία είναι ότι τα ΦΛ στη φροντίδα υγείας μπορούν να οδηγήσουν σε μη αναστρέψιμες βλάβες ή και στο θάνατο των πασχόντων .

Το μέγεθος του προβλήματος ήρθε να αναδείξει μια μεγάλη έρευνα που έγινε το 1999 στην Αμερική (Institute of Medicine, 1999) για λογαριασμό του εκεί Ινστιτούτου Ιατρικής σύμφωνα με την οποία τουλάχιστον 44.000 με 98.000 πάσχοντες πεθαίνουν ετησίως εξαιτίας λαθών που έγιναν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους ενώ περίπου 1,000,000 υφίστανται κάποιας μορφής βλάβη. Από αυτά τα λάθη τη πλειοψηφία την κατέχουν τα ΦΛ, αυτά δηλαδή που αφορούν στη φαρμακευτική αγωγή του πάσχοντα. Η συχνότητα πραγματοποίησης φαρμακευτικού λάθους είναι 5 προς 100 χορηγήσεις φαρμάκων (Hughes & Ortiz, 2005), δηλαδή στα 100 φάρμακα που θα δώσει κάποιος επαγγελματίας φροντίδας υγείας στους πάσχοντες του τμήματος του τις 5 φορές θα τεθεί σε κίνδυνο η ασφάλεια

ορισμένων εξ' αυτών. Κατά μέσο όρο κάθε ΦΛ έχει σαν συνέπεια την επιμήκυνση της μέσης διάρκειας νοσηλείας του πάσχοντα στο νοσοκομείο κατά 4,6 ημέρες (Keohane & Bates 2008) και κατ' επέκταση την αύξηση των εξόδων νοσηλείας του, αλλά και μείωση του δείκτη ποιότητας (Ραφτόπουλος, 2009).

Η τεκμηρίωση όλων των παρεμβάσεων που αφορούν στον πάσχοντα είναι το πρώτο ουσιαστικό βήμα για την αντιμετώπιση του προβλήματος (Ραφτόπουλος, 2009). Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας εξασφαλίζει τη συνέχεια στην νοσηλευτική φροντίδα και συμβάλλει στην πρόληψη λαθών και παραλείψεων (Taylor et al. 2002). Η συμβολή της εκπαίδευσης είναι καθοριστική προς αυτή την κατεύθυνση και θα πρέπει να στοχεύει στην ευρύτερη καλλιέργεια των επαγγελματιών υγείας (Ραφτόπουλος, 2009), πέρα των απαραίτητων επιστημονικών γνώσεων και δεξιοτήτων, αλλά και στην ανάπτυξη κουλτούρας αναφοράς και καταγραφής των ΦΛ ή παραλείψεων μέσα στο υγειονομικό σύστημα.

Τα προαναφερθέντα καθιστούν επιτακτική την ανάγκη διερεύνησης των φαρμακευτικών λαθών και των παραγόντων που τα δημιουργούν προκειμένου να βρεθούν τρόποι αντιμετώπισης αυτών και μέθοδοι πρόληψής τους. Πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην πρόληψη και αντιμετώπισή τους, αλλά και στην αναφορά και καταγραφή αυτών των λαθών. Γνωρίζοντας όλη η ομάδα υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των νοσηλευτών, αυτούς τους παράγοντες θα γίνει εφικτή η αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος.

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας κριτικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την μη αναφορά φαρμακευτικών λαθών από τους νοσηλευτές.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το υλικό της παρούσας κριτικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης το αποτέλεσαν οι ερευνητικές έρευνες που εντοπίστηκαν στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων EMBASE, MEDLINE, SCOPUS, CINAHL και PUBMED με τις λέξεις κλειδιά: φαρμακευτικά λάθη, αναφορά λαθών, νοσηλευτές, παράγοντες, σε όλους τους δυνατούς συνδυασμούς. Επίσης έγινε αναζήτηση στο Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης της Ελλάδος στο αρχείο διδακτορικών ερευνών και βρέθηκε μια διατριβή για τα λάθη των νοσηλευτών στον κλινικό χώρο. Αρχικά η αναζήτηση ανέδειξε 798 άρθρα συνολικά, από όλες τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων και με όλες τις λέξεις κλειδιά. Από τη μελέτη του τίτλου αυτών και με κριτήριο να είναι της τελευταίας δεκαετίας απερρίφθησαν 554. Μετά από μελέτη των περιλήψεων των υπόλοιπων 244 απερρίφθησαν οι 176.

Στη συνέχεια για τα 44 άρθρα δεν υπήρχε η δυνατότητα πρόσβασης στο πλήρες κείμενο και έτσι χρησιμοποιήθηκε η περίληψη όπου υπήρχε, μερικών εξ'αυτών. Τελικά είχαν μελετηθεί 24 πλήρη άρθρα εκ των οποίων απερρίφθησαν τα 19 διότι δεν πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής τα οποία ήταν: η γλώσσα συγγραφής να ήταν στα ελληνικά ή στα αγγλικά και ο πληθυσμός της έρευνας να ήταν νοσηλευτές και τα λάθη να ήταν φαρμακευτικά και να πρόκειται για έρευνες και όχι ανασκόπηση. Όμως μέσα από τη βιβλιογραφία των 5 ερευνητικών μελετών εντοπίστηκαν ακόμη 2 ερευνητικές έρευνες οι οποίες ήδη τηρούσαν τα κριτήρια.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΜΗ ΑΝΑΦΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΛΑΘΩΝ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

Ιστορική αναδρομή

Οι σύγχρονες υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στα νοσοκομεία είναι σύνθετες και εμπλέκουν πολλές διαφορετικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ πασχόντων και νοσηλευτών, ιατρών, φαρμακοποιών και λοιπών επαγγελματιών υγείας. Κάθε φροντίδα, κάθε διαγνωστικός χειρισμός ή θεραπεία περιέχει την πιθανότητα λάθους (Ραφτόπουλος, 2009). Και τα λάθη, αναπόφευκτα συμβαίνουν. Από το 1991 ο Wu et al. (1991) υποστήριξαν ότι τα λάθη είναι αναπόφευκτα στο χώρο της υγείας λόγω της πολυπλοκότητας της γνώσης, της αβεβαιότητας των κλινικών προβλέψεων, της πίεσης του χρόνου και της αναγκαιότητας λήψης αποφάσεων με περιορισμένα ή αβέβαια δεδομένα. Το ίδιο υποστήριξε και ο Van Cott (1994) γράφοντας ότι το σύστημα υγείας είναι ένα πολύπλοκο δίκτυο ατόμων και ομάδων, διαδικασιών, κανόνων, επικοινωνιών, εξοπλισμού και συσκευών που λειτουργεί σ' ένα μεταβλητό και αβέβαιο περιβάλλον.

Οι δημοσιευμένες έρευνες, οι οποίες αναφέρονται στα νοσηλευτικά λάθη εμφανίστηκαν στις αρχές της δεκαετίας του '90. Τα λάθη τα οποία αναφέρονται στη νοσηλευτική βιβλιογραφία ως επί το πλείστον σχετίζονται με τη χορήγηση των φαρμάκων και τους παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτά.

Ως λάθος προσδιορίζεται ένας γενικός όρος, που χαρακτηρίζει όλες τις περιπτώσεις στις οποίες μία σχεδιασμένη αλληλουχία από πνευματικές και φυσικές δραστηριότητες αποτυγχάνει να επιτύχει το σκοπό της και η αποτυχία αυτή δεν οφείλεται σε τυχαίο γεγονός (Reason, 1990). Στη νοσηλευτική υπάρχει η τάση να μην αναφέρονται επιμελώς τα λάθη που συμβαίνουν, για παράδειγμα σε ποσοστό που αγγίζει το 94% όσον αφορά στα λάθη στη χορήγηση φαρμάκων (Secker-Walker & Adams 2002, Ραφτόπουλος 2009). Τα υψηλά αυτά ποσοστά όμως δεν έχουν τόση σημασία όσο το γεγονός ότι μέσω λαθών που θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί, επηρεάζεται σημαντικά η ασφάλεια των πασχόντων, με επικίνδυνες, αν όχι θανατηφόρες πολλές φορές συνέπειες (Ραφτόπουλος, 2009).

Τα νοσηλευτικά λάθη μελετώνται ιδιαίτερα με σκοπό να αναγνωριστούν οι συγκεκριμένες θέσεις εργασίας που βρίσκονται στην «κόψη του ξυραφιού» (Johnstone & Kanitsaki, 2006). Η αναγνώριση αυτή δεν αφορά σε καμία περίπτωση συγκεκριμένα άτομα. Ο βασικός σκοπός είναι να βρεθούν οι ανεπάρκειες του συστήματος, να διορθωθούν και να αντιμετωπιστούν οι διαδικασίες του συστήματος που επηρεάζουν όλους τους εργαζόμενους (Ραφτόπουλος 2009). Πάντα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι τα λάθη του συστήματος δεν μπορούν να ανιχνευτούν, να ταυτοποιηθούν και να διορθωθούν παρά μόνον όταν εκδηλωθούν οι συνέπειές τους «στην κόψη του ξυραφιού».

Ένας άλλος λόγος μελέτης των νοσηλευτικών λαθών είναι για να λογοδοτεί το επάγγελμα προς την κοινωνία. Ο νοσηλευτικός κλάδος με την εφαρμογή διαδικασιών αναγνώρισης λαθών συμβάλλει στη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών και παράλληλα συμβάλλει στη βελτίωση του επαγγέλματος και της άσκησης της νοσηλευτικής (Ραφτόπουλος, 2009).

Φαρμακευτικά λάθη

Για τη σωστή χορήγηση φαρμάκων γίνεται, πολλές φορές, αναφορά σε 5 ερωτήσεις των οποίων οι αντίστοιχες απαντήσεις αποτελούν τα κριτήρια για την ορθή φαρμακευτική χορήγηση (Benjamin, 2003).

- Ποιός; Ο σωστός πάσχοντας.
- Τί; Το σωστό φάρμακο.
- Πόσο; Η σωστή δοσολογία.
- Πότε; Την προγραμματισμένη ώρα χορήγησης.
- Πώς; Από τη σωστή οδό χορήγησης.

Το ΦΛ μπορεί να συμβεί σε καθ' ένα από αυτά τα στάδια ή και σε περισσότερα από ένα, για παράδειγμα να δοθεί λάθος φάρμακο σε λάθος πάσχοντα (Μιχοπάνου & Μόνιου 2010). Γενικά τα φαρμακευτικά λάθη θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: σε αυτά που γίνονται πριν τη χορήγηση του φαρμάκου κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας και σε αυτά που διαπράττονται κατά τη στιγμή της χορήγησης.

Λάθη κατά την προετοιμασία

Η προετοιμασία των φαρμάκων για χορήγηση είναι μια διαδικασία σύμφωνα με την οποία εννοούνται όλες εκείνες οι πράξεις που εκτελεί ο νοσηλευτής προκειμένου να φτάσει το φάρμακο στον πάσχοντα έτοιμο για πρόσληψη από οποιαδήποτε οδό, είτε αυτό θα γίνει από το στόμα είτε σε κάποια ενέσιμη μορφή. Κατά συνέπεια η προετοιμασία περιλαμβάνει, όσον αφορά την από του στόματος φαρμακευτική αγωγή, τη συγκέντρωση όλων των χαπιών που πρέπει να λάβει ο πάσχοντας και τη συγκεκριμένη ώρα, ενώ η χορήγηση φαρμάκων σε ενέσιμη μορφή περικλείει πιο περίπλοκες διαδικασίες όπως η διάλυση του σκευάσματος και η αναρρόφησή του. Όπως είναι αναμενόμενο όσο πιο περίπλοκη είναι μια διαδικασία τόσο περισσότερο αυξάνουν οι πιθανότητες ΦΛ σε κάποιο από τα στάδια προετοιμασίας (Σκένδρου, 2010).

Ορισμένα από τα ΦΛ που μπορούν να γίνουν από τους νοσηλευτές κατά την προετοιμασία της νοσηλείας είναι (Wright, 2009):

- Διενέργεια σφάλματος εξαιτίας της ιατρικής οδηγίας.
- Χρήση λάθος διαλύτη για την ανασύσταση του σκευάσματος.
- Λανθασμένη περιεκτικότητα του ανασυσταθέντος φαρμάκου.
- Εσφαλμένη επιλογή φαρμάκου εξαιτίας παρόμοιων συσκευασιών.
- Λάθος δοσολογία λόγω εσφαλμένων υπολογισμών.
- Μειωμένη ή ανύπαρκτη δραστηριότητα του φαρμάκου.

Λάθη κατά τη χορήγηση

Ακόμα όμως και μετά την προετοιμασία της νοσηλείας χωρίς να έχει ο νοσηλευτής υποπέσει σε κανένα από τα προαναφερθέντα σφάλματα, δεν θα έχει ξεφύγει από τον κίνδυνο διενέργειας ΦΛ καθώς το σκεύασμα πρέπει να χορηγηθεί στον πάσχοντα. Κάποια από τα πιο συνηθισμένα λάθη που γίνονται κατά τη χορήγηση των φαρμάκων είναι:

- Χορήγηση λανθασμένου φαρμάκου σε λάθος πάσχοντα.
- Χορήγηση φαρμάκου από λανθασμένη οδό.

- Εσφαλμένος ρυθμός χορήγησης: έχει παρατηρηθεί (Taxis & Barber, 2003) ότι ένα από τα πιο συνηθισμένα σφάλματα κατά τη χορήγηση ενδοφλέβιων σκευασμάτων είναι ο πιο γρήγορος ρυθμός χορήγησης τους σε σχέση με τον επιτρεπόμενο, κάτι που αφορά τόσο στην εφάπαξ ένεση (bolus) όσο και στη χορήγηση σε ενδοφλέβια έγχυση.
- Λανθασμένος τρόπος χορήγησης: σε περιπτώσεις χορήγησης πολλών ενδοφλέβιων φαρμάκων υπάρχει η δυνατότητα τοποθέτησης τους σε γραμμή έγχυσης με τη χρήση τριπλών διακοπών (3-way). Υπάρχουν όμως ορισμένα σκευάσματα τα οποία πρέπει να τοποθετούνται μόνα τους, από ξεχωριστή ενδοφλέβια οδό, εξαιτίας της δυναμικής της δραστικότητάς τους και της αναγκαίας στάγδην ροής τους. Τέτοια φάρμακα είναι κυρίως τα καρδιολογικά (Inotrex, Levophed, Tildiem). Υπάρχει ο κίνδυνος εάν τοποθετηθούν σε σειρά μαζί, με κάποιον ορό ενυδάτωσης για παράδειγμα, να παρασυρθούν από τη ροή του ορού αυξάνοντας το ρυθμό χορήγησής τους με δυσάρεστες συνέπειες για τον άρρωστο (Σκένδρου, 2010).
- Λανθασμένη ώρα χορήγησης.

Ο νοσηλευτής πρέπει να λαμβάνει υπόψη τα παραπάνω και να προσέχει προκειμένου να εκτελεί με ασφάλεια τη χορήγηση φαρμάκων. Ωστόσο δεν επαρκούν τα πιο πάνω καθώς υπάρχουν κι εξωγενείς παράγοντες που μπορούν πολύ εύκολα να οδηγήσουν στη διενέργεια κάποιας αβλεψίας εις βάρος του πάσχοντα, όπως για παράδειγμα οι παρεμβάσεις των συνοδών και των ίδιων των πασχόντων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ή τα διαρκή τηλέφωνα για ερωτήσεις κατά την αντιγραφή των ιατρικών οδηγιών που αποσυγκεντρώνουν τον νοσηλευτή (Fry & Dacey 2007)

Συνάμα η αρχή πολλών ΦΛ είναι η απουσία επαρκούς επίβλεψης σε τυχόν νέο ή πρωτοπροσλαμβανόμενο προσωπικό αλλά και σε φοιτητές διαφόρων νοσηλευτικών σχολών. Για τα άτομα αυτά ο εκάστοτε νοσηλευτικός τομέας στον οποίο βρίσκονται είναι άγνωστος, όπως άγνωστές τους είναι επίσης και οι διάφορες νοσηλευτικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται στο συγκεκριμένο χώρο αλλά και οι πάσχοντες με τις ιδιαιτερότητές τους (Reid-Searl et al. 2008). Για να αποφευχθούν από αυτά τα άτομα τυχόν ΦΛ μπορεί για αρκετό χρονικό διάστημα να μην τους ανατίθεται καμία δραστηριότητα που αφορά στη

χορήγηση φαρμάκων εάν δεν είναι μαζί τους και κάποιο έμπειρο μέλος τους νοσηλευτικού προσωπικού.

Τέλος η ίδια η φύση της νοσηλευτικής εργασίας με τις συνεχείς εναλλαγές στο ωράριο, τις νυκτερινές βάρδιες αλλά και την αναστολή των ρεπό ορισμένες φορές λόγω έλλειψης προσωπικού ωθεί στη διενέργεια λαθών, καθώς εξαντλεί τόσο το πνεύμα όσο και τον οργανισμό του αποκαρδιωμένου νοσηλευτή (Wright 2009).

Τρόποι πρόληψης των φαρμακευτικών λαθών

Τα ΦΛ θα πρέπει να μειωθούν στο ελάχιστο προκειμένου να επιτευχθεί ο μέγιστος βαθμός ασφάλειας και κατά συνέπεια η βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Για να γίνει εφικτό αυτό το αποτέλεσμα θα πρέπει να εφαρμοσθούν πρακτικές που διευκολύνουν το νοσηλευτή να πράξει το σωστό, αλλά και να τον δυσκολεύουν να διαπράξει το λάθος. Σύμμαχός προς αυτή την κατεύθυνση μπορεί να αποδειχθεί η τεχνολογία.

Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερες χρήσεις της τεχνολογίας βρίσκουν εφαρμογή στο χώρο της υγείας. Κάποιες από αυτές έχουν ως σκοπό τη μεγιστοποίηση της προστασίας του πάσχοντα από ενδεχόμενα φαρμακευτικά λάθη. Τέτοιες είναι: η εγκατάσταση ενδοδικτύου (intranet) σε κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα και η χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών που ενέχει πολλαπλά πλεονεκτήματα (Gibson 2001). Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η εφαρμογή αυτοματοποιημένων συστημάτων γραφής ιατρικών οδηγιών, εξαλείφοντας έτσι τα λάθη από δυσανάγνωστους γραφικούς χαρακτήρες.

Επίσης μειώνονται τα λάθη που γίνονται κατά την αντιγραφή των οδηγιών στις καρτέλες φαρμάκων, ενώ αποφεύγονται απορίες και παρερμηνείες, καθώς σε κάθε συνταγογράφηση φαρμάκου υπάρχουν υποχρεωτικά πεδία που πρέπει να συμπληρώνονται όπως η οδός και οι ώρες χορήγησης και η ακριβής δοσολογία. Επιπροσθέτως ενημερώνεται άμεσα ο νοσηλευτής κάθε φορά που ανοίγει την καρτέλα του πάσχοντα για πιθανές αλλεργίες ή παρενέργειες ασύμβατων φαρμάκων που τυχόν χορηγούνται εκ παραδρομής με τη χρήση ειδικών λογισμικών φαρμακολογίας. η τοποθέτηση γραμμοκώδικα (bar code) πάνω σε κάθε φάρμακο και η ταυτόχρονη τοποθέτηση περικάρπιου (wrist band) σε κάθε

πάσχοντα κατά την εισαγωγή του μπορεί να μειώσει λάθη που αφορούν τόσο στην εσφαλμένη χορήγηση φαρμάκων που έχουν παρόμοια συσκευασία, όσο και στη χορήγηση λάθος φαρμάκου σε λάθος πάσχοντα. Ο νοσηλευτής χρησιμοποιώντας μία ασύρματη συσκευή κατά την ώρα της νοσηλείας, μπορεί να ελέγξει τη χορήγηση του σωστού σκευάσματος στο σωστό πάσχοντα στη σωστή δοσολογία και από τη σωστή οδό (Mullan, 2005).

Η χρησιμοποίηση 'έξυπνων' αντλιών έγχυσης ενδοφλέβιων φαρμάκων, ιδιαίτερα κατά τη χορήγηση σκευασμάτων που ενέχουν επισφαλείς επιδράσεις για τον άρρωστο όπως είναι για παράδειγμα η ηπαρίνη ή η ινσουλίνη, προκαθορίζοντας το ρυθμό έγχυσης και διαθέτοντας συναγερμούς ασφαλείας. Τέτοιες αντλίες χρησιμοποιούνται εδώ και κάποια χρόνια σε εξειδικευμένα τμήματα όπως είναι οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, η αλματώδης ανάπτυξη της τεχνολογίας κατόρθωσε να επιφέρει βελτιώσεις στις ήδη υπάρχουσες αντλίες εξατομικεύοντάς τις και δίνοντας τη δυνατότητα στον επαγγελματία υγείας να εισαγάγει πληροφορίες για τον κάθε πάσχοντα όπως είναι πιθανές αλλεργικές αντιδράσεις ή την τοποθέτηση λογισμικού με στοιχεία φαρμακολογίας (Vanderveen 2005).

Επιπροσθέτως καλό θα είναι κάθε νοσηλευτής να διασφαλίζει την ορθότητα των πράξεων του τόσο κατά την προετοιμασία όσο και κατά την εκτέλεση της νοσηλείας, μειώνοντας στο έπακρο οποιεσδήποτε εξωγενείς παρεμβολές. Συστήνεται η προετοιμασία της νοσηλείας και ιδιαιτέρως των διαλύσεων των ενδοφλέβιων σκευασμάτων, σε ξεχωριστό, απομονωμένο χώρο και όχι μέσα στο θάλαμο, όπου ο κάθε πάσχοντας μπορεί να απασχολήσει το νοσηλευτή με κάποια απορία. Επίσης θα πρέπει να απομακρύνονται οι συνοδοί κατά την εκτέλεση της νοσηλείας ώστε να επικρατεί ησυχία στο θάλαμο για να μπορέσει ο νοσηλευτής να χορηγήσει τα φάρμακα απερίσπαστος και συγκεντρωμένος. Επιπλέον το λάθος μπορεί να αποφευχθεί μέσω της γενίκευσης και της απλούστευσης των νοσηλευτικών πράξεων, με την ανάπτυξη και καθιέρωση κατευθυντηρίων γραμμών και πρωτοκόλλων που θα ακολουθούνται συστηματικά κατά την προετοιμασία και χορήγηση των φαρμάκων (Σκένδρου, 2010).

Συνάμα κρίνεται επιτακτική η ανάγκη στελέχωσης όλων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων με νοσηλευτικό προσωπικό, προκειμένου να αυξηθεί η αναλογία νοσηλευτών/πασχόντων . Με αυτό τον τρόπο θα μειωθεί ο φόρτος εργασίας και η πίεση χρόνου που πολλές φορές

οδηγεί σε λάθη. Ο νοσηλευτής έτσι θα μπορεί να εργάζεται μέσα σε ένα πιο ανθρώπινο περιβάλλον εργασίας χωρίς να τρέχει πανικόβλητος και στρεσαρισμένος να προλάβει να διεκπεραιώσει όλα τα καθήκοντά του. Η πρόσληψη επίσης επαρκούς νοσηλευτικού προσωπικού θα έχει ως αποτέλεσμα τον καλύτερο και σταδιακά εναλλασσόμενο προγραμματισμό των βαρδιών, αποφεύγοντας τις πολλές και συνεχόμενες νυκτερινές βάρδιες ή τις συνεχείς εναλλαγές που επιφέρουν τόσο ψυχολογική δυσθυμία όσο και σωματική κόπωση στην συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτών.

Παράγοντες που σχετίζονται με τη μη αναφορά φαρμακευτικών λαθών ανάμεσα σε νοσηλευτές

Οι Valentin et al. (2009) στη πολυκεντρική προοπτική έρευνα που εκπόνησαν για τη διερεύνηση ΦΛ στην παρεντερική χορήγηση φαρμάκων στις ΜΕΘ, με δείγμα 1328 πάσχοντες από 113 μονάδες σε 27 χώρες, βρήκαν 74,5 συμβάντα ανά 100 ημέρες νοσηλείας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας τα τρία τέταρτα των συμβάντων ταξινομήθηκαν ως λάθη παράλειψης, ενώ το 1% του πληθυσμού που μελετήθηκε, υπέστη μόνιμες βλάβες ή πέθανε εξαιτίας του ΦΛ. Μέσα από τα αποτελέσματα αυτής της εργασίας φαίνεται η σημαντικότητα και η χρησιμότητα της αναφοράς των φαρμακευτικών λαθών έτσι ώστε να γίνει εφικτή η πρόληψη. Για να γίνει αυτό όμως πρέπει πρώτα να αποφασηγιστούν οι λόγοι της μη αναφοράς των ΦΛ έτσι ώστε να είναι αντικειμενική η πρόληψη όλων των λόγων που γίνονται τα ΦΛ.

Στη συγχρονική έρευνα τους οι Chiang & Pepper (2006) διερεύνησαν τις αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με τα εμπόδια για την αναφορά των φαρμακευτικών λαθών. Το δείγμα της έρευνας το αποτέλεσαν 807 νοσηλευτές από 20-43 ετών (ΜΗ=27,1), οι οποίοι εργάζονταν σε νοσοκομείο στη νότια Ταϊβάν. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας ο σημαντικότερος λόγος της μη αναφοράς των ΦΛ ήταν ο φόβος για αρνητικές συνέπειες σε περίπτωση που ανέφεραν το/τα ΦΛ. Επίσης βρέθηκε ότι η ιεραρχική θέση, η προσωπική ανασφάλεια και οι εργασιακοί παράγοντες (π.χ., η ποιότητα της διοίκησης και οι εργασιακές σχέσεις) κατείχαν το 54,6% των λόγων της μη αναφοράς των ΦΛ. Η ηλικία, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, η εργασιακή εμπειρία, η προσωπική εμπειρία από προηγούμενα

ΦΛ, καθώς και η αθέτηση της υποχρεωτικής αναφοράς των ΦΛ δεν βρέθηκε να συνδέονται με τη μη αναφορά των ΦΛ. Το 75.2% είχαν αναφέρει φαρμακευτικά λάθη, το 24.5% δεν τα είχαν αναφέρει τα ΦΛ και δύο δεν απάντησαν. Σχετικά με ερώτηση κατά πόσο δεν είχαν αναφέρει τα ΦΛ που είχαν κάνει, οι νοσηλευτές απάντησαν με ποσοστό 57.1% ότι δεν είχαν κάνει κάτι τέτοιο, το 34.2% ότι τους έχει συμβεί και το 7.9% δεν είχαν κάνει ΦΛ για να το αναφέρουν. Επίσης βρέθηκε ότι περισσότεροι από τους μισούς 57% θεωρούν ότι τα ποσοστά από τα ΦΛ που αναφέρονται είναι ανακριβή.

Ακόμη μια έρευνα έγινε στην Ταϊβάν από τους Chang et al. (2010). Σ' αυτή την έρευνα διερευνήθηκαν οι παράγοντες της μη αναφοράς των ΦΛ από τους νοσηλευτές που εργάζονταν στον κλινικό χώρο. Το δείγμα της έρευνας το αποτέλεσαν 838 νοσηλευτές από πέντε πανεπιστημιακά νοσοκομεία, με μέσο όρο ηλικίας 27,91 ετών. Τα δεδομένα της έρευνας συλλέχθηκαν με τη χρήση του ερωτηματολογίου Nurse's Reporting Barriers questionnaire (C-NRB) και της κλίμακας Nursing Practice Environment Scale (C-NPES), σε κινέζικη έκδοση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας οι 337 (47%) νοσηλευτές παρέλειψαν να αναφέρουν ΦΛ και οι 376 (52,4%) είχαν αναφέρει ΦΛ. Τα περισσότερα ΦΛ γινόντουσαν στο στάδιο της προπαρασκευής των φαρμάκων από τους νοσηλευτές. Οι σημαντικότεροι παράγοντες της μη αναφοράς των ΦΛ βρέθηκε να είναι το προηγούμενο ιστορικό ΦΛ, οι διαφορετικές αντιλήψεις σχετικά με την αναφορά των ΦΛ από τους νοσηλευτές και γενικότερα οι λάθος αντιλήψεις σε σχέση με την αναφορά των ΦΛ. Οι λόγοι που συνέβαλαν σημαντικά για τη μη αναφορά των ΦΛ από τους νοσηλευτές ήταν ο φόβος, οι αντιλήψεις σχετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, καθώς και οι αντιλήψεις για την επαγγελματική εξέλιξη.

Στην έρευνά τους οι Petrova et al. (2010) διερεύνησαν τις αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με τα φαρμακευτικά λάθη στη Μάλτα. Το δείγμα της έρευνας το αποτέλεσαν 43 νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονταν σε γενικό νοσοκομείο και το τελικό δείγμα ήταν 38, με ποσοστό απόκρισης 88%. Τα δεδομένα της έρευνας συλλέχθηκαν με τη χρήση ερωτηματολογίου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας οι πιο συχνοί αιτιολογικοί παράγοντες για τα ΦΛ είναι δυσανάγνωστος γραφικός χαρακτήρας των ιατρών, η κούραση των νοσηλευτών και η απόσπαση της προσοχής ή η διακοπή του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της χορήγησης ή της προπαρασκευής της φαρμακευτικής αγωγής. Οι αιτιολογικοί

παράγοντες που βρέθηκαν για την μη αναφορά των ΦΛ βρέθηκαν να είναι το διοικητικό σύστημα και ο φόβος των ευθυνών.

Οι Mayo & Duncan (2004) στην έρευνά τους περιέγραψαν τη μη αναφορά των ΦΛ από τους νοσηλευτές. Το αρχικό δείγμα της έρευνας το αποτέλεσαν 9000 εγγεγραμμένοι νοσηλευτές από 16 νοσοκομεία της Καλιφόρνιας των Η.Π.Α. και το τελικό δείγμα ήταν 5000 νοσηλευτές. Στάλθηκαν σ' αυτούς ερωτηματολόγια, τα οποία περιλάμβαναν μεταξύ άλλων και έξι σενάρια με ΦΛ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας ο μέσος όρος των ΦΛ ανά νοσηλευτή ήταν 4,9. Συνάμα βρέθηκαν να υπάρχουν διαφορές στις αντιλήψεις των νοσηλευτών για τις αιτίες και την αναφορά των ΦΛ μέσα από τα έξι σενάρια. Οι αιτίες αυτών βρέθηκαν να είναι ο δυσανάγνωστος γραφικός χαρακτήρας των ιατρών, η απόσπαση της προσοχής, η κούραση και οι εξουθενωμένοι νοσηλευτές. Επίσης βρέθηκε ότι μόνο το 45,6% από τους 983 νοσηλευτές πίστευαν ότι αναφέρονται όλα τα ΦΛ και οι λόγοι για τη μη αναφορά των ΦΛ ήταν ο φόβος 76,9%, οι αντιδράσεις από τους συναδέλφους τους 61,4% και εάν ένα ΦΛ δεν είναι αρκετά σοβαρό 52,9%. Ωστόσο βρέθηκε ότι η πλειοψηφία (80,4%) δεν φοβάται τις πειθαρχικές διώξεις και τυχόν απώλεια της θέσης εργασίας. Στα 5 από τα 6 σενάρια, οι νοσηλευτές δήλωσαν ότι δεν έχει σημασία αν θα δηλώσουν το ΦΛ και στα 5 από τα 6 σενάρια δήλωσαν ότι δεν θα συμπλήρωναν τα σχετικά έντυπα για την αναφορά των ΦΛ, στοιχείο το οποίο αντικατοπτρίζει τις διαφορετικές αντιλήψεις σχετικά με το εάν είναι ή δεν είναι ΦΛ. Ωστόσο οι περισσότεροι νοσηλευτές ανέφεραν ότι γνώριζαν τι αποτελεί ένα ΦΛ με ποσοστό 92,6% και τότε πρέπει να το αναφέρουν το ΦΛ με ποσοστό 91,3%.

Στην έρευνά τους οι Jeongeun et al. (2007) διερεύνησαν τις αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με την αναφορά των φαρμακευτικών λαθών και την κουλτούρα για την ασφάλεια των πασχόντων σε οκτώ πανεπιστημιακά νοσοκομεία στη Σεούλ της Κορέας. Το αρχικό δείγμα της έρευνας το αποτέλεσαν νοσηλευτές ηλικίας 20-50 ετών (ΜΗ=28,3) και το 99,8% ήταν γυναίκες. Τα δεδομένα της έρευνας συλλέχθηκαν με τη χρήση του ερωτηματολογίου Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ-kr) σε Κορεάτικη έκδοση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας δεν είχαν αναφερθεί, από τους νοσηλευτές, τα ΦΛ τόσο συχνά όσο θα έπρεπε. Αναλυτικότερα μόνο τα δύο τρίτα των νοσηλευτών (67%) δήλωσαν ότι ανέφεραν πάντα τα ΦΛ. Σύμφωνα με την άποψη των

νοσηλευτών, κατά πόσο τα ΦΛ μπορούν να βλάψουν τους πάσχοντες, μόνον ένας στους πέντε απάντησε πάντα (20%) και μόνο το 17% των νοσηλευτών δήλωσε ότι αναφέρει πάντα όλα τα ΦΛ. Επίσης βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται την σημαντικότητα της αναφοράς των ΦΛ κατά την εργασία τους. Αν και οι νοσηλευτές συμφώνησαν για τη σημασία της αναφοράς των ΦΛ, το ήμισυ περίπου των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι δεν ήταν σαφής για το τι είδη ΦΛ πρέπει να αναφέρονται. Ταυτόχρονα μόνο το 5% δήλωσαν ότι δεν φοβούνται να δηλώσουν τα ΦΛ. Το 30% δήλωσαν ότι ανησυχούν γιατί τα ΦΛ τους ήταν καταγεγραμμένα στο αρχείο. Το 52% των νοσηλευτών δήλωσαν ότι τους δόθηκε ανατροφοδότηση και ότι ενημερώνονται σχετικά με τα ΦΛ που έγιναν. Επίσης, βρέθηκε ότι ακόμη και όταν οι νοσηλευτές εντόπισαν κάτι αρνητικό, που μπορούσε να επηρεάσει την ασφάλεια των πασχόντων, μόνο οι μισοί απ' αυτούς (48%) ήταν σε θέση να το αναφέρουν και το 52% ανέφεραν ότι τα ΦΛ είναι ένα σοβαρό πρόβλημα ασφάλειας για την υγεία των πασχόντων. Συνάμα περίπου το 40% δήλωσε ότι η ηγεσία του νοσοκομείου νοιαζόταν περισσότερο για τη μείωση του κόστους παρά για την προώθηση της ασφάλειας για τους πάσχοντες.

Οι Lin & Ma (2009) σε μια συγχρονική έρευνα διερεύνησαν τον επιπολασμό των ΦΛ και την προθυμία των νοσηλευτών να αναφέρουν τα ΦΛ. Το δείγμα της έρευνας το αποτέλεσαν νοσηλευτές από 14 νοσοκομεία στην Ταϊβάν με μέσο όρο ηλικίας 29.35 έτη. Τα δεδομένα της έρευνας συλλέχθηκαν με τη χρήση της κλίμακας MAEs Unwillingness to Report, του ερωτηματολογίου Medication Errors Etiology και του ερωτηματολογίου Personal Features μεταφρασμένα στα κινέζικα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας το 66.9% των νοσηλευτών ανέφεραν ότι έκαναν ΦΛ και το 87.7% ότι ήταν πρόθυμοι να αναφέρουν γραπτώς τα ΦΛ τους, αν δεν υπήρχαν συνέπειες από την υποβολή της σχετικής αναφοράς. Ωστόσο, το 11,3% δεν είναι διατεθειμένοι να τα αναφέρουν. Επίσης οι λόγοι που δεν αναφέρονται τα ΦΛ από τους νοσηλευτές βρέθηκε να είναι η αποποίηση ευθυνών 74.3%, ο φόβος της τιμωρίας 73.1%, τυχόν αντιδράσεις 70.6%, για να μην χάσουν την εμπιστοσύνη των πασχόντων 70.3%, επειδή δεν προκλήθηκε ζημιά στους πάσχοντες 69.6%, ο φόρτος εργασίας 65.5%, θα το μάθουν περισσότεροι άνθρωποι 62.4% και η διαδικασία υποβολής της έκθεσης για την αναφορά του ΦΛ είναι μπελάς 60%. Συνάμα οι

κύριοι λόγοι που αναφέρονται τα ΦΛ από τους νοσηλευτές βρέθηκε να είναι η ανησυχία για την σωματική υγεία του πάσχοντα (98,2%) και τα ηθικά ζητήματα (93%).

Συγκεντρωτικός πίνακας

ΕΡΕΥΝΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΔΕΙΓΜΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Valentin et al. (2009)	Η διερεύνηση των ΦΛ κατά την παρεντερική χορήγηση φαρμάκων στις ΜΕΘ	n=1328 πάσχοντες	74,5 ΦΛ ανά 100 ημέρες νοσηλείας, τα $\frac{3}{4}$ ήταν λάθη παράλειψης, ενώ το 1% του n που μελετήθηκε υπέστη μόνιμες βλάβες ή πέθανε εξαιτίας ΦΛ
Chiang & Pepper (2006)	Η διερεύνηση των αντιλήψεων των νοσηλευτών σχετικά με τα εμπόδια για την αναφορά των φαρμακευτικών λαθών	n=807 νοσηλευτές	ο φόβος για αρνητικές συνέπειες σε περίπτωση που ανέφεραν το/τα ΦΛ. Η ιεραρχία θέση, η προσωπική ανασφάλεια και οι εργασιακοί παράγοντες (π.χ., η ποιότητα της διοίκησης και οι εργασιακές σχέσεις) κατείχαν το 54,6%
Chang et al. (2010)	Η διερεύνηση των παραγόντων της μη αναφοράς των ΦΛ από τους νοσηλευτές που εργάζονταν στον κλινικό χώρο	n=838 νοσηλευτές	337 νοσηλευτές παρέλειψαν να αναφέρουν ΦΛ Τα περισσότερα ΦΛ γινόντουσαν στο στάδιο της προπαρασκευής. Οι λόγοι μη αναφοράς των ΦΛ: ο φόβος, το προηγούμενο ιστορικό ΦΛ και οι λάθος αντιλήψεις σε σχέση με την αναφορά των ΦΛ
Petrova et al. (2010)	Η διερεύνηση των αντιλήψεων των νοσηλευτών σχετικά με τα φαρμακευτικά λάθη	n=38 νοσηλευτές	αιτιολογικοί παράγοντες για τα ΦΛ: δυσανάγνωστος γραφικός χαρακτήρας των ιατρών, η κούραση των νοσηλευτών και η απόσπαση της προσοχής ή η διακοπή του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της χορήγησης ή της προπαρασκευής της φαρμακευτικής αγωγής. Οι αιτιολογικοί παράγοντες για την μη αναφορά των ΦΛ: το διοικητικό σύστημα και ο φόβος των ευθυνών

Mayo & Duncan (2004)	Η περιγραφή της μη αναφοράς των ΦΛ από τους νοσηλευτές	n=5000 νοσηλευτές	ο μέσος όρος των ΦΛ ανά νοσηλευτή ήταν 4,9. Οι αιτίες αυτών: ο δυσανάγνωστος γραφικός χαρακτήρας των ιατρών, η απόσπαση της προσοχής, η κούραση και οι εξουθενωμένοι νοσηλευτές. Οι λόγοι μη αναφοράς των ΦΛ: ο φόβος 76,9%, οι αντιδράσεις από τους συναδέλφους τους 61,4% και όταν ένα ΦΛ δεν ήταν σοβαρό 52,9%. Οι περισσότεροι νοσηλευτές ανέφεραν ότι γνώριζαν τι αποτελεί ένα ΦΛ με ποσοστό 92,6% και τότε πρέπει να το αναφέρουν το ΦΛ με ποσοστό 91,3%
Jeongeun et al. (2007)	Η διερεύνηση των αντιλήψεων των νοσηλευτών σχετικά με την αναφορά των ΦΛ και την κουλτούρα για την ασφάλεια των πασχόντων	n=886 νοσηλευτές	τα ΦΛ δεν είχαν αναφερθεί όσο θα έπρεπε, μόνο τα 2/3 ανέφεραν πάντα τα ΦΛ και μόνο το 17% των νοσηλευτών δήλωσε ότι αναφέρει πάντα όλα τα ΦΛ, το ήμισυ περίπου των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι δεν ήταν σαφής για το τι είδη ΦΛ πρέπει να αναφέρονται και μόνο το 5% δεν φοβούνται να δηλώσουν τα ΦΛ. Το 30% ανησυχούν γιατί τα ΦΛ ήταν καταγεγραμμένα στο αρχείο. το 52% ανέφεραν ότι τα ΦΛ είναι ένα σοβαρό πρόβλημα ασφάλειας για την υγεία των πασχόντων
Lin & Ma (2009)	Η διερεύνηση του επιπολασμού των ΦΛ και την προθυμία των νοσηλευτών να αναφέρουν τα ΦΛ	n=605 νοσηλευτές	το 66.9% των νοσηλευτών ανέφεραν ότι έκαναν ΦΛ και το 87.7% ότι ήταν πρόθυμοι να αναφέρουν γραπτώς τα ΦΛ τους, αν δεν υπήρχαν συνέπειες από την υποβολή της σχετικής αναφοράς, το 11,3% δεν είναι διατεθειμένοι να τα αναφέρουν. Οι λόγοι μη αναφοράς των ΦΛ από τους νοσηλευτές: η

			<p>αποποίηση ευθυνών 74.3%, ο φόβος της τιμωρίας 73.1%, τυχόν αντιδράσεις 70.6%, για να μην χάσουν την εμπιστοσύνη των πασχόντων 70.3%, επειδή δεν προκλήθηκε ζημιά στους πάσχοντες 69.6%, ο φόρτος εργασίας 65.5%, θα το μάθουν περισσότεροι άνθρωποι 62.4% και η διαδικασία υποβολής της έκθεσης για την αναφορά του ΦΛ είναι μπελάς 60%</p>
--	--	--	--

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το πρόβλημα της μη αναφοράς των ΦΛ επηρεάζεται από ατομικούς και οργανωτικούς παράγοντες. Σύμφωνα με την πλειονότητα των προαναφερθέντων μελετών στη νοσηλευτική υπάρχει η τάση να μην αναφέρονται επιμελώς τα ΦΛ που συμβαίνουν. Τα υψηλά ποσοστά ΦΛ, αν και θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί, επηρεάζουν σημαντικά την ασφάλεια των πασχόντων.

Στην έρευνα των Chiang & Pepper (2006) βρέθηκε ότι ο φόβος και τα διοικητικά εμπόδια ήταν οι δύο πιο σημαντικοί λόγοι μη αναφοράς των ΦΛ. Όπως αναφέρεται και σε άλλες έρευνες, οι λόγοι μη αναφοράς των ΦΛ περιλαμβάνουν την έλλειψη αναγνώρισης (Coyle, 2005), ο φόβος του θύτη και οι τυχόν αντιδράσεις από τους συναδέλφους του (Mayo & Duncan 2004), ο φόβος επαγγελματικών κυρώσεων (Karadeniz & Cakmakci 2002, Lin & Ma 2009, Osborne et al. 1999) και ο φόβος για τυχόν λογοκρισία και αγωγές (Chang et al. 2010). Παράγοντες οι οποίοι αποδεικνύουν ότι οι λόγοι μη αναφοράς των ΦΛ είναι παρόμοιοι μεταξύ των νοσηλευτών από διαφορετικές χώρες και τοποθεσίες.

Όπως αναφέρεται σε έρευνες (Jeongeun et al. 2007, Lin & Ma 2009, Mayo & Duncan 2004, Petrova et al. 2010), οι νοσηλευτές δεν αναφέρουν τα ΦΛ επειδή φοβούνται την ηγεσία και τις αντιδράσεις από τους συναδέλφους τους, ότι θα κατηγορηθούν και θα δεχθούν μηνύσεις, θα κριθούν ως ανίκανοι, καθώς και από φόβο ότι θα καταγραφεί στο προσωπικό τους αρχείο. Παρόμοια ευρήματα της συσχέτισης μεταξύ του φόβου και της μη αναφοράς των ΦΛ βρέθηκαν και από τους Blegen et al. (2004) και τους Wakefield et al. (1999). Ο φόβος έχει χαρακτηριστεί ως ο κυριότερος παράγοντας, σε ατομικό και οργανωτικό επίπεδο, για την μη αναφορά των ΦΛ από τους νοσηλευτές. Αυτό όμως ίσως να οφείλεται στο ότι οι ίδιοι οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι την αποκλειστική ευθύνη, για το εκάστοτε ΦΛ το οποίο γίνεται, την φέρουν αυτοί και κανένας άλλος. Δηλαδή, βλέπουν τα λάθη ως προσωπική ευθύνη και όχι ότι ίσως να ευθύνονται και να συμβάλλουν και κάποιοι άλλοι παράγοντες. Ωστόσο στην έρευνα των Mayo & Duncan (2004) ο φόβος για πειθαρχικά μέτρα δεν ήταν ο πιο σημαντικός λόγος για την μη αναφορά των ΦΛ, αλλά η μη γνώση στο τι αποτελεί ΦΛ.

Ένας άλλος λόγος της μη αναφοράς των ΦΛ ήταν ο χρόνος που απαιτείται για να ολοκληρωθεί η γραπτή αναφορά του ΦΛ (Chiang & Pepper 2006). Αυτό μπορεί να συμβαίνει όταν οι νοσηλευτές θεωρούν ότι σχετικά με το χρόνο που θα σπαταλήσουν για να ολοκληρώσουν μια γραπτή αναφορά δεν αξίζει γιατί το ΦΛ που έχουν κάνει είναι ασήμαντο και ακίνδυνο. Σε περίπτωση επίσης κατά την οποία η γραπτή αναφορά εμπλέκει και άλλους συνεργάτες όπως ιατρούς και φαρμακοποιούς θα μπορούσε να αποτρέψει την υποβολή μιας γραπτής αναφοράς ΦΛ. Τέτοιες εξηγήσεις και αιτιολογήσεις βρέθηκαν και σε προηγούμενες έρευνες (Lawton & Parker 2002, Wolf et al. 2000). Έτσι απαιτείται η ανάπτυξη και εφαρμογή ενός αποτελεσματικού συστήματος υποβολής των ΦΛ γραπτώς για ευκολία και εξοικονόμηση χρόνου κατά συνέπεια και οικονομικών πόρων.

Τα ευρήματα στην έρευνα των Chiang & Pepper (2006) δείχνουν μια σημαντική έως μέτρια συσχέτιση μεταξύ των προσωπικών λόγων μη αναφοράς των ΦΛ και του εργασιακού περιβάλλοντος, συμπεριλαμβανομένου της ηγεσίας και τις εργασιακές σχέσεις ανάμεσα στους συναδέλφους νοσηλευτές. Ομοίως, το εργασιακό περιβάλλον συσχετίστηκε αρνητικά με το φόβο, την διαδικασία αναφοράς των ΦΛ και τη θέση εργασίας. Παρά τις ασθενείς συσχετίσεις και για τυχόν ανεπαρκή αξιοπιστία των δύο υποκλιμάκων μέτρησης, αυτά τα ευρήματα συνάδουν με τα συμπεράσματα και άλλων μελετών (Blegen et al. 2004, Lin & Ma 2009, Wakefield et al. 1999).

Συνάμα σύμφωνα και με τα αποτελέσματα της έρευνας των Chang et al. (2010) τα ποσοστά για τα μη αναφερόμενα ΦΛ είναι παρόμοια μεταξύ των νοσηλευτών σε διάφορες χώρες με διαφορετικά περιβάλλοντα εργασίας στη νοσηλευτική και διαφορετικούς πολιτισμούς. Περίπου το 50% των νοσηλευτών δεν ανέφεραν τα ΦΛ τα οποία είχαν κάνει οι ίδιοι ή οι συνάδελφοί τους. Οι νοσηλευτές πίστευαν ότι στην πραγματικότητα αναφέρονταν μόνο το 60-70% των ΦΛ. Επίσης και στην έρευνα των Chiang & Pepper (2006) διαπιστώθηκε ότι μόνο το 41% των νοσηλευτών πίστευαν ότι οι τιμές αναφοράς των ΦΛ είναι ακριβείς. Προφανώς, η μη αναφορά των ΦΛ επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τις πεποιθήσεις, τις στάσεις και τις αντιλήψεις των νοσηλευτών όπως επίσης και την εργασιακή κουλτούρα.

Η αναφορά των ΦΛ είναι μια πρόκληση για την επαγγελματική αξιοπιστία και τις εργασιακές σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων νοσηλευτών. Έτσι για τους νοσηλευτές είναι

μεταξύ των συναδέλφων (Chang et al. 2010, Chiang & Pepper 2006). Επίσης στην έρευνα των Mayo & Duncan (2004) βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές ήταν απρόθυμοι να αναφέρουν τα ΦΛ, εάν οι αντιδράσεις από τους συναδέλφους τους ήταν αρνητικές και ανταγωνιστικές. Ενδεχομένως, η γραπτή αναφορά για ένα ΦΛ το οποίο έγινε από συνάδελφο να λαμβάνεται κάτω από διαφορετική σφαίρα επιρροής έναντι του ΦΛ το οποίο έγινε από τον ίδιο το νοσηλευτή.

Η ανεπαρκής στελέχωση, τα ασαφή νοσηλευτικά πρότυπα (standards) και τα ακατάλληλα μοντέλα νοσηλευτικής φροντίδας, επηρεάζουν κάθε συμπεριφορά των νοσηλευτών σχετικά με την αναφορά των ΦΛ. (Blegen et al. 2004 , Institute of Medicine 2004). Κατά συνέπεια, τα μη αναφερόμενα ΦΛ των νοσηλευτών θα μπορούσε να είναι αντιστρόφως ανάλογα και να επηρεάζονται από τις αντιλήψεις τους σχετικά με την παρεχόμενη νοσηλευτική ποιότητα, γεγονός που επιβεβαιώνεται στην έρευνα των Chang et al. (2010).

Στην έρευνα των Mayo και Duncan (2004) βρέθηκε ότι η επαγγελματική πείρα των νοσηλευτών συνέβαλε θετικά στην υποβολή γραπτής αναφοράς ΦΛ. Οι Chiang & Pepper (2006) όμως δεν βρήκαν τέτοια συσχέτιση. Η διαφορά αυτή μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι το δείγμα στη τελευταία έρευνα ήταν πολύ νεότερο (M=27.1) και είχαν λιγότερη επαγγελματική πείρα.

Ταυτόχρονα οι Mayo & Duncan (2004) αν και οι νοσηλευτές δήλωσαν ότι ήταν σίγουροι, με ποσοστό 92,6%, το τι είναι ΦΛ όταν απάντησαν στα σενάρια που υπήρχαν στην έρευνα δεν σημειώθηκαν τα ίδια ποσοστά αλλά βρέθηκε ότι μόνο το 52,7% είχε πραγματική γνώση σχετικά με το τι είναι ΦΛ. Διαπίστωση η οποία καθιστά επιτακτική την ανάγκη να διευκρινίζεται στο νοσηλευτικό προσωπικό και στους συνεργάτες αλλά και να ενημερώνονται στο τι αποτελεί ΦΛ. Στην έρευνα αυτή εντοπίστηκε ένα κενό σχετικά με το τι αποτελεί ΦΛ σύμφωνα με τις αντιλήψεις και τα προσωπικά πιστεύω των νοσηλευτών και τις γνώσεις τους κάτι με το οποίο βρέθηκε και στην έρευνα των Jeongeun et al. (2007) αφού το ήμισυ περίπου των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι δεν ήταν σαφές για το τι είδη ΦΛ πρέπει να αναφέρονται. Είναι απόλυτα σαφές ότι οι νοσηλευτές χρειάζονται συγκεκριμένες

Συνάμα σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Jeongeun et al. (2007) αν και το 52% ανέφεραν ότι τα ΦΛ είναι ένα σοβαρό πρόβλημα ασφάλειας για την υγεία των πασχόντων, μόνο το 17% των νοσηλευτών δήλωσε ότι ανέφερε πάντα όλα τα ΦΛ και μόνο το 5% δήλωσαν ότι δεν φοβούνται να δηλώσουν τα ΦΛ. Αυτά μπορεί να συμβαίνουν λόγω νοοτροπίας των εργαζομένων του συγκεκριμένου οργανισμού και της πολιτικής που εφαρμόζεται στον οργανισμό, αφού σύμφωνα με τους ερευνητές η διοίκηση του συγκεκριμένου οργανισμού ενδιαφερόταν περισσότερο για την παρεχόμενη ποιότητα και όχι για την ασφάλεια των πασχόντων. Ίσως εάν η διοίκηση του συγκεκριμένου οργανισμού έδινε περισσότερη έμφαση στην ασφάλεια, τότε τα ποσοστά των δηλωμένων ΦΛ να ήταν πιο ψηλά και ο φόβος να μην ήταν μόνο στο 5% αλλά στα ποσοστά που βρέθηκαν στη πλειοψηφία των προαναφερθέντων μελετών. Επίσης τα χαμηλά ποσοστά των δηλωμένων ΦΛ ίσως να οφειλόταν στη θέα της τιμωρίας αλλά και στις αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με τα ΦΛ, αφού πίστευαν ότι τα ΦΛ θεωρούνται ανθρώπινα λάθη και όχι συστηματικά σφάλματα. Δηλαδή, πίστευαν ότι όταν συμβεί κάποιο ΦΛ, θα κατηγορηθεί το αποκλειστικά και μόνο το άτομο που έκανε το ΦΛ και θα πρέπει να αναλάβει αποκλειστικά την ευθύνη για το ΦΛ αφού είχαν αποκλειστεί οι άλλοι παράγοντες.

Ο φόβος των νοσηλευτών ότι θα κατηγορηθούν εάν κάτι συμβεί στον πάσχοντα, ως αποτέλεσμα ΦΛ στην έρευνα των Petrova et al. (2010) βρέθηκε να ήταν ο σημαντικότερος λόγος την μη αναφορά των ΦΛ. Η διαπίστωση αυτή δημιουργεί θέμα ασφάλειας των πασχόντων στα νοσοκομεία όπου υπάρχει μειωμένη δήλωση των ΦΛ ή σ' αυτά στα οποία δεν υπάρχει σύστημα αναφοράς και καταγραφής των ΦΛ. Παρόμοιες διαπιστώσεις έχουν ληφθεί και από άλλες έρευνες (Lin & Ma 2009, Mayo και Duncan 2004). Οι Lin & Ma (2009) διαπίστωσαν ότι το 73.1% των συμμετεχόντων δεν ανέφεραν τα ΦΛ λόγω του φόβου της τιμωρίας. Ποσοστό, αρκετά ψηλό, με το οποίο διαφαίνεται ότι μειώνεται σημαντικά το ποσοστό των αναφερόμενων ΦΛ, αλλά μειώνεται και ο δείκτης ασφάλειας των πασχόντων στο συγκεκριμένο οργανισμό. Λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα αυτά

πασχόντων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Οι νοσηλευτές είναι η πρώτη γραμμή άμυνας για την πρόληψη και αναφορά των ΦΛ. Ωστόσο, τα αδήλωτα ΦΛ από τους νοσηλευτές είναι γεγονός. Η μη αναφορά των ΦΛ επηρεάζεται από ατομικούς και οργανωτικούς παράγοντες όπως ο φόβος, η αρνητική στάση απέναντι στα ΦΛ, η πολυπλοκότητα του συστήματος αναφοράς των ΦΛ και το προηγούμενο ιστορικό ΦΛ. Οι παράγοντες αυτοί θεωρούνται τα εμπόδια που κωλύουν την προθυμία των νοσηλευτών να αναφέρουν τα ΦΛ. Τα εμπόδια που αναφέρονται επηρεάζονται από το εργασιακό περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένου του βαθμού στελέχωσης του τμήματος, των εργασιακών σχέσεων μεταξύ των συναδέρφων και της διοίκησης. Επιπλέον τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά και η διοικητική οργάνωση, έχουν επίσης βρεθεί να δρουν ως συντελεστές που ασκούν επιρροή στην μη αναφορά των ΦΛ.

Σύμφωνα με την πλειονότητα των προαναφερθέντων μελετών στη νοσηλευτική υπάρχει η τάση να μην αναφέρονται επιμελώς τα ΦΛ που συμβαίνουν. Τα υψηλά ποσοστά, περίπου το 1/3, δεν έχουν τόση σημασία όσο το γεγονός ότι από τα ΦΛ, αν και θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί, επηρεάζεται σημαντικά η ασφάλεια των πασχόντων, με επικίνδυνες, έως και θανατηφόρες πολλές φορές συνέπειες.

Από τα λάθη μας όμως είναι που μαθαίνουμε και αυτό που μαθαίνει κάποιος από ένα σφάλμα σήμερα μπορεί να τον βοηθήσει, με διαφορετικούς τρόπους, να αποφύγει ένα άλλο αύριο. Κατά συνέπεια σε ένα σύστημα υγείας θα πρέπει να αναπτυχθούν εκείνοι οι μηχανισμοί που θα επιτρέπουν την καταγραφή των όποιων ΦΛ συμβαίνουν, προκειμένου να δημιουργούνται οι κατάλληλες συνθήκες για την αποφυγή τους.

Ο δείκτης της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας είναι άμεσα συνδεδεμένος με την ασφάλεια των πασχόντων. Βελτιώνοντας τον βαθμό ασφάλειας των πασχόντων βελτιώνεται και δείκτης της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Η πρόληψη του ΦΛ είναι καίριας σημασίας, το ίδιο και η καταγραφή των ΦΛ αφού για να γίνει η πρόληψη των ΦΛ πρέπει πρώτα να αναγνωριστούν και στη συνέχεια να αναπτυχθούν και να εξελιχθούν τρόποι πρόληψης αυτών των αιτιολογικών παραγόντων. Τα ΦΛ δεν αναφέρονται όλα, έτσι ένα μεγάλο μέρος των ΦΛ αφού δεν αναφέρεται, τότε ούτε αντιμετωπίζεται. Κατά συνέπεια κρίνεται απαραίτητο να αποσαφηνιστούν οι λόγοι μη

Το ίδιο το σύστημα υγείας θα πρέπει να εφεύρει τρόπους που θα επιτρέπουν στο νοσηλευτή να αναφέρει οποιοδήποτε λάθος διαπράξει. Ένα από τα πρώτα βήματα που μπορεί να εφαρμοστεί για αντιμετώπιση των λόγων μη αναφοράς των ΦΛ είναι η οικοδόμηση ενός προαιρετικού συστήματος καταγραφής των ΦΛ χωρίς φραγμούς και από ανεξάρτητη αρχή και το οποίο μπορεί να έχει ηλεκτρονική μορφή και η αναφορά να γίνεται μέσω διαδικτύου. Η δήλωση μπορεί να είναι επώνυμη ή ανώνυμη ώστε να μην υπάρχει ο φόβος για πειθαρχική ή/και ποινική δίωξη. Έτσι θα γίνει εφικτή η έρευνα των ΦΛ ώστε να καταστεί γρηγορότερη και αποδοτικότερη. Ταυτόχρονα από τη συστηματική καταγραφή των ΦΛ, μελλοντικές έρευνες θα μπορέσουν να αναπτύξουν προγράμματα και τρόπους αντιμετώπισης των ΦΛ. Όμως οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι και υπόλογοι για τις ενέργειές τους ακολουθώντας τις κλινικές κατευθυντήριες γραμμές και τα πρωτόκολλα, αλλά και σύμφωνα με τον επαγγελματικό κώδικα.

Τέλος, μέσα στον ίδιο το χώρο του νοσοκομείου θα μπορούσε να υπάρχει κάποια επιτροπή αντιμετώπισης κρίσεων στην οποία οι νοσηλευτές θα είχαν τη δυνατότητα να απευθύνονται είτε επώνυμα είτε ανώνυμα μέσω επιστολής, αναφέροντας ΦΛ που διαπράχθηκαν κατά της εκτέλεση των καθηκόντων τους. Σκοπός αυτής της επιτροπής δεν θα είναι η ανεύρεση και η τιμωρία του ατόμου που διέπραξε το λάθος, αλλά η καταγραφή και κατηγοριοποίηση των ΦΛ, η εξέταση των συνθηκών κάτω από τις οποίες αυτά συνέβησαν και η προσπάθεια ανεύρεσης τρόπων εξάλειψης παρόμοιων καταστάσεων. Επίσης αυτή η επιτροπή θα είναι υπεύθυνη και για τη δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων των εργασιών της σε παγκόσμιο επίπεδο, προκειμένου να γίνεται σύγκριση με άλλες νοσηλευτικές μονάδες και οργανισμούς, από διάφορες χώρες.

Συνάμα μπορεί μέσα από εκπαιδευτικά και ενημερωτικά προγράμματα να καλλιεργηθεί η αντίληψη ότι τα ΦΛ δεν είναι πάντοτε και αποκλειστικά προσωπικά λάθη του νοσηλευτή. Όπως επίσης ότι όλα τα ΦΛ, μηδενός εξαιρουμένου, πρέπει να αναφέρονται γραπτώς στο σύστημα καταγραφής των ΦΛ, ώστε να υπάρξει δυνατότητα στον οργανισμό να βελτιώσει τα προγράμματα ασφάλειας των πασχόντων. Πολύ σημαντικό στοιχείο αποτελεί το γεγονός ότι οι νοσηλευτές δεν αναγνωρίζουν όλα τα ΦΛ, ώστε να τα

Μόνο με αυτό τον τρόπο θα γίνει εφικτή η αναζήτηση των αιτιών, που οδήγησαν στο ΦΛ, και κατόπιν, να υπάρξει δράση με κατεύθυνση τη δημιουργία δικλίδων ασφαλείας για την αποφυγή επανάληψης αυτού, ενώ ταυτοχρόνως διαφυλάσσεται το κύρος και την επαγγελματική αυτοπεποίθηση των νοσηλευτών.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Η παρούσα κριτική βιβλιογραφική ανασκόπηση έγινε με κάποιους περιορισμούς όπως η γλώσσα. Τα ερευνητικά άρθρα που ανεβρέθηκαν ήταν γραμμένα στην αγγλική γλώσσα μόνο, και στην ελληνική δεν αποδόθηκε κανένα άρθρο. Αν δεν υπήρχε ο περιορισμός αυτός, ίσως η ηλεκτρονική αναζήτηση να απόδιδε περισσότερα. Συνάμα μέσα από τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων υπήρξε περιορισμός στα άρθρα τα οποία έπρεπε να αναφύονταν ολόκληρα και όχι μόνο η περίληψη. Ένας άλλος περιορισμός ήταν το εύρος στη χρονολογία εκπόνησης των ερευνών, το οποίο ήταν μόνο η τελευταία δεκαετία. Σύμφωνα και με το θέμα της παρούσας εργασίας τέθηκε και ο περιορισμός στο είδος του λάθους και ο πληθυσμός, το οποίο λάθος έπρεπε να ήταν μόνο φαρμακευτικό και ο πληθυσμός να ήταν μόνο νοσηλευτές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Γουλεμάτης Β. Διαχρονική Ανάλυση των ιατρικών λαθών. Πρακτικά Ημερίδας της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών, 8 Δεκεμβρίου 2008.

Κάργα Μ. Διδακτορική Διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής.

Κυρίτση Ε. (2009). Νοσοκομειακή Περίθαλψη και ασφάλεια των ασθενών. Νοσηλευτική, 48:5-6.

Μιχοπάνου Ν.& Μόνιου Α. (2010). Τα λάθη στην κλινική πράξη. Νοσοκομειακά Χρονικά, 72: 380-385.

Ραφτόπουλος Β. (2009). Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Ραφτόπουλος Β. (2005). Η Διαχείριση των κινδύνων και των λαθών στο χώρο της φροντίδας υγείας.

Σκένδρου Ε. (2010). Φαρμακευτικά λάθη: Πρόληψη και διαχείριση. Νοσοκομειακά Χρονικά, 72: 386-392.

Διεθνής

Benjamin DM. (2003). Reducing medication errors and increasing patient safety: case studies in clinical pharmacology. J Clin Pharmacol, 43:768-783.

Chiang HY. & Pepper GA. (2006). Barriers to Nurses' Reporting of Medication Administration Errors in Taiwan. *Journal of Nursing Scholarship*, 38 (4): 392-399.

Chiang HY., Lin SY., Hsu SC., Ma SC.(2010). Factors determining hospital nurses failures in reporting medication errors in Taiwan. *Nurs Outlook*, 58 (1):17-25.

Fry M. & Dacey C. (2007). Factors contributing to incidents in medicine administration. *Br J Nurs*, 16:676-681.

Gibson T. (2001). Nurses and medication error: a discursive reading of the literature. *Nurs Inq*, 8(2):108-17.

Hughes R. & Ortiz E. (2005). Medication Errors. *AJN*, 105 (3):14-24.

Institute of Medicine (1999). *To err is human: building a safer health system*, In Kohn L., Corrigan J., et al ed. Committee on Quality of Health Care in America, National Academy Press, Washington.

Jeongeun K., Kyungeh A., Minah KK., Sook HY. (2007). Nurses Perception of Error Reporting and Patient Safety Culture in Korea. *Western Journal of Nursing Research*, 29 (7): 827-844.

Keohane C. & Bates D. (2008). Medication Safety. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 35:1-11.

Koczmar C., Dueck C., Jelincic V. (2006). To err is human, to share is divine. *Dynamics*, 17:22-25.

Kyprianou M., Kapsou M., Raftopoulos V., Soteriades E. (2010). Knowledge, attitudes and beliefs of Cypriot nurses on the handling of antineoplastic agents. *European Journal of Oncology Nursing* xxx 1–5.

Leape LL., Cullen DJ., Clapp MD. (1999). Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. *JAMA*, 282:267-270.

Lin YH. & Ma SM. (2009). Willingness of Nurses to Report Medication Administration Errors in Southern Taiwan: A Cross-Sectional Survey. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6(4):237–245.

Mayo AM. & Duncan D. (2004). Nurse Perceptions of Medication Errors What We Need to Know for Patient Safety. *Journal of Nursing care quality*, 19 (3): 209-217

Mullan J. (2005). Technology as an aid to the nurse-patient interaction at the bedside. *AJN*, 105(suppl. 3):39.

Petrova E et al. (2010) Nurses' perceptions of medication errors in Malta. *Nursing Standard*, 24 (33): 41-48.

Pepper GA (1995) Errors in drug administration by nurses. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 52, 4, 390-395.

Reason J. (1990). *Human Error*. Cambridge University press, New York.

Reid-Searl K. & Moxham L. (2008). Shifting supervision: implications for safe administration of medication by nursing students. *J Clin Nurs*, 17:2750-2757.

Secker-Walker J. Taylor Adams S. (2002). Clinical incident reporting in clinical risk management: Enhancing Patient Safety, 2nd edition (Vincent C., ed.). BMJ books, London, 419-438.

Taxis K. & Barber N. (2003). Causes of intravenous medication errors: an ethnographic study. *Quality Saf Health Care*, 12:343-348.

Taylor C, Lillis C, Lemone P. Τεκμηρίωση, Αναφορά και Σύσκεψη. Στο: Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής. Η Επιστήμη και τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας. Taylor C, Lillis C, Lemone P. Ιατρικές εκδόσεις ΠΧ Πασχαλίδης. 3^η έκδοση Αθήνα, 2002 τόμος Ι:351-364.

Valentin A., Capuzzo M., Guited B., Moreno R., Metnitz B., Bauer P. (2009). Research Group on Quality Improvement of the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM), Sentinel Events Evaluation (SEE), Study Investigators, “Errors in the administration of parenteral drugs – an urgent safety issue in Intensive Care Units”. Results from a multinational prospective study. *Br Med J* 338:b814.

Vanderveen T. (2005). How is safety systems have prevented medication errors. *AJN*, 105(3):40.

Wright K. (2009). Do calculation errors by nurses cause medication errors in clinical practice? A literature review. *Nurse Educ. Today*, article in press.