



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Επιβλέπων Καθηγητής: Δρ Βασίλειος Ραφτόπουλος

Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΛΑΘΩΝ

ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ

ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ ΛΟΥΚΑ ΑΝΤΡΗ (Α.Φ.Τ 2007582509)

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ 2011

*Στο σύζυγο μου Χρήστο
και στα παιδιά μου Αρίστη και Ερατώ...*

<u>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</u>	<u>ΣΕΛΙΔΑ</u>
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6-9
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	9
(Σκοπός, Στόχοι, Υλικό, Μέθοδος).....	9
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	9-27
Πηγές εργαλείων ποιότητας.....	12-14
Εργαλεία για την πρόληψη και τη διαχείριση των λαθών.....	14-26
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	27-32
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	32-34
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ -ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	34
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	35-37

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Αναντίλεκτα, τα λάθη στην κλινική πράξη αποτελούν φαινόμενο, το οποίο παρατηρείται καθημερινά στους χώρους παροχής φροντίδας υγείας, από όλες τις ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας, και έχουν άμεση επίπτωση στο θεραπευτικό αποτέλεσμα, αλλά και στην ασφάλεια του ασθενούς. Αναλυτικότερα, η έννοια του λάθους αφορά σε κάθε ακούσιο συμβάν, το οποίο αποτελεί απειλή για την ασφάλεια του ασθενούς ή κάθε απόκλιση από τους κανόνες και τις καθιερωμένες πρακτικές του χώρου εργασίας. Πράγματι, το πρόβλημα των λαθών είναι υπαρκτό και γιγαντώνεται καθημερινά επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, και υπονομεύοντας την αξιοπιστία της νοσηλευτικής επιστήμης. Ωστόσο, οι έρευνες και οι προσπάθειες χρησιμοποίησης μεθοδολογικών προσεγγίσεων για τη διασφάλιση ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών συνεχίζονται, ενώ προτείνονται ειδικά εργαλεία για την πρόληψη λαθών, τα οποία θα αναφερθούν στην παρούσα εργασία. **Σκοπός:** Η παρούσα ανασκόπηση σκοπό έχει να διερευνήσει τον τρόπο διαχείρισης των νοσηλευτικών λαθών με την χρήση ειδικών εργαλείων. Οι παράγοντες εμφάνισης των νοσηλευτικών λαθών, οι τρόποι διαχείρισης τους σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο, αλλά και ο ρόλος του επαγγελματία υγείας στην πρόληψη και άμεση αναγνώριση των λαθών, έχουν αποτελέσει τους επιμέρους στόχους της παρούσας μελέτης. **Υλικό και μέθοδος:** Η μέθοδος, που χρησιμοποιήθηκε ήταν η αναζήτηση σχετικής βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων PUBMEND, CINAHL, IATROTEK και SCOPUS. Επιπρόσθετα, έγινε αναζήτηση στο EKT (ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ), για διδακτορική διατριβή με θέμα: «Η διαχείριση των νοσηλευτικών λαθών με τη χρήση εργαλείων ποιότητας». Από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας βρέθηκαν 14 άρθρα, 13 εκ των οποίων πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου, καθώς και μια διατριβή και μια μεταπτυχιακή εργασία. Υλικό αποτέλεσαν επίσης, βιβλία και εγχειρίδια, τα οποία πραγματεύονται το συγκεκριμένο θέμα. **Κριτήρια εισόδου:** Να αναφέρονται στις λέξεις κλειδιά, να είναι στην ελληνική και αγγλική γλώσσα, και να είναι δημοσιευμένα σε βάσεις δεδομένων. **Αποτελέσματα:** Η πολυπλοκότητα της κλινικής περίθαλψης και η περίπλοκη ανθρώπινη συμπεριφορά μπορεί να εμποδίσουν την πλήρη εξάλειψη του κινδύνου, αλλά οι νοσηλευτές είναι σε θέση να δημιουργήσουν μια κουλτούρα ασφάλειας, η οποία να ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο για ανεπιθύμητα γεγονότα με τη βοήθεια εργαλείων ποιότητας, των οποίων η αξία είναι προφανής. **Συμπεράσματα:** Ο τομέας της υγείας οφείλει να χρησιμοποιήσει τα εργαλεία διαχείρισης κινδύνων, τα οποία είναι ήδη διαθέσιμα, και να εκπονήσει τα δικά του σχέδια για την διαχείριση των κλινικών κινδύνων.

Λέξεις κλειδιά ασφάλεια, στάση, κλίμακα, σέξτον

ABSTRACT

Introduction: Undoubtedly, errors in clinical practice are defined as any unintentional incident which poses a threat to patient safety or as any deviation from the rules and established practices of the workplace. These errors are, unfortunately, a daily occurrence in health care provision, and have a direct impact on the therapeutic efficacy and safety of the patient. Over the years the number of errors is growing and affects the quality of health care services and consequently undermining the credibility of nursing. Nevertheless, research and methodological approaches are being utilized to ensure ongoing quality services. This paper refers to specific tools that have been developed.

Purpose: This study pinpoints the management of medical errors through the use of the above tools. Additionally, it analyzes the factors that lead to nursing mistakes, their management at the individual and collective level, and the role of health professionals in the prevention and prompt recognition of such errors.

Material and method: Literature databases (PUBMEND, CINAHL, IATROTEK, SCOPUS) were used for the literature review. In addition through the use of ESF and by using the command ‘The management of medical errors by using quality tools’ we found fourteen articles, thirteen of which met the entry criteria, one Doctorate thesis and one Master’s thesis. Books and manuals were also used.

Entry Criteria: Keywords, in Greek and in English, analyzing the related concepts.

Results: The complexity of clinical care and of human behavior prevents the complete elimination of risk. Nurses are called to create a safety culture that will minimize the risk of adverse incidents through the utilization of quality tools that have an obvious value.

Conclusions: The health sector is required to use risk management tools, which are already available, and to develop their own plans for the management of clinical risk.

Keywords: safety, attitude, scale and sexton.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αποτελεί κοινό τόπο, ότι παγκοσμίως παρατηρείται ένα διαρκώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για την ανάπτυξη προγραμμάτων διασφάλισης και συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Αναπόσπαστο κομμάτι του προγράμματος διασφάλισης της ποιότητας της φροντίδας, αποτελεί και η ολοκληρωμένη εφαρμογή ενός προγράμματος διαχείρισης των λαθών, το οποίο αφορά τις υπηρεσίες υγείας και υποστηρίζει την ασφάλεια των ασθενών (Ραφτόπουλος,2009). Το ενδιαφέρον, το οποίο παρατηρείται τα τελευταία χρόνια σχετικά με τα ιατρονοσηλευτικά λάθη αποτελεί απότοκο, αφενός της συσχέτισης τους με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, και αφετέρου με τη μορφή των δικαστικών διαδικασιών και αποζημιώσεων από πλευράς των ασθενών και των ασφαλιστικών ταμείων (Κάργα,2009).

Αποσαφηνίζοντας κανείς την έννοια του **λάθους**, το λάθος ορίζεται ως κάθε ακούσιο συμβάν, το οποίο αποτελεί απειλή για την ασφάλεια του ασθενούς, ή κάθε απόκλιση από τους κανόνες και τις καθιερωμένες πρακτικές του χώρου εργασίας (Κυρίτση Ε,2009). Σύμφωνα με τον Ραφτόπουλο (2009), το λάθος ορίζεται ως μια πράξη, η οποία δεν επιτυγχάνεται το επιθυμητό αποτέλεσμα, που μπορεί να είναι η αναλγησία, ή μυοχάλαση ή οποιαδήποτε άλλη ύφεση δυσάρεστων συμπτωμάτων. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με την JCAHO (1989), ο όρος **διασφάλιση** αφορά στην εξασφάλιση μιας κατάστασης επίτευξης και εγγύησης της τελειότητας. Κατ'αναλογία, η διασφάλιση της ποιότητας αναφέρεται γενικά στις προσπάθειες, τις οποίες καταβάλλει ένας οργανισμός, ή στην δεδηλωμένη ικανότητα του να παρέχει υπηρεσίες σύμφωνα με αποδεκτά επαγγελματικά πρότυπα, και με τρόπο αποδεκτό στο χρήστη των υπηρεσιών αυτών.

Στην έκθεση του Ινστιτούτου Ιατρικής(ΙΟΜ) το 1999, “Το να σφάλλεις είναι ανθρώπινο” (To Err Is Human), τα ιατρικά λάθη επισημάνθηκαν ως η κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στο σύστημα υγείας των ΗΠΑ, με 44.000 έως 98.000 θανάτους ετησίως τοποθετώντας τον πρόωρο θάνατο στην 8^η θέση ανάμεσα στις αιτίες θανάτου στις Η.Π.Α, μπροστά από τα τροχαία ατυχήματα, τον καρκίνο του μαστού και την λοίμωξη από HIV (Kohn et al,2000, Shah et al,2004).

Οι παράγοντες, που σχετίζονται με την εμφάνιση των λαθών στην κλινική πρακτική αφορούν στην υποστελέγχιση σε νοσηλευτικό προσωπικό, το μη ασφαλές εργασιακό περιβάλλον, τη βαρύτητα των ασθενών, τον αυξανόμενο φόρτο εργασίας, το κυκλικό ωράριο, το επίπεδο εκπαίδευσης, και την επαγγελματική εξουθένωση. Η ανεπαρκής

στελέχωση και το επίπεδο εκπαίδευσης θεωρούνται ως οι σημαντικότεροι παράμετροι, οι οποίοι θέτουν σε κίνδυνο τον ασθενή, ενώ παράλληλα καθιστούν το επίπεδο της φροντίδας χαμηλό (Konver C et al,1998, Aiken LH et al,2002, Aiken LH,2003).

Κατά τη διαμόρφωση μιας απάντησης στο πρόβλημα των λαθών, το Ινστιτούτο Ιατρικής υπέδειξε, ότι “τα λάθη προκαλούνται από ελαττωματικά συστήματα, διαδικασίες, και συνθήκες, που οδηγούν τους ανθρώπους να διαπράττουν λάθη ή αδυνατούν να τα αποτρέψουν”. Η κουλτούρα γύρω από την ασφάλεια των ασθενών μπορεί να θεωρηθεί ως ένα από τα συστήματα ή τις καταστάσεις, οι οποίες συνδέονται στενά με το πρόβλημα των λαθών στην υγειονομική περίθαλψη, ενώ η κουλτούρα ασφάλειας θεωρείται όλο και περισσότερο ως κεντρικός άξονας στο να γίνουν τα νοσοκομεία οργανισμοί υψηλής αξιοπιστίας. Η πρόσφατη νομοθεσία, που ψηφίστηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες καθιερώνει μια “εμπιστευτική δομή αναφοράς στην οποία οι γιατροί, τα νοσοκομεία, και άλλοι επαγγελματίες υγειονομικής φροντίδας μπορούν εθελοντικά να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με λάθη στους Οργανισμούς Ασφάλειας των ασθενών”, η οποία προσπαθεί να ενισχύσει την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών μέσω της μέτρησης και των κατάλληλων παρεμβάσεων (Paine et al,2010).

Συν τοις άλλοις, για τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών (ANA,1996) η διασφάλιση της ποιότητας «αποτελεί ένα πρόγραμμα συστηματικής αξιολόγησης της φροντίδας, με στόχο την εγγύηση της τελειότητας στην παροχή της». Αποτελεί, δηλαδή, ένα πρόγραμμα που περιλαμβάνει:1) τη μέτρηση του βαθμού εκπλήρωσης των προτύπων και 2)την λήψη διορθωτικών μέτρων, βάσει των αποτελεσμάτων, με σκοπό την βελτίωση της φροντίδας. Η διασφάλιση της ποιότητας προϋποθέτει την υποκίνηση, τη συνεργασία, την εκπαίδευση, τη συλλογή δεδομένων, την ανάλυση και τη λήψη παρεμβατικών μέτρων.

Αναμφισβήτητα, οι νοσηλευτές, ως η μεγαλύτερη επαγγελματική ομάδα στον τομέα της υγειονομικής φροντίδας, η οποία έχει ενεργή συμμετοχή σε όλα τα επίπεδα του υγειονομικού συστήματος, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον προσδιορισμό των διαφόρων πτυχών της εργασίας τους, και μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα, να εξασφαλίσουν την ασφάλεια και την ικανοποίηση του ασθενούς, αλλά και να αυξήσουν την αποδοτικότητα της φροντίδας. Η παρούσα έλλειψη προσωπικού καθιστά έντονη την ανάγκη οι νοσηλευτές να είναι σε θέση να έχουν πρόσβαση σε ήδη ανεπτυγμένα και δοκιμασμένα εργαλεία και πληροφορίες βασισμένα σε αποδείξεις, που μπορούν να

εφαρμοστούν στην κλινική περίπτωση, την οποία αντιμετωπίζουν (Nix,Coorey & Clancy,2006).

Στα πλαίσια της πρόληψης των λαθών, οι Ευρωπαϊκοί Οργανισμοί συνεχίζουν να συζητούν μεθόδους και εργαλεία, που θα συμβάλουν αποτελεσματικότερα στη διασφάλιση ασφαλούς και υψηλής ποιότητας φροντίδας, καθώς και στην εξασφάλιση πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το 8%-12% των ασθενών, οι οποίοι εισάγονται σε νοσοκομεία στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης αντιμετωπίζουν ανεπιθύμητα γεγονότα κατά τη διάρκεια της περίθαλψης τους, αν και κάποια από αυτά τα γεγονότα αποτελούν μέρος του εγγενούς κινδύνου, που συνδέεται με τη λήψη περίθαλψης. Ωστόσο, τα περισσότερα από αυτά τα ανεπιθύμητα γεγονότα προκαλούνται από λάθη, που θα μπορούσαν να αποφευχθούν, όπως για παράδειγμα λάθη στη διάγνωση, ανικανότητα να ενεργήσει ο νοσηλευτής ανάλογα με τα αποτελέσματα των εξετάσεων, λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή, λανθασμένη λειτουργία του εξοπλισμού, καθώς και νοσοκομειακές λοιμώξεις (Stievano et al,2009). Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί, ότι μόνο οι νοσοκομειακές μολύνσεις υπολογίζεται ότι επηρεάζουν 4.1 εκατομμύρια ασθενείς, δηλαδή περίπου ένας (1) στους είκοσι (20) ασθενείς, προκαλώντας τλαιπωρία και θνησιμότητα, καθώς και τεράστια απώλεια οικονομικών πόρων (τουλάχιστον €5.48 δισεκατομμύρια το χρόνο).

Παράλληλα, η Αμερικανική Υπηρεσία για την έρευνα και την ποιότητα στην Υγεία Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) έχει χρηματοδοτήσει τη δημιουργία ποιοτικών εργαλείων και πόρων, έτσι ώστε να παρέχουν προσβάσιμες ερευνητικές αποδείξεις, οι οποίες να προσαρμόζονται εύκολα στις διάφορες κλινικές περιπτώσεις. Τα εργαλεία ποιότητας περιλαμβάνουν ιστοσελίδες, αναφορές, βάσεις δεδομένων, ενημερωτικά δελτία, οδηγούς και άλλους μηχανισμούς, με στόχο να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας, τους νομοθέτες στον τομέα υγείας, τα σχέδια υγείας, τους εργοδότες, τους ασθενείς καθώς και τους καταναλωτές στη δημιουργία, προώθηση και ανάπτυξη της ποιότητας, σε οργανισμό ή στην καθημερινότητα ενός ατόμου. Όπως προκύπτει, η αξία των εργαλείων στην εφαρμογή των πρακτικών αυτών, στη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας του ασθενή είναι προφανής. Συνεπώς, η διερεύνηση των παραγόντων, που σχετίζονται με την εμφάνιση των λαθών μέσω της χρήσης εργαλείων είναι αναγκαία και απαραίτητη (Nix, Coorey & Clancy,2006).

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σκοπός

Η παρούσα μελέτη σκοπό έχει να αναδείξει τον τρόπο διαχείρισης των νοσηλευτικών λαθών με τη χρήση εργαλείων.

Στόχοι

Να αναφερθούν οι πηγές των εργαλείων ποιότητας.

Να διαφανούν οι παράγοντες εμφάνισης των νοσηλευτικών λαθών.

Να παρουσιαστούν τρόποι διαχείρισης των λαθών σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο.

Να αναδειχθεί ο ρόλος του επαγγελματία υγείας στην πρόληψη και άμεση αναγνώριση των λαθών.

Υλικό & μέθοδος

Η μέθοδος, που χρησιμοποιήθηκε ήταν η αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας σε βάσεις δεδομένων, όπως PUBMED, CINAHL, IATROTEK και SCOPUS με λέξεις κλειδιά safety, attitudes, scale, sexton. Επιπρόσθετα, έγινε αναζήτηση στο EKT για διδακτορική διατριβή στο θέμα: Η διαχείριση των νοσηλευτικών λαθών με τη χρήση εργαλείων ποιότητας.

Από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας επιλέχτηκαν 14 άρθρα, 13 από τα οποία πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου, μια διατριβή και μια μεταπτυχιακή εργασία.

Υλικό αποτέλεσαν επίσης, βιβλία και εγχειρίδια με βάση το συγκεκριμένο θέμα.

Τα κριτήρια εισόδου ήταν:

- Να αναφέρονται στις λέξεις κλειδιά.
- Να είναι στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.
- Να είναι δημοσιευμένα σε βάσεις δεδομένων
- Να είναι έρευνες

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αναμφίβολα, η διασφάλιση των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας αποτελεί μεγάλη πρόκληση στις μέρες μας, ειδικά αν ληφθεί υπόψη η αυξανόμενη κινητικότητα των επαγγελματιών υγείας, αλλά και των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, τα τελευταία χρόνια οι έρευνες έχουν συμβάλει στη δημιουργία μιας “κουλτούρας” ασφάλειας, η

οποία αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της κλινικής φροντίδας και ακρογωνιαίο λίθο των συστημάτων υγειονομικής φροντίδας (Schwoebel & Creely,2010).

Στον Πίνακα 1 αναφέρονται οι ανασκοπήσεις, οι οποίες ασχολήθηκαν με το συγκεκριμένο θέμα και μια έρευνα, ενώ ομαδοποιημένες έρευνες αναφέρονται στον Πίνακα 3.

Στο παρόν σημείο κρίνεται αναγκαίο να αναφερθεί κανείς στην Αμερικανική Υπηρεσία για την έρευνα και την ποιότητα στην Υγεία Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), η οποία έχει χρηματοδοτήσει τη δημιουργία ποιοτικών εργαλείων και πόρων, έτσι ώστε να παρέχουν προσβάσιμες ερευνητικές αποδείξεις που να προσαρμόζονται εύκολα στις διάφορες κλινικές περιπτώσεις (Nix,Coorey & Clancy,2006).

Πίνακας 1. Μελέτες ανασκόπησης

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ/ΕΤΟΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΣΤΟΧΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ/ΚΥΡΙΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ
Nix MP. et al, 2006	Ανασκόπηση	Εργαλεία ποιότητας για την βελτίωση της φροντίδας και την πρόληψη λαθών	Για να είναι οι πηγές χρήσιμες και να περιέχουν σχετικές πληροφορίες απαιτείται συμμετοχή στην προσφορά της γνώσης και των εργαλείων που έχουν αναπτύξει, απαιτείται συνεργασία Η AHRQ χρηματοδότησε τη δημιουργία εργαλείων ποιότητας και πόρων έτσι ώστε να παρέχουν προσβάσιμες ερευνητικές αποδείξεις που προσαρμόζονται εύκολα στις διάφορες κλινικές πρακτικές
Paine et al. 2010	Ανασκόπηση	Η ανασκόπηση των διαθέσιμων ποσοτικών οργάνων για την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας για τους ασθενείς.	Η ανασκόπηση απέφερε 13 εργαλεία, τα οποία καλύπτουν συνολικά 23 επιμέρους διαστάσεις της ασφάλειας των ασθενών
Bass A et al,2007	Ανασκόπηση	Τα πιο πρόσφατα εργαλεία για ασθενείς με διαβήτη	Η πρόοδος στη φροντίδα του διαβήτη έχει δώσει στους ασθενείς και στους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης τα εργαλεία που απαιτούνται για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του,(Εργαλειοθήκη).

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ/ΕΤΟΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΣΤΟΧΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ/ΚΥΡΙΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ
Michel et al. 2007	Προοπτική Μελέτη	<p><u>Δείγμα</u> 8754 ασθενείς</p> <p><u>Μέρος έρευνας</u> 292 θαλάμους , 7 νοσοκομείων πάνω από 35,234 ημέρες νοσηλείας</p> <p><u>Σχεδιασμός Έρευνας</u> Παρακολούθηση ασθενών για 7 μέρες(κάθε ομάδα)</p> <p><u>Ερευνητικό Ερώτημα</u> Ποια τα ανεπιθύμητα γεγονότα στην ιατρική και χειρουργική δραστηριότητα τόσο σε δημόσια όσο και σε ιδιωτικά νοσοκομεία και ποια η κλινική κατάσταση των ασθενών και των ενεργών λαθών;</p>	<p>Η συμμόρφωση με τα πρωτόκολλα υγειονομικής φροντίδας δεν είναι πάντοτε αρκετή για την αποφυγή ανεπιθύμητων γεγονότων. Σε συνδυασμό με το γεγονός ότι μπορεί να βρεθούν σε έκτακτη ανάγκη, η κατάστασή τους δεν καλύπτεται επαρκώς από την κλινική καθοδήγηση.</p> <p>Η πρόληψη των ανεπιθύμητων γεγονότων επηρεάζεται από την τήρηση των συστάσεων για σωστές πρακτικές.</p>
Verschoor K. et al,2007	Αξιολογική Παρέμβαση	Δημιουργία μιας κουλτούρας ασφάλειας στο Κέντρο Υγείας Παιδιών και Γυναικών της Βρετανικής Κολομβίας	<p>Οι ηγέτες πρώτης γραμμής διαδραματίζουν έναν καθοριστικό ρόλο στη δημιουργία μιας κουλτούρας στην οποία οι συζητήσεις και η επίλυση προβλημάτων είναι ο κανόνας.</p> <p>Η ηγεσία σε όλα τα επίπεδα σε ένα οργανισμό πρέπει να είναι πρότυπο και να υποστηρίζει την έρευνα χωρίς επικρίσεις σε θέματα ασφάλειας.</p>

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ/ΕΤΟΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΣΤΟΧΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ/ΚΥΡΙΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ
Dillon KA.et al,2008	Αξιολογική Παρέμβαση	Time Out: An Analysis	<p>Η ασφάλεια των ασθενών είναι ευθύνη ολόκληρης τη χειρουργικής ομάδας, αλλά ως υπερασπιστής του ασθενή ο νοσηλευτής θα πρέπει να αναλάβει ηγετικό ρόλο στο χειρουργείο.</p> <p>Τα συστήματα υγειονομικής φροντίδας θα πρέπει να ακολουθούν το Διεθνές Πρωτόκολλο της Συλλογικής Επιτροπής και θα πρέπει να έχουν διαθέσιμα εργαλεία για να διασφαλίσουν ότι οι ασθενείς θα υποβληθούν στη σωστή χειρουργική επέμβαση.</p>
Stievano A, 2009	Αξιολογική Παρέμβαση	Ένα νέο σύστημα ανταλλαγής πληροφοριών έτσι ώστε οι νοσηλευτές να ενισχύσουν την ασφάλεια των ασθενών σε ολόκληρη την Ευρώπη	Μέσω του IMI, η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Νοσηλευτικών και Ρυθμιστικών Οργάνων(European Federation et Nursing Regulators) θα βελτιώσει την ηλεκτρονική βάση δεδομένων της, για καλύτερη ανταλλαγή πληροφοριών , με σκοπό την αναγνώριση των εκπαιδευτικών και επαγγελματικών προσόντων και ικανοτήτων των νοσηλευτών
Zikos D.et al,2010	Αξιολογική Παρέμβαση	Ένα πλαίσιο για την Ανάπτυξη της Εκπαίδευσης σχετικά με την Ασφάλεια των Ασθενών και Κατευθυντήριες Γραμμές για την Κατάρτιση	Βάσει του ρόλου και των καθηκόντων τους στην παροχή της υγειονομικής φροντίδας, όλοι οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας θα πρέπει να επιδείξουν ικανότητά στη θεμελιώδη γνώση, στις συμπεριφορές και δεξιότητες για την ασφάλεια των ασθενών, θέτοντας τις κατευθύνσεις για ποιοτική και ασφαλή υγειονομική περίθαλψη.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ/ΕΤΟΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΣΤΟΧΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ/ΚΥΡΙΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ
Schwoebel A.et al, 2010	Αξιολογική Παρέμβαση	Βελτίωση της ασφάλειας στη φροντίδα των νεογνών μέσω της ανάπτυξης και εφαρμογής της ομάδας Delta	Η ασφάλεια των ασθενών πρέπει να αποτελεί κορυφαία προτεραιότητα και οι νοσηλευτές είναι απαραίτητα και ουσιαστικά μέλη της ομάδας για τη βελτιστοποίηση των προσπαθειών για την ασφάλεια των ασθενών. Η ασφάλεια και συνεπώς οι λύσεις για μεγαλύτερη ασφάλεια δεν αφορούν μόνο μια μονάδα ή κλάδο.

Πηγές εργαλείων ποιότητας

Το Δεκέμβριο του 2003 το AHRQ δημιούργησε την ιστοσελίδα, η οποία ασχολείται με τα εργαλεία ποιότητας. Εν ολίγοις, ο ιστοχώρος αυτός εδραιώθηκε ως μια βάση δεδομένων, αλλά και ως μια διαδικτυακή αποθήκη πρακτικών και έτοιμων προς χρήση εργαλείων για την αξιολόγηση, μέτρηση, προώθηση και βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης στην Αμερική. Η αποστολή του οργανισμού είναι να προσφέρει στους παροχείς υγειονομικής φροντίδας, στα σχέδια υγείας, στους σχεδιαστές πολιτικής όσον αφορά στην υγεία, αγοραστές, ασθενείς και καταναλωτές έναν προσβάσιμο μηχανισμό, ο οποίος να παρέχει προτάσεις, πρωτοβουλίες και αρχές για την βελτίωση της ποιότητας, να βελτιώνει την παροχή και λήψη περίθαλψης, να υποβοηθά τις αποφάσεις, που αφορούν στην περίθαλψη, και να εκπαιδεύει τον κάθε πελάτη ξεχωριστά σχετικά με τις ανάγκες της υγειονομικής του περίθαλψης (Nix, Coorey & Clancy,2006).

Τα περιεχόμενα του QualityTools περιλαμβάνουν περιλήψεις των εργαλείων χρησιμοποιώντας ελεγχόμενους όρους και περιγραφές. Αυτές οι περιλήψεις αποτελούν έναν εύχρηστο μηχανισμό για την λήψη τυποποιημένων πληροφοριών για τα εργαλεία, ενώ επιπλέον περιλαμβάνουν εξωτερικούς συνδέσμους για άλλους ιστοχώρους αφιερωμένους στο κάθε εργαλείο ξεχωριστά, οι οποίοι ανέπτυξαν το συγκεκριμένο εργαλείο (Nix,Coorey & Clancy,2006).

National Guideline Clearinghouse (Εθνικό Γραφείο Οδηγιών)

Το National Guideline Clearinghouse (NGC, www.guideline.gov) του AHRQ, μια διαδικτυακή αποθήκη με πρακτικές οδηγίες, βασισμένες σε αποδείξεις, που

δημιουργήθηκε το 1998, αποτελεί μία επιπρόσθετη πηγή εργαλείων. Ενώ το QualityTools και το NGC αποτελούν παρεμφερείς ιστοσελίδες, εντούτοις, ένα από τα κριτήρια του QualityTools είναι το εργαλείο να είναι προσβάσιμο από το διαδίκτυο, κάτι το οποίο δεν ισχύει και για το NGC. Επομένως, οι νοσηλευτές μπορούν να βρουν εργαλεία στο NGC που δεν υπάρχουν στο QualityTools. Τα εργαλεία, τα οποία είναι διαθέσιμα στο NGC έχουν αναπτυχθεί σε συνδυασμό με οδηγίες για να βοηθήσουν τους παροχείς φροντίδας (νοσηλευτές, γιατρούς, νοσοκομεία) να τα εφαρμόσουν. Το NGC περιλαμβάνει πάνω από 1500 εργαλεία συνοδευόμενα από οδηγίες. Οι κλινικοί αλγόριθμοι, οδηγοί τσέπης και σύντομοι βοηθητικοί οδηγοί συγκροτούν περισσότερο από τα 2/3 του συνόλου των εργαλείων. Οι αναγνώστες μπορούν να χρησιμοποιήσουν τη μηχανή αναζήτησης στο www.guideline προκειμένου να επεξεργαστούν το υλικό της συγκεκριμένης μηχανής αναζήτησης. Οι περισσότεροι υπεύθυνοι για τη δημιουργία και ανάπτυξη οδηγιών και σχετικών εργαλείων, αναπτύσσουν συνήθως περισσότερα από ένα εργαλεία. Όπως και το QualityTools, το NGC ανανεώνεται κάθε βδομάδα με νέα και βελτιωμένα εργαλεία και οδηγίες (Nix,Coopey & Clancy,2006).

Patient Safety Network (Δίκτυο ασφάλειας ασθενών)

Τα εργαλεία, που αναπτύχθηκαν για χρήση σε προγράμματα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών μπορούν να ληφθούν μέσω της νέας ιστοσελίδας του AHRQ, το Patient Safety Network AHRQ PSNet (<http://psnet.ahrq.gov/>). Αυτή η σελίδα αποτελεί μια πολύτιμη πύλη για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών και την πρόληψη ιατρικών λαθών, ενώ αποτελεί ταυτόχρονα την πρώτη συνολική προσπάθεια ώστε να μάθουν οι παροχείς υπηρεσιών υγείας, οι διοικούντες, και οι καταναλωτές για όλες τις πτυχές της ασφάλειας των ασθενών. Η ιστοσελίδα περιλαμβάνει περιλήψεις των εργαλείων και συμπεράσματα ερευνών σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών, πληροφορίες σχετικά με επερχόμενες συναντήσεις και διασκέψεις καθώς και συνδέσμους με άρθρα, βιβλία και αναφορές. Οι ακόλουθοι τύποι εργαλείων μαζί με τον διαθέσιμο αριθμό τους είναι κάποιες από τις κατηγορίες που υπάρχουν σε αυτή τη σελίδα: οπτικοακουστικά(23), βιβλία/αναφορές(108), κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες (8) και ιστοχώροι(154), οι οποίοι περιλαμβάνουν συνδέσμους με προγράμματα σπουδών / μαθημάτων, βάσεις δεδομένων, χώρους συζητήσεων και κυβερνητικές ιστοσελίδες (Nix,Coopey & Clancy,2006).

Προσαρμογή των εργαλείων για τοπική χρήση

Επιπλέον, ομοσπονδιακά χρηματοδοτούμενες οδηγίες και εργαλεία διατίθενται στο δημόσιο τομέα, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν χωρίς να ληφθεί σχετική άδεια, η οποία να εμπίπτει στα πλαίσια του νόμου περί πνευματικής ιδιοκτησίας. Μερικά από αυτά, ωστόσο, είναι πιθανόν να περιλαμβάνουν συγκεκριμένους πίνακες ή υλικό, το οποίο καλύπτεται από περιορισμούς πνευματικών δικαιωμάτων. Σε περίπτωση, που οι δημιουργοί διατηρούν τα πνευματικά δικαιώματα του προϊόντος τους, πρέπει να ληφθεί άδεια από τους ίδιους για τη χρησιμοποίηση του υλικού τους, ενώ μπορεί να υπάρξει και χρηματικό αντίτιμο. Η κάθε ιστοσελίδα αναφέρει τις απαιτήσεις της για τη λήψη και χρησιμοποίηση των εργαλείων της, και κατά πόσο απαιτείται άδεια πνευματικών δικαιωμάτων (Nix,Coorey & Clancy,2006).

Εργαλεία για την πρόληψη και διαχείριση των λαθών

Οι προσπάθειες για την αξιολόγηση και τη βελτίωση της κουλτούρας ασφάλειας, και σαφέστερο προσδιορισμό του ρόλου της στην ασφάλεια των ασθενών, διευκολύνονται από τις μετρήσεις της. Με τον προσδιορισμό των χαρακτηριστικών ενός οργανισμού, τα οποία είναι αρνητικά για τους πελάτες, και ενδεχομένως σχετίζονται με την ασφάλεια, οι διευθυντές έχουν τη δυνατότητα να παρέμβουν, ώστε να βελτιώσουν την ποιότητα της περίθαλψης (Sexton et al,2006c).

Τα υπάρχοντα εργαλεία αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών είναι πολυάριθμα, ενώ είναι λίγες οι πληροφορίες στη βιβλιογραφία, που παρέχουν καθοδήγηση στους χρήστες ή τους ερευνητές για την επιλογή των εργαλείων για έρευνα ή για πρωτοβουλίες σχετικά με τις μετρήσεις για την βελτίωση της ασφάλειας. Προηγούμενες ανασκοπήσεις των οργάνων για την κουλτούρα, που έχουν σχεδιαστεί για την υγειονομική φροντίδα, έχουν επικεντρωθεί όχι μόνο στα όργανα, που απευθύνονται στην κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών, αλλά και στην οργανωτική κουλτούρα, ή έχουν συμπεριλάβει τα όργανα ασφάλειας των εργαζομένων (Sexton et al,2006c).

Η ορολογία και το πεδίο των διαστάσεων, που αναφέρονται στη βιβλιογραφία είναι ποικίλα (για παράδειγμα κάποιοι συγγραφείς καθόρισαν την ομαδική εργασία με μια ευρεία έννοια και συμπεριέλαβαν σε αυτήν ερωτήματα, τα οποία άλλοι συγγραφείς τοποθέτησαν σε μια χωριστή διάσταση που ονομάζεται ανοιχτή επικοινωνία). Στον

Πίνακα 2 αναγράφονται τα εργαλεία της συγκεκριμένης έρευνας μαζί με τον αριθμό των ερωτήσεων τους και τη φύση τους (Sexton et al,2006c).

Πίνακας 2: Τα εργαλεία που αξιολογούν το κλίμα ασφάλειας

Εργαλεία	Αριθμός των ερωτήσεων και η φύση τους
Safety Attitudes Questionnaire,* ICU version	63 ερωτήσεις κλειστού τύπου Κλίμακα Likert συμφωνώ – διαφωνώ
Veteran Affairs Palo Alto/ Stanford Patient Safety Center for Inquiry	89 ερωτήσεις κλειστού τύπου Κλίμακα Likert συμφωνώ – διαφωνώ
Veterans Health Administration Patient Safety Questionnaire	112 στοιχεία κλειστού τύπου Κλίμακα Likert συμφωνώ – διαφωνώ
Hospital Safety Culture Questionnaire (modified from Operating Room Management Attitudes Questionnaire[ORMAQ])	99 ερωτήσεις κλειστού και ανοικτού τύπου Κλίμακα Likert συμφωνώ – διαφωνώ
Agency for Healthcare Research and Quality Hospital Survey on Patient Safety	44 ερωτήσεις κλειστού τύπου Κλίμακα Likert
Safety Climate Survey	21 ερωτήσεις κλειστού τύπου Κλίμακα Likert συμφωνώ – διαφωνώ
Allina Hospitals and Clinics‡	20 ερωτήσεις κλειστού και ανοικτού τύπου Κλίμακα Likert συμφωνώ – διαφωνώ
Culture of Safety Survey	27 ερωτήσεις κλειστού τύπου Κλίμακα Likert συμφωνώ – διαφωνώ
Safety Climate Scale	10 ερωτήσεις κλειστού τύπου Κλίμακα Likert συμφωνώ – διαφωνώ με 5 σημεία
Trainee Supplemental Survey (Children’s Hospital Boston)	41 ερωτήσεις κλειστού τύπου Κλίμακα Likert με 6 σημεία

Εργαλεία	Αριθμός των ερωτήσεων και η φύση τους
Teamwork and Patient Safety Attitudes Questionnaire	24 ερωτήσεις κλειστού τύπου συμφωνώ – διαφωνώ Κλίμακα Likert με 5 σημεία
Modified ORMAQ	60 ερωτήσεις κλειστού τύπου Κλίμακα Likert συμφωνώ – διαφωνώ
Patient Safety Climate in Anesthesia	54 ερωτήσεις κλειστού τύπου Κλίμακα Likert συμφωνώ – διαφωνώ
Trainee Supplemental Survey (Children's Hospital Boston)	41 ερωτήσεις κλειστού τύπου Κλίμακα Likert με 6 σημεία

Οι Kristensen και Bartels (2007) δημοσίευσαν μια γενική ανασκόπηση πέντε εργαλείων αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς, τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί σε έρευνες τόσο στις ΗΠΑ όσο και στη Μ. Βρετανία. Αυτά τα εργαλεία είναι:

- CAIR (The 30 checklist for assessing institutional resilience – University of Manchester, UK),
- HSPSC (The Hospital Survey on Patient Safety Culture – Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ, USA),
- MaPSaF (Manchester Patient Safety Assessment Framework –University of Manchester, UK),
- SAQ (The Safety Attitudes Questionnaire – University of Texas, USA),
- SCS (The Safety Climate Survey – Institute of Healthcare Improvement, USA).
- ORMAQ (Operating Room Management Attitude Questionnaire)

Το Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης των Στάσεων του προσωπικού για την ασφάλεια (SAQ), είναι το κορυφαίο εργαλείο Διασφάλισης Ποιότητας επαγγελματικού οργανισμού, γνωστή ως καινοτόμος ηγέτης στην παροχή επαγγελματικής ανάπτυξης, εκπαίδευσης και κατάρτισης (Νταντάνα,2010). Το SAQ, (Safety Attitudes

Questionnaire) αποτελεί το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί σε 6 έρευνες (Πίνακας 3), και με έναν συντελεστή εσωτερικής συνοχής Cronbach's Alpha = 0,90.

Πίνακας 3 : Κυριότερες έρευνες που έχουν χρησιμοποιήσει το SAQ

ΕΡΕΥΝΑ	ΕΙΔΟΣ	ΕΡΓΑΛΕΙΟ	ΔΕΙΓΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Modak et al, 2007	Περιγραφική	Safety Attitudes questionnaire (SAQ)	N=282	Να προσαρμοστεί το safety attitudes questionnaire (SAQ) σε εξωνοσοκομειακά περιβάλλοντα και να γίνει σύγκριση της στάσης μεταξύ των διαφορετικών τύπων παροχέων σε εξωτερικά ιατρεία	Το SAQ-A είναι ένα αξιόπιστο εργαλείο για την καταγραφή των στάσεων των παροχέων σχετικά με εξωνοσοκομειακές συνθήκες εργασίας. Οι στάσεις σχετικά με τα ιατρικά λάθη μπορεί να διαφέρουν μεταξύ των διαφόρων τύπων παροχέων και να αντανακλούν τις συμπεριφορές και τις κλινικές διαδικασίες που θα μπορούσαν να βελτιωθούν.
Sexton et al, 2006b	Αναλυτική μελέτη	Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)	N = 10.843	Μέτρηση των στάσεων των παροχών υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με ζητήματα που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών.	Οι στάσεις των παροχέων διέφεραν σε μεγάλο βαθμό τόσο εντός όσο και μεταξύ των οργανισμών.
Sexton et al, 2006c	Περιγραφική μελέτη	Safety Attitudes Questionnaire teamwork climate scale.	44 νοσοκομεία Μονάδες Τοκετού	Ο έλεγχος της ψυχομετρικής ορθότητας μιας έρευνας για το κλίμα ομαδικής συνεργασίας στις μονάδες τοκετού, η εξέταση των διαφορετικών αντιλήψεων της ομαδικής συνεργασίας και η παροχή δεδομένων για συγκριτική ανάλυση.	Καταδεικνύεται μια ψυχομετρικά ορθή κλίμακα αναφορικά με το κλίμα ομαδικής συνεργασίας, τη συσχετίζουμε με εξωτερικά στοιχεία σχετικά με το κλίμα συνεργασίας, και παρέχουμε δεδομένα για συγκριτική ανάλυση.

ΕΡΕΥΝΑ	ΕΙΔΟΣ	ΕΡΓΑΛΕΙΟ	ΔΕΙΓΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Pronovost et al, 2008	Περιγραφική μελέτη	Teamwork Climate Scale of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)	99 ΜΕΘ	Να περιγράψει το σχεδιασμό και τα διδάγματα από την εφαρμογή μιας συνεργασίας μεγάλης κλίμακας για την ασφάλεια των ασθενών και τις επιπτώσεις μιας παρέμβασης στο κλίμα ομαδικής συνεργασίας σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας σε ολόκληρη την πολιτεία του Μίσιγκαν.	Οι στατιστικές δοκιμασίες επιβεβαίωσαν ότι τα αποτελέσματα του κλίματος ομαδικής συνεργασίας αποτελούσαν ένα έγκυρο μέτρο της ομοφωνίας σχετικά με το κλίμα ομαδικής εργασίας μεταξύ των παροχών φροντίδας σε μια ΜΕΘ,
Κάργα,(2009)	Περιγραφική μελέτη με συγχρονικές συσχετίσεις	Ερωτηματολόγιο (SQA) Ερωτηματολόγιο Meurier(1997)	N=661 νοσηλευτές ΠΕ,ΤΕ και βοηθοί νοσηλευτών	Ποια η συχνότητα & τα είδη των ερευνητικών λαθών καθώς και ο τρόπος διαχείρισής τους	Τα νοσηλευτικά λάθη αποτελούν πραγματικότητα. Στην πλειονότητα τους σχετίζονται με τη χορήγηση φαρμάκων.
Νταντάνα,(2010)	Περιγραφική μελέτη	Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)	N=450	Η εφαρμογή, η μέτρηση και ο έλεγχος της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας ενός εργαλείου αποτίμησης της νοσοκομειακής κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς.	Είναι απαραίτητη η ενδυνάμωση της συνεργασίας μεταξύ των τμημάτων και του προσωπικού των νοσηλευτικών τμημάτων. Επίσης, είναι αναγκαίο, η διοίκηση του νοσοκομείου να κατανοήσει ότι η κουλτούρα ασφάλειας που διέπει τον οργανισμό διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο, στην ασφάλεια του ασθενή

Το Σύστημα Πληροφοριών Εσωτερικής Αγοράς (Internal Market Information System (IMI), αναπτύχθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, και έχει στόχο να συνεισφέρει στην ασφάλεια των ασθενών μέσω της έγκαιρης και εκσυγχρονισμένης ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ των νοσηλευτικών ρυθμιστικών οργάνων, σχετικά με την εύρυθμη λειτουργία του και τη δράση των εγγεγραμμένων μελών τους. Μέσω του συστήματος IMI, η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Νοσηλευτικών Ρυθμιστικών Οργάνων (European Federation of Nursing Regulators) θα βελτιώσει την ηλεκτρονική βάση δεδομένων της, η οποία αφορά στους νοσηλευτές, έτσι ώστε να επιτρέψει στα εθνικά νοσηλευτικά ρυθμιστικά όργανα να ανταλλάσσουν τις πληροφορίες, που απαιτούνται για την αναγνώριση των εκπαιδευτικών και επαγγελματικών προσόντων και ικανοτήτων των νοσηλευτών. Αυτή η διαδικασία διευκολύνει την κινητικότητα των επαγγελματιών, και εξασφαλίζει την υψηλή ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας με ένα ομαλό και συνεπή τρόπο σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση (Stievano et al, 2009).

Το 2004, ο επικεφαλής για την ασφάλεια των ασθενών του Υγειονομικού Συστήματος του Πανεπιστημίου της Πενσυλβανία συνεκάλεσε μια ειδική ομάδα εργασίας αποτελούμενη από τους υπεύθυνους για την ποιότητα και την ασφάλεια των ασθενών στα νοσοκομεία μέλη. Η ομάδα αυτή ανέλαβε τη δημιουργία ενός προγράμματος εκμάθησης για όσους τάσσονται υπέρ του σκοπού για την ασφάλεια των ασθενών, έτσι ώστε να αναλάβουν δράση και να αναπτύξουν ένα πρόγραμμα για να διασφαλιστεί η ασφάλεια στον τομέα της περίθαλψης των ασθενών. Έτσι, δημιουργήθηκαν οι Delta των οποίων το όραμα ήταν ότι με την πάροδο του χρόνου η ασφάλεια των ασθενών θα ενσωματωθεί στην κουλτούρα του οργανισμού και στην νοοτροπία του προσωπικού, εξαλείφοντας την ανάγκη για ένα ειδικό πρόγραμμα. Ο ρόλος του κάθε μέλους του Delta ήταν να συμμετέχει στις συναντήσεις για να μάθει την επιστήμη, τη θεωρία και την εφαρμογή των αρχών για την ασφάλεια, να γίνει υπερασπιστής της ασφάλειας των ασθενών στον εργασιακό του χώρο και να συνεργαστεί με τους συναδέλφους του για την εξεύρεση τρόπων βελτίωσης της ασφάλειας των ασθενών (Schwoebel & Creely,2010).

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο για Ασφαλείς Ιατρικές Πρακτικές (Institute for Safe Medication Practices), η ινσουλίνη, η ορμόνη, η οποία ελέγχει τα επίπεδα σακχάρου

στον αίμα, εμπλέκεται συχνά σε λάθη που θέτουν σε κίνδυνο τους ασθενείς. Οι ασθενείς, που υπέστησαν βαριάς μορφής υπογλυκαιμία είναι πιθανόν να έλαβαν λανθασμένη δόση, λάθος τύπο ινσουλίνης, ή σωστή δόση σε λάθος στιγμή. Για να μπορέσει κανείς να αντιληφθεί πώς είναι δυνατόν να συμβούν αυτά τα λάθη, θα πρέπει να εξετάσει τα ποικίλα είδη ινσουλίνης, καθώς και τα διαθέσιμα φάρμακα, που ενισχύουν την ινσουλίνη, και επιπλέον το γεγονός, ότι στους περισσότερους ασθενείς συνταγογραφούνται περισσότερα από ένα είδη φαρμάκων. Επιπρόσθετα, πολλά από αυτά τα προϊόντα έχουν παρόμοια ονόματα και συσκευασία. Είναι, συνεπώς θαύμα το γεγονός, ότι δεν συμβαίνουν ακόμη περισσότερα λάθη (Bass et al,2007a, 2007b).

Οι Bass et al (2007a), προτείνουν για την ασφάλεια των ασθενών την εξοικείωση των νοσηλευτών με τις νέες θεραπείες ινσουλίνης, τις νέες μεθόδους καθώς και τις προφυλάξεις, που πρέπει να λαμβάνονται Αρχικά, προτείνεται η δημιουργία ενός πίνακα(chart) απαριθμώντας τα προϊόντα ινσουλίνης, που χρησιμοποιούνται στο νοσοκομείο και το χρόνο χορήγησης του καθενός. Για να περιοριστεί η σύγχυση καταγράφεται η εξέλιξη της θεραπείας της ινσουλίνης από την παλαιότερη και πιο συνηθισμένη μορφή της μέχρι τα πιο πρόσφατα φάρμακα για ενίσχυση της ινσουλίνης. Επίσης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να βεβαιώνεται για την ύπαρξη ενός πρακτικού πίνακα, ώστε να ελέγχει την έναρξη, την κορύφωση και τη διάρκεια της δράσης του κάθε προϊόντος πριν την χορήγηση, ενώ συνίσταται να γίνεται πάντοτε έλεγχος της συνταγής και της δόσης από έναν συνάδελφο πριν την χορήγηση του φαρμάκου.

Ωστόσο, σε μια πρόσφατη γαλλική έρευνα (Michel et al,2007), διαφάνηκε ότι σε κάποιες περιπτώσεις, και ιδιαίτερα στις περιπτώσεις ευπαθών ασθενών με σοβαρά προβλήματα, η συμμόρφωση με τα πρωτόκολλα υγειονομικής φροντίδα δεν είναι πάντοτε αρκετή για την αποφυγή ανεπιθύμητων γεγονότων. Εάν μάλιστα ληφθεί υπόψη το γεγονός, ότι μπορεί να βρεθούν σε έκτακτη ανάγκη, η κατάσταση τους δεν καλύπτεται επαρκώς από την κλινική καθοδήγηση. Η συγκεκριμένη έρευνα, με ένα δείγμα 8754 ασθενών σε 292 θαλάμους σε 71 νοσοκομεία πάνω από 35.234 ημέρες νοσηλείας στόχευε στον υπολογισμό των ανεπιθύμητων γεγονότων στην ιατρική και χειρουργική δραστηριότητα τόσο σε δημόσια όσο και σε ιδιωτικά νοσοκομεία, ενώ παράλληλα στόχευε στη αξιολόγηση της κλινικής κατάστασης των ασθενών και των ενεργών λαθών. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι η πρόληψη των ανεπιθύμητων γεγονότων επηρεάζεται από την τήρηση των συστάσεων για σωστές πρακτικές (Michel

et al,2007). Η Κάργα (2009) αναφέρει δυο εργαλεία, ένα προοπτικό (FMEA) και ένα αναδρομικό (RCA), αμφότερα, τα οποία μπορούν να συμβάλουν στην ποιότητα της κλινικής πρακτικής.

Η Failure Mode Effect Analysis (FMEA), αποτελεί ένα εργαλείο, το οποίο έχει σκοπό να προλάβει πιθανές αποτυχίες στα συστήματα, να «παγιδεύει» το λάθος, όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται, πριν αυτό επηρεάσει τον ασθενή, και σε τελικό στάδιο να μειώνει τις συνέπειες του λάθους. Επομένως, η FMEA, επικεντρώνεται στο σύστημα, και όχι στο άτομο, το οποίο διέπραξε το λάθος (Κάργα,2009).

Σύμφωνα με τον Cohen, ο οποίος ασχολήθηκε ιδιαίτερα με τη FMEA, υπάρχουν τέσσερις βασικοί τύποι ενεργειών, οι οποίοι συμβάλλουν στην πρόληψη των λαθών. Αυτοί, είναι η επεξεργασία εναλλακτικών λύσεων, η βελτίωση των τεχνικών, ανάληψη προληπτικών ενεργειών, και η ελαχιστοποίηση των συνεπειών των λαθών. Η διαδικασία FMEA εφαρμόστηκε, επίσης, σε έρευνα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου του Yale (Παιδιατρική Μονάδα), σχετικά με τη χορήγηση φαρμάκων με αντλίες. Στην περίπτωση αυτή τα στάδια, που ακολουθήθηκαν ήταν: η επιλογή του φαρμάκου, η δόση, ο ρυθμός χορήγησης, υπολογισμός της δόσης και παρασκευή, προγραμματισμός αντλίας και χορήγηση φαρμάκου. Με το τέλος της διαδικασίας προέκυψε, ότι ο βαθμός προτεραιότητας του κινδύνου ήταν μεγαλύτερος στα τρία τελευταία στάδια χορήγησης φαρμάκων με αντλίες. Με βάση την ένδειξη αυτή προτάθηκε η χρήση μεγαλύτερων ποσοτήτων διαλυμάτων με διάρκεια μεταξύ 24-72 ωρών εξοικονομώντας ταυτόχρονα χρόνο παρασκευής τους, η οποία θα γινόταν στο φαρμακείο, ενώ ταυτόχρονα προτάθηκε η χρήση έτοιμων διαλυμάτων (Κάργα,2009).

Επιπλέον, μερικοί ηγέτες μονάδων έχουν αρχίσει να ωθούν το προσωπικό να κάνει μια προκαταρκτική ανάλυση της βαθύτερης αιτίας πραγματικών περιστατικών ή πιθανών περιστατικών (preliminary root cause analysis (RCA)). Η RCA είναι μια αναδρομική διαδικασία, που επιδιώκει να αποκαλύψει την βαθύτερη αιτία που οδήγησε σε ένα λάθος, τη ρίζα του λάθους, και είναι ένας τρόπος για τους παροχείς φροντίδας να μάθουν από τα λάθη τους (Verschoor et al,2007). Σύμφωνα με την Κάργα (2009), η Ανάλυση Πρωταρχικής Αιτίας(Root Cause Analysis,RCA) είναι μια αναλυτική διαδικασία, σχεδιασμένη για να βοηθήσει την αναγνώριση των πρωταρχικών παραγόντων, που συμβάλλουν ή προκαλούν ένα ανεπιθύμητο συμβάν, μια αποτυχία του συστήματος, χωρίς να επικεντρώνεται στην απόδοση ευθυνών.

Το μοντέλο “zero defects” συνιστά μια επιπλέον θεωρητική προσέγγιση, η οποία εφαρμόστηκε στην βιομηχανία επιτυχώς, και η οποία προτάθηκε από τον Cooper (1995), βασισμένη στη μείωση των ατελειών ενός συστήματος στο μηδέν. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, κάθε διαδικασία καθορίζεται και ελέγχεται πλήρως πριν εφαρμοστεί και έτσι είναι απίθανο να συμβεί κάποιο λάθος. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, το οποίο αναφέρεται από την Κάργα (2009), είναι η τοποθέτηση του εργαλείου σε μια οπή, η οποία είναι κατασκευασμένη μόνο για το συγκεκριμένο εργαλείο. Θέματα, όπως, οι ανθρωπίνι παράγοντες και η κακή επικοινωνία καθιστούν την εφαρμογή του μοντέλου πολύ δύσκολη. Σε κάποιες περιπτώσεις, ενώ οι κατευθυντήριες γραμμές είναι δεδομένες δεν ακολουθούνται λόγω έλλειψης προσωπικού, αυξημένου φόρτου εργασίας. Η μέθοδος αυτή κρίνεται χρήσιμη κυρίως στη μείωση ενός σημαντικού αριθμού φαρμακευτικών λαθών (Κάργα,2009).

Από τη δημοσίευση της αναφοράς του Ινστιτούτου Ιατρικής με τίτλο “Τα λάθη είναι ανθρώπινα” (“To Err is Human”), μια σειρά από διεθνείς μελέτες έχουν φέρει στο φως στοιχεία, που υποστηρίζουν ότι τα λάθη δεν θα εξαλειφθούν ποτέ εντελώς (Kohn et al,2000). Τα ευρήματα από αναδρομικούς ελέγχους σε πίνακες (charts), που έγιναν στις Ηνωμένες Πολιτείες, τη Μεγάλη Βρετανία, την Αυστραλία, και τον Καναδά δείχνουν ότι μεταξύ 2,9% και 16,6% των νοσηλευόμενων ασθενών σε μονάδες εντατικής φροντίδας αντιμετωπίζουν ένα ή και περισσότερα ανεπιθύμητα περιστατικά. Το (50%) αυτών των ανεπιθύμητων γεγονότων θεωρούνται αποτρέψιμα (Paine et al,2010).

Η αυξανόμενη πολυπλοκότητα της φροντίδας, η γρήγορη επέκταση των γνώσεων υγειονομικής φροντίδας, καθώς και η αυξανόμενη χρήση της τεχνολογίας συνιστούν παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν στην αύξηση του κινδύνου στους ασθενείς. Οι παιδιατρικοί ασθενείς αντιπροσωπεύουν ένα από τους πιο ευάλωτους πληθυσμούς ασθενών λόγω της ηλικίας, του αναστήματος, καθώς επίσης και της ανατομικής και φυσιολογικής ανάπτυξής τους και της οξύτητας του τραυματισμού ή της ασθένειας. Επιπλέον, τα παιδιά συχνά αδυνατούν να προστατεύσουν τον εαυτό τους από πιθανούς κινδύνους, και έτσι βασίζονται στους γονείς τους οι οποίοι μπορεί να μην αισθάνονται επαρκώς προετοιμασμένοι να ενεργήσουν για λογαριασμό τους. Αυτοί οι παράγοντες υπογραμμίζουν την ανάγκη μιας συντονισμένης προσπάθειας για την προστασία αυτού του πληθυσμού από τους κινδύνους (Verschoor et al,2007)

Επιπλέον, το σχέδιο του νοσοκομείου C&W για την ασφάλεια στα νοσοκομεία εκφράζει την ανάγκη να δημιουργηθεί μια κουλτούρα, η οποία να μην χρησιμοποιεί ως μέσο την τιμωρία, να αφαιρεί το στίγμα του λάθους, και να ενθαρρύνει την αναφορά λαθών, επιτρέποντας στον οργανισμό να μάθει από τα λάθη και τα απρόβλεπτα περιστατικά. Αυτή η κουλτούρα ασφάλειας στηρίζεται στην εμπιστοσύνη, που δημιουργείται μέσω της κατάργησης της απόδοσης ατομικών ευθυνών στα λάθη, της ευαισθητοποίησης και της επαγρύπνησης, της ανοιχτής επικοινωνίας, της μάθησης και της συνεχούς βελτίωσης.

Καθόλου αμελητέα δεν είναι και η συνεισφορά το Ινστιτούτου για τη Βελτίωση της Υγειονομικής Φροντίδας (IHI,2004b), το οποίο έχει αναπτύξει εργαλεία για να διευκολύνει την ανάπτυξη μιας κουλτούρας ασφάλειας εντός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Μια ομάδα από ηγέτες νοσηλευτών του C & W από τα τμήματα της νοσηλευτικής, της ποιότητας, της ασφάλειας και της διαχείρισης κινδύνων, καθώς και της μάθησης και ανάπτυξης χρησιμοποιούν δοκιμαστικά εργαλεία, που έχουν αναπτυχθεί από το IHI για να προωθήσουν την υιοθέτηση μιας κουλτούρας ασφάλειας στο παιδιατρικό μας νοσοκομείο (Verschoor et al,2007).

A. Ενημερωτικές συναντήσεις για θέματα ασφάλειας

Οι παιδιατρικοί νοσηλευτές πρώτης γραμμής είναι σε θέση να οδηγήσουν τους συναδέλφους τους να εντοπίζουν, να λύνουν και να μαθαίνουν από τα ζητήματα ασφάλειας στην πρακτική τους. Το IHI, το μοντέλο Ενημερωτικών συναντήσεων για θέματα ασφάλειας προωθεί μια κουλτούρα ασφάλειας μέσω του δυναμικού εντοπισμού των κινδύνων, καθώς και την εφαρμογή και αξιολόγηση των στρατηγικών βελτίωσης. Το μοντέλο αυτό μπορεί εύκολα να χρησιμοποιηθεί από το προσωπικό πρώτης γραμμής. Η ιστοσελίδα του IHI, παρέχει πληροφορίες σχετικά με τις αρχές, που καθοδηγούν τις συναντήσεις ασφάλειας με πλήρεις οδηγίες για τον τρόπο εφαρμογής τους, τη συλλογή στοιχείων και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Πληροφορίες σχετικά με άλλα εργαλεία του IHI, όπως οι συναντήσεις με την ηγεσία για την ασφάλεια των ασθενών είναι επίσης διαθέσιμες από την ομώνυμη ιστοσελίδα (Verschoor et al,2007).

Οι ενημερωτικές αυτές συναντήσεις στοχεύουν να καταρρίψουν το μύθο σχετικά με την αναφορά λαθών, να επιδείξουν κατάλληλες μεθόδους αναφοράς και να

ενθαρρύνουν το προσωπικό να αναπτύξει τις ικανότητες του για ποιότητα και ασφάλεια. Αυτή είναι μια ευκαιρία για τους παροχείς φροντίδας να εκφράσουν τους μεγαλύτερους κινδύνους για κάθε ασθενή και να αναπτύξουν στρατηγικές παρέμβασης και πρόληψης ως ομάδα.

B. Συναντήσεις με την ηγεσία για την ασφάλεια των ασθενών

Ένα άλλο εργαλείο του IHI, οι συναντήσεις με την ηγεσία για την ασφάλεια των ασθενών, χρησιμοποιείται δοκιμαστικά στο BCCH PICU. Οι συναντήσεις για την ασφάλεια των ασθενών σκοπό έχουν να αποδείξουν τη δέσμευση της ανώτερης ηγεσίας σε μια κουλτούρα ασφάλειας (IHI,2004). Οι ανώτεροι ηγέτες ενός οργανισμού οργανώνουν συναντήσεις μαζί με το προσωπικό πρώτης γραμμής σε μονάδες φροντίδας των ασθενών για να μιλήσουν για ζητήματα ασφάλειας, και να εκφράσουν την υποστήριξη τους στην ιδέα, ότι το προσωπικό πρέπει να εντοπίζει και να αναφέρει πιθανά ή πραγματικά λάθη του συστήματος. Οι συναντήσεις του PICU γίνονται από τον πρόεδρο του νοσοκομείου, τους νοσηλευτικούς και ιατρικούς διευθυντές, και τους αρχηγούς των νοσηλευτών πρώτης γραμμής του PICU. Παρά το γεγονός, ότι αυτές οι συναντήσεις πληρούν πολλές από τις αρχές των ενημερωτικών συναντήσεων για την ασφάλεια, ωστόσο η διάρκεια τους φτάνει συχνά σχεδόν τη μια ώρα, και περιλαμβάνει εις βάθος συζητήσεις με δύο ή περισσότερα άτομα από το προσωπικό. Οι συζητήσεις δεν έχουν ποινικό χαρακτήρα, και οι συμμετέχοντες ενθαρρύνονται να προσδιορίσουν και να συζητήσουν οποιαδήποτε ανησυχία για την ασφάλεια που έχει σημασία για τους ασθενείς, τις οικογένειες τους και το προσωπικό. Παρά το γεγονός, ότι πολλές από τις συζητήσεις έχουν γίνει μεταξύ της ηγεσίας και του νοσηλευτικού προσωπικού και άλλοι επαγγελματίες ενθαρρύνονται να συμμετέχουν στις συναντήσεις και να λάβουν μέρος στις συζητήσεις.

Αποτελεί γεγονός αξιοσημείωτο, ότι τα τελευταία δύο χρόνια έχει εισαχθεί δοκιμαστικά το Συλλογικό Πρόγραμμα Ασφάλειας ανά Μονάδα(Comprehensive Unit-Based Safety Program (CUSP), το οποίο αναπτύχθηκε από το νοσοκομείο Johns Hopkins (Βαλτιμόρη, MD). Το πλαίσιο αυτό υποστηρίζεται από μια διαδικτυακή έκδοση, που αναφέρεται ως το ηλεκτρονικό CUSP (eCUSP), για το οποίο μπορεί να βρει κανείς πληροφορίες στο www.patientsafetygroup.org. Το eCUSP αναπτύχθηκε από την Ομάδα για την Ασφάλεια των Ασθενών(Patient Safety Group), μια συνεργασία μεταξύ του ιδρύματος Josie King και του Johns Hopkins. Το πρόγραμμα του Patient

Safety Group παρέχει διαδικτυακή εκπαίδευση για την ασφάλεια, την ανάλυση μέσω έρευνας του κλίματος ασφάλειας, και αποτελεί ένα μέσο χρήσιμο για το προσωπικό σε θέματα υγειονομικής περίθαλψης, ενώ ταυτόχρονα έχει τη δυνατότητα να αναφέρει θέματα, να επικοινωνήσει με μέλη της ομάδας και άλλους οργανισμούς σχετικά με τους κινδύνους, και να λάβει μέτρα για την επίλυση τους. Το πρόγραμμα αυτό, το οποίο είναι προσβάσιμο μέσω του διαδικτύου, είναι διαθέσιμο στο προσωπικό 24 ώρες το 24ωρο, και 7 ημέρες την εβδομάδα (Verschoor et al,2007).

Στο χειρουργείο και στους χώρους όπου διενεργούνται χειρουργικές και άλλες επεμβατικές διαδικασίες, η ασφάλεια του ασθενούς συμπεριλαμβάνει τη διασφάλιση μιας ασφαλούς επέμβασης για τον ασθενή (correct site surgery). Το Mount Carmel Health System έχει δημιουργήσει ένα εργαλείο, με σκοπό να συμβάλει στη διασφάλιση μιας ασφαλούς χειρουργικής επέμβασης. Το εργαλείο αυτό αναπτύχθηκε με την καθοδήγηση της Συλλογικής Επιτροπής (Joint Commission) και του AORN. Μεταλλικές πινακίδες με την ένδειξη “Time Out” έχουν τοποθετηθεί μέσα στα σετ των χειρουργικών οργάνων και έχουν αποστειρωθεί. Το “Time Out”, αποτελεί ένα πρωτοποριακό εργαλείο, ενώ οι μεταλλικές πινακίδες διασφαλίζουν ότι η υπενθύμιση για την ανάγκη time out είναι μέρος του τομέα αποστείρωσης. Ο ίδιος πίνακας ελέγχου ενσωματώθηκε, επίσης, στο πρόγραμμα του υπολογιστή. Ενδοϋπηρεσιακά προγράμματα προσφέρθηκαν στους χειρουργούς και στο νοσηλευτικό προσωπικό για την παρουσίαση της νέας διαδικασίας. Το σύνολο του χειρουργικού προσωπικού εξουσιοδοτήθηκε να δηλώνει time out για να διασφαλίζει τη σωστή χειρουργική επέμβαση πριν την έναρξη μιας χειρουργικής διαδικασίας. Το time out δηλώνεται από οποιοδήποτε μέλος της χειρουργικής ομάδας, αλλά συνήθως από τον υπεύθυνο νοσηλευτή (circulating nurse). Ως συνήγορος του ασθενούς, ο νοσηλευτής θα πρέπει να αναλάβει την πρωτοβουλία να δηλώσει time out για να εγγυηθεί ότι πράγματι έγινε έλεγχος ταυτοπροσωπίας του ασθενούς που θα υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, τη διαδικασία, την περιοχή (π.χ., όργανο, άκρο, σπονδυλικό επίπεδο, πλευρό) τον χειρουργό και τη θέση καθώς και τα σωστά όργανα, εμφυτεύματα και εξοπλισμό για την προγραμματισμένη διαδικασία. (Dillon,2008)

Το Δίκτυο της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την Ασφάλεια των Ασθενών (European Union Network for Patient Safety(EUNetPas), αποτελεί ένα αξιόλογο έργο, που χρηματοδοτείται και υποστηρίζεται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή στα πλαίσια του

Προγράμματος Δημόσιας Υγείας(Public Health Programme) του 2007. Ξεκίνησε την 1η Φεβρουαρίου 2008, και έχει διάρκεια 30 μήνες. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα ενώνει τους αντιπροσώπους της ευρωπαϊκής ιατρικής κοινότητας(γιατρούς, νοσηλευτές, φαρμακοποιούς, διαχειριστές, οργανώσεις ασθενών κλπ), και τους θεσμικούς εταίρους που συμμετέχουν στην ασφάλεια των ασθενών με τα κράτη της ΕΕ (μέλη των εθνικών οργανώσεων για την ασφάλεια των ασθενών, και τα Υπουργεία Υγείας των κρατών μελών). Το EUNetPas αποσκοπεί στη δημιουργία ενός δικτύου πλαισίωσης και των 27 κρατών μελών της ΕΕ για να ενθαρρύνει και να ενισχύσει τη συνεργασία τους στον τομέα της ασφάλειας των ασθενών (κουλτούρα, συστήματα αναφοράς και εκμάθησης, δήλωση ανεπιθύμητων περιστατικών, εκπαίδευση και παρακολούθηση της ασφάλειας των ασθενών) μεγιστοποιώντας έτσι την αποτελεσματικότητα των προσπαθειών σε Ευρωπαϊκό επίπεδο (Zikos et al,2010).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η δημιουργία μιας κουλτούρας ασφάλειας απαιτεί τη συνεχή αναζήτηση τρωτών σημείων και την αντιμετώπιση τους με λύσεις, που προέρχονται περισσότερο από το σύστημα και λιγότερο από ατομικές λύσεις. Η πολυπλοκότητα της κλινικής φροντίδας και η περίπλοκη ανθρώπινη συμπεριφορά μπορεί να εμποδίσουν την πλήρη εξάλειψη του κινδύνου, αλλά οι νοσηλευτές είναι σε θέση να δημιουργήσουν μια κουλτούρα ασφάλειας που να ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο για ανεπιθύμητα γεγονότα (Ραφτόπουλος,2009, Κάργα 2009, Ντανάνα,2010, Schwoebel & Creely,2010).

Καθίσταται, επομένως, σαφής η επιθυμία να εξεταστεί η κουλτούρα ασφάλειας με την ελπίδα να βελτιωθεί η ασφάλεια των ασθενών θα συνεχίσει να παρακινεί τους ερευνητές και τους διευθυντές να χρησιμοποιούν έρευνες σχετικά με την κουλτούρα ασφάλειας. Η επιλογή των οργάνων θα εξαρτηθεί από την προοριζόμενη χρήση, τον πληθυσμό-στόχο, την αξιοπιστία, την εγκυρότητα, και άλλα ζητήματα. Ως εκ τούτου, η γνώση των διαφορών μεταξύ των οργάνων και των συλλογικών περιορισμών τους θα διευκολύνει αυτήν την προσπάθεια.

Οι ηγέτες πρώτης γραμμής διαδραματίζουν έναν καθοριστικό ρόλο στη δημιουργία μιας κουλτούρας στην οποία οι συζητήσεις, και η επίλυση προβλημάτων αποτελεί κανόνα. Σε μια μελέτη με βάση την παρακολούθηση, η φυσική παρουσία του διευθυντή μονάδας αύξησε την πιθανότητα να ενημερωθεί για προβλήματα στη μονάδα (Tucker &

Edmondson,2003). Αυτό από μόνο του όμως δεν είναι αρκετό, εάν το προσωπικό αισθάνεται ψυχολογικά ανασφαλές για το εργασιακό περιβάλλον. Έτσι, η ψυχολογική αυτή ανασφάλεια, δυσχεραίνει το έργο των νοσηλευτών, οι οποίοι δύσκολα αναλαμβάνουν το ρίσκο να συζητήσουν για λάθη ή λάθη που αποφεύχθηκαν την τελευταία στιγμή, όταν υπάρχει ο φόβος να κριθούν και να θεωρηθούν λιγότερο ικανοί. Όπως προκύπτει, η ηγεσία ενός οργανισμού πρέπει να είναι πρότυπο σε όλα τα επίπεδα, και να υποστηρίζει την έρευνα, χωρίς επικρίσεις σε θέματα ασφάλειας. (Verschoor et al,2007, Zikos et al,2010)

Είναι γεγονός, ότι τα εργαλεία του ΙΗΙ, έχουν βοηθήσει το νοσοκομείο της Βρετανικής Κολομβίας να επεκτείνει τους τρόπους επικοινωνίας, και να αυξήσει τις προσπάθειες συνεργασίας μεταξύ του προσωπικού και της ηγεσίας. Επιπλέον, με εργαλεία, όπως, το eCUSP συνέβαλε ώστε το προσωπικό να αποκτήσει ταχύτατα την ικανότητα να επεκτείνουν την ενδονοσοκομειακή επικοινωνία και συνεργασία πέρα από το νοσοκομείο. Εξάλλου, η έννοια κουλτούρα ασφάλειας θα λάβει νέες διαστάσεις για όλους όταν υπάρξει η δυνατότητα να μοιραστεί η γνώση με άλλους παροχής φροντίδας σε εθνικό, διεθνές, αλλά και παγκόσμιο επίπεδο (Verschoor et al,2007, Zikos et al,2010).

Σύμφωνα με την ιστοσελίδα του ΙΗΙ, πολλά νοσοκομεία έχουν υιοθετήσει με επιτυχία μια κουλτούρα ασφάλειας χρησιμοποιώντας “Συναντήσεις με την ηγεσία για την ασφάλεια των ασθενών”. Εκτός από τα ζητήματα ασφάλειας αυτό το εργαλείο ή η προσέγγιση έχει οδηγήσει σε συζητήσεις ηγεσίας και προσωπικού σχετικά με άλλα θέματα, όπως ο προϋπολογισμός και η ικανοποίηση των ασθενών (Verschoor et al,2007).

Από μια παγκόσμια οπτική, το IMI project, μπορεί να συμβληθεί με νοσηλευτικές ρυθμιστικές αρχές άλλων χωρών, όπως το Εθνικό Συμβούλιο Κρατικών Επιτροπών της Νοσηλευτικής (National Council of State Boards of Nursing), για τη ρύθμιση της κινητικότητας και την αξιολόγηση των ικανοτήτων των επαγγελματιών που κινούνται όλο και περισσότερο σε όλο τον κόσμο. Σε αυτό το πλαίσιο το FEPI και το National Council of State Boards of Nursing συζητούν το ενδεχόμενο εφαρμογής ενός κοινού συστήματος εξέτασης (National Council Licensure Examination (NCLEX) μεταξύ των Ηνωμένων Πολιτειών και των χωρών μελών του FEPI για την διασφάλιση κοινών υψηλού επιπέδου ικανοτήτων των υποψήφιων, που υποβάλλουν αίτηση για άδεια ως

εγγεγραμμένοι νοσηλευτές σε διαφορετικά έθνη. Με αυτό τον τρόπο ελπίζουν να πραγματοποιήσουν το φιλόδοξο αυτό όραμα για παροχή ασφάλειας των ασθενών σε παγκόσμιο επίπεδο. Επιπρόσθετα, διαπιστώνεται, ότι μέθοδοι, όπως η ανάλυση RCA ενθαρρύνει το προσωπικό να κάνει προτάσεις για βελτίωση που στοχεύουν στα αίτια των προβλημάτων, παρά τα συμπτώματά τους, γεγονός που μειώνει την ατομική ευθύνη και αυξάνει την αποτελεσματικότητα των διαδικασιών βελτίωσης (Verschoor et al,2007, Stievano et al,2009).

Με βάση το πρόγραμμα Delta η ευαισθητοποίηση για την ασφάλεια των ασθενών και η βελτίωση της ποιότητας ενισχύονται με την ανάπτυξη ενός προγράμματος δράσης και με την γνωστοποίηση επιτυχημένων λύσεων σε όλο το σύστημα υγείας. Η εφαρμογή του προγράμματος Delta έχει προωθήσει την ανάπτυξη μιας πετυχημένης κουλτούρας ασφάλειας στο σύστημα υγείας με:1) την καλλιέργεια και τη διατήρηση μιας νοοτροπίας για αλλαγή μέσω της εκπαίδευσης και της διοικητικής υποστήριξης 2) την ανάπτυξη και την κατανόηση των θεμάτων που αφορούν την ασφάλεια 3) συμμετοχή των βασικών ενδιαφερόμενων 4) τον έλεγχο των στρατηγικών για αλλαγή 5) τη συνεχή παρακολούθηση της διαδικασίας και τη χρησιμοποίηση στοιχείων για τη διατήρηση αυτής της κουλτούρας ασφάλειας. Παράλληλα, η δυνατότητα καθολικής πρόσβασης, που παρέχει το eCUSP σε αυτές οι διαδικασίες, συμβάλλει στη δημιουργία μιας παγκόσμιας κοινότητας από οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης αφοσιωμένων στο να μάθουν για κοινά θέματα ασφάλειας και στρατηγικές επίλυσης. (Verschoor et al,2007, Schwoebel & Creely,2010).

Στόχος του AHRQ είναι να βελτιωθεί η ποιότητα, η ασφάλεια, η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Εν ολίγοις, για να βελτιωθεί η υγεία κρίνεται απαραίτητο, οι πληροφορίες, που αναπτύχθηκαν μέσα από έρευνες να είναι διαθέσιμες σε τέτοια μορφή, ώστε να μπορούν να εφαρμοστούν στις καθημερινές πρακτικές και σε διάφορες περιπτώσεις. Οι ιστοχώροι, που δημιουργήθηκαν και υποστηρίζονται από το AHRQ έχουν ως στόχο να παρέχουν προσβάσιμες πληροφορίες στους νοσηλευτές και άλλους παροχείς υπηρεσιών υγείας έτσι ώστε να τους βοηθήσουν να εντοπίσουν που απαιτούνται αλλαγές και να προβούν σε πρακτικές και οργανωτικές αλλαγές, που θα οδηγήσουν σε βελτιωμένα αποτελέσματα στον χώρο της υγείας καθώς και στην επαγγελματική τους ικανοποίηση (Nix, Coorey & Clancy,2006).

Για να είναι οι πηγές του AHRQ πραγματικά χρήσιμες για τους νοσηλευτές και να περιέχουν σχετικές πληροφορίες, οι νοσηλευτές θα πρέπει να συμμετέχουν ενεργά προσφέροντας τη γνώση και τα εργαλεία, που έχουν αναπτύξει τόσο ως επαγγελματίες όσο και στις ομάδες βελτίωσης της ποιότητας. Η βελτίωση της ποιότητας απαιτεί την προσπάθεια και συνεργασία όλων των επαγγελματιών στο χώρο της υγείας. Όπως έχουν δηλώσει ο Bostick et al(2003) “Η νοσηλευτική μπορεί και πρέπει να πρωτοστατεί στη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης. Οι νοσηλευτές έχουν μακροχρόνια και ισχυρή ιστορία στην έρευνα για την καταγραφή και βελτίωση της ποιότητας γεγονός σημαντικό για τα αποτελέσματα των ασθενών και τη συνεργασία με άλλους παροχής υπηρεσιών υγείας” (Nix, Coorey & Clancy,2006).

Αναφερόμενοι στην πρόληψη, σε επίπεδο θαλάμου, αλλά και σε ατομικό επίπεδο, κατέστη σαφές, ότι αυτή εξαρτάται από την ικανότητα του προσωπικού να αναγνωρίζει και να αναλύει τα λάθη και τα ανεπιθύμητα γεγονότα και να μαθαίνει από αυτά, καθώς και από την ικανότητα του νοσοκομείου να προσαρμόζεται στην ποικιλία των περιπτώσεων, που αφορούν σε ανεπιθύμητα γεγονότα. Το γεγονός αυτό, στην περίπτωση κάθε επαγγελματία σημαίνει, για παράδειγμα, αυξημένες ικανότητες χειρισμού απροσδόκητων καταστάσεων, καθώς και αυστηρή διάκριση των αρμοδιοτήτων του κάθε επαγγελματία κατά την εκτέλεση των διαδικασιών φροντίδας. (Michel et al,2007).

Είναι προφανές, ότι ο νοσηλευτής εκπληρώνει πολλούς ρόλους: φροντιστής, σύμβουλος, θεραπευτής, συμπαραστάτης, συντονιστής της ιατρικής φροντίδας, ακτιβιστής της υγειονομικής περίθαλψης, υποστηρικτής και υπερασπιστής του ασθενούς. Ο ρόλος του υπερασπιστή του ασθενούς είναι αναμφίβολα ο πιο σημαντικός ρόλος ,αφού ο στόχος της υπεράσπισης είναι να διασφαλίσει ότι αυτό, που συμβαίνει στον ασθενή είναι το καλύτερο γι αυτόν. Το χειρουργείο αποτελεί το βασικό μέρος για ένα νοσηλευτή, στο οποίο καλείται να ενεργήσει ως υπερασπιστής του ασθενούς, δεδομένου ότι ο ασθενής βρίσκεται υπό την επίδραση αναισθητικού, και είναι ουσιαστικά έρμαιο του ιατρικού προσωπικού. Η απόκτηση του εξοπλισμού, η προετοιμασία της αποστείρωσης και η πρόκληση αναισθησίας βοηθούν το προσωπικό να εστιάσει στους ρόλους του. Το time out παρέχει στην χειρουργική ομάδα τη δυνατότητα να επικεντρωθεί ξανά στον ασθενή. Έτσι, τα μέλη του προσωπικού συνειδητοποιούν, ότι η συμμετοχή τους στο time out είναι ένα μέτρο για την ασφάλεια

των ασθενών, που είναι δυνατό να οδηγήσει σε καλύτερα αποτελέσματα για τους ασθενείς. Σε οργανωτικό επίπεδο η αποτελεσματική διαχείριση του προσωπικού και οι λειτουργικές δομές απαιτούνται για την αντιμετώπιση απροσδόκητων συμβάντων ανά πάσα στιγμή (Michel et al,2007, Dillon,2008).

Η μετάβαση στις συνεργατικές και πολλαπλών ειδικοτήτων ομάδες φροντίδας είναι η απάντηση για την αντιμετώπιση της αυξανόμενης παραγωγής γνώσης και της υπερεξειδίκευσης. Σίγουρα, η παγκοσμιοποίηση της παροχής υγειονομικής φροντίδας έχει δημιουργήσει την απαίτηση οι εκπαιδευτές να αναγνωρίσουν τις προκλήσεις που υπάρχουν στην προετοιμασία φοιτητών ιατρικής και νοσηλευτικής οι οποίοι θα είναι σε θέση να εργαστούν στη χώρα τους ή σε άλλα συστήματα υγειονομικής φροντίδας. Η κινητικότητα των επαγγελματιών της υγείας στην Ευρώπη και παγκοσμίως έχει παράγει πολλές ευκαιρίες για την αναβάθμιση της εκπαίδευσης με την παγίωση των καλύτερων πρακτικών όσον αφορά την ανάπτυξη προγραμμάτων σπουδών (Zikos et al,2010).

Παρά το γεγονός, ότι οι νοσηλευτές πρώτης γραμμής είναι σε θέση να βοηθήσουν τις οργανώσεις υγειονομικής φροντίδας στην ανάπτυξη πιο ασφαλών και αποτελεσματικών διαδικασιών εργασίας, οι έρευνες των Tucker & Edmondson, (2003), Tucker,Edmondson & Spear,(2002), δείχνουν ότι σε πολλά περιβάλλοντα δεν υπάρχουν οι κατάλληλες συνθήκες για να γίνει κάτι τέτοιο (Verschoor et al,2007).

Ωστόσο, σε κάποιες περιπτώσεις η πρόοδος είναι εμφανής. Η πρόοδος, η οποία έχει συντελεσθεί για την αντιμετώπιση του διαβήτη έχει δώσει στους σημερινούς ασθενείς και στους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης τα εργαλεία που απαιτούνται για την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση του διαβήτη. Αυτές οι εξελίξεις όμως έχουν καταστήσει υποχρεωτικό για τους επαγγελματίες υγείας να ανανεώνουν συνεχώς τις γνώσεις τους και να αναζητούν ευκαιρίες για εκπαίδευση όσον αφορά τα νέα αυτά εργαλεία. Μόνο τότε θα μπορούν οι ασθενείς με διαβήτη να περιθάλπονται με ασφάλεια (Bass et al,2007b).

Εξάλλου, οι μηχανισμοί διοίκησης της ασφάλειας καθορίζουν τις πολιτικές, τα σχέδια και τις διαδικασίες ενός οργανισμού, όπως καθορίζουν τις συνήθειες και τις υπευθυνότητες για την πραγματοποίησή τους. Οι μηχανισμοί αυτοί είναι στενά συνδεδεμένοι και αλληλεπιδρούν με τα πρότυπα, τις συμπεριφορές, και τις αντιλήψεις του προσωπικού. Συνεπώς, είναι απαραίτητη η ανάπτυξη έρευνας και στο πεδίο της διοίκησης της ασφάλειας (Νταντάνα,2010).

Μέσα από την άνωθι ανασκόπηση, καθίσταται σαφές, ότι η παρούσα μελέτη παρέχει τη δυνατότητα στους άμεσα ενδιαφερόμενους επαγγελματίες υγείας, να έρθουν σε επαφή με τα συγκεκριμένου εργαλεία ποιότητας των διαφόρων ερευνών, που επιτρέπουν συγκρίσεις των ευρημάτων των διαφόρων ερευνητών, και ως εκ τούτου αποτελούν ένα υλικό για σχεδιασμό των υγειονομικών συστημάτων στη βάση των συστημάτων αυτών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αρχικά, καταλήγουμε στο συμπέρασμα, ότι ο στρατηγικός σχεδιασμός για την ασφάλεια των ασθενών χρειάζεται ενίσχυση. Με βάση τα αποτελέσματα των ερευνών, αποτελεί γεγονός, ότι άρχισαν να διενεργούνται αρκετές προσπάθειες για τη βελτίωση της κουλτούρας ασφάλειας, οι οποίες θα πρέπει να οδηγήσουν σε μετρήσιμες βελτιώσεις στην ασφάλεια των ασθενών. Η ενισχυμένη διασυνοριακή συνεργασία καθίσταται όλο και πιο σημαντική μεταξύ των επαγγελματικών φορέων για τη λειτουργία της ενιαίας αγοράς.

Δεύτερον, καθίσταται σαφές, ότι τα ανώτερα στελέχη πρέπει να γίνουν πιο προσιτά στο προσωπικό πρώτης γραμμής στις προσπάθειές τους να βελτιώσουν την ασφάλεια των ασθενών. Η σημασία του να μαθαίνει κανείς με κάποιον άλλον, και να ανταλλάσσει ιδέες με τις διάφορες μονάδες και κλάδους στο σύστημα υγείας είναι πολύ μεγάλη. Επομένως, η διαχείριση του κλινικού κινδύνου θα πρέπει να δώσει προτεραιότητα στην ενδυνάμωση του προσωπικού, στην παροχή ευνοϊκών συνθηκών μέσα στον οργανισμό και στην εκπαίδευση του προσωπικού βασισμένη σε απλά εργαλεία κατάλληλα για την ανάλυση ανεπιθύμητων γεγονότων. Επιπλέον, ο τομέας της υγείας οφείλει να χρησιμοποιήσει τα εργαλεία διαχείρισης κινδύνων, τα οποία είναι ήδη διαθέσιμα, και να εκπονήσει τα δικά του σχέδια για την διαχείριση των κλινικών κινδύνων.

Η πρόληψη εξαρτάται, επίσης, από την ικανότητα του νοσοκομείου να προσαρμόζεται στην ποικιλία των περιπτώσεων όπου συμβαίνουν ανεπιθύμητα γεγονότα. Σε επίπεδο θαλάμου και σε ατομικό επίπεδο η πρόληψη εξαρτάται από την ικανότητα του προσωπικού να αναγνωρίζει και να αναλύει τα λάθη και τα ανεπιθύμητα γεγονότα και να μαθαίνει από αυτά. Η επιτυχής διαχείριση των λαθών αποτελεί απότοκο ενός κατάλληλου εργασιακού περιβάλλοντος, όπου οι επαγγελματίες θα έχουν

τη δυνατότητα να μάθουν από τα λάθη τους, ώστε αυτά να μην επαναλαμβάνονται. Κρίνεται, επομένως, απαραίτητη, η ενδυνάμωση της συνεργασίας μεταξύ των τμημάτων και του προσωπικού των νοσηλευτικών τμημάτων. Επίσης, είναι αναγκαίο, η διοίκηση του νοσοκομείου να κατανοήσει, ότι η κουλτούρα ασφάλειας, που διέπει τον οργανισμό διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο, στην ασφάλεια του ασθενούς, ώστε να ενισχύσει περαιτέρω τις προσπάθειες της προς αυτήν την κατεύθυνση.

Παράλληλα, η αναγνώριση της σπουδαιότητας της κουλτούρας ασφάλειας, αλλά και η σπουδαιότητα της γνώμης των επαγγελματιών υγείας για τα θέματα της ασφάλειας αποτελεί αδήριτη ανάγκη, καθώς αυτοί αποτελούν τους άμεσους και κύριους φορείς παροχής φροντίδας. Η αποτίμηση της κουλτούρας ασφάλειας είναι μια διαδικασία, η οποία μπορεί να συμβάλει θετικά στην αλλαγή της κουλτούρας και της οποίας τα πρώτα αποτελέσματα, αν χρησιμοποιηθούν σωστά, μπορεί να σηματοδοτήσουν την απαρχή συνεχούς βελτίωσης της ασφάλειας του ασθενούς. Ο συνδυασμός της αποτίμησης κουλτούρας ασφάλειας και της διοίκησης ασφάλειας είναι ένα πεδίο περαιτέρω ανάπτυξης.

Εν κατακλείδι, η ασφάλεια του ασθενούς φαίνεται να είναι ένας τομέας, ο οποίος απαιτεί άμεση δράση από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς στην παροχή φροντίδας υγείας. Ιδιαίτερα σε χώρες όπως η δική μας, οι οποίες υστερούν στο συγκεκριμένο πεδίο, τόσο σε επίπεδο εφαρμογής μηχανισμών ασφάλειας όσο και σε επίπεδο έρευνας του θέματος, είναι ανάγκη να προσανατολιστεί στη λήψη άμεσων μέτρων. Οι επιστήμονες υγείας οφείλουν να πράττουν κατά την ιπποκρατική παραίνεση «ωφελείν ή μη βλάπτειν » προσπαθώντας κατά την άσκηση του έργου τους να τηρούν όλους εκείνους τους κανόνες και τις αρχές που αποσκοπούν όχι μόνο στην αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας του ασθενούς αλλά και στην πρόληψη επιπρόσθετης συναισθηματικής και σωματικής βλάβης Γι' αυτό και απαιτείται η εκπαίδευση τους να έχει σκοπό την ευρύτερη καλλιέργεια τους, ώστε να επιδιώκουν την πλήρη ασφάλεια των ασθενών.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Κατάλληλη στελέχωση, βελτίωση του περιβάλλοντος εργασίας, παρουσία κλινικού φαρμακοποιού, χρήση έξυπνων τεχνολογιών (barcodes), ανάπτυξη και καθιέρωση κατευθυντήριων γραμμών (guidelines) και προτυποποιημένων τεχνικών εφαρμογής της νοσηλείας καθώς επίσης και την ανάπτυξη ενός εθνικού σχεδίου για την ασφάλεια των ασθενών με τη χρήση εργαλείων όπως το SQA.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Ένας περιορισμός της παρούσας εργασίας υπήρξε η χρησιμοποίηση μόνο δημοσιευμένων άρθρων σε βάσεις δεδομένων, στα ελληνικά και στα αγγλικά. Ως εκ τούτου, ίσως να υπάρχουν και έρευνες με αντικρουόμενα αποτελέσματα γι' αυτό και ο αναγνώστης πρέπει να είναι προσεκτικός στην εξαγωγή συμπερασμάτων.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Nurse Association (1996) Nursing quality indicators: definitions and implications. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M. & Silber, J.H. (2003), "Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality", *JAMA*, 290(12):1617.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J. & Silber, J.H. (2002), "Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction", *JAMA*, 288(16):1987.
- Bass, A., Will, T., Todd, M. & Weatherford, D. (2007a), "The latest tools for patients with diabetes.", *RN*, 70(6):39.
- Bass, A., Will, T., Todd, M. & Weatherford, D. (2007b), "The latest tools for patients with diabetes", *RN*, 70(6):39-43.
- Bostick JE, Riggs CJ, Rantz, MJ. Quality measurement in nursing: an update of where we are now. *J Nurs Care Qual.* (2003);18:94–104.
- Chiovenda, A. & Chiari, P. (2007), "Clinical risk prevention by coordinator nurses, knowledge and organizational tools]", *Igiene e sanita pubblica*, 63(4):367-382.
- Dillon, K.A. (2008), "Time out: an analysis", *AORN*, 88(3):437-438.
- Huang, D.T., Clermont, G., Kong, L., Weissfeld, L.A., Sexton, J.B., Rowan, K.M. & Angus, D.C. (2010), "Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study", *International Journal for Quality in Health Care*, 22(3):151.
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). (2004). Patient Safety Leadership Walkrounds. (pdf); Obtained June 1,(2006) from www.ihl.org.
- Joint Commission on Accreditation on Health Care Organizations (JCAHO) Characteristics of clinical indicators. *Quality Review Bulletin*, (1989), 15(11),330-339
- Kohn L CJ, Donaldson M, (eds.). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine (2000).
- Kovner, C. & Gergen, P.J. (1998), "Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals", *Journal of nursing scholarship*,30(4):315-321.

- Michel, P., Quenon, J.L., Djihoud, A., Tricaud-Vialle, S. & de Sarasqueta, A.M. (2007), "French national survey of inpatient adverse events prospectively assessed with ward staff", *Quality and Safety in Health Care*, 16(5):369.
- Modak, I., Sexton, J.B., Lux, T.R., Helmreich, R.L. & Thomas, E.J. (2007), "Measuring safety culture in the ambulatory setting: the safety attitudes questionnaire—ambulatory version", *Journal of general internal medicine*, 22(1):1-5.
- Nix, M.P., Coopey, M. & Clancy, C.M. (2006), "Quality tools to improve care and prevent errors", *Journal of nursing care quality*, 21(1):1.
- Paine, L.A., Rosenstein, B.J., Sexton, J.B., Kent, P., Holzmueller, C.G. & Pronovost, P.J. (2010), "Assessing and improving safety culture throughout an academic medical centre: a prospective cohort study", *Quality and Safety in Health Care*, 19(6):547.
- Pollard, P.B., Andres, N.K., Dobson, A. & American Nurses Association (1996), *Nursing quality indicators: Definitions and implications*, American Nurses Pub.
- Pronovost, P.J., Berenholtz, S.M., Goeschel, C., Thom, I. & Watson, S.R. (2008), "Improving patient safety in intensive care units in Michigan", *Journal of critical care*, 23(2):207-221.
- Pronovost, P., Weast, B., Holzmueller, C., Rosenstein, B., Kidwell, R., Haller, K., Feroli, E., Sexton, J. & Rubin, H. (2003), "Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center", *Quality and Safety in Health Care*, 129(6):405.
- Schwoebel, A. & Creely, J. (2010), "Improving the Safety of Neonatal Care Through the Development and Implementation of a Staff-Focused Delta Team", *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 24(1):81.
- Sexton, J.B., Makary, M.A., Tersigni, A.R., Pryor, D., Hendrich, A., Thomas, E.J., Holzmueller, C.G., Knight, A.P., Wu, Y. & Pronovost, P.J. (2006a), "Teamwork in the operating room: frontline perspectives among hospitals and operating room personnel", *Anesthesiology*, 105(5):877.
- Sexton, J., Holzmueller, C., Pronovost, P., Thomas, E., McFerran, S., Nunes, J., Thompson, D., Knight, A., Penning, D. & Fox, H. (2006b), "Variation in caregiver perceptions of teamwork climate in labor and delivery units", *Journal of perinatology*, 26(8):463-470.

- Sexton, J.B., Helmreich, R.L., Neilands, T.B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P.R. & Thomas, E.J. (2006c), "The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research", *BMC health services research*, 6(44).
- Shah, R.K., Kentala, E., Healy, G.B. & Roberson, D.W. (2004), "Classification and consequences of errors in otolaryngology", *The Laryngoscope*, 114(8):1322-1335.
- Stievano, A., Jurado, M.G., Rocco, G. & Sasso, L. (2009), "A New Information Exchange System for Nursing Professionals to Enhance Patient Safety Across Europe", *Journal of Nursing Scholarship*, 41(4):391-398.
- Verschoor, K.N., Taylor, A., Northway, T.L., Hudson, D.G., Van Stolk, D.E., Shearer, K.J., McDougall, D.L. & Miller, G. (2007), "Creating a safety culture at the Children's and Women's Health Centre of British Columbia", *Journal of pediatric nursing*, 22(1). 81-86.
- Tucker, A. L., & Edmondson, A. C. (2003). Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change. *California Management Review*, 45, 55–72.
- Tucker, A. L., Edmondson, A.C, & Spear, S. (2002). When problem solving prevents organizational learning. *Journal of Organizational Change*, 15, 122– 137.
- Zikos, D., Diomidous, M. & Mantas, J. (2010), "A framework for the development of patient safety education and training guidelines", *Studies in health technology and informatics*, 155:189-195.
- Κάργα Μ.(2009)*Η διαχείριση των λαθών από τους νοσηλευτές στην κλινική πρακτική*. Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα
- Κυρίτση Ε. Νοσοκομειακή Περίθαλψη και ασφάλεια των ασθενών. *Νοσηλευτική* (2009),48:5-6
- Νταντάνα (2010) *Μέτρηση του κλίματος ασφάλειας των ασθενών στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου με τη χρήση ερωτηματολογίου*. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας(οικονομικών και κοινωνικών επιστημών).
- Ραφτόπουλος. Β (2009) *Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας*. Λευκωσία

