



ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
« ΣΦΑΛΜΑΤΑ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥΣ»

ΔΙΟΝΥΣΙΑΔΗ ΕΙΡΗΝΗ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΗΓΟΥΜΕΝΙΔΗΣ ΜΙΧΑΗΛ

ΠΑΤΡΑ, 2018

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ευκαιρία της εκπόνησης της παρούσας εργασίας θα επιθυμούσα να εκφράσω τις ειλικρινείς και θερμές ευχαριστίες μου στον υπεύθυνο καθηγητή κύριο Ηγουμενίδη Μιχαήλ, που επόπτευσε τη συγγραφή της εργασίας.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η νοσηλεία, ανεξάρτητα από τη νόσο, προκαλεί άγχος στον ασθενή που έχει εισέρθει στο νοσοκομείο για μια χειρουργική επέμβαση. Αν δεν αναγνωρισθεί, το παρατεταμένο άγχος το οποίο δημιουργεί στρες που μπορεί στη συνέχεια να βλάψει τον ασθενή και να καθυστερήσει την ανάρρωση. Η νοσηλευτική παρέμβαση πρέπει να είναι θεραπευτική να υπάρχει η αναγνώριση και η ανταπόκριση στην ανάγκη του ασθενούς και να βασίζεται στα τρέχοντα ευρήματα της έρευνας στο πλαίσιο ενός σύγχρονου νοσηλευτικού μοντέλου.

Στην χειρουργική νοσηλευτική ο νοσηλευτής ειδικεύεται στην προεγχειρητική φροντίδα, παρέχοντας φροντίδα στους ασθενείς πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Υπάρχουν πολλές διαφορετικές φάσεις κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, όπου ο νοσηλευτής χρειάζεται να υποστηρίξει και να βοηθήσει τον ασθενή, τους χειρουργούς, και τους αναισθησιολόγους. Προεγχειρητικά, ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει στην προετοιμασία του ασθενούς και του χειρουργείου για τη χειρουργική επέμβαση. Κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, βοηθούν τους αναισθησιολόγους και τους χειρουργούς. Η τελευταία φάση είναι η μετεγχειρητική, όπου παρέχονται με κατάλληλη φροντίδα διαδικασίες υποστήριξης του χειρουργημένου ασθενούς.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση της περίπτωσης των χειρουργικών λαθών καθώς και του νοσηλευτή στην διαχείριση των λαθών αυτών.

Μεθοδολογία: Η βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση διεθνούς και εγχωρίας βιβλιογραφίας που προήλθαν μέσα από την αναζήτηση σε επιστημονικές βάσεις δεδομένων όπως το scopus και το pubmed.

Αποτελέσματα: Μέσα από τη μελέτη της βιβλιογραφίας παρατηρήθηκε ότι τα λάθη που συμβαίνουν στο χειρουργείο προκαλούνται κυρίως από τον ανθρώπινο παράγοντα ενώ για την αποφυγή τους χρειάζονται περισσότερα μέτρα πρόληψης και καλύτερη συνεργασία μεταξύ του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this paper is to review the case of surgical errors and the nurse in managing these errors.

Methodology: The bibliographic review was conducted using international and domestic literature that came from searching in scientific databases such as scopus and pubmed.

Results:. Through the study of the literature, it was observed that the errors occurring in the surgery are mainly caused by the human factor, while in order to avoid them, more preventive measures and better cooperation between the medical staff are needed.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	9
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	9
1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	9
1.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ	11
1.3 ΔΟΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	14
ΙΑΤΡΙΚΑ ΛΑΘΗ	14
2.1 ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	14
2.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΛΑΘΩΝ	15
2.3 ΑΙΤΙΕΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ	16
2.4 ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ	17
2.5 ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	20
ΕΘΝΙΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	20
3.1 ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΈΝΩΣΗΣ	20
3.2 ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΗΝΩΜΕΝΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ	21
3.3 ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ	22
3.4 ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	25
ΝΟΜΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΣΤΙΣ ΙΑΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ	25
4.1 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ	25
4.1.1 Προεγχειρητικό στάδιο	26
4.1.2 Κατά τη διάρκεια της επέμβασης	27
4.1.3 Μετεγχειρητικό στάδιο	27
4.2 ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΠΟΙΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	29

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	29
5.1 ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	29
5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	29
5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	32
5.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΟΡΘΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ.....	33
5.5 ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	35
5.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	39
5.7 ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ.....	40
5.8 ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.....	42
5.9 Η ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	47
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	47
6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1	47
6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2	54
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	63
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	64
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	65
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	66

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έλλειψη συναίνεσης σχετικά με τον τρόπο καθορισμού και βαθμολόγησης των ανεπιθύμητων μετεγχειρητικών συμβάντων εμπόδισε σημαντικά την αξιολόγηση των χειρουργικών επεμβάσεων. Η ταξινόμηση των επιπλοκών, που ξεκίνησε το 1992, ενημερώθηκε το 2007 και βασίζεται στον τύπο θεραπείας που απαιτείται για τη διόρθωση της επιπλοκής.

Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι οι επιπλοκές και τα λάθη που συμβαίνουν στο χειρουργείο δεν μπορούν να είναι εύκολα μετρήσιμα και η κατάταξη του αποτελεί μια δύσκολη διαδικασία.

Τα λάθη στη χειρουργική ροή έχουν τη δυνατότητα να αυξήσουν την εμφάνιση χειρουργικών σφαλμάτων. Ωστόσο, λίγα είναι γνωστά για τη συχνότητα και τη φύση των χειρουργικών λαθών και την επίδρασή τους στην αιτιολογία των σφαλμάτων, γεγονός που καθιστά εξαιρετικά δύσκολη την ανάπτυξη παρεμβάσεων που βασίζονται σε στοιχεία.

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας παρουσιάζεται ο προσδιορισμός του χειρουργικού τομέα. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναπτύσσονται η έννοια και οι τύποι των χειρουργικών λαθών. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται οι εθνικές πολιτικές ασφάλειας των ασθενών. Στο τέταρτο κεφαλαίο παρουσιάζεται η νομική ευθύνη στις ιατροχειρουργικές επεμβάσεις και στο πέμπτο κεφάλαιο ο ρόλος και τα καθήκοντα του νοσηλευτή στην ασφάλεια των ασθενών. Τέλος στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα περιστατικά της νοσηλευτικής διεργασίας σχετικά με το μελετώμενο θέμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ιστορική αναδρομή του χειρουργικού τομέα προσδιορίζεται μέσα από διάφορες καταγραφές στο πέρασμα των χρόνων. Μέσα από πίνακες του 18^{ου} αιώνα φαίνεται ότι οι χειρουργικές επεμβάσεις πραγματοποιούνταν σε αίθουσες συνεδριάσεων ενώ παράλληλα μέσα από καταγραφές αρκετά χειρουργεία πραγματοποιούνταν στο σπίτι των ασθενών. Εκείνη την εποχή δεν δινόταν σημασία σε σημαντικά στοιχεία για τον τρόπο με τον οποίο θα έπρεπε να πραγματοποιούνται οι χειρουργικές επεμβάσεις όπως για παράδειγμα ο καλός φωτισμός ούτε είχαν διευκρινιστεί οι μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως για παράδειγμα οι λοιμώξεις ώστε να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή (Ronald et.al. 2001).

Στα μέσα του 19^{ου} αιώνα όπου ανακαλύφθηκε η αναισθησία δεν υπήρξε αλλαγή στο χώρο διεξαγωγής των χειρουργικών επεμβάσεων. Η μεγάλη αλλαγή σε αυτόν τον χώρο επήλθε περίπου στα τέλη του ίδιου αιώνα όπου διευκρινίστηκε η σημαντικότητα της αντισηψίας από το Βρετανό χειρουργό Joseph Lister. Με αφορμή αυτή την ανακάλυψη θεωρήθηκε απαραίτητο να υπάρξει ο σωστός σχεδιασμός διεξαγωγής χειρουργικών επεμβάσεων. Η τεχνική αντισηψίας αυτή περιελάμβανε την απολύμανση με καρβολικό οξύ όλων των επιφανειών και εργαλείων με τα οποία θα ερχόταν σε επαφή ο ασθενής. Το καρβολικό οξύ αποτελεί μια οργανική ένωση η οποία λόγω της καυστικότητας του οδήγησε τους χειρουργούς στο να έχουν ειδική ενδυμασία και γάντια για την προστασία τους. Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι ο ρόλος του νοσηλευτή σε μια χειρουργική επέμβαση ήταν να απολυμάνει όλο το χώρο με καρβολικό οξύ. Λόγω των απαιτήσεων αυτών δεν πραγματοποιήθηκαν πάλι χειρουργικές επεμβάσεις σε αίθουσες συνεδριάσεων(Laurant et.al. 2018).

Με πρωτοβουλία του γερμανού χειρουργού Gustav Neuber άλλαξε τη μέχρι τότε τακτική και θεώρησε απαραίτητο να διεξάγονται οι χειρουργικές επεμβάσεις σε ειδικούς χώρους. Λόγω των αντιδράσεων που προκλήθηκαν ο

γερμανός χειρουργός δημιούργησε ιδιωτικό νοσοκομείο εντός του οποίου υπήρχε ειδικός χώρος όπου πραγματοποιούνταν επεμβάσεις και ήταν με τέτοιο τρόπο σχεδιασμένα ώστε να αποφευχθούν οι μεταχειρουργικές λοιμώξεις. Σημαντική προσωπικότητα του 19^{ου} αιώνα υπήρξε ο χειρουργός William Stewart Halsted ο οποίος στο νοσοκομείο Johns Hopkins στη Βαλτιμόρη ανακάλυψε περαιτέρω αντισηπτικά μέτρα (Okamoto et.al. 2018).

Με την έναρξη του 20^{ου} αιώνα καθιερώθηκαν οι ειδικοί χώροι στα μεγάλα νοσοκομεία για τη διεξαγωγή χειρουργικών επεμβάσεων. Πιο συγκεκριμένα, υπήρχαν τρεις αίθουσες για τη διεξαγωγή χειρουργείων. Η πρώτη αφορούσε γενικές επεμβάσεις, η δεύτερη ορθοπεδικά χειρουργεία και η τρίτη γυναικολογικές επεμβάσεις. Ωστόσο θα πρέπει να αναφερθεί ότι πιθανότατα ο διαχωρισμός αυτός των αιθουσών προήλθε για λόγους διευκόλυνσης των γιατρών και όχι για αντισηπτικούς λόγους.

Ο χειρουργικός κλάδος εξελίσσεται με πολύ γρήγορους ρυθμούς με το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου. Αναπτύσσονται διάφορες τεχνικές κατά τη διάρκεια του συγκεκριμένου Πολέμου οι οποίες σε συνδυασμό με την ανακάλυψη των αντιβιοτικών επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη μετέπειτα εξέλιξη της διεξαγωγής των χειρουργικών επεμβάσεων. Τον ίδιο αιώνα αναπτύσσεται και ο κλάδος της αναισθησιολογίας ο οποίος σε συνδυασμό και με τις παραπάνω εξελίξεις λειτουργεί καταλυτικά στην επιβίωση ασθενών δύσκολων χειρουργικών επεμβάσεων (Perna et.al. 2018).

Επίσης κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα θα πρέπει να αναφερθεί ότι η ανάπτυξη της τεχνολογίας επέφερε αλλαγές στον ιατρικό εξοπλισμό ενώ παράλληλα εντάσσονται τα χειρουργεία ημερήσιας νοσηλείας. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο αμερικανός αναισθησιολόγος Ralph Waters στις αρχές του 1900 δημιουργεί μια κλινική πόλη Sioux της Iowa όπου πραγματοποιούνται χειρουργεία ημερήσιας νοσηλείας οδοντιατρικής. Δεν υπήρχε ιδιαίτερα μεγάλη ανταπόκριση. Σημαντική εξέλιξη στα χειρουργεία ημερήσιας νοσηλείας πραγματοποιήθηκε με τη συμβολή του αναισθησιολόγου ο Wallace Reed ο οποίος το 1970 ιδρύει το «Χειρουργικό Κέντρο». Εκ των υστέρων και βλέποντας την αναγκαιότητα δημιουργίας αυτών ιδρύθηκαν τα Χειρουργικά Κέντρα Ημερήσιας Νοσηλείας (Rivaz et.al. 2018),

1.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

Η διεξαγωγή των χειρουργικών επεμβάσεων είναι μια δύσκολη διαδικασία. Η ομάδα η οποία συμβάλλει στη διεξαγωγή τους πολλές φορές έρχεται αντιμέτωπη με δυσκολίες οι οποίες προέρχονται από διάφορες πηγές. Οι δυσκολίες αυτές προσδιορίζονται ανάλογα με τον ασθενή, την ασθένεια του και την επέμβαση που θα πραγματοποιηθεί. Αυτό σημαίνει ότι η κάθε χειρουργική επέμβαση διεξάγεται χωρίς η ομάδα να γνωρίζει τη δυσκολία που θα αντιμετωπίσει. Επίσης, από τη στιγμή που θα ξεκινήσει η επέμβαση τίποτα δεν μπορεί να αναστραφεί ενώ παράλληλα σε περίπτωση που υπάρξει η ανάγκη βοήθειας δεν είναι σίγουρο ότι θα πραγματοποιηθεί άμεσα καθώς δεν είναι βέβαιο ότι κάποιος άλλος χειρουργός θα είναι διαθέσιμος (Oshvandi et.al. 2018).

Στη συνέχεια, άλλο ένα χαρακτηριστικό του χειρουργείου είναι ότι δεν υπάρχει κάποιο χρονικό πλαίσιο διεξαγωγής των επεμβάσεων. Υπάρχει περίπτωση μια επέμβαση να διαρκέσει πολλές ώρες ανάλογα και με τη δυσκολία που μπορεί να υπάρξει. Παράδειγμα σε αυτό είναι οι καρδιολογικές επεμβάσεις όπου διαρκούν πολλές ώρες και αντιμετωπίζονται διάφορα προβλήματα.

Ο χειρουργικός και ο αναισθησιολογικός τομέας αποτελούν ειδικότητες οι οποίες εγκυμονούν κινδύνους για τον ασθενή. Ο ασθενής πριν υποβληθεί σε επέμβαση θα πρέπει να ενημερώνεται για τους κινδύνους της επέμβασης και θα πρέπει να αναφέρεται ανάλογα και με την επέμβαση ότι μπορεί να επέλθει και θάνατος (Cohen, 2018).

Σε κάθε χειρουργείο μπορεί να υπάρξουν απρόβλεπτες καταστάσεις και μπορεί να πραγματοποιηθούν λάθη ακόμα και σε χειρουργούς οι οποίοι είναι έμπειροι. Για να αποφευχθούν λοιπόν τυχόν λάθη η ομάδα του χειρουργείου είναι πολύ απαιτητικοί και είναι συνεχώς σε εγρήγορση ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τυχόν επιπλοκές και δυσκολίες (Amiri, et.al. 2018).

Για τον λόγο ότι κατά τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων οι απαιτήσεις είναι αρκετά υψηλές και ο κίνδυνος σε πολλές περιπτώσεις είναι μεγάλος δύναται να υπάρξουν εντάσεις ανάμεσα στην ομάδα που διεξάγει την επέμβαση. Για την καλύτερη διεξαγωγή χειρουργικών επεμβάσεων βασική θεωρείται η συνεργασία ανάμεσα στην επιστημονική ομάδα. Η επιστημονική

ομάδα η οποία συντελεί στην διεξαγωγή χειρουργικής επέμβασης είναι εκτός από τον χειρουργό και ο αναισθησιολόγος και το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να παρακολουθεί τον ασθενή κατά τη διάρκεια της επέμβασης και να συνεργάζεται με τον χειρουργό και τον αναισθησιολόγο ώστε να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του ασθενούς και ο αναισθησιολόγος υποστηρίζει τον ασθενή σε όλη τη διάρκεια της επέμβασης (Bentwich et.al. 2018).

1.3 ΔΟΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

Η αίθουσα του χειρουργείου δομείται με βάση ορισμένες δεξιότητες και αρμοδιότητες. Σκοπός της συγκεκριμένης δομής είναι να λειτουργεί σωστά η αίθουσα του χειρουργείου ώστε να μπορούν να καλυφθούν οι ανάγκες των ασθενών και να διευκολυνθεί η επιστημονική ομάδα. Η διαμόρφωση των δομών αυτών βασίζεται στο διαχωρισμό της επιστημονικής ομάδας ανάλογα με την ειδικότητα και τις εργασίες που διεκπεραιώνει. Ωστόσο όμως για τη σωστή λειτουργία των χειρουργείων κρίνεται απαραίτητη η συνεργασία ανάμεσα στα τμήματα και τους τομείς των νοσοκομειακών μονάδων (Young, 2018).

Προκειμένου να λειτουργήσει σωστά το χειρουργείο κρίνεται απαραίτητη η σύσταση μιας επιτροπής η οποία οφείλει να συντονίζει την ομάδα του χειρουργείου. Η συγκεκριμένη επιτροπή είναι γνωστή με την ονομασία «operating room committee» (Επιτροπή Χειρουργείου) και απαρτίζεται από το διευθυντή του αναισθησιολογικού κλάδου, τον προϊστάμενο του νοσηλευτικού προσωπικού και τον προϊστάμενο του χειρουργείου. Παράλληλα με αυτά τα μέλη απαρτίζεται και από ανώτατα διοικητικά στελέχη των νοσοκομειακών μονάδων. Τα θέματα με τα οποία ασχολείται αφορούν τον τρόπο με τον οποίο θα είναι πιο αποδοτικά τα χειρουργεία και θέματα στρατηγικού σχεδιασμού.

Εκτός από τη συντονιστική επιτροπή υπάρχει και άλλη μια επιτροπή η οποία στελεχώνεται από λιγότερα μέλη και συνεδριάζει κάθε εβδομάδα. Αυτή η επιτροπή ονομάζεται «operating room management team» (ομάδα διαχείρισης χειρουργείου). Η συγκεκριμένη ομάδα λειτουργεί με σκοπό τον έλεγχο της αποδοτικότητας των χειρουργείων (Πολλάλης et.al. 2012).

Σε μικρότερες νοσοκομειακές μονάδες όπου τα μέλη στις χειρουργικές επιτροπές είναι λιγότερα η επίλυση των προβλημάτων αφορά κυρίως την καλύτερη παροχή φροντίδας εντός των χειρουργείων ενώ παράλληλα οι στενές σχέσεις ανάμεσα στα μέλη συμβάλλουν περισσότερο στην επίλυση των προβλημάτων (Bentwich et.al. 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΙΑΤΡΙΚΑ ΛΑΘΗ

2.1 ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία η παροχή φροντίδας βασίζεται στην αποδοτικότητα, την αποτελεσματικότητα, την ισότιμη φροντίδα σε όλους τους ασθενείς και την ασφάλεια τους. Στις ΗΠΑ, στα τέλη της δεκαετίας του 1990 το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine) δημοσίευσε μια έκθεση η οποία είχε ως τίτλο «To Err is human – Building a Safe health system». Σύμφωνα με αυτή την έκθεση η ασφάλεια των ασθενών αφορά την παροχή φροντίδας εξαλείφοντας την πιθανότητα πρόκλησης βλάβης(EI-Jardali et.al. 2011).

Στις αρχές της δεκαετίας του 2000 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) δημοσίευσε ένα πρόγραμμα το οποίο αφορούσε την ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών ενθαρρύνοντας τα κράτη-μέλη να επικεντρωθούν στη φροντίδα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) αποδίδει για την ασφάλεια του ασθενούς τον εξής ορισμό: η προστασία των ασθενών από πιθανές βλάβες που δύναται να πραγματοποιηθούν κατά τη διάρκεια παροχής υγειονομικής φροντίδας(Ronald et.al. 2001).

Το 2002 η Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων των ασθενών τονίζει ότι στην Ευρώπη τα υγειονομικά συστήματα θα πρέπει να παρέχουν υψηλής ποιότητας φροντίδα και οφείλουν να τηρούν τα πρότυπα για την ασφαλή τους υγειονομική περίθαλψη.

Το 1994 στις ΗΠΑ συστάθηκε μια επιτροπή η οποία είναι μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και έχει ως σκοπό την παροχή υγειονομικής φροντίδας στους πολίτες με υψηλή ποιότητα και με ασφάλεια παγκοσμίως. Η συγκεκριμένη επιτροπή ονομάζεται Joint Commission International (JCI). Η έδρα της βρίσκεται στο Ιλινόις και μέσα από αυτήν εφαρμόζονται οι καλύτερες πρακτικές προκειμένου να εξασφαλιστεί η ασφαλή φροντίδα των ασθενών. Οι νοσοκομειακές μονάδες οι οποίες απευθύνονται σε αυτήν αριθμούν πάνω από 20.000 σε παγκόσμιο επίπεδο(Ronald et.al. 2001).

Οι υπηρεσίες της επιτροπής αυτής αφορούν:

- Εκπαίδευση,
- τις δημοσιεύσεις,
- συμβουλευτικές υπηρεσίες
- υπηρεσίες αξιολόγησης στους διάφορους φορείς υγείας (Ronald et.al. 2001).

Μια πολύ σημαντική υπηρεσία αυτού του οργανισμού είναι η αξιολόγηση η οποία παρέχεται μέσα από υπηρεσίες εγκεκριμένες από τον οργανισμό International Society for Quality in Health Care (ISQua. Ο συγκεκριμένος οργανισμός ιδρύθηκε τη δεκαετία 1980 και έχει ως σκοπό την παροχή ασφαλούς φροντίδας με υψηλή ποιότητα παγκοσμίως. Οι υπηρεσίες σχετίζονται με την εκπαίδευση και αξίζει να αναφερθεί ότι έχει επεκταθεί σε πάνω από 100 χώρες παγκοσμίως (U.S. Department of Health and Human Services, 2011)

Στα περισσότερα νοσοκομεία, η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί κορυφαία προτεραιότητα. Οι ομάδες υγειονομικής περίθαλψης μειώνουν τα ποσοστά σφαλμάτων και θέτουν ελέγχους τους για να προλαμβάνουν τα λάθη και εξασφαλίζουν ισχυρές γραμμές επικοινωνίας μεταξύ του νοσοκομειακού προσωπικού, των ασθενών και των οικογενειών τους.

Ωστόσο, ορισμένα νοσοκομεία δεν διαθέτουν ομάδες που να συνεργάζονται για να εξασφαλιστεί ότι η ασφάλεια των ασθενών είναι η πρώτη προτεραιότητα με αποτέλεσμα οι ασθενείς να έχουν επικίνδυνες επιπλοκές. Τόσοι 440.000 άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο από νοσοκομειακά λάθη, τραυματισμούς, ατυχήματα και λοιμώξεις (Vozikis, 2009)

Κάθε χρόνο, ένας στους 25 ασθενείς παρουσιάζει λοιμώξεις ενώ βρίσκεται στο νοσοκομείο. Ένας ασθενής έχει μια 1/4 πιθανότητες να υποστεί τραυματισμό, βλάβη ή θάνατο στο νοσοκομείο (House of Commons, Health Committee, 2009).

2.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΛΑΘΩΝ

Με τον όρο ιατρικό σφάλμα νοείται η παρουσία λάθους κατά τη διάρκεια ενός σχεδιασμού ιατρικής περίθαλψης ή η μη ύπαρξη δυνατότητας να

υλοποιηθεί κάποια ενέργεια όπως θα ήταν αναμενόμενο. Ο λόγος για τον οποίο συμβαίνουν τα ιατρικά λάθη είναι ο κακός χειρισμός στην ιατρική πρακτική, οι φαρμακευτικές παρενέργειες κ.α. Με τον όρο παρενέργεια νοείται η μη επιθυμητή αντίδραση του οργανισμού μετά από τη λήψη κάποιου φαρμάκου ή κάποιας θεραπείας.

Επίσης άλλος ένας ορισμός για το ιατρικό σφάλμα αφορά την ιατρική συμπεριφορά και ειδικότερα τη μη επιμέλεια του ιατρού σε ενέργειες που αφορούν την ειδικότητα του. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθούν δύο προσεγγίσεις. Η μια προσέγγιση αφορά την παράβαση κανόνων της ιατρικής επιστήμης ενώ η δεύτερη αφορά την έλλειψη φροντίδας στις ιατρικές πρακτικές (Koch, 2011).

2.3 ΑΙΤΙΕΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ

Οι λόγοι που δημιουργούν ιατρικά σφάλματα είναι οι εξής:

1. Λανθασμένη συνεννόηση όσον αφορά τη φαρμακευτική χορήγηση. Αυτό μπορεί να συμβαίνει λόγω μη ευανάγνωστου γραφικού χαρακτήρα, παρεμφερή ονομασία φαρμάκων, λανθασμένη δοσολογία κλπ.
2. Έλλειψη των σωστών ετικετών στα φαρμακευτικά σκευάσματα. Αυτό συμβαίνει λόγω του ότι τα σκευάσματα τοποθετούνται σε μικρότερες συσκευασίες οι οποίες έχουν η κάθε μια την ετικέτα τους και δύναται να ύπαρξει λάθος στη σωστή ονομασία και ημερομηνία λήξης τους
3. Περιβαλλοντικές αιτίες. Σε αυτούς τους λόγους περιλαμβάνεται η ζέστη, ο θόρυβος, ο κακός φωτισμός κλπ.
4. Η πολυπλοκότητα των υγειονομικών συστημάτων.
5. Οι χρονικές πιέσεις
6. Αυξανόμενη πολυπλοκότητα παροχής υγειονομικής φροντίδας
7. Η έλλειψη βασικών πληροφοριών όσον αφορά στοιχεία των ασθενών όπως είναι οι αλλεργικές αντιδράσεις, το προηγούμενο ιστορικό των ασθενών, η λήψη άλλων φαρμάκων κλπ.
8. Η ελλιπής ενημέρωση για φαρμακευτικές παρενέργειες.
9. Η λανθασμένη χρήση ιατρικών σκευασμάτων (Academy of medical royal colleges, 2014).

2.4 ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ

Οι επαγγελματίες υγείας, όπως οι χειρουργοί και οι αναισθησιολόγοι, λαμβάνουν την εκπαίδευση και την κατάρτιση για την επιτυχή λειτουργία των ασθενών.

Σε ένα χειρουργικό περιβάλλον, η διαταραχή είναι οποιαδήποτε ενέργεια ή συμβάν που αλλάζει την προγραμματισμένη χειρουργική ροή και υποχρεώνει τους χειρουργούς να περιμένουν ή να κάνουν χειρουργική επέμβαση αναποτελεσματικά. Οι διαταραχές παρατείνουν τη χειρουργική επέμβαση σε χρόνο, κόστος και να προκαλέσουν πολλαπλή καθυστέρηση. Καθυστέρηση ορίζεται ως οποιαδήποτε ενέργεια που εμποδίζει την προγραμματισμένη ροή ενός ασθενούς στους χώρους του χειρουργείου(Παναγιώτου , 2015).

Οι διακοπές στη διαδικασία του χειρουργείου δημιουργούν στρες και κόπωση και, ως εκ τούτου, προδιαθέτουν την χειρουργική ομάδα σε λάθη.

Ένα σφάλμα είναι η αποτυχία μιας προγραμματισμένης ενέργειας να ολοκληρωθεί όπως είχε προβλεφθεί (σφάλμα της εκτέλεσης) ή η χρήση ενός λανθασμένου σχεδίου για την επίτευξη ενός στόχου (σφάλμα προγραμματισμού). Ωστόσο, οι Sexton et al (2000) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το λάθος είναι δύσκολο να συζητηθεί στην ιατρική και ότι το ιατρικό προσωπικό είναι πιο πιθανό να αρνηθεί τις επιπτώσεις. Ορισμένα ιατρικά λάθη ενδέχεται να οδηγήσουν σε ανεπιθύμητα συμβάντα Ένα ανεπιθύμητο συμβάν είναι ο τραυματισμός που προκαλείται από την ιατρική διαχείριση (Τούντας et.al. 2007).

Τα ιατρικά σφάλματα δύναται να συμβούν όσο διαρκεί μια διάγνωση, στη θεραπευτική παρέμβαση ή ακόμα και στις προληπτικές ενέργειες. Στην κατηγοριοποίηση των ιατρικών σφαλμάτων περιλαμβάνονται:

Κατηγορία A : Περιπτώσεις ή γεγονότα που μπορούν να δημιουργήσουν ένα ιατρικό σφάλμα.

Κατηγορία B: Ιατρικό σφάλμα που τελικά δεν έβλαψε τον ασθενή.

Κατηγορία C: Ιατρικό σφάλμα που συνέβη στον ασθενή αλλά τελικά δεν του προκάλεσε βλάβη.

Κατηγορία D: Ιατρικό σφάλμα που συνέβη στον ασθενή και θα έπρεπε να παρακολουθηθεί ώστε να αποφευχθεί η πιθανότητα πρόκλησης βλάβης στον οργανισμό του.

Κατηγορία E: σε αυτή την κατηγορία προκαλείται στον ασθενή προσωρινή βλάβη η οποία χρήζει ιατρικής παρέμβασης.

Κατηγορία F: σε αυτή την κατηγορία προκαλείται επίσης στον ασθενή προσωρινή βλάβη και χρήζει περαιτέρω παραμονής στη νοσοκομειακή μονάδα.

Κατηγορία G: Μόνιμη αναπηρία ασθενούς.

Κατηγορία H: σε αυτή την κατηγορία κρίνεται απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση προκειμένου να εξασφαλιστεί η ζωή του ασθενούς.

Κατηγορία I: Θάνατος ασθενούς(Βούλτσος et.al. 2006).

2.5 ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ

Τα ιατρικά σφάλματα παρατηρούνται σε παγκόσμιο επίπεδο κατά τη διάρκεια παροχής υγειονομικής φροντίδας. Αξίζει να αναφερθεί ότι στις ΗΠΑ κάθε χρόνο αναφέρονται περίπου 100.000 θάνατοι στις νοσοκομειακές μονάδες ενώ στην Αγγλία κάθε χρόνο αναφέρονται περίπου 25.000 θάνατοι από ιατρικά λάθη. Παράλληλα παρατηρείται η ύπαρξη αρκετών επιπλοκών που επιφέρουν βλάβες στην υγεία των ασθενών. Όσον αφορά τη Γερμανία αναφέρονται περίπου 30.000 ιατρικά σφάλματα ενώ στη Νέα Ζηλανδία πάνω από 50.000 ασθενείς ταλαιπωρούνται από κάποιο ιατρικό σφάλμα. (Woodhead et.al. 2007)

Περαιτέρω στοιχεία δείχνουν ότι ένα ποσοστό της τάξεως του 10% των ασθενών ετησίως που νοσηλεύονται υφίστανται επιπλοκές που αφορούν τη φροντίδα τους εντός των νοσοκομειακών μονάδων. Οι επιπλοκές αυτές λόγω της παραμονής των ασθενών εντός των νοσοκομείων αυξάνουν το κόστος νοσηλείας. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι το 70% των επιπλοκών αυτών μπορεί να αποτραπεί.

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την Ιατρική Σχολή του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης το 2014 παρατηρήθηκε ότι ένα ποσοστό της τάξεως του 41,7% των ιατρών στις νοσοκομειακές μονάδες της Θεσσαλονίκης υποφέρει από επαγγελματική εξουθένωση (burnout) κάτι το οποίο συμβάλλει στην πιθανότητα ύπαρξης κάποιου ιατρικού σφάλματος. Στην ίδια έρευνα καταγράφονται τα ποσοστά των ειδικοτήτων που υποφέρουν από επαγγελματική εξουθένωση και ευνοούνται τα ιατρικά σφάλματα. Αυτές οι ειδικότητες είναι οι αναισθησιολόγοι και οι χειρουργοί. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι ιατροί στην Ελλάδα δουλεύουν πάνω από 30 ώρες χωρίς ανάπαυση κάτι το οποίο δημιουργεί αυξημένες πιθανότητες να υπάρξουν ιατρικά σφάλματα και γι αυτό το λόγο η Ελλάδα οδηγήθηκε στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο(ENNE 2012).

Τα παραπάνω στοιχεία δημιουργούν έντονο προβληματισμό για την ύπαρξη ιατρικών λαθών. Αποτελούν ένα έναυσμα ώστε να διερευνηθούν οι παράγοντες οι οποίοι δημιουργούν ιατρικά σφάλματα και να αναπτυχθούν οι απαραίτητες ενέργειες προκειμένου να εξαλειφθούν οι πιθανότητες αυτές.

Σε προηγούμενα έτη δεν δινόταν σημασία στους παράγοντες που μπορεί να προκαλούσαν ιατρικά λάθη κατά τη διάρκεια παροχής υγειονομικής φροντίδας. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια κρίνεται απαραίτητος ο προσδιορισμός των πηγών κινδύνου που οδηγούν σε ιατρικά λάθη και για αυτό το λόγο δίνεται βάση περισσότερο στην εκπαίδευση και στην ενίσχυση του ιατρικού προσωπικού καθώς επίσης και στη δημιουργία πληροφοριακών συστημάτων τα οποία θα προσδιορίζουν, θα καταγράφουν και θα αναλύουν τα ιατρικά σφάλματα (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2012).

Τέλος, οι επιπτώσεις που επιφέρουν τα ιατρικά λάθη στα υγειονομικά συστήματα αφορούν το αυξημένο κόστος υγείας. Σε αυτό παράδειγμα αποτελεί το υγειονομικό σύστημα της Αγγλίας όπου το κόστος μη ασφαλής

ιατρικής φροντίδας ανέρχεται σε πάνω από 1 δισεκατομμύριο λίρες κάθε χρόνο(Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΘΝΙΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

3.1 ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΈΝΩΣΗΣ

Η Σύσταση του Συμβουλίου της ΕΕ δημιουργήθηκε λόγω των αναγκών που παρουσιάζονται στην Ευρώπη για την ασφάλεια των ασθενών. Ιδρύθηκε το 2009 και αφορά εκτός από οδηγίες για την ασφάλεια των ασθενών και κανόνες οι οποίοι σχετίζονται με την πρόληψη και τον έλεγχο των λοιμώξεων που επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών (2009/C 151/01).

Τα κυριότερα σημεία της συγκεκριμένης Σύστασης αφορούν την υποχρέωση των κρατών-μελών ώστε να προωθήσουν και να ενισχύσουν αποτελεσματικότερες Εκθέσεις με στόχο των εντοπισμό των λόγων που δημιουργούν ανεπιθύμητες καταστάσεις και απειλούν την ασφάλεια των ασθενών καθώς επίσης και την αποτελεσματική παρέμβαση αντιμετώπισης(Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2012).

Παράλληλα, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη βάση στην εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού που εργάζεται στον τομέα της υγείας ενώ κρίνεται απαραίτητη η υποχρέωση των κρατών-μελών να υποβάλλουν διατάξεις οι οποίες θα ενημερώνουν για τη σοβαρότητα των λόγων που απειλούν την ασφάλεια των ασθενών και δημιουργούνται σφάλματα που μπορεί να κοστίσουν τη ζωή τους. Επίσης, θεωρείται βασικό να προσδιοριστούν ζητήματα νομικής φύσεως που σχετίζονται με την ευθύνη του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι παρόλο που τα κράτη-μέλη δεν είναι απαραίτητο να εφαρμόσουν τις εκθέσεις που υποβάλλονται θεωρείται βασικό να υπάρξει αλλαγή της νοοτροπίας εντός του ευρωπαϊκού πλαισίου ώστε να προστατευτούν οι ασθενείς, να αποφευχθούν σφάλματα και να προληφθούν δυσάρεστες καταστάσεις(Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2012).

3.2 ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΗΝΩΜΕΝΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ

Οι πολιτικές του Ηνωμένου Βασιλείου έχουν σημειώσει μεγάλη πρόοδο στην ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών. Αυτό παρατηρείται και από τα αυξημένα ποσοστά δυσάρεστων συμβάντων στην υγειονομική περίθαλψη. Αξίζει να αναφερθεί ότι το σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου είναι το πρώτο το οποίο έθεσε ως πρωταρχικό στόχο την ενίσχυση της προστασίας των ασθενών από δυσάρεστα συμβάντα. Γι αυτό το λόγο στις αρχές της δεκαετίας 2000 δημιουργείται ο Εθνικός Οργανισμός Ασφάλειας Ασθενών (National Patient Safety Agency). Ο συγκεκριμένος οργανισμός στοχεύει στην υποχρεωτική αναφορά δυσάρεστων συμβάντων και στην καταγραφή τους κατά τη διάρκεια υγειονομικής περίθαλψης (Bentwich et.al. 2018).

Παράλληλα, αυτός ο οργανισμός αναπτύσσει ένα σύστημα στο οποίο καταγράφονται τα δυσάρεστα περιστατικά και μέσα από αυτά εξάγονται συμπεράσματα. Το συγκεκριμένο σύστημα είναι γνωστό με την ονομασία National Reporting and Learning System (NRLS). Το συγκεκριμένο σύστημα αποτελεί μια διαδικτυακή πλατφόρμα η οποία συμβάλλει στην αναφορά των συμβάντων που έχουν θέσει σε κίνδυνο τη ζωή των ασθενών τηρώντας την ανωνυμία. Παράλληλα, στις περαιτέρω λειτουργίες του συστήματος είναι και η καταγραφή περιστατικών όπου παραλίγο να γίνει κάποιο σφάλμα και να προκληθεί βλάβη στον ασθενή. Η ανάπτυξη αυτού του συστήματος πραγματοποιήθηκε στις αρχές του 2000 και τον πρώτο χρόνο λειτουργίας του είχαν καταγραφεί πάνω από 100 περιστατικά. Μέχρι σήμερα ο αριθμός των περιστατικών έχει αυξηθεί κατακόρυφα με τον αριθμό αυτό να ξεπερνάει τα 600.000 περιστατικά. Η χρήση του συστήματος αυτού λειτουργεί προληπτικά για την αποφυγή ιατρικών σφαλμάτων σε όλες τις νοσοκομειακές μονάδες του Ηνωμένου Βασιλείου. Η αναφορά του κάθε περιστατικού οδηγεί στην εξαγωγή κάποιου συμπεράσματος και κατόπιν πραγματοποιείται η αποστολή προειδοποιήσεων από τον Εθνικό Οργανισμό Ασφάλειας Ασθενών σε όλες τις νοσοκομειακές μονάδες (Bentwich, et.al. 2018).

Οι λειτουργίες αυτού του οργανισμού αφορούν την παροχή ασφάλειας στους ασθενείς. Για την αποτελεσματικότερη λειτουργία υιοθετούνται συνεχώς

διάφορες προτάσεις. Μια από τις προτάσεις που υιοθετήθηκαν τον τελευταίο χρόνο αφορούσε την ανάληψη ευθύνης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε περίπτωση κάποιου σφάλματος. Γι αυτό το λόγο είναι υποχρεωτική η καταγραφή του ονόματος του ιατρού και του νοσηλευτή στην κλίνη του κάθε ασθενούς. Αυτό σημαίνει ότι την ευθύνη του κάθε ασθενούς σε όλη τη διάρκεια νοσηλείας την έχει ο ιατρός και ο νοσηλευτής που είναι γραμμένο το όνομα τους. Η συγκεκριμένη ενέργεια πραγματοποιήθηκε με αφορμή την εξαγωγή συμπεράσματος από μια έρευνα στο νοσοκομείο του Στάφορντ όπου είχε πραγματοποιηθεί η καταγραφή πολλών δυσάρεστων συμβάντων σε πολλά από τα οποία η ευθύνη ήταν του προσωπικού.

Η πρόταση που αναφέρθηκε παραπάνω εφαρμόστηκε με τη συμβολή της Ακαδημίας του Βασιλικού Κολεγίου Ιατρών (Academy of Medical Royal Colleges) η οποία συνέταξε ένα κείμενο στο οποίο εμπεριέχονταν οδηγίες για την υλοποίηση της συγκεκριμένης πρότασης. Στόχος είναι η παροχή ασφαλούς και ποιοτικής νοσηλείας των ασθενών. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι δεν έχει εφαρμοστεί σε όλες τις νοσοκομειακές μονάδες γι αυτό δεν έχει διερευνηθεί ακόμα η αποτελεσματικότητα της κάτι το οποίο θα πραγματοποιηθεί σε βάθος χρόνου(Laurant et.al. 2018).

3.3 ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ

Όσον αφορά τις πολιτικές της Αμερικής στα συστήματα μέσω των οποίων καταγράφονται τα δυσάρεστα συμβάντα στη νοσοκομειακή περίθαλψη θα πρέπει να αναφερθεί ότι εφαρμόζονται στο μεγαλύτερο μέρος των πολιτειών της Αμερικής και αποτελούν προτεραιότητα στο σύστημα υγείας τους. Αυτό φαίνεται και από το γεγονός ότι το 2013 οι αρχές δέχτηκαν «πιέσεις» προκειμένου να κριθεί απαραίτητη η εφαρμογή καταγραφής και αναφοράς δυσμενών συμβάντων στις νοσοκομειακές μονάδες. Ειδικότερα, οι ειδικοί κατέθεσαν μια πρόταση η οποία υποχρεώνει τις νοσοκομειακές μονάδες κάθε πρωί να αναφέρουν μέσω του διαδικτύου όλα τα συμβάντα που έθεσαν σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών(Ronald et.al. 2001).

Η καταγραφή των δυσμενών περιστατικών μέσω εργαλείων αποτελεί μια κατάσταση που εφαρμόζεται εδώ και πολλά χρόνια στην Αμερική. Ωστόσο όμως, λόγω του ότι δεν έφεραν θετικά αποτελέσματα σε όλες τις

νοσοκομειακές μονάδες καθώς υπήρχαν πολλές ελλείψεις στην καταγραφή και αναφορά των ιατρικών σφαλμάτων προτάθηκε ένα πιο σύγχρονο εργαλείο το οποίο ανιχνεύει 10 φορές περισσότερα σφάλματα από οποιοδήποτε άλλο σύστημα. Το συγκεκριμένο εργαλείο δημιουργήθηκε από το Institute for Health Improvement και ονομάζεται Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events. Το Institute for Health Improvement αποτελεί ένα μη κυβερνητικό οργανισμό με έδρα τη Μασαχουσέτη. Στόχος της λειτουργίας του είναι η προώθηση και η ενίσχυση ασφαλούς και ποιοτικής νοσηλείας των ασθενών. Η λειτουργία του συστήματος που αναπτύχθηκε από αυτό τον οργανισμό αφορά τον έλεγχο των φακέλων των ασθενών και την καταγραφή στοιχείων που μπορεί να θεωρηθούν ιατρικά σφάλματα (Susan et.al. 2001).

Ο λόγος που δημιουργήθηκε το συγκεκριμένο σύστημα ήταν διότι η αναφορά σφαλμάτων εκούσια δεν έφερε θετικά αποτελέσματα καθώς μόνο το 10% των δυσμενών περιστατικών καταγράφονταν. Αυτό επιβεβαιώνεται και μέσα από τη δημοσίευση ενός άρθρου στο περιοδικό Health Affairs όπου αναφέρεται ότι το εργαλείο Global Trigger Tool μπορεί να ανιχνεύσει το 90% των δυσάρεστων περιστατικών που δεν αναφερόταν εκούσια. Η ίδια θέση επιβεβαιώνεται και μέσα από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σχετικά με την αποτελεσματικότητα του εργαλείου αυτού.

Μέσα από τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι οι νοσοκομειακές μονάδες χρειάζονται ένα σύστημα το οποίο θα μπορεί να καταγράφει τα δυσμενή περιστατικά και μέσα από αυτή την καταγραφή να πραγματοποιούνται οι κατάλληλες ενέργειες προκειμένου να βρεθούν λύσεις και να γίνει η απαραίτητη λήψη μέτρων για την αποφυγή περαιτέρω σφαλμάτων. Το σύστημα Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events αποτελεί ένα σύστημα το οποίο στην Αμερική φαίνεται να παρέχει αυτό που χρειάζονται οι νοσοκομειακές μονάδες (Perna et.al. 2018).

3.4 ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Η Ελλάδα αποτελεί μια χώρα η οποία έχει καταβάλλει μια πολύ σημαντική προσπάθεια για πρώτη φορά ως προς την ανίχνευση, καταγραφή και αναφορά δυσμενών συμβάντων και ιατρικών σφαλμάτων. Αυτή η προσπάθεια αφορά ένα σύστημα το οποίο ονομάζεται MERIS. Το

συγκεκριμένο σύστημα δημιουργήθηκε με την πρωτοβουλία του Οικονομικού Πανεπιστημίου Πειραιά εφαρμόστηκε πιλοτικά στα πλαίσια μιας διδακτορικής διατριβής. Μέσα από το συγκεκριμένο σύστημα πραγματοποιείται η εκούσια καταγραφή δυσμενών συμβάντων με ασφάλεια.

Στόχος του συγκεκριμένου συστήματος είναι να ενθαρρυνθεί το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να καταγράψει τα οποιαδήποτε δυσμενή περιστατικά με κύριο μέλημα όχι την απόδοση ευθυνών αλλά τη μέγιστη ασφάλεια των ασθενών και την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας(Perna et.al. 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΝΟΜΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΣΤΙΣ ΙΑΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

4.1 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ

Με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο μέρος των ιατρικών σφαλμάτων που έχουν οδηγηθεί στις δικαστικές αίθουσες αφορούν την ειδικότητα των χειρουργών. Η χειρουργική αποτελεί μια ειδικότητα η οποία έχει περισσότερες πιθανότητες να πραγματοποιηθεί κάποιο ιατρικό σφάλμα με αποτέλεσμα ο χειρουργός να οδηγείται στα δικαστήρια (Ronald et.al. 2001).

Με την έννοια ιατρικό σφάλμα νοείται το σφάλμα το οποίο έρχεται σε αντιπαράθεση με τους κανόνες της ιατρικής. Η διαφορά με το «κοινό σφάλμα» είναι ότι δεν παραβιάζει τους κανόνες της ιατρικής αλλά σχετίζεται με την αμέλεια του προσωπικού να φροντίσει τον ασθενή. Ειδικότερα στην περίπτωση που το σφάλμα πραγματοποιηθεί κατά τη διάρκεια του χειρουργείου τότε είναι ιατρικό ενώ εάν πραγματοποιηθεί μετά τη χειρουργική επέμβαση και αφορά τη φροντίδα του ασθενούς τότε είναι «κοινό σφάλμα».

Όσον αφορά την ευθύνη του χειρουργού θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα στοιχεία που μπορούν να του προσάψουν ένα ιατρικό σφάλμα ή αντίθετα να αποκλείσουν την περίπτωση ιατρικού σφάλματος αφορούν:

- Την υλικοτεχνική υποδομή
- Το εκπαιδευμένο ανθρώπινο δυναμικό
- Την ψυχολογική και σωματική υγεία του χειρουργού και της υπόλοιπης επιστημονικής ομάδας.

Στη συνέχεια θα αναλυθεί η ευθύνη του χειρουργού στα στάδια της χειρουργικής επέμβασης τα οποία είναι:

α) Προεγχειρητικό στάδιο

β) Στάδιο κατά τη διάρκεια της επέμβασης και

γ) Μετεγχειρητικό στάδιο

4.1.1 Προεγχειρητικό στάδιο

Το συγκεκριμένο στάδιο αποτελείται από τον προεγχειρητικό έλεγχο. Ειδικότερα σε αυτό πραγματοποιούνται τα εξής:

- η λήψη ιστορικού,
- οι καρδιολογικές και αιματολογικές εξετάσεις
- ο ακτινολογικός έλεγχος.

Σε αυτό το στάδιο ο χειρουργός καλείται να αξιολογήσει τις εξετάσεις τις οποίες έχει πραγματοποιήσει ο ασθενής. Στη συνέχεια ο χειρουργός θα πρέπει να αιτιολογήσει για ποιο λόγο θα πραγματοποιήσει αυτή την επέμβαση σε περίπτωση βέβαια που υπάρχουν και άλλες επιλογές. Τέλος, η ευθύνη του χειρουργού έγκειται στη πρόβλεψη. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να προετοιμαστεί λαμβάνοντας τα απαραίτητα μέτρα για πιθανές επιπλοκές κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Σε αυτό το στάδιο το ιατρικό λάθος που μπορεί να πραγματοποιήσει ο χειρουργός αφορά τη διάγνωση και τη θεραπευτική αστοχία(Perna et.al. 2018).

Όσον αφορά τη διάγνωση τέτοιου είδους σφάλματα δύναται να συμβούν λόγω του ότι ο χειρουργός δεν έχει λάβει πλήρες ιατρικό ιστορικό ή δεν έχει αξιολογήσει σωστά τις εξετάσεις που πραγματοποίησε ο ασθενής. Σχετικά με τη νομολογία θα πρέπει να αναφερθεί ότι υπάρχει διαφορά ανάμεσα στο «*διαγνωστικό σφάλμα*» και τη «*διαγνωστική πλάνη*». Όσον αφορά τη διαγνωστική πλάνη οφείλεται σε λάθος διάγνωση καθώς υπάρχουν ασθένειες οι οποίες έχουν την ίδια συμπτωματολογία και τα ίδια κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα και γι αυτό το λόγο ο χειρουργός επήλθε σε λάθος διάγνωση. Στην ουσία πρόκειται για μη αμέλεια του χειρουργού όσον αφορά την αξιολόγηση των εξετάσεων αλλά για μια πλάνη στη διάγνωση(Rivaz et.al. 2018).

Όσον αφορά τη *θεραπευτική αστοχία* σχετίζεται με το σφάλμα που πραγματοποιείται για την επιλογή της χειρουργική μέθοδο που θα χρησιμοποιηθεί. Παρόλα αυτά όμως δεν ασκείται ποινική δίωξη στον γιατρό επειδή επέλεξε τη μία μέθοδο από την άλλη εφόσον εντάσσονται στον ιατρικό τομέα και είναι αναγνωρίσιμες.

4.1.2 Κατά τη διάρκεια της επέμβασης

Κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης η ευθύνη του χειρουργού είναι μεγάλη. Θα πρέπει να βρίσκεται συνεχώς σε ετοιμότητα διότι πολλά απρόοπτα μπορεί να συμβούν και να υπάρξουν επιπλοκές οι οποίες δεν μπορούν να αναγνωριστούν στο στάδιο πριν την επέμβαση και μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς. Δεν είναι λίγες οι φορές που ο χειρουργός αντιμετωπίζει πολλά απρόοπτα περιστατικά κατά τη διάρκεια της επέμβασης και θα πρέπει να είναι σε θέση να λάβει τη σωστή απόφαση. Ένα παράδειγμα σε αυτό αποτελεί η αλλαγή της χειρουργικής μεθόδου κατά τη διάρκεια της επέμβασης ή η επέμβαση και σε άλλα μέρη του σώματος. Ο χειρουργός δεν διώκεται ποινικά σε αυτές τις περιπτώσεις όπου τηρεί τους κανόνες ιατρικής και της ειδικότητας του. Μόνο σε περιπτώσεις όπου είναι λανθασμένη η χειρουργική μέθοδος που χρησιμοποιεί και αποδειχθεί (Oshvandi et.al. 2018).

4.1.3 Μετεγχειρητικό στάδιο

Στο συγκεκριμένο στάδιο ο χειρουργός έχει την ευθύνη του ασθενούς σε όλη τη διάρκεια παραμονής του στο νοσοκομείο μετά την επέμβαση. Η παραμονή του ασθενούς εντός της νοσοκομειακής μονάδας μπορεί να διαρκέσει μεγάλο χρονικό διάστημα ενώ παράλληλα μέχρι την αποθεραπεία του ο ασθενής θα πρέπει να επιβλέπεται από το χειρουργό. Με βάση αυτό γίνεται αντιληπτό ότι λόγω του μεγάλου χρονικού διαστήματος μέχρι την αποθεραπεία του ασθενούς δύναται να αποδοθούν ποινικές ευθύνες στον ιατρό. Με βάση τη βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις όπου οι χειρουργοί έχουν οδηγηθεί στα δικαστήρια όταν οι ασθενείς ήταν στο μετεγχειρητικό στάδιο και μετά την επέμβαση παρουσίασαν προβλήματα. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι στο μετεγχειρητικό στάδιο θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην υποστήριξη του ασθενούς να κινείται. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να παραπέμπεται σε φυσιοθεραπευτή για να κινητοποιηθεί καθώς η ακινησία μπορεί να δημιουργήσει πολλά προβλήματα όπως θρόμβωση ή ατροφία κλπ. (Young, 2018)

4.2 ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΠΟΙΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ

Η κατηγοριοποίηση ανάμεσα στις επιτυχημένες και αποτυχημένες χειρουργικές επεμβάσεις έγκειται στα εξής:

- της υπάρχουσας ή όχι σωματικής βλάβης,
- της lege artis επέμβασης και
- της ενημέρωσης και συναίνεσης του ασθενή.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι λόγω της ιδιαιτερότητας που έχουν οι *αυτογνώμονες* και οι *κινδυνώδεις* επεμβάσεις για αυτό το λόγο και θα μελετηθούν εκτενέστερα. Εκτός από αυτές υπάρχουν και οι:

- Διαγνωστικές,
- Θεραπευτικές (απλές),
- Θεραπευτικές επεμβάσεις με δεδομένη την πρόκληση σωματικής βλάβης.
- Επεμβάσεις με μη θεραπευτικό σκοπό.

Οι αυτογνώμονες ιατροχειρουργικές επεμβάσεις αποτελούν τις επεμβάσεις όπου πραγματοποιούνται ενώ δεν

είναι εκείνες οι επεμβάσεις, οι οποίες τελούνται κατά παρέκκλιση των απολύτων προϋποθέσεων της ενημέρωσης και συναίνεσης του ασθενή (Woodhead et.al. 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

5.1 ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Τα καθήκοντα του νοσηλευτικού προσωπικού προσδιορίζονται από ένα πρωτόκολλο και είναι τα εξής:

1. Νοσηλευτική περίθαλψη με βάση τους κανόνες και τις οδηγίες της Νοσηλευτικής Επιστήμης.

2. Προώθηση της συνεχούς εκπαίδευσης και κατάρτισης του νοσηλευτικού προσωπικού.

3. Ο έλεγχος του νοσηλευτικού προσωπικού και της παρεχόμενης περίθαλψης.

4. Η εφαρμογή των αρχών λειτουργίας της νοσοκομειακής μονάδας με βάση τους νόμους και τους κανόνες της νοσοκομειακής μονάδας όπως αυτές καθορίζονται από τις αποφάσεις του Ενιαίου Συλλογικού Οργάνου Διοίκησης και του κοινού Διοικητού αυτού.

5. Συνεργασία με περαιτέρω υπηρεσίες της νοσοκομειακής μονάδας.

6. Προγραμματισμός και έλεγχος των νοσηλευτικών υπηρεσιών.

7. Ο έλεγχος ενημέρωσης και υπευθυνότητας των ιατρικών φακέλων των νοσηλευόμενων.

8. Προγραμματισμός, έλεγχος και εφαρμογή των νοσηλευτικών πράξεων. (ENNE 2012) (Ronald et.al. 2001)

5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η ταυτοποίηση των νοσηλευόμενων αποτελεί μια διαδικασία κατά την οποία επιβεβαιώνονται τα στοιχεία των νοσηλευόμενων στους οποίους θα πραγματοποιηθεί η ιατρονοσηλευτική περίθαλψη. Αποτελεί μια πολύ σημαντική διαδικασία κατά την οποία εξακριβώνονται τα στοιχεία των ασθενών και με αυτό τον τρόπο αποφεύγονται τα ιατρονοσηλευτικά σφάλματα τα οποία δύναται να έχουν ολέθριες επιπτώσεις στους ασθενείς. η

συγκεκριμένη διαδικασία εξασφαλίζει ότι θα δοθεί η σωστή θεραπευτική παρέμβαση στο σωστό ασθενή.

Ο τρόπος μέσα από τον οποίο εξασφαλίζεται η σωστή ταυτοποίηση είναι μέσω μιας ταινίας ταυτότητας (wristbands) ή αλλιώς βραχιολάκι και η οποία παρέχεται στον ασθενή με την εισαγωγή του στη νοσοκομειακή μονάδα. Τη συγκεκριμένη ταινία τη φοράει ο ασθενής στον καρπό του χεριού του και παρέχεται από τον υπάλληλο στο γραφείο κίνησης ή από το νοσηλευτικό προσωπικό. Θεωρείται βασικό ο ασθενής να το φοράει σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του. Σε περιπτώσεις όπου δεν γίνεται να φορεθεί στο χέρι του ασθενούς θα πρέπει να φοριέται στον αστράγαλο του. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι ασθενείς οι οποίοι είναι σε βαριά κατάσταση θα πρέπει να φοράνε την ταυτοποίησή τους και στο χέρι και στον αστράγαλο.. Τα στοιχεία τα οποία αναφέρονται επάνω στην ταυτότητα είναι το ονοματεπώνυμο, το πατρώνυμο, η ημερομηνία γέννησης των ασθενών και ο κωδικός τους(Woodhead et.al. 2007).

Το χρώμα της ταυτότητας θα πρέπει να είναι λευκό με μαύρα τα στοιχεία των ασθενών, θα πρέπει να είναι στο σωστό μέγεθος ώστε να μπορεί να φορεθεί σε όλες τις ηλικίες από μωρά μέχρι και ενήλικες. Δεν θα πρέπει να έχει οξείες γωνίες για να μην προκαλεί ερεθισμό και αλλεργίες στο δέρμα των ασθενών ενώ παράλληλα θα πρέπει να είναι άνετο στη χρήση και το υλικό του να είναι ανθεκτικό σε σαπούνι και άλλα είδους υγρά. (NPSA 2014)

Θεωρείται πολύ σημαντική η ταυτοποίηση του γραμμωτού κώδικα του ασθενούς καθώς μέσα από μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ατλάντα δύναται να παρουσιαστούν σφάλματα ταυτοποίησης του ασθενούς μέσω του κώδικα αυτού. Γι αυτό το λόγο θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή και να ελέγχεται προσεκτικά ο κώδικας αυτός ενώ παράλληλα θα πρέπει να δημιουργούνται υψηλές προδιαγραφές και υψηλή κατασκευαστική ποιότητα για την ασφάλεια των ασθενών από τους δημιουργούς των συσκευών αυτών. (Woodhead et.al. 2007)

Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο διαπιστώθηκε ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στις νοσοκομειακές μονάδες είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένο με τη χρήση της ταυτότητας και αυτό φαίνεται από την εφαρμογή της σε διαδικασίες όπως είναι η μετάγγιση αίματος και η φαρμακευτική χορήγηση.(Ronald et.al. 2001)

Οι ταυτότητες αποτελούν την επιβεβαίωση των στοιχείων των ασθενών. Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν θα πρέπει να πραγματοποιείται έλεγχος κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών προς επικύρωση της ταυτότητας τους ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής δεν είναι σε κατάσταση ώστε να επιβεβαιώσει τα στοιχεία του. Παράλληλα θεωρείται υψίστης σημασία η εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στη χρήση και τον έλεγχο της ταυτότητας των νοσηλευομένων (Ronald et.al. 2001)

Ιδιαίτερη προσοχή στην ταυτοποίηση των ασθενών θα πρέπει να δείξει το νοσηλευτικό προσωπικό στις εξής διαδικασίες:

- Στην χορήγηση φαρμάκων
- Στα προϊόντα αίματος,
- Στη λήψη αίματος
- Στη λήψη δειγμάτων για κλινικό έλεγχο
- Στην εφαρμογή θεραπευτικών διαδικασιών

Ο έλεγχος που πραγματοποιεί είναι στο ονοματεπώνυμο του ασθενούς, στο πατρώνυμο και στην ημερομηνία γέννησης. Παράλληλα θα πρέπει να ζητά από τον ασθενή να αναφέρει το όνομα του ενώ σε περιπτώσεις όπου δεν μπορεί να παρέχει πληροφορίες το νοσηλευτικό προσωπικό απευθύνεται στο περιβάλλον του προς επιβεβαίωση των στοιχείων του. (Λεμονίδου et al 2006)

Ο νοσηλευτής θα πρέπει :

- Ø Χρησιμοποιεί τη νοσηλευτική διαδικασία αποτελεσματικά και υπεύθυνα
- Ø Εκτελεί την φροντίδα του ασθενούς αποτελεσματικά μέσω της πρακτικής και της επικοινωνίας με τους ασθενείς και το λοιπό προσωπικό
- Ø Συντονίζει το σχέδιο φροντίδας για τους ασθενείς και συμβουλεύει τα μέλη της ομάδας τους για να εξασφαλίσει τα καλύτερα αποτελέσματα
- Ø Ακολουθεί τις πολιτικές, τους κανόνες, τις κατευθυντήριες γραμμές και τις διαδικασίες που καθορίζονται από το Νοσηλευτικό Συμβούλιο
- Ø Μπορεί να λειτουργήσει πέραν των πρωτογενών καθηκόντων
- Ø Αξιολογεί με ικανοποιητικό τρόπο τον ασθενή σε τακτική βάση

Ø Προτεραιότητα της φροντίδας του ασθενούς και των συναφών θεμάτων για τον καθορισμό των κατάλληλων παρεμβάσεων.

Ø Αυξάνει τις τρέχουσες ικανότητες μέσω της διδακτικής και βιωματικής μάθησης

Ø Επιδεικνύει μια συναισθηματική και σεβαστή συμπεριφορά σε όλους τους συναδέλφους, τους ασθενείς και τα μέλη της οικογένειάς τους (Ronald et.al. 2001)

5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ

Η διαδικασία που θα πρέπει να πραγματοποιηθεί πριν από τη χορήγηση αίματος είναι:

· Έλεγχος ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ότι έχει πραγματοποιηθεί ενημέρωση του ασθενούς για τη διαδικασία αυτή.

· Υπογραφή εντύπου από τον ασθενή ότι συναινεί για την εφαρμογή αυτής της διαδικασίας. (Ronald et.al. 2001)

Για την ασφάλεια του ασθενούς δίνεται μια κάρτα ταυτοποίησης (ID) ή ένα βραχιολάκι στον ασθενή στο οποίο αναγράφεται ένας κωδικός ο οποίος εξακριβώνεται με τον κωδικό που έχει δοθεί στη μονάδα αίματος. Ο ασθενής υποχρεούται κάθε φορά που θα προβαίνει σε αυτή τη διαδικασία να έχει μαζί του την κάρτα του με τον κωδικό του και τα στοιχεία του. Με αυτόν τον τρόπο δίνεται το σωστό αίμα στο σωστό ασθενή και μειώνονται σε μεγάλο βαθμό οι πιθανότητες σφαλμάτων. Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να ελέγχει τα στοιχεία των ασθενών όπως είναι το ονοματεπώνυμο του, το πατρώνυμο, η ημερομηνία γέννησης και η ομάδα αίματος(Linda et.al. 2010)

Οι πράξεις που εκτελεί το νοσηλευτικό προσωπικό πριν από την έναρξη χορήγησης αίματος είναι:

· Έλεγχος φλεβικής προσπέλασης

· Μέτρηση ζωτικών σημείων ασθενούς (αρτηριακή πίεση, σφυγμοί, θερμοκρασία)

· Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων σε όλη τη διάρκεια της διαδικασίας ανά 15 λεπτά

· Παρακολούθηση του ασθενούς για αλλεργικές αντιδράσεις

Η διάρκεια της διαδικασίας δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τις 4 ώρες. Επίσης δεν θα πρέπει να καθυστερήσει η συγκεκριμένη διαδικασία από τη στιγμή που έχει γίνει η παραλαβή του αίματος. Η διαδικασία θα πρέπει να εφαρμόζεται αργά για το πρώτο μισάωρο και στη συνέχεια να πραγματοποιείται αύξηση. Επίσης, βασικό είναι να μην χορηγούνται υγρά ή φάρμακα την ώρα που χορηγείται το αίμα. (Ronald et.al. 2001)

Οι νοσηλευτικές πράξεις που θα πρέπει να πραγματοποιηθούν σε περίπτωση αντίδρασης στο αίμα είναι:

- Διακοπή της διαδικασίας.
- Διατήρηση της φλεβική γραμμής με φυσιολογικό ορό.
- Ενημέρωση του ιατρού και της αιμοδοσίας.
- Αποστολή της μεταγγιζόμενης μονάδας και δείγμα αίματος του ασθενή στην αιμοδοσία(Laurant et.al. 2018)

5.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΟΡΘΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Η λήψη φαρμακευτικής αγωγής αποτελεί μια διαδικασία η οποία είναι πολύ σημαντική, χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και η περίπτωση εσφαλμένης χορήγησης μπορεί να δημιουργήσει αρνητικές επιπτώσεις στους ασθενείς. η εσφαλμένη χορήγηση φαρμάκων αποτελεί μια κατάσταση η οποία μπορεί να προκαλέσει βλάβη στον ασθενή καθώς δεν έχει δοθεί η σωστή δόση ή το σωστό φάρμακο στον ασθενή. (WHO 2014),

Οι οδοί φαρμακευτικής χορήγησης είναι:

- Από το γαστρεντερολογικό σύστημα.
- Από το αναπνευστικό σύστημα.
- Με ενέσεις (υποδόρια, ενδομυϊκή, ενδοφλέβια, ενδοαρτηριακή, ενδοκαρδιακή, ενδοπεριτοναϊκή, ενδοραχιαία).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός υγείας αναφέρει στις ανεπτυγμένες χώρες χορηγούνται 16 δισεκατομμύρια ενέσιμα φάρμακα κάθε χρόνο. Τα ενέσιμα φάρμακα θα πρέπει να χορηγούνται με ασφαλείς διαδικασίες διότι δύναται να προκαλέσουν αρνητικές αντιδράσεις στους ασθενείς. Οι περιπτώσεις όπου τα ενέσιμα φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν ατομική βλάβη στον ασθενή είναι όταν δεν είναι σωστά τα υλικά έγχυσης ενώ στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

όταν ενέσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί δεν συλλέγονται στα ειδικά κουτιά ασφαλείας. Σε κοινοτικό επίπεδο τα ενέσιμα φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν βλάβη όταν δεν γίνεται κατάλληλα η διαχείριση των βελόνων που έχουν χρησιμοποιηθεί. (WHO 2014)

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας μη ασφαλείς ενέσεις προκαλούν περίπου ένα εκατομμύριο θανάτους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το αυξημένο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. (WHO 2014)

Η σωστή φαρμακευτική χορήγηση αποτελεί μια διαδικασία πολύ σημαντική για το νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο οφείλει να γνωρίζει:

- τα ονόματα των φαρμάκων
- τις ταξινομήσεις
- τις ανεπιθύμητες ενέργειες
- τους παράγοντες που επηρεάζουν τη δράση τους.

Η φαρμακευτική χορήγηση εγκρίνεται από τον εκάστοτε ιατρό και με βάση αυτές τις οδηγίες το νοσηλευτικό προσωπικό πραγματοποιεί τη χορήγηση φαρμάκων.

Η φαρμακευτική οδηγία από τον εκάστοτε ιατρό περιλαμβάνει:

- Ονοματεπώνυμο ασθενούς
- Ημερομηνία και χρόνος που γράφτηκε η οδηγία
- Όνομα φαρμάκου που θα χορηγηθεί.
- Οδό χορήγησης φαρμάκου
- Δόση φαρμάκου
- Συχνότητα χορήγησης
- Υπογραφή ιατρού.

Σε νομικό επίπεδο το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να παρέχει τη σωστή φαρμακευτική χορήγηση. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να διαβάζει σωστά την ιατρική οδηγία και στην περίπτωση που είναι δυσνόητη ή δυσανάγνωστη οφείλει να ρωτήσει.

Οι έλεγχοι που θα πρέπει να πραγματοποιούν οι νοσηλευτές στην προετοιμασία του φαρμάκου είναι οι εξής:

1. Έλεγχος στη συσκευασία του φαρμάκου.
2. Έλεγχος μετά τη λήψη του φαρμάκου από το συρτάρι.

3. Έλεγχος στην επανατοποθέτηση του περιέκτη του φαρμάκου στο συρτάρι.

Προκειμένου να εξαιρεθεί η πιθανότητα εσφαλμένης φαρμακευτικής χορήγησης το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να:

- Χορηγεί το σωστό φάρμακο στο σωστό ασθενή.
- Χορηγεί τη σωστή δοσολογία.
- Χορηγεί το φάρμακο από τη σωστή οδό
- Χορηγεί το φάρμακο τη σωστή ώρα
- Κατάλληλη τεκμηρίωση(Perna et.al. 2018)

5.5 ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Ένα σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας είναι μια διαδικασία που περιλαμβάνει τον σωστό προσδιορισμό των υφισταμένων αναγκών, καθώς και την αναγνώριση πιθανών αναγκών ή κινδύνων των ασθενών. Τα προγράμματα φροντίδας παρέχουν επίσης ένα μέσο επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών, των ασθενών τους και άλλων παρόχων υγειονομικής περίθαλψης για την επίτευξη αποτελεσμάτων της υγειονομικής περίθαλψης. Χωρίς τη διαδικασία σχεδιασμού, η ποιότητα και η συνέπεια στη φροντίδα των ασθενών θα χαθούν. Τα σχέδια περίθαλψης περιλαμβάνουν τις παρεμβάσεις του νοσηλευτή για την αντιμετώπιση των διαγνωστικών νοσημάτων του ασθενούς και την παραγωγή των επιθυμητών αποτελεσμάτων. Ο σχεδιασμός και η παροχή εξατομικευμένης φροντίδας ή περίθαλψης με επίκεντρο τον ασθενή αποτελεί τη βάση για την αριστεία στην πρακτική νοσηλευτικής.

Τα σχέδια περίθαλψης μπορεί να είναι:

Το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας είναι μια στρατηγική δράσης που υπάρχει στο περιβάλλον του νοσοκομείου και αποτελεί κοινή πρακτική.

Το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας είναι ένας γραπτός ή μηχανογραφικός οδηγός που οργανώνει πληροφορίες σχετικά με τη φροντίδα του ασθενή .

Τα σχέδια φροντίδας υποδιαιρούνται σε τυποποιημένο σχέδιο περίθαλψης και εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας:

Τα τυποποιημένα σχέδια περίθαλψης καθορίζουν τη νοσηλευτική φροντίδα για ομάδες ασθενών

Βήματα για τη σύνταξη ενός σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας

Βήμα 1: Συλλογή ή αξιολόγηση δεδομένων

Βήμα 2: Ανάλυση και οργάνωση δεδομένων

Βήμα 3: Σύνταξη διαγνώσεων νοσηλείας

Βήμα 4: Ρύθμιση προτεραιοτήτων

Βήμα 5: Καθιέρωση στόχων πελατών και επιθυμητών αποτελεσμάτων

Βήμα 6: Επιλογή παρεμβάσεων νοσηλείας

Βήμα 7: Παροχή δικαιολογιών

Βήμα 8: Αξιολόγηση

Δημιουργία βάσης δεδομένων ασθενή χρησιμοποιώντας τεχνικές αξιολόγησης και μεθόδους συλλογής δεδομένων (φυσική αξιολόγηση, ιστορικό υγείας, συνέντευξη, ιατρική αναθεώρηση αρχείων, διαγνωστικές μελέτες). Μια βάση δεδομένων περιλαμβάνει όλες τις πληροφορίες για την υγεία του ασθενή που συγκεντρώθηκαν. Σε αυτό το στάδιο, ο νοσηλευτής μπορεί να προσδιορίσει τους συναφείς ή τους παράγοντες κινδύνου και να καθορίσει τα χαρακτηριστικά που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διαμόρφωση μιας νοσηλευτικής διάγνωσης.

Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις είναι ένας ομοιόμορφος τρόπος για τον εντοπισμό, την εστίαση και την αντιμετώπιση συγκεκριμένων αναγκών των ασθενών. Τα πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας που μπορούν να προληφθούν ή να επιλυθούν με ανεξάρτητη νοσηλευτική επέμβαση ονομάζονται διαγνωστική νοσηλευτική (Ronald et.al. 2001).

Ο καθορισμός προτεραιοτήτων είναι η διαδικασία δημιουργίας μιας αλληλουχίας για τις διαγνωστικές και παρεμβατικές νοσηλευτικές επεμβάσεις. Σε αυτό το βήμα, ο νοσηλευτής αρχίζει να σχεδιάζει ποια νοσηλευτική διάγνωση χρειάζεται ο ασθενής. Οι διαγνώσεις μπορούν να ταξινομηθούν και

ομαδοποιηθούν ώστε να έχουν υψηλή, μεσαία ή χαμηλή προτεραιότητα. Τα απειλητικά για τη ζωή προβλήματα πρέπει να έχουν υψηλή προτεραιότητα. Η ιεραρχία των αναγκών του Maslow χρησιμοποιείται συχνά κατά τον καθορισμό των προτεραιοτήτων.

Οι αξίες και πεποιθήσεις για την υγεία του ασθενή, οι προτεραιότητες οι διαθέσιμοι πόροι και ο επείγων χαρακτήρας της νοσηλείας είναι μερικοί από τους παράγοντες που πρέπει να λάβει υπόψη ο νοσηλευτής κατά την ανάθεση προτεραιοτήτων.

Οι στόχοι ή οι επιθυμητές εξελίξεις περιγράφουν τι επιθυμεί να επιτύχει ο νοσηλευτής με την εφαρμογή των παρεμβάσεων νοσηλείας και προέρχονται από τις διαγνωστικές νοσηλευτικές υπηρεσίες. Οι στόχοι παρέχουν κατεύθυνση για προγραμματισμό παρεμβάσεων, χρησιμεύουν ως κριτήρια για την αξιολόγηση της προόδου των ασθενών, επιτρέπουν στο νοσηλευτή να καθορίσει ποια προβλήματα έχουν επιλυθεί και να βοηθήσει να παρακινήσει τον ασθενή μέσα από την παροχή μιας αίσθησης επίτευξης στόχων.

Οι στόχοι μπορούν να είναι βραχυπρόθεσμοι ή μακροπρόθεσμοι. Σε ένα πλαίσιο οξείας περίθαλψης, οι περισσότεροι στόχοι είναι βραχυπρόθεσμοι, δεδομένου ότι ένα μεγάλο μέρος του χρόνου του νοσηλευτή δαπανάται για τις άμεσες ανάγκες του ασθενούς. Οι μακροπρόθεσμοι στόχοι χρησιμοποιούνται συχνά για ασθενείς που έχουν χρόνια προβλήματα υγείας.

Οι παρεμβάσεις νοσηλείας είναι δραστηριότητες ή ενέργειες που ο νοσηλευτής εκτελεί για την επίτευξη των στόχων των ασθενών. Οι παρεμβάσεις που θα επιλεγούν θα πρέπει να επικεντρώνονται στην εξάλειψη ή μείωση της αιτιολογίας της νοσηλευτικής διάγνωσης. Όσον αφορά τις διαγνωστικές νοσηλευτικές διαδικασίες, οι παρεμβάσεις πρέπει να επικεντρωθούν στη μείωση των παραγόντων κινδύνου του ασθενή. Σε αυτό το βήμα, οι παρεμβάσεις νοσηλείας εντοπίζονται και γράφονται κατά τη διάρκεια του βήματος προγραμματισμού της νοσηλευτικής διαδικασίας. Ωστόσο, πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια του βήματος υλοποίησης (Ronald et.al. 2001).

Οι παρεμβάσεις νοσηλείας μπορούν να είναι ανεξάρτητες, εξαρτώμενες ή συνεργατικές:

Οι ανεξάρτητες παρεμβάσεις νοσοκομειακής περίθαλψης είναι δραστηριότητες στις οποίες οι νοσηλευτές έχουν την άδεια να εκκινούν με βάση την ορθή τους κρίση και τις δεξιότητες. Περιλαμβάνει: συνεχή αξιολόγηση, συναισθηματική υποστήριξη, παροχή άνεσης, διδασκαλία, σωματική φροντίδα και παραπομπή σε άλλους επαγγελματίες υγείας.

Οι εξαρτώμενες νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι δραστηριότητες που πραγματοποιούνται σύμφωνα με τις εντολές ή την επίβλεψη του ιατρού. Περιλαμβάνει εντολές για την καθοδήγηση του νοσηλευτή για την παροχή φαρμάκων, ενδοφλέβιας θεραπείας, διαγνωστικών εξετάσεων, θεραπειών, διατροφής και δραστηριότητας ή ανάπαυσης. Η αξιολόγηση και η παροχή εξηγήσεων κατά τη χορήγηση ιατρικών εντολών αποτελεί επίσης μέρος των εξαρτώμενων νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Οι συνεργατικές παρεμβάσεις είναι ενέργειες που ο νοσηλευτής εκτελεί σε συνεργασία με άλλα μέλη της ομάδας υγείας, όπως γιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί, διαιτολόγοι και θεραπευτές.

Η αξιολόγηση είναι μια προγραμματισμένη, συνεχής και σκόπιμη δραστηριότητα στην οποία προσδιορίζεται η πρόοδος του ασθενούς προς την επίτευξη των στόχων ή των επιθυμητών αποτελεσμάτων και η αποτελεσματικότητα του σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας. Η αξιολόγηση είναι μια σημαντική πτυχή της νοσηλευτικής διαδικασίας, διότι τα συμπεράσματα που εξάγονται από αυτό το βήμα καθορίζουν εάν η νοσηλευτική παρέμβαση πρέπει να τερματιστεί, να συνεχιστεί ή να αλλάξει.

Διαφορετικά προγράμματα νοσηλευτικής έχουν διαφορετικές μορφές σχεδίου φροντίδας, τα περισσότερα σχεδιάζονται έτσι ώστε ο νοσηλευτής να προβαίνει συστηματικά στα αλληλένδετα βήματα της νοσηλευτικής διαδικασίας(Perna et.al. 2018).

5.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Μια νοσηλευτική διάγνωση μπορεί να είναι μέρος της νοσηλευτικής διαδικασίας και είναι μια κλινική κρίση για προσωπικές, οικογενειακές ή κοινοτικές εμπειρίες / απαντήσεις σε πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας / διαδικασίες ζωής. Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις αναπτύσσονται με βάση τα δεδομένα που ελήφθησαν κατά την αξιολόγηση της νοσηλείας (Ronald et.al. 2001).

Τύποι νοσηλευτικών διαγνώσεων

Διάγνωση προβλημάτων

Η διάγνωση προβλημάτων (ή ονομάζεται επίσης πραγματική διάγνωση) είναι ένα πρόβλημα πελάτη που υπάρχει κατά τη στιγμή της αξιολόγησης της νοσηλείας. Αυτές οι διαγνώσεις βασίζονται στην παρουσία σχετικών σημείων και συμπτωμάτων. Παραδείγματα: άγχος, οξείος πόνος κλπ

Διάγνωση νοσηλευτικού κινδύνου

Η διάγνωση κινδύνου νοσηλευτικής είναι μια κλινική κρίση ότι ένα πρόβλημα δεν υπάρχει, αλλά η παρουσία παραγόντων κινδύνου υποδηλώνει ότι ένα πρόβλημα είναι πιθανό να αναπτυχθεί εκτός και αν παρέμβουν νοσηλευτές. Για παράδειγμα, όλοι οι άνθρωποι που γίνονται δεκτοί σε νοσοκομείο έχουν κάποια πιθανότητα να αποκτήσουν λοίμωξη.

Διάγνωση του συνδρόμου

Η διάγνωση του συνδρόμου συνδέεται με μια συστοιχία διαγνωστικών προβλημάτων ή κινδύνων που αναμένεται να παρουσιαστούν λόγω μιας συγκεκριμένης κατάστασης ή συμβάντος. Παράδειγμα είναι σύνδρομο τραύματος βιασμού.

Πιθανή νοσηλευτική διάγνωση

Οι πιθανές νοσηλευτικές διαγνώσεις είναι δηλώσεις που περιγράφουν ένα υποψήφιο πρόβλημα για το οποίο χρειάζονται πρόσθετα δεδομένα για να επιβεβαιώσουν ή να αποκλείσουν το ύποπτο πρόβλημα. Παραδείγματα περιλαμβάνουν: Πιθανή χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση, πιθανή κοινωνική απομόνωση (Ronald et.al. 2001).

5.7 ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

Το χειρουργείο αποτελεί έναν χώρο στον οποίο είναι αυξημένες οι πιθανότητες να προκληθεί κάποια βλάβη στον ασθενή. Το κύριο μέλημα του νοσηλευτικού προσωπικού εντός του χειρουργείου είναι η παροχή της σωστής περίθαλψης και η υποστήριξη του ασθενούς σε όλα τα επίπεδα. (Woodhead et al.2007)

Για την αποφυγή σφαλμάτων εντός της χειρουργικής μονάδας θεωρείται πολύ βασική η διαδικασία της ταυτοποίησης των στοιχείων του ασθενούς. Η διαδικασία αυτή αφορά τα εξής στοιχεία:

- Ονοματεπώνυμο ασθενούς.
- Αριθμός μητρώου ασθενούς.
- Ημερομηνία γέννησης ασθενούς.
- Θάλαμος ασθενούς.
- Χειρουργική πράξη.

Η εξακρίβωση στοιχείων των ασθενών θα πρέπει να πραγματοποιείται σε όλα τα στάδια της μετακίνησης των ασθενών από την κλινική μέχρι και το χώρο του χειρουργείου από όλο το επιστημονικό προσωπικό (Πασκαλής 2013). Ο χειρουργός θεωρείται υπεύθυνος για την έκβαση της χειρουργικής επέμβασης ενώ παράλληλα είναι υπεύθυνος στην αναγραφή της χειρουργικής επέμβασης που θα πραγματοποιηθεί σε ειδικό πίνακα στη χειρουργική μονάδα. Επίσης, θα πρέπει να αναγράφεται το σημείο που θα πραγματοποιηθεί η επέμβαση. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι η συγκεκριμένη πληροφορία

αναγράφεται και από τον χειρουργό και από τον υπεύθυνο νοσηλευτή Αναισθησιολογικού αλλά και από τον προϊστάμενο του χειρουργείου. (Perna et. al. 2018)

Στην προεγχειρητική φάση η ασφάλεια των ασθενών στηρίζεται στην μεταφορά τους από την κλινική μέχρι την αίθουσα του χειρουργείου. Βασικό είναι, το κρεβάτι που μεταφέρει τον ασθενή να είναι στο ίδιο ύψος το χειρουργικό τραπέζι και τα φρένα να είναι κλειστά. Τη συγκεκριμένη διαδικασία οφείλει να τη γνωρίζει και να την εφαρμόζει όλο το υγειονομικό προσωπικό. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι οι εξής:

- Τοποθέτηση ασθενούς προς τη μία πλευρά και τοποθέτηση συσκευής κάτω από τον ασθενή.

- Τοποθέτηση ασθενούς σε ύπτια θέση για να μεταφερθεί στο τραπέζι της χειρουργικής μονάδας.

- Τοποθέτηση του ασθενούς από την άλλη μεριά για την επανατοποθέτηση της συσκευής.

Η συγκεκριμένη διαδικασία θεωρείται πολύ σημαντική και θα πρέπει να πραγματοποιείται από συγκεκριμένο αριθμό επιστημονικού προσωπικού. Η τοποθέτηση των ασθενών πραγματοποιείται στις εξής θέσεις:

- Ύπτια
- Trendelenburg
- Αντίστροφη trendelenburg
- Θέση λιθοτομίας
- Πλάγια και πρηνής.

Στη συνέχεια πολύ σημαντική διαδικασία είναι ο έλεγχος και η καταμέτρηση των εργαλείων. Η διαδικασία πραγματοποιείται:

- Όταν προετοιμάζεται το τροχήλατο.
- Όταν αρχίζει η σύγκλιση του πρώτου στρώματος της κοιλότητας.
- Όταν αρχίζει η σύγκλιση του δέρματος.

Τα άτομα τα οποία είναι υπεύθυνα για τον έλεγχο και την καταμέτρηση των εργαλείων είναι ο εργαλειοδότης και ο νοσηλευτής κυκλοφορίας. Σκοπός τους είναι να μην παραμείνουν ξένα σώματα μέσα στον ασθενή.

Τα αντικείμενα που θα πρέπει να ελέγχονται και να γίνεται η καταμέτρηση τους είναι:

- Εργαλεία.
- Βελόνες.
- Γάζες(ανιχνεύσιμες με ακτίνες Χ).
- Σπόγγοι.
- Μαχαιρίδια.
- Μαχαιρίδια διαθερμίας.
- Επίδεσμοι.
- Υποδερμικές βελόνες.
- Ταινία νάιλον.
- Αιμοστατικές λαβίδες.

Για την ασφάλεια των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση καθώς επίσης και για περιπτώσεις όπου προκύψουν νομικά ζητήματα σημαντική είναι η συμπλήρωση των εγγράφων. Τα έγγραφα αυτά είναι:

1. Το πρόγραμμα της χειρουργικής αίθουσας.
2. Δελτία προτιμήσεων του χειρουργού.
3. Χειρουργικό μητρώο.
- 4 Πρωτόκολλα.
5. Ηλεκτρονικά αρχεία.
6. Πλάνα φροντίδας ασθενούς. (Ronald et.al. 2001)

5.8 ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Ως επαγγελματίας υγείας στην μονάδα, ο νοσηλευτής χρειάζεται υψηλού επιπέδου ικανότητες κριτικής σκέψης, τεράστια γνώση των ασθενειών και των συστημάτων του σώματος, ισχυρές διοικητικές δεξιότητες και ικανότητα να παραμείνει ήρεμος υπό πίεση. Ο νοσηλευτής που φροντίζει τους ασθενείς κατά τη διάρκεια των περιόδων που περιβάλλουν μια χειρουργική επέμβαση(Ronald et.al. 2001)

· Οι νοσηλευτές στο χειρουργείο βοηθούν σε όλες τις πτυχές μιας χειρουργικής επέμβασης.

Το περιεγχειρητικό περιβάλλον είναι πολυδιάστατο, δυναμικό και αποτελείται από πολυεπιστημονικές ομάδες. Οι πάροχοι αντιμετωπίζουν τη φροντίδα των ασθενών με πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου σε ένα περίπλοκο περιβάλλον. Το περιεγχειρητικό περιβάλλον κυριαρχείται από ανταγωνιστικά καθήκοντα που εκτελούνται από πολλαπλούς κλάδους που βασίζονται στο πόσο καλά μεταδίδονται οι πληροφορίες μεταξύ τους(Cohen, 2018).

Τα καθήκοντα των νοσηλευτών αρχίζουν πολύ πριν από τη διαδικασία του χειρουργείου. Αρχίζουν συχνά με τη συνάντηση με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους πριν από τη χειρουργική επέμβαση και εξηγώντας τη διαδικασία και τον αναμενόμενο χρόνο αποκατάστασης. Επίσης, αποστειρώνουν και εγκαθιστούν χειρουργικά εργαλεία, προετοιμάζουν το χειρουργείο και βοηθούν άλλα μέλη της χειρουργικής ομάδας να τοποθετούν αποστειρωμένα εσώρουχα, γάντια και μάσκες. Επιπλέον, καθαρίζουν και προετοιμάζουν τον τόπο τομής. Μετά την επέμβαση, επιδέχονται και ραμίζουν τις πληγές και τις τομές, μεταφέρουν τον ασθενή στην αίθουσα αποκατάστασης και τον παρακολουθούν καθώς ξυπνά από την αναισθησία. Συνεχίζουν να παρέχουν φροντίδα μέχρι ο ασθενής να μεταφερθεί σε άλλη μονάδα, όπως εντατική φροντίδα, ή να αποφορτιστεί από το νοσοκομείο.

Πριν από τη χειρουργική επέμβαση, απαιτείται από νοσηλευτή στο χειρουργείο να συνεργαστεί στενά με τον ασθενή. Αυτό μπορεί να συνεπάγεται την εξήγηση της διαδικασίας, δίνοντας οδηγίες πριν από τη διαδικασία και καθησυχάζοντας τον ασθενή. Ο νοσηλευτής στο χειρουργείο συνεισφέρει για την προετοιμασία ενός ασθενούς για τη χειρουργική επέμβαση. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων του ασθενούς, έναρξη ενδοφλέβιων γραμμών, χορήγηση φαρμάκων, υποβοήθηση του αναισθησιολόγου, αποστείρωση και σήμανση των τόπων τομής(Ronald et.al. 2001).

Μόλις ξεκινήσει μια χειρουργική επέμβαση, οι νοσηλευτές στο χειρουργείο - μαζί με την υπόλοιπη χειρουργική ομάδα - σπάνια θα έχουν χρόνο για ανάπαυση. Πρέπει να είναι σε συνεχόμενη εγρήγορση. Οι νοσηλευτές στο χειρουργείο συχνά αναλαμβάνουν καθήκοντα όπως η παρακολούθηση των ζωτικών σημείων των ασθενών, η μεταφορά οργάνων

στους χειρουργούς και η λειτουργία χειρουργικού εξοπλισμού κατά τη διάρκεια μιας διαδικασίας (Ronald et.al. 2001).

Οι νοσηλευτές στο χειρουργείο είναι επίσης συχνά επιφορτισμένοι με τη διασφάλιση ότι η άμεση μεταχειρουργική φροντίδα γίνεται όσο το δυνατόν πιο ομαλά. Συχνά θα συμβάλλουν στη μεταφορά των ασθενών στις αίθουσες αποκατάστασης ή στις μονάδες εντατικής θεραπείας, όπου θα παρακολουθούν και θα φροντίζουν τους ασθενείς. Ο νοσηλευτής μπορεί να χρειαστεί να αλλάξει τις επιδέσμους ενός ασθενούς, να χορηγήσει φάρμακα και να ακολουθήσει τις οδηγίες για τη μετεγχειρητική φροντίδα.

Ο ρόλος των ειδικευμένων στην χειρουργική νοσηλευτική είναι:

- Η αξιολόγηση των προβλημάτων αλλά και των αναγκών των ασθενών σε νοσηλευτικό επίπεδο.

- Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής περίθαλψης με βάση την αξιολόγηση που πραγματοποιήθηκε.

- Ο έλεγχος, η υπευθυνότητα και η σωστή εκτέλεση των διαδικασιών σε όλη τη διάρκεια της νοσηλευτικής φροντίδας.

- Η ανάπτυξη ετοιμότητας και ικανότητας για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών και η εξασφάλιση των απαραίτητων επιστημονικών δεξιοτήτων.

- Η σωστή συνεργασία με το υπόλοιπο διεπιστημονικό προσωπικό

- Η αναγνώριση των βασικών αναγκών σε κοινοτικό επίπεδο προσδιορίζοντας τις ανάγκες των ατόμων με σκοπό την προαγωγή και τη διατήρηση της δημόσιας υγείας σε όλα τα επίπεδα (ατομικό, οικογενειακό, κοινοτικό). (Cohen, 2018)

5.9 Η ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Ιστορικά, ο στόχος της προεγχειρητικής αξιολόγησης ήταν να προσδιοριστούν οι παράγοντες του ασθενή που αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο για περιεγχειρητικές επιπλοκές. Συνολικά, ο αριθμός των επιπλοκών μειώθηκε τα τελευταία 30 χρόνια λόγω βελτιωμένων αναισθητικών και χειρουργικών τεχνικών. Ωστόσο, οι χειρουργικές επιπλοκές είναι συχνές. Η ανάλυση των δεδομένων των χειρουργικών επιπλοκών είναι δύσκολη λόγω

ασυνέπειων στην ταξινόμηση και αναφορά συμβάντων. Μια πρόσφατη μελέτη από τους Haynes et al κατέδειξε ότι ο κίνδυνος του περιεγχειρητικού θανάτου ήταν 1,5%, αλλά μειώθηκε στο 0,8% με τη χρήση μιας λίστας ελέγχου χειρουργικής ασφάλειας.

Η πολυπλοκότητα του περιεγχειρητικού περιβάλλοντος αυξάνεται λόγω της αυξημένης χρήσης της τεχνολογίας. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία στον τύπο πληροφοριών που χάνονται στο περιεγχειρητικό περιβάλλον. «Η κατανομή της επικοινωνίας, η απώλεια πληροφοριών και ο αυξημένος φόρτος εργασίας και οι ανταγωνιστικές εργασίες αποτελούν τις μεγαλύτερες απειλές για την περιεγχειρητική ασφάλεια των ασθενών. Η προεγχειρητική αξιολόγηση είναι ένα κρίσιμο σημείο της φροντίδας καθώς ο ασθενής μεταβαίνει στο περιεγχειρητικό περιβάλλον(Ronald et.al. 2001).

Περισσότερες από 234 εκατομμύρια χειρουργικές επεμβάσεις εκτελούνται παγκοσμίως κάθε χρόνο. Σχεδόν το 50% των ενηλίκων άνω των 65 ετών έχουν τρεις ή περισσότερες χρόνιες ασθένειες και περισσότερο από το 20% των ενηλίκων ζουν με περισσότερες από πέντε χρόνιες παθήσεις. Ιστορικά, η προεγχειρητική αξιολόγηση επικεντρώθηκε στην αξιολόγηση ενός ασθενούς και στην αναγνώριση των προβλημάτων που μπορεί να θέσουν τον ασθενή σε υψηλό κίνδυνο για κακό χειρουργικό και αναισθησιολογικό αποτέλεσμα. Πρόσθετοι στόχοι της προεγχειρητικής εκτίμησης είναι η βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και η αποκατάσταση του ασθενούς στο επιθυμητό επίπεδο λειτουργίας. Όταν οι ασθενείς μεταβαίνουν στο περιεγχειρητικό περιβάλλον της περίθαλψης, χρειάζονται συγκεκριμένη φροντίδα. Ο χειρουργικός ασθενής είναι πιο ευάλωτος στα σφάλματα μετάβασης στη φροντίδα ή στην καθυστέρηση της επικοινωνίας εξαιτίας του αριθμού των περιπτώσεων(Cohen, 2018).

Οι αρχικές συνεδρίες των ασθενών στην προεγχειρητική φροντίδα με την ομάδα περιεγχειρητικής φροντίδας που περιλαμβάνει τον χειρουργό, τον αναισθησιολόγο και το νοσηλευτή μεταξύ άλλων μελών της ομάδας φροντίδας είναι ιδανικές για την προετοιμασία των ασθενών και για τη συντονισμένη φροντίδα. Οι ασθενείς θεωρούν την προεγχειρητική φροντίδα ωφέλιμη ως προς το ότι παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες και διευκρινίζει τις προσδοκίες που σχετίζονται με την περιεγχειρητική πορεία της περίθαλψης. Η ανάγκη για χειρουργική επέμβαση καθορίζεται κατά την αρχική χειρουργική

αξιολόγηση. Η αξιολόγηση της αναισθησίας παρέχει μια αξιολόγηση της αναισθησίας και τη διαστρωμάτωση κινδύνου για τη φροντίδα σε ολόκληρο το περιεγχειρητικό περιβάλλον.

Μετά την χειρουργική επέμβαση, η ομάδα φροντίδας παρέχει μια αναφορά των διαδικασιών που συνέβησαν κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης. Η ομάδα νοσηλευτικής φροντίδας ξεκινά τη μετάβαση της φροντίδας στην μετεγχειρητική νοσηλευτική ομάδα που συνήθως φροντίζει τους ασθενείς σε μονάδες χειρουργικής επέμβασης και τελικά προετοιμάζει τους ασθενείς για τη μετάβαση στο σπίτι ή σε άλλη μονάδα φροντίδας.

Η προεγχειρητική αξιολόγηση είναι ένα από τα κρίσιμα σημεία φροντίδας των ασθενών που μεταβαίνουν στο περιεγχειρητικό περιβάλλον.

Οι μεταβάσεις στην περίθαλψη στην περιεγχειρητική περιοχή είναι πολυάριθμες και πρέπει να θεωρηθούν ως προσπάθειες υψηλού κινδύνου. Είναι καλά τεκμηριωμένο ότι οι ελαττωματικές μεταβάσεις παίζουν ρόλο σε μια πλειονότητα σοβαρών ιατρικών σφαλμάτων(Cohen, 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1

Γυναίκα ηλικίας 58 ετών Α.Β. εισάγεται σε κωματώδη κατάσταση στο Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών μετά από ατύχημα που υπέστη από το οποίο έφερε κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις για τις οποίες έπρεπε να χειρουργηθεί. Δύο μέρες μετά το χειρουργείο η ασθενής παρουσιάζει πυρετό 39,6° C, έντονη εφίδρωση και δύσπνοια. Οι πραγματοποιηθείσες εργαστηριακές εξετάσεις έδειξαν ότι η ασθενής παρουσιάζει λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος και πιο συγκεκριμένα πνευμονία. Η λοίμωξη σύμφωνα με το θεράποντα ιατρό πιθανόν να οφείλεται στον αναπνευστήρα και σε σφάλμα μη τήρησης των κανόνων άσηπτης τεχνικής στο χειρουργείο.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Πνευμονία σχετιζόμενη με τον αναπνευστήρα</p>	<p>Βελτίωση/ αποκατάσταση της ανταλλαγής αερίων αίματος</p>	<p>Συνεχείς έλεγχος των ζωτικών σημείων της ασθενούς / έλεγχος αναπνοής</p> <p>Συνεχείς έλεγχος λευκών αιμοσφαιρίων</p> <p>Μείωση όγκου του αίματος που επιστρέφει στην δεξιά κοιλία</p>	<p>Χορήγηση οξυγόνου με συσκευή αναπνοής διαλείπουσας θετικής πίεσης, μέσω μάσκας σε υψηλή συγκέντρωση</p> <p>Κυκλικές περισφίξεις άκρων για παγίδευση φλεβικού αίματος</p> <p>Χορήγηση Νιτροπρωσσικού νατρίου σε 0,1-10,0μg 1 λεπτό ενδοφλέβια με ιατρική οδηγία</p> <p>Συνεχής έλεγχος αρτηριακής πίεσης λόγω κινδύνου υπότασης από την αγωγή</p>	<p>Βελτίωση/ αποκατάσταση πνευμονικής λειτουργίας</p>

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Δυσχέρεια στην αναπνοή (PO₂<59%)</p>	<p>Αποκατάσταση της φυσιολογικής αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενούς</p>	<p>Λήψη αερίων αίματος</p> <p>Εφαρμογή οξυγονοθεραπείας για αποκατάσταση ή διατήρηση επαρκούς ανταλλαγής αερίων σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p>	<p>Έγινε λήψη αερίων αίματος από τον ιατρό για έλεγχο του επιπέδου του οξυγόνου στο αίμα PO₂ > 60%.</p> <p>Χορηγήθηκε ορός N/S 0,9% 1000cc και ρυθμίστηκε η ροή του ορού ώστε το ποσό των υγρών να είναι σταθερό σε 24ώρη βάση με οδηγία ιατρού.</p> <p>Ο ασθενής τοποθετείται σε σωστή θέση ώστε να διευκολύνεται η αναπνοή του</p>	<p>Πλήρης αποκατάσταση της αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενούς με τιμή οξυγόνου PO₂ > 96% από αποδεικνύεται και από τις τιμές της παλμικής οξυμετρίας.</p>

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος νοσηλείας</p>	<p>Διαφύλαξη χώρου και ασθενούς από λοιμώξεις στο χώρο της νοσηλείας</p>	<p>Διατήρηση ασθενούς σε αποστειρωμένο χώρο</p>	<p>Εντατική περιποίηση ασθενούς/ προσεκτικός καθαρισμός</p> <p>Διαρκείς απολύμανση του χώρου νοσηλείας</p>	<p>Ο ασθενής νοσηλεύεται σε υγιείς αποστειρωμένο περιβάλλον</p>

--	--	--	--	--

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Παραγωγικός βήχας	Μείωση του συμπτώματος Ανακούφιση του ασθενούς	Τοποθέτηση ασθενούς στη σωστή θέση	Χορηγήθηκαν βρογχοδιασταλτικά κατόπιν ιατρικής οδηγίας Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση	Το σύμπτωμα μειώθηκε σε αρκετά μεγάλο βαθμό και ο ασθενής ένωσε ανακούφιση

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Πυρετός (39,6°C)	Επαναφορά της θερμοκρασίας °C σε φυσιολογικά επίπεδα	Προγραμματίστηκε χορήγηση αντιπυρετικού και άμεση προσεκτική εξέταση της τομής και θέσεων φλεβοκέντησης , καταπολέμηση τυχών στρεπτοτικής λοίμωξης.	Χορηγήθηκε iv Aprotel σε N/S 0,9% 100cc μετα από ιατρική οδηγία	Υποχώρηση πυρετού.

6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2

Ασθενής ηλικίας 57 ετών Α.Μ. εισήχθη στη Χειρουργική κλινική του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών με υπαραχνοειδή αιμορραγία. Η κατάλληλη μέθοδος για τον ασθενή ήταν η χειρουργική μέθοδος με την τοποθέτηση clip στον αυχένα του ανευρύσματος. Η ασθενής μετεγχειρουρικά παρουσίασε υψηλό πυρετό, ναυτία, έντονη εφίδρωση και ίλιγγο. Ο λόγος των συμπτωμάτων σύμφωνα με τον θεράποντα ιατρό ήταν λόγω λάθους στην αναλογία χορήγησης φαρμάκου.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Ίλιγγος, Εφίδρωση	Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων	<p>Πρόληψη πτώσης του ασθενούς κατά την κίνηση</p> <p>Έλεγχος των παρενεργειών των φαρμάκων</p> <p>Λήψη ζωτικών σημείων</p>	<p>Χορήγηση Akineton/viamex 4mg μετά από ιατρική οδηγία</p> <p>Έγινε έλεγχος των παρενεργειών των φαρμάκων</p> <p>Έγινε λήψη υπέρηχου καρδιάς και ΗΚΓ</p> <p>Έγινε λήψη και έλεγχος του επιπέδου της αρτηριακής πίεσης και του ζακχάρου αίματος</p>	Υποχώρηση και εξάλειψη των συμπτωμάτων

--	--	--	--	--

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Υψηλός πυρετός (39 C)	Απαλλαγή από τον πυρετό	Ανακούφιση ασθενούς Ενημέρωση ιατρού	Πραγματοποιήθηκε χορήγηση αντιπυρετικών κατόπιν εντολής ιατρού. Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων Συχνή αλλαγή κλινοσκεπασμάτων	Υποχώρηση πυρετού

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Αίσθημα ναυτίας	Αντιμετώπιση της ναυτίας με υποχώρηση των συμπτωμάτων	<p>Παρακολούθηση του ασθενούς για πιθανότητα της ναυτίας σε παρενέργεια φαρμάκων</p> <p>Άμεσος αερισμός του χώρου</p> <p>Χορήγηση Βενζοδιαζεπίνων-αντιεμετικών φαρμάκων μετά από οδηγία του ιατρού</p>	<p>Έγινε έλεγχος των παρενεργειών των φαρμάκων τα οποία λαμβάνει η ασθενής</p> <p>Ο χώρος αερίστηκε επαρκώς</p> <p>Καθησύχαση του ασθενούς παρέχοντας του ψυχολογική υποστήριξη</p>	Υποχώρηση και εξάλειψη των συμπτωμάτων ναυτίας

--	--	--	--	--

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Διαταραχή της κινητικότητας	Επίτευξη μέγιστης δυνατής κινητικότητας	Λήψη μέτρων για την αύξηση της κινητικότητας. Διατήρηση επαρκών επιπέδων θρέψης	Εξασφαλίστηκαν επαρκείς περίοδοι ανάπαυσης Χορηγήθηκαν μυοχαλαρωτικά σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες	Ο ασθενής θα επιτύχει την μέγιστη δυνατή κινητικότητα

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Αναπνευστική δυσχέρεια	Περιορισμός του συμπτώματος	<p>Εφαρμογή οξυγονοθεραπείας</p> <p>Τοποθέτηση του ασθενούς σε ανατομικές στάσεις</p>	<p>Τοποθετήθηκε μάσκα Venturi 35% στα 8L</p> <p>Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε καθιστή και ημικαθιστή θέση</p>	Το σύμπτωμα μειώθηκε και ο ασθενής είχε πιο φυσιολογικό αναπνευστικό ρυθμό

--	--	--	--	--

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι βλάβες του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών σφαλμάτων και των επιπλοκών που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη, αποτελούν απειλή για τη δημόσια υγεία. Επιπλέον, οι ασθενείς συχνά δεν λαμβάνουν θεραπείες και παρεμβάσεις που είναι γνωστό ότι βελτιώνουν τα αποτελέσματά τους. Αυτές οι αδυναμίες δεν οφείλονται συνήθως σε σφάλματα των μεμονωμένων κλινικών, αλλά σε συστημικά προβλήματα - καταστροφές στην επικοινωνία, κακή ομαδική εργασία και ελλιπώς σχεδιασμένες διαδικασίες φροντίδας.

Το Υπουργείο Υγείας αναγνωρίζει την ασφάλεια των ασθενών ως τον ακρογωνιαίο λίθο της ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης. Οι νοσηλευτές είναι κρίσιμοι για την επιτήρηση και τον συντονισμό που μειώνει τα αρνητικά αποτελέσματα των νοσοκομειακών σφαλμάτων. Θα πρέπει να εφαρμοστούν περισσότερα μέτρα ώστε να αξιολογηθεί ο αντίκτυπος της νοσηλευτικής φροντίδας στους θετικούς δείκτες ποιότητας.. Για να επιτευχθούν οι στόχοι της ασφάλειας και της ποιότητας των ασθενών η υγειονομική περίθαλψη οι νοσηλευτές πρέπει να αναλάβουν τον ηγετικό ρόλο.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός στην αποφυγή των σφαλμάτων που συμβαίνουν στα χειρουργεία.

Στις προτάσεις της νοσηλευτικής διαχείρισης περιλαμβάνονται :

- Ø Ο ρόλος του νοσηλευτή θα πρέπει να διευρυνθεί στον έλεγχο της ολοκληρωτικής λειτουργίας του χειρουργείου
- Ø Πλήρης καθορισμός και επαναπροσδιορισμός των καθηκόντων του δυναμικού του νοσοκομείου στο χώρο του χειρουργείου
- Ø Προσδιορισμός της λειτουργίας των χειρουργείων με βάση τις διεθνείς λειτουργίες και τα διεθνή πρότυπα.

Τα σφάλματα που συμβαίνουν στο χειρουργείο είναι δυνατόν να προκαλέσουν ανεπανόρθωτες βλάβες στον ασθενή. Ταυτόχρονα δύναται να αυξήσουν το κόστος νοσηλείας και να δημιουργήσουν δυσμενείς συνθήκες εργασίας εντός του επιστημονικού προσωπικού. Για το λόγω αυτό θα πρέπει να τηρούνται όλα τα απαραίτητα μέτρα ενώ ταυτόχρονα να ενισχύεται η έρευνα στο πεδίο των λαθών ώστε να εμπλουτίζεται η διαδικασία ασφάλειας με περισσότερα και πιο σύγχρονα μέσα.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ασφάλεια των ασθενών αφορά την εργασία για την πρόληψη σφαλμάτων στην υγειονομική περίθαλψη που μπορεί να προκαλέσουν βλάβη στους ασθενείς. Η βλάβη στο πλαίσιο αυτό μπορεί σημαίνει τραυματισμό, τλαιπρωρία, αναπηρία ή θάνατο.

Τα λάθη που εμφανίζονται στο χειρουργείο δεν είναι σπάνια αλλά είναι συνήθως το αποτέλεσμα προβλημάτων στο ανθρώπινο δυναμικό.

Οι ασθενείς πρέπει να υποβάλλονται σε θεραπεία σε καθαρό περιβάλλον, με ελάχιστο κίνδυνο μόλυνσης. Ο χρησιμοποιούμενος εξοπλισμός πρέπει να είναι σε καλή κατάσταση λειτουργίας και να χρησιμοποιείται με τον σωστό τρόπο.

Τα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται έγκαιρα και στις σωστές δόσεις. Οι δοκιμές, οι έρευνες και οι θεραπείες που παρέχονται στους ασθενείς θα πρέπει να είναι κατάλληλες για την κατάστασή τους, με σωστές και έγκαιρες και αποτελεσματικές διαδικασίες.

Η φροντίδα πρέπει να παρέχεται με συντονισμένο τρόπο από τα αρμόδια υγειονομικά στελέχη που εργάζονται σε μια αποτελεσματική ομάδα. Αυτό περιλαμβάνει την αποτελεσματική επικοινωνία των αναγκών των ασθενών.

Η βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών αφορά την αντιμετώπιση των αιτιών των σφαλμάτων στη φροντίδα που μπορεί να προκύψουν από προβληματικά περιβάλλοντα εργασίας ή από ανεπαρκή κατάρτιση και υποστήριξη του προσωπικού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Academy of medical royal colleges. (2014) Guidance for taking responsibility: Accountable clinicians and informed patients. AOMRC, London, 2014. Available at: http://www.aomrc.org.uk/doc_view/9765-taking-responsibility

Amiri, E., Ebrahimi, H., Vahidi, M., Asghari Jafarabadi, M., Namdar Areshtanab, H. (2018) Moral sensitivity and its relationship with demographic and professional characteristics of nurses working in medical wards of hospitals affiliated to Tabriz university of medical sciences, HAYAT, 23(4), pp. 295-306

Bentwich, M.E., Dickman, N., Oberman, A. (2018) Human dignity and autonomy in the care for patients with dementia: Differences among formal caretakers from various cultural backgrounds, Ethnicity and Health, 23(2), pp. 121-141

Cohen, M.R. (2018) Common missteps with medication safety: Rolling a single dice, ineffective strategies, and unexecuted action plans, Hospital Pharmacy 53(1), pp. 25-28

El-Jardali, F Dimassi, H Jamal, D Jaafar, M Hemadeh, N . (2011) Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals, BMC Health Serv Res.;24:11-45.

House of Commons, Health Committee. Patient Safety: Sixth Report of Session 2008-09, Vol. 1, London, 2009.

<http://www.mednet.gr/archives/2015-3/pdf/354.pdf>

Koch B. (2011) Medical liability in Europe: A comparison of selected jurisdictions. De Gruyter, Vienna

Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ.(2018) Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database Syst

Linda Roussel & Russell C. Swansburg (2010). Νοσηλευτική Διοίκηση και Ηγεσία. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα.

Okamoto, M., Taniguchi, N., Nozaki, M., Matsuda, Y., Saito, N. (2018) Developing culturally sensitive care in Japan: Comparison of competence in healthcare and education, *Advances in Intelligent Systems and Computing*, 779, pp. 259-266

Oshvandi, K., Amini, S., Moghimbeigi, A., Sadeghian, E. (2018) The effect of spiritual care on death anxiety in hemodialysis patients with end-stage of renal disease: A randomized clinical trial, *HAYAT* 23(4), pp. 332-344

Perna, G., Varriale, L., Ferrara, M. (2018) The Role of Communication in Stereotypes, Prejudices and Professional Identity: The Case of Nurses, *Lecture Notes in Information Systems and Organisation*, 27, pp. 79-95

Rivaz, M., Ebadi, A., Momennasab, M. (2018) The role of hospitals in making the nursing practice environment attractive, *HAYAT*, 23(4), pp. 290-294

Ronald A. Gabel, John C. Kulli, B. Stephen Lee, Deborah G. Spratt, Denham S. Ward (2001). Οργάνωση και διοίκηση χειρουργείου. Εκδόσεις Mediforce, Αθήνα.

Shiells, K., Holmerová, I., Štěpánková, O. (2019) Usability of electronic patient records for assessment and care planning in nursing homes, *IFMBE Proceedings*, 68(1), pp. 393-396

Susan C. Dewit (2009). Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική Έννοιες και Πρακτική 1. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

U.S. Department of Health and Human Services. National Strategy for Quality Improvement in Health Care: Report to Congress. Washington, D.C.: 2011.

Vozikis A. (2009) Information management of medical errors in Greece: The MERIS proposal. International Journal of Information Management, 29(1):15– 26

WHO 2014 Testing the WHO Guidelines on hand hygiene in health care in eight pilot sites worldwide.

Woodhead K. Wicker P. (2007). Περιεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα. Αθήνα Λαγός

www.who.int/gpsc/country_work/pilot_sites/introduction/en/

Young A.(2018) Coping with difficult conversations as a nurse and how can services be improved? Br J Community Nurs. Jul 1;23(Sup7):S31-S33.

Βούλτσος Π., Χατζητόλιος Α.(2006), Η συναίνεση του ασθενούς στα πλαίσια του νέου κώδικα ιατρικής δεοντολογίας, δημοσιεύθηκε στο ιατρικό βήμα, Απρίλιος – Μαΐος

ENNE 2012 ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ.

enne.gr/organismoι_nosokomeion/geniko_nosokomeio_athinon_evaggelismos.pdf

Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2012 ΕΚΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_report_el.pdf

Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2014 Λοιμώξεις που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη.

ec.europa.eu/health/patient_safety/healthcare_associated_infections/index_el
.htm

Παναγιώτου Α. (2015). Αναφορά ιατρικών σφαλμάτων και ασφάλεια ασθενών. Η ορθή προσέγγιση του σφάλματος και ο ρόλος του νομικού πλαισίου της ιατρικής ευθύνης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.

Πολλάλης Γ., Βοζίκης Α., Ρήγα Μ. (2012). Ποιοτικά Χαρακτηριστικά των Ιατρικών Σφαλμάτων: Ερευνητικά ευρήματα από την Ελλάδα. Το Βήμα του Ασκληπιού 11ος Τόμος, 4ο Τεύχος

Τούντας Γ. Οικονόμου Ν.(2007) Η αξιολόγηση των ιατρικών παρεμβάσεων και η τεκμηριωμένη φροντίδα υγείας. Αρχ Ελλ Ιατρ., 24:22–33