



ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

**ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ
ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

ΠΟΛΙΤΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2018

**ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ
ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

**ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ
ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

ΠΟΛΙΤΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2018

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπων Επίκουρος Καθηγητής: Θεόδωρος Μαριόλης Σαψάκος

Καθηγητής: Γεώργιος Φιλντίσης

Καθηγητής: Ιωάννης Κακλαμάνος

στους γονείς μου

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία και τα συμπεράσματα της σε οποιαδήποτε μορφή αποτελούν συνιδιοκτησία του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και του φοιτητή. Οι προαναφερόμενοι διατηρούν το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης και αναπαραγωγής (τμηματικά ή συνολικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να αναφέρεται ο τίτλος, ο συγγραφέας, ο επιβλέπων καθηγητής και το εν λόγω τμήμα του ΕΚΠΑ.

Η έγκριση της παρούσας πτυχιακής εργασίας από το Τμήμα Νοσηλευτικής δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

Ο υποφαινόμενος δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία είναι εξ' ολοκλήρου δικό μου έργο και συγγράφηκε ειδικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής. Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατά τη συγγραφή ακολούθησα την πρέπει ακαδημαϊκή δεοντολογία αποφυγής λογοκλοπής. Έχω επίσης αποφύγει οποιαδήποτε ενέργεια που συνιστά παράπτωμα λογοκλοπής. Γνωρίζω ότι η λογοκλοπή μπορεί να επισύρει ποινή ανάκλησης του πτυχίου μου.

Υπογραφή

Ονοματεπώνυμο Φοιτητή

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πρώτα απ' όλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους ασθενείς και τις οικογένειες τους, που συμμετείχαν στην έρευνα και με την γραπτή συγκατάθεση τους μου επέτρεπαν να παρατηρώ και να αξιολογώ την εξέλιξη της μετεγχειρητικής τους πορείας. Χωρίς τη συνεισφορά τους, η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή δε θα είχε πραγματοποιηθεί.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Επιβλέποντα Καθηγητή της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας μου, κ. Θεόδωρο Μαριόλη Σαψάκο, Επίκουρο Καθηγητή Χειρουργικής του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, για την πολύτιμη βοήθεια που προσέφερε κατά το διάστημα της εκπόνησης της διατριβής. Χωρίς την καθοδήγηση, την παρακολούθηση, την υποστήριξη και την εμπιστοσύνη του, δε θα ήταν δυνατόν να φέρω εις πέρας το συγκεκριμένο εγχείρημα.

Ακόμα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους προϊστάμενους, τους υπεύθυνους καθώς και τους συναδέλφους των χειρουργείων και των χειρουργικών τμημάτων που έλαβε χώρα η μελέτη, για τη συνεργασία όσον αφορά τη συλλογή στοιχείων και τη συμπλήρωση της Λίστα Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω, το σημαντικότερο παράγοντα που συνέβαλε στη διενέργεια αυτής της μελέτης, την οικογένεια μου, για την ενθάρρυνση και τη συμπαράσταση που μου έδειξαν σε όλο αυτό το ταξίδι.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ από καρδιάς, σε όλους και όλες.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

AAGBI	Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland
ACP	American College of Physicians
ACS	American College of Surgeons
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality in USA
ANA	American Nurses Association
ANSI	American National Standards Institute
AMA	American Medical Association
AORN	Association of periOperative Registered Nurses
BJA	British Journal of Anaesthesia
BMJ	British Medical Journal
CDC	Centers for Disease Control
CMA	Canadian Medical Association
CMAJ	Canadian Medical Association Journal
HSOPS	Hospital Survey on Patient Safety Culture
IHI	Institute for Healthcare Improvement
ISO	International Organization for Standardization
JC	Joint Commission
NEJM	New England Journal of Medicine
RCS	Royal College of Surgeons of England
SCCM	System Center Configuration Manager
SSC	Surgical Safety Checklist
SSI	Surgical Site Infection
SURPASS	Surgical Patient Safety System
WHO	World Health Organization
WFSA	World Federation Of Societies of Anaesthesiologists
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΣΥΔΝΟΧ	Σύλλογος Διπλωματούχων Νοσηλευτών Χειρουργείου

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	1
1. Εισαγωγή.....	2
2. Η έννοια της ποιότητας	7
2.1. Η ποιότητα στον χώρο της υγείας	9
2.2. Οι ειδικοί της ποιότητας στην υγεία	12
2.2.1. Ernest Codman.....	12
2.2.2. W. Edwards Deming	13
2.2.3. Joseph M. Juran	14
2.2.4. Avedis Donabedian.....	16
2.2.5. Donald Berwick.....	17
2.2.6. John Wennberg	18
2.3. Ιστορική αναδρομή της ποιότητας στον χώρο της υγείας	18
2.4. Το νομοθετικό πλαίσιο για την εξασφάλιση της ποιότητας στον χώρο της υγείας.....	23
2.5. Η Ευρωπαϊκή διάσταση της ποιότητας.....	24
2.6. Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στην υγεία	24
2.7. Η διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	25
3. Η ποιότητα στον χώρο του χειρουργείου.....	27
3.1. Ασφάλεια χειρουργικού ασθενή	30
3.2. Ανεπιθύμητες ενέργειες και επιπλοκές	33
3.3. Λίστες ελέγχου στις χειρουργικές επεμβάσεις	35
3.3.1. Λίστα ελέγχου χειρουργικής ασφάλειας.....	39
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	44
1. Σκοπός	45
2. Υλικό και μέθοδος.....	46
2.1 Ερευνητικός σχεδιασμός.....	46
2.2. Επιλογή του πληθυσμού	49
2.3. Ηθική και δεοντολογία.....	50
2.4 Ερευνητική υπόθεση.....	51
2.5 Στατιστική ανάλυση.....	51
3. Αποτελέσματα.....	53
4. Συζήτηση	57
4.1. Περιορισμοί της μελέτης.....	68
5. Συμπεράσματα	71
Γ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	74

Δ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	95
Εικόνα 1. Λίστα Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. 96	
Εικόνα 2. Έγκριση Συλλόγου Διπλωματούχων Νοσηλευτών Χειρουργείου.97	
Εικόνα 3. Έγκριση Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ.98	
Εικόνα 4. Σύντομο έντυπο συγκατάθεσης συμμετοχής σε έρευνα.....99	
Εικόνα 5. Έγκριση επιστημονικού συμβουλίου Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Κηφισιάς «Άγιοι Ανάργυροι».101	
Ε. ΠΕΡΙΛΗΨΗ	103
Ζ. ABSTRACT	106

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή

Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ (2007), η έννοια διασφάλισης της ποιότητας έχει ερμηνευθεί με διάφορους τρόπους από αρκετούς ερευνητές, οι οποίοι κατά καιρούς ασχολούνται με την ύπαρξη ή μη της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Η επιδίωξη της ποιότητας στην υγεία σχετίζεται με τη λειτουργία των υγειονομικών συστημάτων, τη λειτουργία υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία, εργαστήρια κ.α.) και την παροχή μεμονωμένης φροντίδας. Στις προαναφερθείσες περιπτώσεις η ποιότητα στην υγεία δεν έχει να κάνει μόνο με το ιατρικό έργο, αλλά διευρύνεται σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών και φροντίδων. Γι' αυτό το λόγο, τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα στοχεύει στην ικανοποίηση όλων των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (ασθενείς, συγγενείς, επισκέπτες, εργαζόμενοι).

Επιπλέον, το σύστημα οφείλει να παρέχει ισότιμη και αποτελεσματική φροντίδα υγείας, ώστε να καλύψει τις ανάγκες τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας. Όπως είναι γνωστό, η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό μέγιστης σημασίας. Σύμφωνα με το άρθρο 21, παρ. 3 του Συντάγματος της Ελλάδας: «Το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων». Ένα ολοκληρωμένο υγειονομικό σύστημα οφείλει να επιδιώκει τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών υγείας προς τους χρήστες του με νέες τεχνικές και υπηρεσίες, σύμφωνα πάντα με την εξέλιξη των επιστημών υγείας. Γι' αυτό το λόγο, στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες χρησιμοποιούνται μέθοδοι διαρκούς αποτίμησης και αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αλλά και του ίδιου το συστήματος.

Σε καμία προηγούμενη χρονική περίοδο οι επιστήμες υγείας δεν παρουσίασαν τόσο έντονη μεγέθυνση γνώσης και τεχνολογιών. Καθώς η ιατρική και η τεχνολογία αναπτύσσονται με γοργούς ρυθμούς, το σύστημα υγείας δεν είναι σε θέση να μεταφράσει την γνώση σε πράξη. Ως αποτέλεσμα, αυτής της αδυναμίας, το σύστημα υγείας δε μπορεί να αξιοποιήσει πλήρως τους διαθέσιμους πόρους και κατ' επέκταση δεν είναι σε θέση να προσφέρει με συνέπεια φροντίδα υψηλής ποιότητας σε όλους τους Έλληνες. Η εξελικτική πορεία των υγειονομικών συστημάτων σχετίζεται όχι μόνο με την κινητικότητα της αγοράς, αλλά κυρίως με

μία αυξανόμενη στροφή στην παροχή ποιοτικής και ασφαλούς φροντίδας (Barnett & Kemp, 1994).

Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί την πιο σημαντική παράμετρο της παροχής ποιοτικής φροντίδας και γι' αυτό το λόγο τα τελευταία χρόνια έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον διεθνών ιατρικών και επιστημονικών οργανισμών και θεσμών, καθώς αποτελεί προτεραιότητα για τα περισσότερα αναπτυσσόμενα υγειονομικά συστήματα παγκοσμίως. Παρόλα αυτά, η κατάρτιση και η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών δε συμβαδίζουν με τις απαιτήσεις τόσο του υγειονομικού προσωπικού, όσο και των πολιτών που είναι αποδέκτες αυτών των υπηρεσιών. Επομένως, η ένταξη του θέματος της ασφάλειας των ασθενών στην κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας είναι όχι μόνο απαραίτητη αλλά και επείγουσα, καθώς θα συμβάλλει στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Το συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον στο χώρο των υγειονομικών υπηρεσιών στην Ελλάδα για θέματα αναφορικά με την ποιότητα, είναι απόρροια του διεθνούς προβληματισμού. Ταυτόχρονα, η ενίσχυση του ρόλου του ασθενή στο Ελληνικό σύστημα υγείας, η αύξηση των προσδοκιών του, η διεκδίκηση των δικαιωμάτων του και η μεγαλύτερη καταναλωτική κουλτούρα που τον χαρακτηρίζει, τον καθιστούν ως τον καλύτερο εκτιμητή της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Επίσης, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σχετίζεται άμεσα και από το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών κατά την παραμονή τους στο χώρο του νοσοκομείου. Μέχρι πρόσφατα, πολλές από τις αντιλήψεις μας για την ποιότητα έχουν βασιστεί στην ιατρική και χειρουργική περίθαλψη στα νοσοκομεία, χρησιμοποιώντας τις παραδοσιακές έννοιες ελέγχου ή εγγύησης ποιότητας. Όμως, το ραγδαία μεταβαλλόμενο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον καθώς και η ταχεία ανάπτυξη της τεχνολογίας θέτουν σε διαρκή αμφισβήτηση τις απόψεις μας για την ποιότητα σε σχέση με την υγειονομική περίθαλψη και τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, στον τομέα της νοσηλευτικής, έχει υποστηριχθεί ότι ο σκοπός της εξασφάλισης της ποιότητας είναι η παροχή στον ασθενή μιας όσο το δυνατόν πιο επιθυμητής και ασφαλούς φροντίδας μέσα από μία σειρά μετρήσεων

και αξιολογήσεων αυτής με την εφαρμογή πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων γραμμών.

Όσον αφορά το χειρουργικό τμήμα, ένα από τα πιο απαιτητικά τμήματα ενός νοσοκομείου, η ασφάλεια των ασθενών εξασφαλίζεται μέσα από την εφαρμογή και τήρηση πρωτοκόλλων. Ένας στους 25 ανθρώπους υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση κάθε χρόνο (Weiser et al., 2008). Η εγχείρηση έχει ως σκοπό τη διάσωση της ζωής του ασθενή, αλλά η μη ασφαλής χειρουργική φροντίδα μπορεί να προκαλέσει σημαντική βλάβη: επιπλοκές μετά από ενδοноσοκομειακές επεμβάσεις εμφανίζονται στο 25% των ασθενών, ενώ ο αναφερόμενος ρυθμός θνησιμότητας μετά από σοβαρή χειρουργική επέμβαση είναι 0.5-5% (WHO, 2014).

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, επτά εκατομμύρια χειρουργικών ασθενών ετησίως παρουσιάζουν μετεγχειρητικές επιπλοκές, ενώ ένα εκατομμύριο ασθενείς πεθαίνουν κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης ή μετά το πέρας αυτής. Υπολογίζεται ότι τουλάχιστον οι μισές από τις περιπτώσεις στις οποίες η χειρουργική επέμβαση προκαλεί βλάβη μπορεί να αποφευχθούν (Kable et al., 2002). Τα περισσότερα χειρουργικά σφάλματα οφείλονται σε αποτυχίες μη τεχνικών δεξιοτήτων, όπως η επικοινωνία, η ηγεσία και η ομαδική εργασία (Alnaib et al., 2012). Βάσει της βιβλιογραφίας, τα ιατρικά λάθη και η μη τήρηση πρωτοκόλλων συμβάλλουν στην αύξηση των σφαλμάτων στο χώρο του χειρουργείου (Kable et al., 2002; Gawande et al., 1999).

Το 2008, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ανέπτυξε μία λίστα ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις, σε μία προσπάθεια ελαχιστοποίησης των ανεπιθύμητων χειρουργικών επιπλοκών (WHO, 2014). Η λίστα ελέγχου, η οποία αποτελείται από τρεις φάσεις και 19 βήματα (βλ. Παράρτημα Εικόνα 1.), περιλαμβάνει διάφορα περιεγχειρητικά στοιχεία που στοχεύουν άμεσα στη διασφάλιση της εφαρμογής συγκεκριμένων μέτρων ασφαλείας. Ο μηχανισμός, βάσει του οποίου η λίστα ελέγχου συμβάλλει στη βελτίωση των χειρουργικών αποτελεσμάτων, περιλαμβάνει τόσο άμεσους όσο και έμμεσους τρόπους. Άμεσοι παράγοντες, όπως η εξασφάλιση της έγκαιρης χορήγησης προφυλακτικών αντιβιοτικών μπορεί να οδηγήσουν σε μείωση του ποσοστού των μετεγχειρητικών λοιμώξεων. Από την άλλη, έχει αναφερθεί ότι η

λίστα ελέγχου αυξάνει την «κουλτούρα ασφάλειας» στον χώρο του χειρουργείου και έτσι περιορίζονται τα μη τεχνικά χειρουργικά λάθη, με αποτέλεσμα να έχει θετική επίδραση σε όλες τις ανεπιθύμητες χειρουργικές επιπλοκές (Kawano et al., 2014; Bohmer et al., 2012; Sewell et al., 2011; Kearns et al., 2011; Haynes et al., 2011).

Μέσα από συζητήσεις με χειρουργούς, αναισθησιολόγους, νοσηλευτές, ειδικούς στην ασφάλεια των ασθενών αλλά και ασθενείς από όλο τον κόσμο, η παγκόσμια ένωση για την ασφάλεια των ασθενών κατέληξε στον καθορισμό μιας λίστας ελέγχου, που θα πρέπει να τηρείται κατά τη διάρκεια όλων των χειρουργικών επεμβάσεων, ώστε να μειωθεί ο αριθμός των επιπλοκών που συμβαίνουν στον χώρο του χειρουργείου. Θεμελιώδης σκοπός αυτού του προγράμματος είναι να ελέγξει τις υποχρεώσεις σε διοικητικό επίπεδο και να διαμορφώσει τη θέληση στην κοινή πράξη έτσι ώστε να αντιμετωπιστούν αρκετά σημαντικά ζητήματα ασφάλειας στην άσκηση της χειρουργικής. Ανάμεσα σε αυτά είναι οι ανεπαρκείς πρακτικές ασφάλειας κατά την αναισθησία, ζητήματα που αφορούν τις χειρουργικές λοιμώξεις, οι οποίες μπορούν να περιοριστούν ή ακόμη και να αποφευχθούν, και τέλος, η έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των μελών μιας χειρουργικής ομάδας.

Η λίστα ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας έχει εφαρμοστεί ως πρότυπο φροντίδας σε χιλιάδες χειρουργικές αίθουσες παγκοσμίως, καθώς είναι σχετικά εύκολο να τεθεί σε εφαρμογή και είναι σχεδόν απίθανο να προκαλέσει βλάβη (Center for Geographic Analysis, Harvard University 2014). Ωστόσο, υπάρχουν νέα στοιχεία, σύμφωνα με τα οποία, για να είναι αποτελεσματική η λίστα ελέγχου απαιτείται συγκεκριμένη διαδικασία εφαρμογής, συνεχής παρακολούθηση και εκπαίδευση του προσωπικού (Conley et al., 2011). Επομένως, είναι απαραίτητο να προσδιοριστούν οι επιπτώσεις της λίστας ελέγχου στα μετεγχειρητικά αποτελέσματα, έτσι ώστε να επικυρωθεί αυτή η συνεχιζόμενη προσπάθεια. Επιπλέον, η συμπλήρωση όλων των πεδίων του εντύπου της λίστας ελέγχου μπορεί να γίνει μία δραστηριότητα ρουτίνας, χωρίς αυτό να οδηγήσει σε αλλαγή της συμπεριφοράς, δημιουργώντας στο προσωπικό ένα ψεύτικο αίσθημα ασφάλειας (Russ et al., 2015; Russ et al., 2013; Sarah Whyte et al., 2008).

Αν και διεθνώς η εφαρμογή της λίστας ελέγχου χειρουργικής ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας θεωρείται πλέον απαραίτητη, στην Ελλάδα δεν έχει γίνει ακόμα κατανοητή η ανάγκη της εφαρμογής της στον χώρο του χειρουργείου. Επιπλέον, η έρευνα για τον τομέα του χειρουργείου είναι αρκετά περιορισμένη και απ' όσο είναι γνωστό δεν έχει διεξαχθεί μελέτη σχετικά με τα πλεονεκτήματα της εφαρμογής της λίστας. Επομένως, όσον αφορά τα Ελληνικά δεδομένα, υπάρχει κενό στο συγκεκριμένο ερευνητικό πεδίο. Έτσι, η παρούσα ερευνητική μελέτη πραγματοποιήθηκε με σκοπό να αποτελέσει ένα πρώτο βήμα στον επιστημονικό αυτό χώρο, χωρίς βέβαια να εξαντλεί το θέμα και ευελπιστεί να αποτελέσει το έναυσμα για συστηματικότερη έρευνα.

2. Η έννοια της ποιότητας

Η ποιότητα, σε παγκόσμιο επίπεδο, ταυτίζεται με τις υψηλού επιπέδου προσδοκίες όσον αφορά την λειτουργικότητα μιας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος. Γι' αυτό το λόγο, η ποιότητα δε μπορεί να μετρηθεί με ακρίβεια (Garvin, 1988). Γενικά, η έννοια της ποιότητας είναι δύσκολο να προσδιορισθεί παρά το γεγονός ότι οι περισσότεροι άνθρωποι έχουμε υπάρξει αποδέκτες της ποιότητας προϊόντων ή παρεχόμενων υπηρεσιών. Στην καθημερινότητα μας, ερχόμαστε διαρκώς αντιμέτωποι με το κεφάλαιο ποιότητα. Εξετάζουμε την ποιότητα από το φαγητό που τρώμε σε ένα εστιατόριο μέχρι την αγορά ενός ρούχου. Η αναζήτηση της ποιότητας είναι ένας σημαντικός παράγοντας, κατά τον οποίο οι άνθρωποι επιλέγουν ως καταναλωτές, χρησιμοποιώντας έναν αριθμό κριτηρίων. Όσο περισσότερο μία αγορά ανταποκρίνεται σε αυτά τα κριτήρια, τόσο πιο ποιοτική χαρακτηρίζεται.

Ο πρώτος που προσδιόρισε την ποιότητα ήταν ο Walter Andrew Shewhart (1931), αναφέροντας ότι «η ποιότητα είναι το πόσο καλό είναι ένα προϊόν». Σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρία για την Ποιότητα (American Society for Quality, 1978), ποιότητα είναι «η πληρότητα των χαρακτηριστικών και των ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που έχει τη δυνατότητα να ικανοποιεί τις δεδομένες ανάγκες των καταναλωτών».

Η ποιότητα έχει χαρακτηριστεί με πληθώρα διαφορετικών τρόπων από πολλούς ανθρώπους και οργανισμούς. Διαφορετικοί ορισμοί και προσεγγίσεις γύρω από την έννοια της ποιότητας έχουν ενίοτε ειπωθεί, ενώ μεγάλος είναι και ο όγκος των συγγραφέων που πιστεύουν πως ο όρος ποιότητα προκαλεί αρκετές φορές σύγχυση. Μία ομάδα ερευνητών σε ολόκληρο τον κόσμο υποστηρίζει τη συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ προσπάθειών βελτίωσης της ποιότητας, αύξησης της παραγωγικότητας και αποτελεσματικότητας, περιορισμού του κόστους, ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας και της ικανοποίησης του πελάτη (Redman et al., 1995; Powell, 1995; Chauvel, 1994; Pfeffer, 1994; Van Donk, 1993; Garvin, 1988).

Από τα παραπάνω προκύπτει το συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει ένας παγκοσμίως αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα, αλλά γίνονται προσπάθειες να τεθούν οι βάσεις για την ουσιαστική και αποτελεσματική λειτουργία αυτής της έννοιας. Ως ποιότητα, λοιπόν, μπορούμε να χαρακτηρίσουμε μία κατάσταση η οποία συνδέεται με τα προϊόντα, τις υπηρεσίες, τους ανθρώπους, τις διαδικασίες, το περιβάλλον και ικανοποιεί ή ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη.

Σύμφωνα με το Μπαμπινιώτη (1998), ως ποιότητα ορίζεται το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός πράγματος, ό, τι δηλαδή το χαρακτηρίζει ή το διαφοροποιεί από τα όμοια του, καθώς και το σύνολο των θετικών ιδιοτήτων του. Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO), ορίζει την ποιότητα ως το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που συμβάλλει στη δυνατότητα να ικανοποιεί καθορισμένες ανάγκες (ISO 8402-1986). Η έννοια της ποιότητας συχνά προκαλεί σύγχυση γιατί ερμηνεύεται διαφορετικά από τον καταναλωτή και διαφορετικά από τον παραγωγό. Όσον αφορά τον καταναλωτή, η ποιότητα έχει να κάνει με το βαθμό ικανοποίησης των απαιτήσεων του από το συγκεκριμένο προϊόν ή υπηρεσία. Όσον αφορά τον παραγωγό, η ποιότητα έχει να κάνει με την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να εφαρμόσει τις προδιαγραφές που έχει θέση η εταιρία για το προϊόν ή την υπηρεσία. Συνεπώς, σκοπός του φορέα είναι να διασφαλίσει κατά την παραγωγική διαδικασία την ύπαρξη χαρακτηριστικών τα οποία σχετίζονται με τις ανάγκες και τις προσδοκίες του πελάτη (Κωσταγιόλας κ.α., 2008). Οι προδιαγραφές θα πρέπει να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις ή επιθυμίες του καταναλωτή (Σιγάλας, 1998).

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, η ποιότητα σχετίζεται με δύο παράγοντες, το προϊόν και τον πελάτη. Το προϊόν, είναι καθετί που παράγεται, είτε αγαθό είτε υπηρεσία. Ως πελάτης, θεωρείται κάθε άτομο που χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες ή τα προϊόντα οποιοδήποτε ελεύθερου και μη επαγγελματία (Τεγόπουλος - Φυτράκης, 1997).

Σε συνδυασμό με τον όρο ποιότητα, αναφέρονται οι έννοιες έλεγχος και διασφάλιση ποιότητας. Ο έλεγχος ποιότητας αφορά τις ενέργειες που παρέχουν τη δυνατότητα μέτρησης και ρύθμισης των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή υπηρεσίας βάσει καθορισμένων απαιτήσεων. Η διασφάλιση ποιότητας αναφέρεται σε ένα σύστημα διαχείρισης σχεδιασμένο ώστε να δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης

στο μέγιστο βαθμό ότι σε ένα προϊόν ή μία υπηρεσία έχει επιτευχθεί ένα δεδομένο επίπεδο ποιότητας με το ελάχιστο δυνατό κόστος (Martinez, 1999).

Ως διασφάλιση της ποιότητας θεωρείται το σύνολο των ενεργειών και διαδικασιών, που χρειάζονται για να διασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία πληρούν κάποιες συγκεκριμένες προδιαγραφές (Τσιότρας, 1995). Για να επιτευχθεί διασφάλιση ποιότητας θα πρέπει όλες οι απαιτήσεις του πελάτη να είναι γνωστές και κατανοητές. Η συλλογή των πληροφοριών, ο σχεδιασμός των δραστηριοτήτων και οι κατευθυντήριες οδηγίες θα πρέπει να ολοκληρωθούν πριν την εκτέλεση της δραστηριότητας. Εν ολίγοις, η διασφάλιση ποιότητας αποτελεί ένα μέσο για την σωστή ολοκλήρωση όλων των διαδικασιών από την πρώτη φορά και κάθε φορά.

Η πυραμίδα της ποιότητας περιλαμβάνει την τυποποίηση, την πιστοποίηση και τη διαπίστευση. Με την τυποποίηση επιτυγχάνονται αντικειμενικά σωστοί τρόποι και αποδεκτοί μέθοδοι, δοκιμές και έλεγχοι που καταγράφονται σε προδιαγραφές και κανονισμούς. Στη συνέχεια, με την πιστοποίηση καθορίζεται ο βαθμός συμμόρφωσης ως προς τις απαιτήσεις της τυποποίησης, μέσω ενός φορέα πιστοποίησης. Τέλος με τη διαπίστευση, επιβεβαιώνεται ότι ο φορέας πιστοποίησης λειτουργεί σωστά και σύμφωνα με τους κανονισμούς της τυποποίησης.

2.1. Η ποιότητα στον χώρο της υγείας

Η ποιότητα αποτελεί μια ανθρώπινη αναζήτηση από τους αρχαίους χρόνους και είναι συνώνυμη με την αρετή, τη συνεχή βελτίωση και το «αἰέν ἀριστεύειν». Το πολύπλευρο περιεχόμενο της διαμορφώνεται από τις οικονομικές, κοινωνικές και τις πολιτισμικές συνθήκες κάθε εποχής. Η κοινωνική της σκοπιά αποβλέπει στην ανάγκη κάθε πολίτη για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας ζωής του, ενώ παράλληλα το πολιτισμικό στοιχείο αποτελεί μια απαραίτητη παράμετρο, καθώς αυτή επηρεάζεται και διαμορφώνεται από τις πολιτισμικές αξίες της εκάστοτε περιόδου. Κατόπιν, η οικονομική της διάσταση προσδιορίζει τον λειτουργικό της ρόλο και αναφέρεται στους φορείς παραγωγής προϊόντων, έργων και υπηρεσιών (Οικονομοπούλου, 2005).

Ο ορισμός της ποιότητας είναι δύσκολο να καθοριστεί με σαφήνεια στον τομέα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών καθώς οι συμμετέχοντες είναι πολλοί και ο καθένας έχει τη δική του οπτική γωνία. Κατά καιρούς, έχουν διατυπωθεί αρκετοί ορισμοί και θεωρίες για την ποιότητα στην υγεία. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι πιο σύνθετη και πολύπλοκη στον χώρο της υγείας συγκριτικά με τις βιομηχανικές επιχειρήσεις. Στις επιχειρήσεις, η ποιότητα είναι ταυτόσημη με την τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος με σκοπό να μην υπάρχουν αποκλείσεις από τις διαδικασίες και το τελικό αποτέλεσμα (Crosby, 1980). Κάτι τέτοιο δε μπορεί να συμβεί στις υγειονομικές μονάδες καθώς οι ασθενείς διαφέρουν και αυτό επηρεάζει τις μεθόδους θεραπείας τους. Προσπάθειες για μηδενικό ελάττωμα ή καμία απόκλιση στον χώρο της υγείας σημαίνουν βελτίωση ή εξάλειψη της κακής πρακτικής και ενίσχυση της καλής πρακτικής στις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες (Lillrank, 2015; Τούντας, 2003; Gilbert et al., 1992). Σύμφωνα με τον Gilbert et al., (1992) το βασικό κριτήριο για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, είναι η πρόληψη των λαθών και η διακοπή των υπηρεσιών μέχρι να διαπιστωθεί το λάθος. Άρα, η ποιότητα στον υγειονομικό τομέα έχει πολύπλευρο χαρακτήρα και περιλαμβάνει εμπειρίες τόσο του παρελθόντος, όσο και του παρόντος. Επομένως, είναι εύλογο να μην έχει διατυπωθεί ένας σαφής ορισμός για αυτήν (Ραφτόπουλος & Οικονομοπούλου, 2003).

Ο πρώτος που επικέντρωσε την προσοχή του σε θέματα ορισμού και βελτίωσης της ποιότητας στον τομέα της υγείας ήταν ο Avedis Donabedian, καθηγητής στη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan. Τακτική του ήταν η κατανομή της παρεχόμενης φροντίδας υγείας σε δομή, διαδικασία και αποτελέσματα και η επιδίωξη της ποιότητας και στους τρεις τομείς, ώστε να επιτυγχάνεται το μεγαλύτερο δυνατό όφελος με το λιγότερο δυνατό κόστος (Donabedian, 1988). «Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται ως η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης» (Harteloh, 2003; Theodorakioglou & Tsiotras, 2000, Donabedian, 1980). Λίγα χρόνια αργότερα, ο Donabedian (1988), υποστήριξε πως η παροχή φροντίδας αξιολογείται όχι μόνο στο τεχνικό μέρος, αλλά περικλείει και τις προτιμήσεις του ασθενή. Δύο χρόνια μετά (1990), έδωσε έμφαση στα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της υγειονομικής

περίθαλψης, ούτως ώστε να διατυπώσει έναν πιο σαφή ορισμό για την ποιότητα, που θα χαρακτηρίζεται από αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, νομιμότητα και ισότητα ως προς την κατανομή των ωφελειών.

Την ίδια χρονιά, το 1980, ο Thompson έδωσε τον παρακάτω ορισμό για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, «το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον κάθε ασθενή - είτε στη διάγνωση, είτε στη θεραπεία ή στην αποκατάσταση - στην αποφυγή ιατρικών λαθών και στην ευαισθητοποίηση και προσοχή για τις ανάγκες του ασθενή και της οικογένειας του με ένα τρόπο που ενσωματώνει τόσο το κόστος όσο και την αποτελεσματικότητά και παράλληλα καταγράφει το σύνολο των αποτελεσμάτων» (Thompson, 1980).

Δέκα χρόνια μετά, το 1990, το Ινστιτούτο Ιατρικής των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (Η.Π.Α.) ορίζει την ποιότητα στην υγεία ως «το βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και είναι συνεπείς με την τρέχουσα επιστημονική γνώση».

Έναν απλούστερο ορισμό έδωσε το 1996 ο Harvey. «Ποιότητα είναι η αναζήτηση τρόπων συνεχούς βελτίωσης της φροντίδας υγείας» (Gill Harvey, 1996). Ακόμα, το 1996, ο Nelson όρισε την ποιότητα υγείας ως «το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης αυξάνουν την πιθανότητα του επιθυμητού αποτελέσματος χάρη στην επαρκή επιστημονική κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας» (Nelson A, 1996).

Το 2000, η Αμερικανική Ιατρική Εταιρία (American Medical Association) αναφέρει ότι: «φροντίδα υψηλής ποιότητας είναι η ιατρική φροντίδα που συνεχώς και με συνέπεια συμβάλλει στη βελτίωση της διατήρησης της ποιότητας ή/και της διάρκειας της ζωής. Τα χαρακτηριστικά αυτής της φροντίδας είναι η προώθηση της υγείας και η πρόληψη των ασθενειών, η έγκαιρη παρέμβαση, η ενημέρωση και συμμετοχή των ασθενών, η προσοχή στην επιστημονική βάση της Ιατρικής και η αποτελεσματική χρήση των πόρων».

Τέλος, όπως προκύπτει από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), «η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον υγειονομικό χώρο, μέσα στο

πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία οφείλει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής» (World Health Organization, 1993).

Η πολυπλοκότητα και η ποικιλία που χαρακτηρίζουν τους παραπάνω ορισμούς για την ποιότητα στο χώρο της υγείας, είναι φυσικό να προκαλούν σύγχυση ακόμα και στους ειδικούς. Ο Donabedian υποστήριζε ότι η διαφορετικότητα στον ορισμό της ποιότητας στον τομέα της υγείας είναι δικαιολογημένη, καθώς εξαρτάται τόσο από τη σχέση που έχει αυτός που τον διατυπώνει με το υγειονομικό σύστημα, όσο και από το είδος και το εύρος των ευθυνών του. Όπως είναι επόμενο, η ποικιλία των ορισμών και οι διαφορετικές απόψεις για την ποιότητα στον τομέα της υγείας οδηγούν σε διαφορετικές προσεγγίσεις όσον αφορά την αξιολόγηση και τη βελτίωση της (Donabedian, 1988).

2.2. Οι ειδικοί της ποιότητας στην υγεία

Τα σύνθετα συστήματα διοίκησης της ποιότητας, τα οποία αναπτύχθηκαν κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, έχουν διαμορφωθεί σε μεγάλο βαθμό από μία ομάδα Αμερικανών και Ιαπώνων επιστημών που είναι γνωστοί ως οι «γκουρού» της ποιότητας. Σε αυτούς τους διακεκριμένους ειδικούς σε ζητήματα ποιότητας συγκαταλέγονται οι Codman, Deming, Juran, Donabedian, Berwick, Wennberg και άλλοι.

2.2.1. Ernest Codman

Ο Ernest Codman ήταν χειρουργός, απόφοιτος της ιατρικής σχολής του Harvard και εργάστηκε στο γενικό νοσοκομείο της Μασαχουσέτης για δεκαπέντε περίπου χρόνια, έως ότου οι απόψεις του προκάλεσαν έντονες διαφωνίες στα πλαίσια της ιατρικής κοινότητας της Βοστώνης. Παρ' όλα αυτά δεν υπαναχώρησε από τις πεποιθήσεις του, τις οποίες θεωρούσε ως την «κοινή λογική που υπαγορεύει ότι κάθε νοσοκομείο πρέπει να παρακολουθεί κάθε ασθενή για μεγάλο

χρονικό διάστημα, ώστε να διαπιστώνεται αν η αγωγή ήταν επιτυχής ή όχι και στη συνέχεια να τίθεται το ερώτημα «αν όχι, γιατί όχι;» αποβλέποντας την αποφυγή παρόμοιας αποτυχίας στο μέλλον». Επιπλέον, παρακολουθούσε τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα της κλινικής περίθαλψης που παρείχε το προσωπικό του νοσοκομείου. Εξέταζε δείκτες, πρώτον, για να προσδιορίσει αν τα προβλήματα σχετίζονταν με τον ασθενή, το σύστημα ή τον ιατρό, δεύτερον, για να εκτιμήσει τη συχνότητα εμφάνισης του κάθε προβλήματος και τρίτον για να αξιολογήσει και να βελτιώσει τις μεταβλητές με σκοπό να μην επαναληφθούν όσα προβλήματα μπορούν να προληφθούν.

2.2.2. W. Edwards Deming

Σε αντίθεση με τον Codman, η εργασία του Deming δεν σχετιζόταν με τον τομέα της υγείας. Παρ' όλα αυτά, οι διδαχές του επηρέασαν σημαντικά την ανάπτυξη ποιοτικών πρακτικών στην υγεία στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Ο Deming, που συχνά αποκαλείται ιδρυτής του κινήματος της ποιότητας, ήταν στατιστικός από τον οποίον είχαν ζητήσει οι Ιάπωνες τη βοήθεια του, ώστε να αλλάξουν την εργασιακή διαδικασία στην Ιαπωνία μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Σκοπός τους ήταν να αναπτύξουν πιο ποιοτικά προϊόντα ώστε να βελτιώσουν την ποιότητα των εμπορευμάτων που προμήθευαν. Ουσιαστικά, στον Deming οφείλεται η «επανάσταση» στην Ιαπωνική βιομηχανία κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1950, γεγονός το οποίο έχει αναγνωριστεί παγκοσμίως στην οικονομία και βιομηχανία. Στη θεωρία του συμπεριλαμβάνεται η δέσμευση στην ποιότητα και η προσεχτική άντληση πληροφοριών σχετιζόμενων με τις ανάγκες των πελατών (Huber, 1996). Οι προτάσεις του (Deming, 1986) συνοψίστηκαν σε δεκατέσσερα σημεία, τα οποία χρησιμοποίησε ως θεμελιώδη λίθο για τη διδασκαλία και τη φιλοσοφία του:

1. Ανάπτυξη ενός σταθερού σκοπού για τη βελτίωση του προϊόντος και της υπηρεσίας, για τη βελτίωση της ανταγωνιστικότητας και την αύξηση των θέσεων εργασίας.
2. Υιοθέτηση της νέας φιλοσοφίας για τη βελτίωση ποιότητας, χωρίς την αποχή του παρελθόντος σε προβλήματα ποιότητας.

3. Διακοπή της εξάρτησης από την επιθεώρηση της ποιότητας, αλλά παροχή στατιστικά τεκμηριωμένων στοιχείων για την ποιότητα.
4. Βελτίωση της ποιότητας των προμηθευόμενων ειδών και αποφυγή της διαπραγμάτευσης των προϊόντων βάσει των τιμών.
5. Συνεχής βελτίωση του συστήματος παραγωγής προϊόντων και υπηρεσιών, έτσι ώστε συνεχώς να βελτιώνεται η παραγωγικότητα και να μειώνεται το κόστος παραγωγής.
6. Καθιέρωση της εσωτερικής εκπαίδευσης και κατάρτισης για όλους τους εργαζόμενους με σύγχρονες μεθόδους.
7. Καθιέρωση σύγχρονων μεθόδων επιθεώρησης στην εργασία, με έμφαση στην παροχή βοήθειας προς τους εργαζόμενους, ούτως ώστε να βελτιώνουν την εργασία τους. Η βελτίωση της ποιότητας αυτόματα θα ενισχύσει την παραγωγικότητα.
8. Απομάκρυνση του φόβου, ο οποίος αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα βελτιώσεων, έτσι ώστε ο κάθε εργαζόμενος να εργάζεται αποτελεσματικά για τον οργανισμό.
9. Κατάργηση των φραγμών μεταξύ των τμημάτων του προσωπικού όλων των ειδικοτήτων και διαφορετικών τμημάτων.
10. Κατάργηση των σλόγκανς, προτροπών και στόχων μηδενικών σφαλμάτων προς το προσωπικό χωρίς την παράλληλη παροχή των μέσων και των τρόπων για την επίτευξη των βελτιώσεων.
11. Εξάλειψη των αριθμητικών ποσοστών και στόχων για τους εργαζόμενους κάθε βαθμίδας.
12. Άρση των εμποδίων που στερούν την περηφάνια από τον εργαζόμενο.
13. Καθιέρωση προγραμμάτων εκπαίδευσης και αυτό - βελτίωσης.
14. Ανάληψη δράσης από όλους και ιδιαίτερα από τη διοίκηση, για την πραγματοποίηση της αλλαγής στο πλαίσιο της εφαρμογής των παραπάνω δεκατριών σημείων.

2.2.3. Joseph M. Juran

Ένας ακόμα θεμελιωτής του κινήματος της ποιότητας που ασχολήθηκε περισσότερο με τη βιομηχανία παρά με την υγεία ήταν ο Joseph M. Juran. Με τη σειρά του, ο Juran, εξέλιξε ακόμα περισσότερο τον ποιοτικό έλεγχο και τις

στατιστικές τεχνικές σε μία πιο ολοκληρωμένη διαδικασία της διαχείρισης ολικής ποιότητας. Στη δεκαετία του 1950, δίδασκε τη σημασία της ποιότητας, κυρίως στην Ιαπωνία. Ο Juran επέκτεινε τη συζήτηση για την ποιότητα από τις τεχνικές ελέγχου, σε διοικητικές πτυχές. Πρωταρχικός παράγοντας για αυτή την αναζήτηση ήταν η οργανωσιακή διεύρυνση των μεγάλων επιχειρήσεων κατά τη βιομηχανική και μεταβιομηχανική περίοδο, καθώς και η διάκριση των ενεργειών σχεδιασμού της βιομηχανικής παραγωγής από αυτές (Kruger, 2001).

Το 1930, στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο Juran ήταν ο πρώτος που διατύπωσε τον κανόνα «των σημαντικών ολίγων και των ασήμαντων πολλών». Ωστόσο, η ονομασία Αρχή του Pareto επεκράτησε, ίσως επειδή ακουγόταν καλύτερα από Αρχή του Juran. Η αρχή του Pareto μπορεί και βρίσκει εφαρμογή σχεδόν παντού: σε πληθυσμό, σε ενεργειακά αποθέματα και κατανάλωση αυτών, βιβλία, εγκληματικότητα, ατυχήματα, ρουχισμό, στον καιρό, διαζύγια, καθημερινή ζωή, επίτευξη στόχων και υποστηρίζει ότι το 80% των αποτελεσμάτων, προέρχεται από το 20% των προσπαθειών μας. Με άλλα λόγια, ο Κανόνας 80-20 σημαίνει ότι, σε κάθε κατάσταση, λίγοι παράγοντες (20%) είναι ζωτικοί και πολλοί (80%) είναι επουσιώδεις.

Επίσης, ανέπτυξε την τριλογία του Juran, η οποία αναφέρεται σε τρεις διαδικασίες με τις οποίες η διοίκηση διατηρεί και βελτιώνει την ποιότητα (Εικόνα 2.2.1).



Εικόνα 2.2.1. Η τριλογία του Juran.

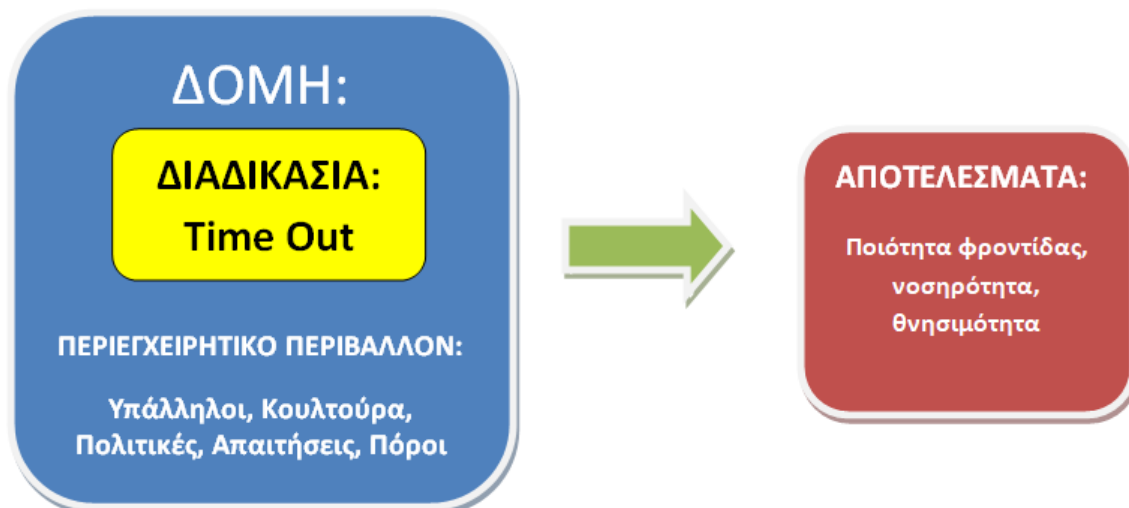
Τέλος, ο Juran πίστευε ότι η ποιότητα σχετίζεται άμεσα με την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκεια των πελατών. Γι' αυτό το λόγο υποστήριζε πως υπάρχουν δύο κατηγορίες πελατών, οι εξωτερικοί και οι εσωτερικοί (όσοι εμπλέκονταν με την παραγωγή του προϊόντος ή της υπηρεσίας). Πολλές από τις θεωρίες και τις απόψεις του Juran αποτελούν μέχρι και σήμερα μέρος των προσπαθειών για τη βελτίωση της ποιότητας.

2.2.4. Avedis Donabedian

Ο Avedis Donabedian, καθηγητής στη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan, ήταν από τους πρώτους που ασχολήθηκε με θέματα ποιότητας σε σχέση με τον χώρο της υγείας. Σε μία ανασκόπηση μελετών την περίοδο 1954 – 1984, κατέγραψε και ανέλυσε τις προηγούμενες προσεγγίσεις στο θέμα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και διαμόρφωσε το πλαίσιο διασφάλισης της ποιότητας στο τρίπτυχο «δομή, διαδικασία, αποτέλεσμα» (Πετράκη, 2008).

Μία από τις βασικότερες διαφορές στην προσέγγιση του Donabedian, σε σχέση με αυτή του Juran, έγκειται στο γεγονός ότι ήταν ιατρός. Αυτό συνέβαλε, ώστε οι διαδικασίες που ανέπτυξε για βελτίωση της ποιότητας να λαμβάνουν υπόψη τη δυσκολία τυποποίησης της περίθαλψης εξαιτίας των αποκλίσεων όχι μόνο όσον αφορά τους ασθενείς αλλά και το ίδιο το υγειονομικό προσωπικό.

Ο Donabedian κατάλαβε ότι διαφορετικές κλινικές ενέργειες μπορεί να έχουν το ίδιο αποτέλεσμα και πως ο ρόλος του αναλυτή ποιότητας της περίθαλψης είναι να βρίσκει τους πιο αποτελεσματικούς, νόμιμους και αποδεκτούς τρόπους για να πετύχει το μέγιστο δυνατό όφελος με το ελάχιστο κόστος για τον ασθενή. Έτσι, το 1980, όρισε την ποιότητα ως «το είδος φροντίδας που πρόκειται να μεγιστοποιήσει την καλή υγεία και ευεξία του ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τα οφέλη και τις απώλειες που περιλαμβάνει η διαδικασία περίθαλψης σε όλα τα επιμέρους στάδια της».



Εικόνα 2.2.2. Το Μοντέλο του Donabedian «Δομή, Διαδικασία, Αποτέλεσμα» στο χώρο του χειρουργείου

2.2.5. Donald Berwick

Ακόμα ένας ιατρός που ασχολήθηκε με τη βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της υγείας είναι ο Donald Berwick. Υπήρξε καθηγητής της Ιατρικής Σχολής και της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Harvard για πολλά χρόνια και σήμερα είναι διευθύνων σύμβουλος στο Ινστιτούτο για τη Βελτίωση στην Υγειονομική Περίθαλψη (Institute for Healthcare Improvement) με έδρα τη Μασαχουσέτη.

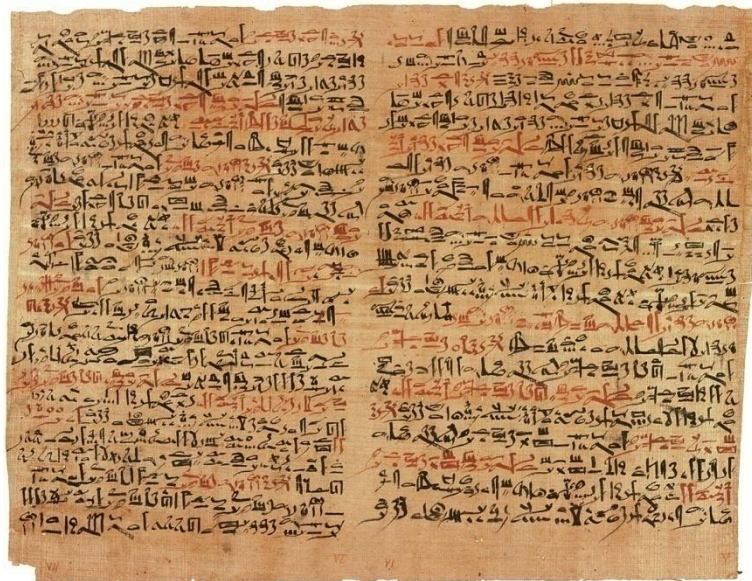
Όπως και ο Donabedian, ασχολήθηκε με την εφαρμογή γνωστών διαδικασιών βελτίωσης της ποιότητας στον χώρο της υγείας. Ένα από τα πεδία των ενδιαφερόντων του είναι οι οργανωτικές λύσεις για ενίσχυση της ποιότητας όσον αφορά την περίθαλψη. Έχει αναφέρει ότι τα ιδρύματα θα πρέπει να θέτουν εξ αρχής σαφείς στόχους, να αξιολογούν την πρόοδο τους και να χρησιμοποιούν αρκετούς πόρους για να ορίζουν τις βέλτιστες πρακτικές. Ο Berwick διαπίστωσε ότι οι προσπάθειες για βελτίωση της ποιότητας ακολουθούνται ευκολότερα στο επιχειρησιακό και οργανωτικό κομμάτι της περίθαλψης παρά στο κλινικό. Το ενδιαφέρον του Berwick είναι στραμμένο στην ικανοποίηση του ασθενή αναφορικά με τις προσπάθειες που κάνει η υπηρεσία υγείας για τη βελτίωση της ποιότητας.

2.2.6. John Wennberg

Παρά το γεγονός ότι η δουλειά του Wennberg δεν είναι τόσο ποικιλόμορφη και πλήρης σε σύγκριση με τους προαναφερθέντες, έχει επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό το κίνημα της ποιότητας. Ο Wennberg ειδικεύεται στην ανάλυση μικρών περιοχών, μία στατιστική μέθοδο προσδιορισμού των τάσεων πρακτικής και χρήσης μέσω της αξιολόγησης των διαδικασιών σε μικρά γεωγραφικά τμήματα. Όταν οι πληθυσμοί των ασθενών είναι ελεγχόμενοι ως προς κάποιες μεταβλητές, η σύγκριση των διαδικασιών σε μικρά γεωγραφικά τμήματα μπορεί να εμφανίσει διαφορές στην χρήση και στην παροχή που δεν οφείλονται στους ασθενείς. Επομένως, η υποτιθέμενη αιτία της διαφοράς είναι χαρακτηριστικό του υγειονομικού προσωπικού ή του νοσοκομείου.

2.3. Ιστορική αναδρομή της ποιότητας στον χώρο της υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν ένα σύνολο υπηρεσιών στο οποίο η εξασφάλιση της ποιότητας αποτελεί καθοριστικό παράγοντα, γιατί επιδιώκει τη φροντίδα του πολυτιμότερου ανθρώπινου αγαθού, της υγείας. Η έννοια της ποιότητας στον χώρο της υγείας συμβαδίζει με την γέννηση των επιστημών υγείας. Όπως προκύπτει από την ιστορία, η ανάγκη για βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι πολύ παλιά. Η αρχαιότερη καταγεγραμμένη αναφορά προέρχεται από την Αίγυπτο και συγκεκριμένα στον «Πάπυρο Smith» (Hook, 1973). Τα πρώτα «κριτήρια αξιολόγησης» της περίθαλψης αναγράφονται πάνω σε πέτρινες πλάκες στην ιερογλυφική γραφή (Εικόνα 2.3.1.). Συγκεκριμένα, τα κριτήρια αυτά είναι η παρατήρηση, η περίθαλψη ή η άρνηση νοσηλείας.



Εικόνα 2.3.1. Ο Πάπυρος Έντγουιν Σμιθ

Το 2000 π.Χ. γίνεται αναφορά στην ποιότητα της χειρουργικής πρακτικής από τον ποινικό κώδικα του βασιλέως Χαμουραμπί και μάλιστα με προβλεπόμενη ποινή, ανάλογα με το μέγεθος της βλάβης που πιθανόν προκύπτει από κακή χειρουργική φροντίδα με άτυχη έκβαση (Garnson, 1929).

Ένας ακόμα σημαντικός σταθμός στην εξελικτική πορεία της ποιότητας έρχεται από την εποχή του Ιπποκράτη, τον 5^ο αιώνα, καθώς προκύπτει ότι οι δεοντολογικοί κανόνες και οι ηθικοί κώδικες άσκησης του επαγγέλματος του ιατρού, έδιναν ιδιαίτερη προσοχή στη διασφάλιση της ποιότητας της περίθαλψης. Ήταν ο πρώτος στην ιστορία της ιατρικής που διατύπωσε το περίφημο «ωφελέειν ή μη βλάπτειν». Στους επόμενους αιώνες δεν παρατηρείται κάποια εξέλιξη στις αρχές του Ιπποκράτη, μιας και η υγεία αντιμετωπίζεται ως μέσο αγαθοεργιών της εκκλησίας και των εκάστοτε αυτοκρατόρων (Ρίκος, 2015; Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Τον 19^{ου} αιώνα, ο μαιευτήρας Ignaz Semmelweis, υπερασπίστηκε τη σημασία του πλυσίματος των χεριών στην υγειονομική περίθαλψη και συνέβαλε σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας στον χώρο της υγείας (Marjouna & Bozic, 2012).

Κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού Πολέμου, η Florence Nightingale κατέγραψε τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα των τραυματιών και επιχείρησε με τα στοιχεία που είχε συλλέξει να αξιολογήσει τις παρεχόμενες στους τραυματίες

υπηρεσίες υγείας (Smith, 1982). Η καταγραφή της θνησιμότητας των τραυματιών περιελάμβανε τις παρακάτω τρεις κατηγορίες:

1. Κατά τη διάρκεια της μεταφοράς των τραυματιών στο νοσοκομείο.
2. Κατά τη διάρκεια της παραμονής των τραυματιών στο νοσοκομείο.
3. Κατά τη διάρκεια της παραμονής των τραυματιών στο νοσοκομείο μετά την χειρουργική επέμβαση.

Η συλλογή των παραπάνω στοιχείων είχε ως αποτέλεσμα τη διανομή των Βρετανικών κεφαλαίων για τον εκσυγχρονισμό των νοσοκομειακών μονάδων στην Κριμαία και κατ' επέκταση συνέβαλε στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Sheingold & Hahn, 2014).

Το 1908, ο Emory W. Groves έπειτα από μία σειρά ερευνών και συλλογής στοιχείων από πενήντα νοσοκομεία της Μεγάλης Βρετανίας, κατέληξε στο συμπέρασμα πως υπάρχει ανάγκη δημιουργίας ενός συστήματος ταξινόμησης των ασθενειών και των χειρουργικών επεμβάσεων, ούτως ώστε να μπορούν να πραγματοποιούνται σε βάθος χρόνου συγκρίσεις τόσο σε επίπεδο θνησιμότητας όσο και σε επίπεδο ανικανότητας. Το 1910, ο Abraham Flexner δημοσίευσε την έκθεση Flexner, η οποία αποτελεί την πρώτη καταγραφή των κακών συνθηκών που επικρατούσαν στα νοσοκομεία των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής.

Μερικά χρόνια αργότερα, το 1915, Ernest Codman ακολούθησε το παράδειγμα του Groves και επικεντρώθηκε στον έλεγχο των χειρουργικών επεμβάσεων. Το πρόγραμμα του, όπως και αυτό της Florence Nightingale, εστιάστηκε κυρίως στο νοσοκομείο. Ο Codman έγινε γνωστός για την ανάπτυξη μιας φόρμουλας αξιολόγησης της νοσοκομειακής περίθαλψης, την οποία ονόμασε «η ιδέα του τελικού αποτελέσματος». Σύμφωνα με το σύστημα του Codman, σε κάθε ασθενή έναν χρόνο μετά την εγχείρηση πραγματοποιούνταν επανέλεγχος για να διαπιστωθεί αν η αρχική του διάγνωση ήταν σωστή, αν η χειρουργική επέμβαση ήταν επιτυχής, τι όφελος είχε ο ασθενής από αυτή και αν είχε παρουσιαστεί κάποια μετεγχειρητική επιπλοκή σχετιζόμενη ή όχι με την επέμβαση. Με βάση τα δεδομένα που συνέλεξε από την παραπάνω μελέτη, πρότεινε μέτρα για τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης νοσοκομειακής φροντίδας (Σιγάλας & Αλεξιάδης, 1999).

Η επιρροή του Codman, συνέβαλε στη διαμόρφωση του Προγράμματος Προτυποποίησης Νοσοκομείων (Hospital Standardization Program), το οποίο εισήχθη από το Αμερικανικό Κολέγιο Χειρουργών (American College of Surgeons) το 1918 (McCleary, 1977). Οι πρωτοβουλίες για αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας εμφανίζονται και πάλι στη δεκαετία του 1950 στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και στη συνέχεια στην Ευρώπη. Οι οργανισμοί υγείας υιοθετούσαν πρακτικές των υπολοίπων επιχειρήσεων για να βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών τους. Συγκεκριμένα, το 1952, το Αμερικανικό Κολέγιο Χειρουργών (ACS), το Αμερικανικό Κολέγιο Ιατρών (ACP), η Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών (ANA), ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος (AMA) και η Καναδική Ιατρική Εταιρεία (CMA), δημιούργησαν την «Κοινή Επιτροπή για την Διαπίστευση των Νοσοκομείων», η οποία συνέχισε να διαπιστεύει νοσοκομεία με βάση την ύπαρξη «ελάχιστων προδιαγραφών» (Lombardozi, 2011).

Βασικοί παράγοντες για την αναζήτηση μοντέλων αύξησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ήταν το συνεχώς αυξανόμενο κόστος της περίθαλψης, η βελτίωση του βιοτικού και μορφωτικού επιπέδου των χρηστών, η ραγδαία εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η απομυθοποίηση του ιατρικού επαγγέλματος και η πίεση της παγκόσμιας κοινότητας για ισότιμη πρόσβαση και παροχή υγειονομικής φροντίδας στους πολίτες.

Η ανάγκη ελέγχου των διαδικασιών και του κόστους οδήγησε σε επαναφορά της έννοιας της ποιότητας την δεκαετία του 1960. Ακολούθησε η συστηματική μελέτη και εφαρμογή του ποιοτικού ελέγχου των πρακτικών των νοσοκομείων και η σταδιακή εμφάνιση των πρώτων προτύπων για τις διαδικασίες σε αυτά, την επόμενη δεκαετία. Η εισαγωγή μέτρων αξιολόγησης των υγειονομικών διαδικασιών και η συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, χαρακτηρίζονται ως επανάσταση στον κλάδο της υγείας (Cronin & Taylor, 1992). Τη δεκαετία του 1970, οι πρωτοβουλίες για αναβάθμιση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών στράφηκαν στον αναδρομικό διαχειριστικό έλεγχο, ενώ στη δεκαετία του 1980, η διασφάλιση της ποιότητας αποτελεί μονόδρομο. Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, διάφοροι ακαδημαϊκοί και επαγγελματίες ασχολήθηκαν με το ζήτημα της ποιότητας στην περίθαλψη. Τη δεκαετία του 1990, οι τάσεις που εφαρμόζονται στις επιχειρήσεις

και τους βιομηχανικούς οργανισμούς, φαίνεται πως έχουν απήχηση στον τομέα υγείας (Παπανικολάου, 1995).

Στην Ελλάδα, το κίνημα βελτίωσης της ποιότητας του υγειονομικού τομέα αναπτύχθηκε με καθυστέρηση σε σχέση με τα υπόλοιπα κράτη του δυτικού κόσμου. Η απόπειρα για σχηματισμό Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) ξεκίνησε με το Νόμο 1397 μόλις το 1983. Την ίδια στιγμή τα ήδη αναπτυγμένα συστήματα υγείας του δυτικού κόσμου είχαν περάσει από το στάδιο της ανάπτυξης στην κρίση και αναζητούσαν τρόπους αντιμετώπισης αυτής. Ως φυσικό επακόλουθο, το ενδιαφέρον για την ενίσχυση της ποιότητας στις υγειονομικές υπηρεσίες πέρασε σε δεύτερη μοίρα, καθώς και στους τέσσερις μεταπολιτευτικούς νόμους για τον χώρο της υγείας (1397/83, 1579/85, 2071/92, 2194/94) δεν γινόταν πουθενά αναφορά γι' αυτή.

Επομένως, είναι δικαιολογημένο το γεγονός ότι σε μετρήσεις εκείνης της εποχής η Ελλάδα εμφάνιζε αρκετά χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ενώ παράλληλα μία μεγάλη μερίδα πολιτών τις έκριναν ανεπαρκείς σε σύγκριση με αυτές άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το γεγονός αυτό οδήγησε το Υπουργείο Υγείας να εξουσιοδοτήσει εμπειρογνώμονες ώστε να εντοπίσουν και να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Στην έκθεση της ειδικής επιτροπής εμπειρογνομόνων σχετικά με τις Ελληνικές υπηρεσίες υγείας αναφέρεται ότι «δεν υφίσταται στην ουσία κανένα σύστημα για τη διασφάλιση της ποιότητας και της καταλληλότητας των προσφερομένων υγειονομικών υπηρεσιών» (Abel - Smith et al., 1994, 1995). Έτσι, στα τέλη της δεκαετίας του 1990, συμπεριέλαβαν την έννοια της βελτίωσης της ποιότητας στο γενικό πλαίσιο αλλά και σε ειδικές παραμέτρους των αλλαγών που πρότειναν (Ν. 2519/97) (Σαραφίδης & Σταφυλάς, 2006).

Παρ' όλα αυτά, η έλλειψη ουσιαστικών μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας και η συσσώρευση των προβλημάτων οδήγησαν την κατάσταση στη στροφή του αιώνα σε αδιέξοδο. Η τότε κυβέρνηση έθεσε την υγεία στις προτεραιότητες της και το Υπουργείο Υγείας προχώρησε σε σαρωτικές αλλαγές με το Νόμο 2889/01. Ο νόμος αυτός περιείχε δύο ουσιαστικές ρυθμίσεις, οι οποίες είχαν να κάνουν με την ίδρυση διοικητικών τμημάτων σε επίπεδο περιφέρειας και νοσοκομείου, που θα ασχολούνταν αποκλειστικά με τη διατήρηση της ποιότητας

στις υπηρεσίες υγείας. Σήμερα, σχεδόν είκοσι χρόνια μετά τη δημοσίευση του Ν. 2889/01 η κατάσταση στα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας έχει αλλάξει προς το καλύτερο, καθώς οι αδυναμίες στον υγειονομικό τομέα έχουν περιοριστεί σε μεγάλο βαθμό. Σημαντικό ρόλο σε αυτό έπαιξε και η τοποθέτηση ικανών ατόμων με προσόντα σε διοικητικές θέσεις, ώστε να ελέγχουν το κόστος, την αύξηση αποδοτικότητας, τον προγραμματισμό και να αξιολογούν τις διαδικασίες ενίσχυσης της ποιότητας.

2.4. Το νομοθετικό πλαίσιο για την εξασφάλιση της ποιότητας στον χώρο της υγείας

Στην εποχή μας, οι στόχοι των πολιτικών αναφορικά με το σύστημα υγείας σε όλα τα αναπτυγμένα κράτη συνοψίζονται στο τρίπτυχο: ποιότητα, χαμηλό κόστος και εκσυγχρονισμός. Τα τελευταία χρόνια σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες όπως η Αγγλία, το Βέλγιο, η Δανία, η Ισπανία και η Ιταλία έχουν συγκροτηθεί Εθνικά Προγράμματα Δράσης για την Ενίσχυση της Ποιότητας στον υγειονομικό τομέα. Επιπλέον, χώρες όπως η Γαλλία, η Γερμανία, η Ισπανία και η Ιταλία έχουν συμπεριλάβει σχετικές διατάξεις στη νομοθεσία τους σχετικά με τη διασφάλιση της ποιότητας στον χώρο της υγείας.

Στην Ελλάδα η πρώτη συστηματική και οργανωμένη κρατική προσπάθεια ολοκληρώθηκε με τη ψήφιση του Νόμου 2519/97, ΦΕΚ 165/Α/1997, «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις» με την κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ασθενών (άρθρο 1) και τη δημιουργία επιτροπών προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών. Η σπουδαιότερη συμβολή του όμως όσον αφορά την έννοια της ποιότητας, ήταν η δημιουργία του ειδικού φορέα στο Εθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας, του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας (Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ.) (άρθρο 9), που ως πρωταρχικό μέλημα είχε τη στατιστική ανάλυση και αξιολόγηση των υγειονομικών υπηρεσιών, τη διασφάλιση της ποιότητας τους, την χορήγηση πιστοποιητικών διασφάλισης ποιότητας, τη συνεργασία με διεθνείς φορείς και τέλος τη σύνταξη εκθέσεων για τις υγειονομικές υπηρεσίες. Η ίδρυση του Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ. έπαιξε σημαντικό ρόλο στη

διατήρηση του ενδιαφέροντος της πολιτείας αναφορικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (Παπανικολάου, 2007).

2.5. Η Ευρωπαϊκή διάσταση της ποιότητας

Η Συνθήκη του Άμστερνταμ (1977), χάραξε ένα νέο δρόμο όσον αφορά την ενίσχυση των δικαιωμάτων των ευρωπαίων πολιτών. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στο κεφάλαιο για τα δικαιώματα των καταναλωτών: «προκειμένου να προωθήσει τα συμφέροντα των καταναλωτών και να διασφαλίσει υψηλό επίπεδο προστασίας τους, η κοινότητα συμβάλλει στην προστασία της υγείας, της ασφάλειας και των οικονομικών συμφερόντων των καταναλωτών». Σήμερα, η Ευρώπη δείχνει ιδιαίτερο ενδιαφέρον σε θέματα ποιότητας, με αφορμή κυρίως τον προβληματισμό γύρω από το διαρκώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας. Γι' αυτό το λόγο θεσπίστηκε από το Ευρωπαϊκό Γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το πρόγραμμα «Υγεία για όλους», το οποίο είναι ένα σύνολο στόχων με σκοπό την ενίσχυση της ποιότητας.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται όλο και πιο έντονα η χρήση ερωτηματολογίων και εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Από τα αποτελέσματα που προκύπτουν, φαίνεται ότι τα περισσότερα προβλήματα όπως οι ελλείψεις σε υλικοτεχνικές υποδομές, η ελλιπής ενημέρωση των ασθενών από το υγειονομικό προσωπικό καθώς και η αδυναμία κατανόησης των αναγκών των ασθενών, είναι κοινά σε όλες τις χώρες (Gonzalez – Valentin et al., 2005; Lumby & England, 2000). Η συλλογή των στοιχείων από τα ερωτηματολόγια μας δείχνει ότι οι βαθμολογίες των χρηστών κυμαίνονται σε χαμηλά και μέτρια επίπεδα. Άρα υπάρχει αρκετός δρόμος για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Lim & Tang, 2000).

2.6. Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στην υγεία

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προσδιορίζεται με βάση κάποια χαρακτηριστικά, τα οποία έχουν να κάνουν με τη δυνατότητα άμεσης παροχής της υπηρεσίας, την ευκολία πρόσβασης των χρηστών σε αυτήν, την καταλληλότητα

της και την αξιοπιστία της. Στην περίπτωση όμως των υγειονομικών υπηρεσιών, η έννοια της ποιότητας περιπλέκεται, καθώς, εκτός από τα χαρακτηριστικά που αναφέρθηκαν υπάρχουν αρκετοί επιπλέον παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να την επηρεάσουν. Η μελέτη αναφορικά με την ποιότητα στον χώρο της υγείας σχετίζεται ως επί το πλείστον με τα νοσοκομεία, καθώς αυτά βρίσκονται στο επίκεντρο κάθε συστήματος υγείας. Οι βασικότεροι παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι οι εξής (Αδαμαντίδου, 2004):

1. Η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης οποιαδήποτε χρονική στιγμή (24 ώρες το 24ωρο).
2. Η επάρκεια σε ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, καθώς και σε υλικοτεχνική υποδομή.
3. Προσωπικό με επαρκείς και υψηλού επιπέδου γνώσεις, εμπειρία, ικανότητες και επαγγελματική δεοντολογία ώστε να επιτυγχάνεται η έγκαιρη διάγνωση και να αντιμετωπίζεται γρήγορα και αποτελεσματικά η ασθένεια.
4. Η συμπεριφορά νοσοκομειακού προσωπικού θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από ευγένεια και σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια.
5. Η συνεχής εκπαίδευση του ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού και τεχνικού προσωπικού που συνδέεται με την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών.
6. Ο κατάλληλος σχεδιασμός των εγκαταστάσεων ώστε να διευκολύνεται η διακίνηση των ασθενών και η μεταφορά των υλικών.
7. Η υποστήριξη και μετά την παροχή της περίθαλψης, που ξεκινάει με αναλυτικές οδηγίες που δίνονται από το ιατρικό προσωπικό και ολοκληρώνεται με την ύπαρξη ακριβούς αρχείου και οργανωμένου συστήματος επανέλεγχου των ασθενών.
8. Η εφαρμογή των κανόνων υγιεινής και η αποφυγή των νοσοκομειακών λοιμώξεων.
9. Η διασφάλιση της ποιότητας πρέπει να γίνει με το μικρότερο δυνατό κόστος.

2.7. Η διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Στον χώρο της υγείας, η διασφάλιση της ποιότητας αποτελεί το πρωταρχικό βήμα για την επίτευξη της Ολικής Ποιότητας (Τσιότρας, 2002). Ως διασφάλιση της ποιότητας χαρακτηρίζεται το σύνολο των διαδικασιών που είναι απαραίτητες για να πιστοποιήσουν ότι ένα προϊόν ή μία υπηρεσία πληρούν ορισμένες προδιαγραφές (Mosialos, 1991). Κατ' αρχάς, οι απαιτήσεις και οι ανάγκες του προϊόντος ή της υπηρεσίας θα πρέπει να είναι πλήρως κατανοητές από τους εμπλεκόμενους που θα εφαρμόσουν ένα τέτοιο σύστημα. Ο τελικός στόχος της διασφάλισης ποιότητας είναι η αποφυγή του λάθους και η διατήρηση της ποιότητας σε όλα τα βήματα παραγωγής και διάθεσης του προϊόντος ή της υπηρεσίας.

Σύμφωνα με τον Black (1990), το μοντέλο διασφάλισης της ποιότητας είναι κυκλικό. Αρχικά καθορίζονται τα κριτήρια και θέτονται οι δείκτες ποιότητας. Έπειτα, πραγματοποιείται αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών ώστε να διευκρινιστεί η ύπαρξη ή μη αιτιών που μειώνουν το επίπεδο της ποιότητας αυτών. Τέλος, εφαρμόζονται τροποποιήσεις, οι οποίες έχουν ως στόχο τη βελτίωση της ποιότητας.

Για την αποδοτικότερη εξυπηρέτηση των φορέων που επιδιώκουν τη διασφάλιση της ποιότητας και την ύπαρξη μιας κοινής γλώσσας σε παγκόσμιο επίπεδο, αναπτύχθηκαν διεθνή πρότυπα προϊόντων και υπηρεσιών. Μερικά από αυτά τα πρότυπα, τα οποία έχουν αναπτυχθεί από το Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (International Standardization Organization), είναι η σειρά ISO 9000 (-1-2-3-4), η σειρά EN 2900 (-1-2-3-4) για την Ευρώπη και η σειρά ANSI για τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.

3. Η ποιότητα στον χώρο του χειρουργείου

Ο χώρος του χειρουργείου θεωρείται περιοχή υψηλού κινδύνου και γι' αυτό οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να γνωρίζουν τις πιθανότητες να προκαλέσουν κάποια βλάβη στον ασθενή. Το χειρουργείο θεωρείται το πιο απαιτητικό τμήμα του νοσοκομείου, τόσο εξαιτίας της ραγδαίας εξέλιξης της τεχνολογίας, που έχει ως αποτέλεσμα τις συνεχείς αλλαγές στον τρόπο που πραγματοποιούνται οι επεμβάσεις, όσο και του υψηλού επιπέδου εκπαίδευσης και κατάρτισης του προσωπικού που το στελεχώνει. Κύριος στόχος του υγειονομικού προσωπικού είναι να παρέχει ποιοτική φροντίδα και υποστήριξη στον χειρουργικό ασθενή, βασισμένη σε διεθνή πρότυπα υγιεινής και ασφάλειας (Woodhead et al., 2007).

Όπως έχει αναφερθεί παραπάνω, στο κεφάλαιο 2.1, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σχετίζεται με την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας και την κάλυψη των αναγκών και των προσδοκιών των ασθενών (Gabel et al., 2001). Στο περιβάλλον του χειρουργείου, αυτό μεταφράζεται με τη λήψη σωστών αποφάσεων αναφορικά με τη διεκπεραίωση της επέμβασης, τον περιορισμό των επιπλοκών, την ασφάλεια του ασθενή, τον χρόνο εκτέλεσης της επέμβασης, την άρτια κατάρτιση και επιδεξιότητα των συμμετεχόντων, αλλά και το αίσθημα εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενή και υγειονομικού προσωπικού (Canales & Macario, 2001).

Το 1999, η ανακοίνωση του Ινστιτούτου Υγείας και Ιατρικής ότι τα λάθη είναι ανθρώπινα (to err is human), προκάλεσε ανησυχία, με αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας πρωτοβουλίας σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών και την καταγραφή πιθανών λαθών, τα οποία θα μπορούσαν να αποφευχθούν. Όπως προκύπτει από τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το ποσοστό των ανεπιθύμητων επιπλοκών στους ασθενείς, εντός νοσοκομείου, αγγίζει το 4-16%, ενώ περισσότερο από το μισό αυτού αφορά τον χειρουργικό τομέα (WHO, Safety Surgery Saves Lives, 2007). Σύμφωνα με τα παραπάνω, τα χειρουργικά λάθη κατατάσσονται στη δεύτερη θέση ως αιτία θανάτου παγκοσμίως, ακολουθώντας τα σφάλματα που σχετίζονται με τα λάθη στην χορήγηση φαρμάκων (Egan & Sandberg, 2007).

Γι' αυτό το λόγο, ένας από τους βασικότερους στόχους του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας είναι η ενίσχυση της ποιότητας των παρεχόμενων περιεγχειρητικών υπηρεσιών. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την εφαρμογή του μοντέλου διασφάλισης της ποιότητας του Donabedian, που στηρίζεται στο τρίπτυχο «δομή, διαδικασία, αποτέλεσμα» (Πετράκη, 2008).

Ως προς τη δομή, αξιολογούνται οι κτιριακές εγκαταστάσεις, η διαθεσιμότητα σε υλικοτεχνική υποδομή, η επάρκεια σε ανθρώπινο δυναμικό (McLaughlin, 2012; Macario, 2006) και η οργάνωση σε διοικητικό επίπεδο. Στη συνέχεια, το κομμάτι της διαδικασίας αφορά την εφαρμογή κανονισμών λειτουργίας χειρουργείων (Δούσης, 2004), την ύπαρξη πληροφοριακού συστήματος διαχείρισης χειρουργείων (Minear & Sutherland, 2003), την ύπαρξη σχεδίου εκτάκτου ανάγκης σε περίπτωση διακοπής ρεύματος, φωτιάς ή άλλων ατυχημάτων (Beye, 2007), τον έλεγχο ταυτοποίησης του ασθενή και την εξακρίβωση των στοιχείων σχετικά με την επέμβαση (Haynes et al., 2009; ΣΥΔΝΟΧ, 2009; OECD, Indicators for Patient Safety, 2007), την τήρηση του χρονοδιαγράμματος (Wright et al., 2010; Macario, 2006) και την καταγραφή του ποσοστού λοιμώξεων (Griffiths-Turner & Stevenson, 2005). Τέλος, σχετικά με το αποτέλεσμα, λαμβάνονται υπόψη η έκβαση του χειρουργείου (Haynes et al., 2009; OECD, Indicators for Patient Safety, 2007), η εμφάνιση ή όχι πιθανών επιπλοκών (Λιαχοπούλου, 2011) και ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενή (Leinonen et al., 2001).

Το 2008, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προχώρησε στη δημιουργία του προγράμματος «Η Ασφαλής Χειρουργική Σώζει Ζωές» (WHO, Safety Surgery Saves Lives, 2007). Από την αρχή, το πρόγραμμα εφαρμόστηκε σε τουλάχιστον 180 νοσοκομεία που αντιπροσώπευαν περισσότερες από 100 χώρες, με σκοπό να γίνουν τροποποιήσεις στη ροή των χειρουργικών επεμβάσεων και να εφαρμοστούν καινοτόμες παρεμβάσεις σε κάθε φάση της επέμβασης, για την αντιμετώπιση σημαντικών ζητημάτων ασφάλειας κατά την χειρουργική φροντίδα.

Όσον αφορά το προεγχειρητικό μέρος, απαραίτητη είναι η γραπτή συγκατάθεση του ασθενή, η αναγκαία και όχι άσκοπη χορήγηση αντιβιοτικών, η επιβεβαίωση της περιοχής που πρόκειται να χειρουργηθεί, το είδος της επέμβασης και ο τυποποιημένος έλεγχος του αποστειρωμένου υλικού. Η ευθύνη

της σωστής χειρουργικής επέμβασης ανήκει στον χειρουργό, ο οποίος οφείλει να ενημερώσει το προσωπικό για το είδος της εγχείρησης που πρόκειται να γίνει. Επιπλέον, η επέμβαση πρέπει να αναγράφεται στο πρόγραμμα του χειρουργείου καθώς και στον ειδικό πίνακα που βρίσκεται στην αίθουσα (Πασκαλής, 2013). Το σημείο της χειρουργικής τομής αναγράφεται από τον χειρουργό στο ιστορικό και από τον υπεύθυνο νοσηλεύτη στο προεγχειρητικό πλάνο ελέγχου.

Κατά τη διάρκεια της επέμβασης, είναι αναγκαία η παρακολούθηση του μόνιτορ για την αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενή, η ασφαλής αναισθησία και χειρουργική πράξη καθώς και η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ όλων των κλινικών ειδικοτήτων. Τέλος, κατά τη μετεγχειρητική φάση, η σωστή περιποίηση των χειρουργικών τομών, η συνεχής παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του ασθενή και η καταγραφή των επιπλοκών αποτελούν ορισμένες από τις σημαντικότερες παρεμβάσεις ποιότητας που εφαρμόζονται στον χώρο του χειρουργείου.

Σε όλα τα παραπάνω έρχεται να προστεθεί και ο παράγοντας ασθενής, τον οποίο χαρακτηρίζει το προεγχειρητικό άγχος, η αμηχανία καθώς βρίσκεται γυμνός, φορώντας μόνο το πλαστικό βραχιόλι ταυτότητας, μπροστά σε αγνώστους και η απορία σχετικά με τα οφέλη και τους κινδύνους της εγχείρησης.

Η εφαρμογή των προαναφερθέντων παρεμβάσεων ποιότητας στον χώρο του χειρουργείου, συμβάλλει στη δημιουργία μιας νέας κουλτούρας ασφάλειας με αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση των λαθών, την αύξηση του βαθμού ικανοποίησης τόσο των ασθενών όσο και του προσωπικού, καθώς και την όλο και πιο αποτελεσματική - ποιοτική παροχή χειρουργικών υπηρεσιών. Έτσι, μετά από συζητήσεις με χειρουργούς, αναισθησιολόγους, νοσηλευτές, ειδικούς στην ασφάλεια των ασθενών αλλά και ασθενείς από όλο τον κόσμο το πρόγραμμα «Η Ασφαλής Χειρουργική Σώζει Ζωές» οδήγησε στη δημιουργία της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τη ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις (βλ. Παράρτημα Εικόνα 1.) που καλύπτει το χρονικό διάστημα πριν, κατά και μετά την επέμβαση.

3.1. Ασφάλεια χειρουργικού ασθενή

Ένας από τους κύριους παράγοντες που αφορούν τη διαπίστευση του νοσοκομείου έχει να κάνει με την ασφάλεια των ασθενών. Αυτός ο τομέας περιλαμβάνει πολλά και διάφορα θέματα, όπως είναι η πρόληψη και αντιμετώπιση των κατακλίσεων, η ασφαλής χορήγηση αίματος, η πρόληψη των λοιμώξεων, η μείωση κινδύνου από πτώση ασθενή, η ενεργός συμμετοχή του ασθενή κατά τη νοσηλεία του, η ασφαλής χορήγηση των φαρμάκων, η ασφάλεια του ασθενή στο χειρουργείο και άλλα. Η προσπάθεια προαγωγής της ασφάλειας των ασθενών αποτελεί σημαντική προτεραιότητα για πολλά συστήματα υγείας. Ωστόσο, συχνά δημοσιεύονται αναφορές σχετικά με την πρόκληση σφαλμάτων και ανεπιθύμητων συμβαμάτων στον χώρο της υγείας, οι οποίες έχουν ιδιαίτερα μεγάλο αντίκτυπο όταν αφορούν την παροχή χειρουργικής φροντίδας.

Με τον όρο ασφάλεια των ασθενών εννοούμε την προστασία των ασθενών από πρόσθετα προβλήματα ή ενδεχόμενες βλάβες που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη. Γι' αυτό το λόγο και αποτελεί σημαντική παράμετρο στην παροχή ποιοτικής φροντίδας. Οι βασικοί παράγοντες της ποιότητας στο νοσοκομειακό χώρο σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών, το περιβάλλον φροντίδας, τη διαχείριση των κινδύνων και των λαθών (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012; Ραφτόπουλος, 2007 & 2009). Στις αναπτυγμένες χώρες ένας στους δέκα ασθενείς εμφανίζει επιπλοκές κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του σε νοσοκομειακό χώρο, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες το ποσοστό του κινδύνου αυξάνεται κατά είκοσι φορές. Σύμφωνα με τη διαδικτυακή σελίδα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, υπολογίζεται ότι το 8-12% των νοσηλευόμενων ασθενών στην Ευρώπη είναι θύματα ανεπιθύμητων συμβαμάτων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους και οφείλονται σε λοιμώξεις, ελαττωματικές ιατρικές συσκευές, χειρουργικά και διαγνωστικά σφάλματα και άλλα. Τέτοιου είδους λάθη συνήθως οφείλονται στη μη τήρηση διαδικασιών - πρωτοκόλλων, στο λανθασμένο τρόπο λήψης αποφάσεων, στην περιορισμένη διαθεσιμότητα πόρων και στην ελλιπή εκπαίδευση του προσωπικού.

Επίσης, η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού σε συνδυασμό με το επίπεδο εκπαίδευσης αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες που ευθύνονται για το

ποσοστό ασφάλειας και θνησιμότητας των ασθενών στα νοσοκομεία. Επομένως, μπορούμε να πούμε πως οι νοσηλευτές είναι εκείνοι που έχουν το μεγαλύτερο μερίδιο ευθύνης για την πρόληψη των ανεπιθύμητων επιπλοκών των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, καλό είναι να υπάρχουν εγχειρίδια καθοδήγησης τα οποία θα πρέπει να εφαρμόζουν οι προϊστάμενοι των τμημάτων για θέματα ασφάλειας και βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ο όγκος των χειρουργικών επεμβάσεων αυξάνεται συνεχώς. Σε παγκόσμιο επίπεδο, πραγματοποιούνται περισσότερες από 235 εκατομμύρια χειρουργικές επεμβάσεις ετησίως (Weiser et al., 2011, 2008; WHO, 2008). Από αυτές, υπολογίζεται ότι προκύπτουν περίπου επτά εκατομμύρια τραυματισμοί και ένα εκατομμύριο θάνατοι (Ikonen & Pauniahho, 2010). Αυτό το εξαιρετικά υψηλό ποσοστό σφαλμάτων παραμένει παρά την αυξημένη έμφαση στην ασφάλεια των ασθενών (Landrigan et al., 2010). Οι χειρουργικές τεχνικές, οι παρεμβάσεις στην αναισθησία και τα συστήματα περίθαλψης έχουν βελτιωθεί με την πάροδο του χρόνου. Ταυτόχρονα, οι ασθενείς επωφελήθηκαν από την χρήση λιγότερο επεμβατικών τεχνικών και την συνεχώς αυξανόμενη διαθεσιμότητα σύνθετων επεμβάσεων (Pronovost & Freischlag, 2010).

Πρωταρχικός στόχος για την ασφάλεια των ασθενών στο χειρουργείο είναι η εξακρίβωση των σωστών στοιχείων τους. Ο έλεγχος της ταυτοποίησης του ασθενή πραγματοποιείται από τη μεταφορά του ασθενή από τον όροφο που βρίσκεται μέχρι και την είσοδο του στην αίθουσα του χειρουργείου. Η μεταφορά του ασθενή στην χειρουργική αίθουσα παίζει σημαντικό ρόλο όσον αφορά την ασφάλεια του. Ο ασθενής εισέρχεται στην αίθουσα με φορείο το οποίο πρέπει να ευθυγραμμίζεται και να είναι στο ίδιο ύψος με το χειρουργικό τραπέζι, ενώ τα φρένα είναι κλειστά. Το προσωπικό του χειρουργείου καλείται να γνωρίζει τους ασφαλείς τρόπους μεταφοράς του ασθενή, η οποία περιλαμβάνει τρία βήματα:

1. Τοποθέτηση συσκευής κάτω από τον ασθενή ενώ αυτός περιστρέφεται προς τη μία πλευρά.
2. Ο ασθενής στρέφεται σε ύπτια θέση για να μεταφερθεί στο χειρουργικό τραπέζι.

3. Ο ασθενής στρέφεται προς την άλλη πλευρά για να αφαιρεθεί η συσκευή (Woodhead, 2007).

Η χειρουργική τοποθέτηση του ασθενή είναι αρκετά σημαντική καθώς ο τρόπος που τοποθετείται πρέπει να είναι ανάλογος της χειρουργικής επέμβασης στην οποία θα υποβληθεί. Για την επιτευχθεί αυτό, χρειάζεται επαρκής αριθμός εκπαιδευμένου προσωπικού ως προς την τοποθέτηση των ασθενών. Οι θέσεις που χρησιμοποιούνται περισσότερο είναι η ύπτια, η trendelenburg, η αντίστροφη trendelenburg, η θέση λιθοτομίας, η πλάγια και η πρηνής.

Το μεγαλύτερο μέρος της προσοχής της χειρουργικής ομάδας πρέπει να στρέφεται στην καταμέτρηση και στον έλεγχο των εργαλείων. Ο έλεγχος αυτός περιλαμβάνει τρία στάδια, κατά την προετοιμασία του τροχήλατου, κατά την έναρξη σύγκλεισης του πρώτου στρώματος της κοιλότητας και τέλος κατά την έναρξη σύγκλεισης του δέρματος. Ο έλεγχος πραγματοποιείται από τον εργαλειοδότη και το νοσηλευτή κίνησης και σκοπός τους είναι η αποφυγή της παραμονής ξένων σωμάτων μέσα στον ασθενή.

Το χειρουργικό περιβάλλον αποτελεί ένα από τα συνηθέστερα πεδία που εκδηλώνονται τα ιατρικά λάθη (Rogers et al., 2006; Gawande et al., 2003). Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, πραγματοποιούνται ετησίως 45 εκατομμύρια ενδοноσοκομειακές χειρουργικές επεμβάσεις (CDC, 2011). Προβλέπεται ότι ο μέσος Αμερικανός θα υποβληθεί σε εννέα χειρουργικές επεμβάσεις κατά τη διάρκεια της ζωής του, έξι από τις οποίες θα πραγματοποιηθούν στο χειρουργείο (Lee, Regenbogen, & Gawande, 2008). Τα μισά έως τα δύο τρίτα όλων των λαθών αποδίδονται στην χειρουργική φροντίδα, με έναν στους δέκα χειρουργικούς ασθενείς να πεθαίνουν από μια μετεγχειρητική επιπλοκή, η οποία μπορούσε να αποφευχθεί (Reed & May, 2011; Gawande et al., 2003; Leape et al., 1991). Αν και δε μπορούν να αποφευχθούν όλοι οι μετεγχειρητικοί θάνατοι, οι ασθενείς που εμφανίζουν μία ανεπιθύμητη επιπλοκή είναι δώδεκα φορές πιο πιθανό να πεθάνουν μετεγχειρητικά, σε σχέση με αυτούς που δεν παρουσίασαν το ανεπιθύμητο περιστατικό (Fecho et al., 2008).

Σχεδόν το 20% των χειρουργικών ασθενών δεν λαμβάνουν κατάλληλη αντιβιοτική προφύλαξη, ενώ πάνω από το 5% όλων των χειρουργικών ασθενών εμφανίζουν μια λοίμωξη ουροποιητικού συστήματος σχετιζόμενη με τον καθετήρα

(Agency for Healthcare Research and Quality, 2011). Το ποσοστό εκδήλωσης της μετεγχειρητικής σήψης, που σχετίζεται άμεσα με την ακατάλληλη χρήση των προεγχειρητικών αντιβιοτικών, δεν έχει αλλάξει από το 2008 (Agency for Healthcare Research and Quality, 2015).

Επίσης, το χειρουργικό περιβάλλον συμβάλλει στην εκδήλωση ανεπιθύμητων επιπλοκών. Πρώτον, ο ασθενής είναι συχνά υπό αναισθησία, καθιστώντας τον ανίκανο να συμμετέχει στη δική του φροντίδα κατά τη διάρκεια της επέμβασης, γεγονός που αυξάνει την ευθύνη της χειρουργικής ομάδας για την προστασία του ασθενή από πιθανά ατυχήματα. Δεύτερον, το χειρουργικό περιβάλλον είναι επιρρεπές στην ανάπτυξη μη ασφαλών πρακτικών επειδή είναι ένα περιβάλλον υψηλής πίεσης που επικεντρώνεται στην παραγωγικότητα (Espin et al., 2006). Ακόμα, οι πολλαπλές και ταυτόχρονες απαιτήσεις σε επίπεδο χρόνου και προσοχής των μελών της ομάδας μειώνουν την εστίαση σε ένα μόνο έργο, το οποίο συμβάλλει περαιτέρω στην πιθανότητα ύπαρξης σφάλματος (Espin et al., 2006). Επιπλέον, αυτά τα μοναδικά χαρακτηριστικά του χειρουργικού περιβάλλοντος ενθαρρύνουν τα μέλη της ομάδας να αναπτύξουν επίφοβους εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης, σε μία προσπάθεια να διαχειριστούν τις πολλαπλές απαιτήσεις της εργασίας. Τέλος, οι επιτυχείς χειρουργικές διαδικασίες απαιτούν συντονισμένη προσπάθεια μεταξύ νοσηλευτών, τεχνολόγων χειρουργείου, χειρουργών, αναισθησιολόγων, ακτινολόγων, παθολόγων, προσωπικού αποστείρωσης και εργαστηρίων. Με τόσα διαφορετικά άτομα που εμπλέκονται στη φροντίδα των ασθενών, οι αστοχίες στην επικοινωνία είναι συχνές (Lingard et al., 2004).

3.2. Ανεπιθύμητες ενέργειες και επιπλοκές

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες, που μπορούν να προληφθούν, είναι η κύρια αιτία θανάτου και τραυματισμού στον τομέα της υγείας, με εκτιμώμενο αριθμό 44.000 έως 98.000 ιατρικών σφαλμάτων που καταλήγουν σε θάνατο σε 33.6 εκατομμύρια εισαγωγές σε νοσοκομεία των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (Kohn et al., 2000). Αυτά τα αποτελέσματα έχουν προκαλέσει μεγάλη ανησυχία και ευαισθητοποίηση για την ανάγκη βελτίωσης της ασφάλειας των ασθενών στη σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη (de Vries et al., 2008; Brennan et al., 1991).

Στους νοσοκομειακούς ασθενείς, ως ανεπιθύμητη επιπλοκή ορίζεται ο τραυματισμός του ασθενή που προκαλείται από την ιατρική αντιμετώπιση και όχι από την υποκείμενη ασθένεια με αποτέλεσμα την εκδήλωση αναπηρίας, την παρατεταμένη νοσηλεία ή ακόμα και το θάνατο (Cigularov et al., 2010; Lingard et al., 2008). Ως επιπλοκή χαρακτηρίζεται το ανεπιθύμητο αποτέλεσμα μιας παρέμβασης. Σε ορισμένες περιπτώσεις οι επιπλοκές είναι αναπόφευκτες λόγω των υποκείμενων ιατρικών καταστάσεων (Sexton et al., 2006). Οι επιπλοκές μπορεί να είναι προϊόντα ανεπιθύμητων συμβάντων, που προκαλούνται από φάρμακα, λοιμώξεις του τραύματος και τεχνικές επιπλοκές που σχετίζονται με αμέλεια, διαγνωστικές αστοχίες και σφάλματα διαχείρισης.

Μία συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση των ανεπιθύμητων ενεργειών σε νοσοκομείο, η οποία περιελάμβανε οκτώ μελέτες και συνολικά 74.485 φακέλους ασθενών, ανέφερε ότι σχεδόν ένας στους δέκα ασθενείς παρουσίασε τουλάχιστον ένα ανεπιθύμητο συμβάν, με την πλειονότητα των περιπτώσεων να συμβαίνουν στον χώρο του χειρουργείου (de Vries et al., 2008). Σύμφωνα με ορισμένα συγκεκριμένα παραδείγματα, στο Κολοράντο και την Γιούτα, ΗΠΑ, ιατρογενείς βλάβες εκτιμήθηκαν ότι εμφανίστηκαν σε 2.9% και 3.7% των ασθενών για ιατρικές και χειρουργικές εισαγωγές σε νοσοκομεία, αντίστοιχα. Τα στοιχεία που προέκυψαν από αυτή τη μελέτη, έδειξαν ότι το 48% των συμβαμάτων σχετιζόταν με την χειρουργική επέμβαση και από αυτά το 48% έως 58% θεωρήθηκε ότι μπορούσε να αποφευχθεί (Thomas et al., 1999; Brennan et al., 1991; Leape et al., 1991). Σε μία канаδική μελέτη, οι ανεπιθύμητες επιπλοκές εντοπίστηκαν στο 7.5% όλων των ιατρικών και χειρουργικών εισαγωγών σε νοσοκομείο και από αυτές το 36.9% κρίθηκε ότι μπορούσε να προληφθεί (Baker et al., 2004).

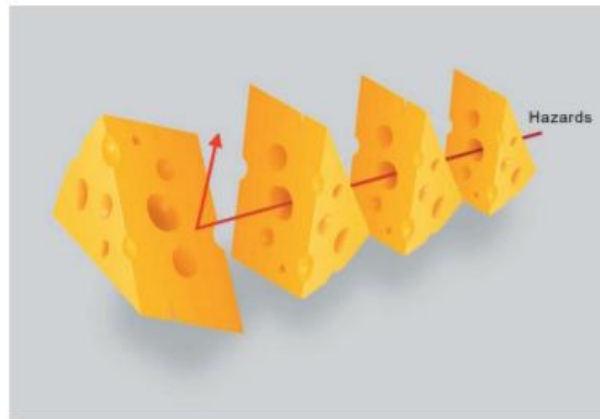
Στην Αυστραλία, την Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, οι επιπλοκές και οι ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με την αναισθησία και προκάλεσαν μόνιμη ζημιά υπολογίζεται ότι είναι 1 ανά 170-500 ασθενείς, με συνολικό κίνδυνο θνησιμότητας μικρότερο από 1 στους 100.000 ασθενείς (Mellin - Olsen et al., 2010). Παρόλο που οι θάνατοι που προκαλούνται από την αναισθησία είναι σπάνιοι, αρκετές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι τα μικρής σημασίας περιεγχειρητικά περιστατικά που οφείλονται στην αναισθησία είναι όλο και πιο συχνά (Fasting & Gisvold, 2003; Bothner et al., 2000).

Η ποιότητα της περίθαλψης και η πρόληψη των ανεπιθύμητων επιπλοκών είναι υψίστης σημασίας για την υγειονομική περίθαλψη και αποτελούν ζητήματα παγκόσμιας ανησυχίας εδώ και δεκαετίες. Οι προσπάθειες πρόληψης της ασφάλειας αποτελούν αναπόσπαστο μέρος των κατευθυντήριων γραμμών που αναπτύσσονται από τις ανασκοπήσεις καλά σχεδιασμένων επιστημονικών μελετών και, σε κάποιο βαθμό, από την ισχυρή θεωρητική λογική, ελλείπει επιστημονικών στοιχείων. Συνοψίζοντας τα σημαντικότερα νοσοκομειακά δεδομένα των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής σχετικά με τις λοιμώξεις, τα Κέντρα Ελέγχου Νόσων (CDC) διαμόρφωσαν την «Κατευθυντήρια Γραμμή για την Πρόληψη Λοιμώξεων του Χειρουργικού Πεδίου, 1999» (Mangram et al., 1999).

Στην πρακτική της χειρουργικής αναισθησίας, η ποιότητα και η ασφάλεια αποτελούν επίσης σημαντικό ζήτημα εδώ και δεκαετίες (Whitaker et al., 2011; Gisvold & Fasting, 2011; Gisvold et al., 2002). Η Διακήρυξη του Ελσίνκι για την Ασφάλεια των Ασθενών στην Αναισθησιολογία αναπτύχθηκε από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναισθησιολόγων και την Ευρωπαϊκή Αναισθησιολογική Εταιρεία για τη στήριξη της βελτίωσης της ασφάλειας και της ποιότητας της περίθαλψης των ασθενών, εγκρίνοντας τη χρήση της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Mellin - Olsen et al., 2010).

3.3. Λίστες ελέγχου στις χειρουργικές επεμβάσεις

Η χρήση των Λιστών Ελέγχου έχει καθιερωθεί ως «στρατηγικό σχέδιο» για την καταπολέμηση των ιατρικών σφαλμάτων στην υγειονομική περίθαλψη. Οι Λίστες Ελέγχου χρησιμοποιούνται για την καταμέτρηση και επάρκεια του εξοπλισμού (Weerakkody et al., 2013), τη βελτίωση της χειρουργικής ασφάλειας (de Vries et al., 2010; Haynes et al., 2009), την ενημέρωση των δεδομένων πριν και μετά την χειρουργική επέμβαση (Lingard et al., 2011; DeFontes & Surbida, 2004), την ασφαλή, βάσει πρωτοκόλλων, παραμονή του ασθενή στο χειρουργείο (Safeek, 2010). Σε συστήματα υψηλής αξιοπιστίας, οι Λίστες Ελέγχου χρησιμοποιούνται για να παγιώσουν ένα σφάλμα προτού οδηγήσει σε αποτυχία (Helmreich et al., 1999). Αυτό παρουσιάζεται στο παρακάτω σχήμα, στο «Μοντέλο Ελβετικού Τυριού».



Εικόνα 3.1. Το «Μοντέλο Ελβετικού Τυριού» με τους αποτελεσματικούς μηχανισμούς πρόληψης σφάλματος.

Για παράδειγμα, σε 108 μονάδες εντατικής θεραπείας νοσοκομείων του Michigan, έχουν εφαρμοστεί διάφορες παρεμβάσεις για τη μείωση των λοιμώξεων που σχετίζονται με το φλεβικό καθετήρα, συμπεριλαμβανομένων μιας Λίστας Ελέγχου για τη βελτίωση της επικοινωνίας, μιας προληπτικής παρέμβασης σχετιζόμενη με την πνευμονία και της εφαρμογής ενός προγράμματος για την ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών. Η μελέτη διήρκεσε για διάστημα 18 μηνών και διαπίστωσε σημαντική μείωση των λοιμώξεων ανά 1000 «ημέρες καθετήρα» από 2.7 (0.6 έως 4.8) σε 0 ($P \leq 0,002$) (Pronovost et al., 2006).

Τον Αύγουστο το 1998, η Κοινή Επιτροπή (JC), ένας ανεξάρτητος οργανισμός διαπίστευσης και πιστοποίησης οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, ασχολήθηκε με θέματα χειρουργικής ασφάλειας όπως η εκτέλεση λανθασμένων χειρουργικών επεμβάσεων, η εγχείρηση λάθος σημείου ή ακόμα και ασθενή. Το 2004, για να αποτρέψει και να μετριάσει τέτοια δυσάρεστα περιστατικά, η Κοινή Επιτροπή εξέδωσε μία ανακοίνωση που συνιστά στις χειρουργικές ομάδες να χρησιμοποιούν μία προεγχειρητική διαδικασία επαλήθευσης των στοιχείων. Αυτή η διαδικασία περιελάμβανε τη σήμανση της επιφάνειας του δέρματος του σημείου που επρόκειτο να χειρουργηθεί και την χρήση ενός πρωτοκόλλου «Time Out»¹ για την επαλήθευση του σωστού ασθενή, του σημείου τομής και της χειρουργικής επέμβασης (JC, 2001). Ομοίως, το Βασιλικό Κολλέγιο Χειρουργών της Αγγλίας (RCS) αναγνώρισε το 2007 ότι οι

¹ Ως «TIME OUT» ορίζεται το χρονικό σημείο που μεσολαβεί πριν αρχίσει η χειρουργική επέμβαση και κατά τη διάρκεια του οποίου όλοι οι εμπλεκόμενοι στο χειρουργείο σταματούν για λίγες στιγμές και ελέγχουν ξανά αυτό που πρόκειται να κάνουν (ΣΥΔΝΟΧ, 2009).

χειρουργοί είναι υποχρεωμένοι να χρησιμοποιούν έντυπα αναφοράς ενημερώσεων για να εξασφαλίζεται το αίσθημα της ασφάλειας στην ομάδα του χειρουργείου (Giddings & Williamson, 2007).

Σε μία παγκόσμια εκδήλωση το 2008, η Παγκόσμια Συμμαχία για την Ασφάλεια των Ασθενών, εισήγαγε τη Λίστα Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας (Surgical Safety Checklist) (WHO, 2008). Από τον Οκτώβριο του 2007 έως το Σεπτέμβριο του 2008, η Λίστα Ελέγχου εφαρμόστηκε επιτυχώς σε οκτώ νοσοκομεία σε οκτώ χώρες (WHO, 2009). Για μη καρδιολογικές επεμβάσεις, 3733 και 3955 ασθενείς συμμετείχαν διαδοχικά, αντίστοιχα, πριν και μετά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου για την Ασφάλεια στις Χειρουργικές Επεμβάσεις (SSC). Οι επιπλοκές μειώθηκαν από 11% σε 7% μετά την εφαρμογή της Λίστας ($P < 0,001$) και το ποσοστό θανάτων μειώθηκε από 1.5% σε 0.8% ($P = 0.003$) (Haynes et al., 2009). Αυτή η δημοσίευση αποτελεί ένα σημαντικό έγγραφο στη βιβλιογραφία αναφορικά με τις Λίστες Ελέγχου στις χειρουργικές επεμβάσεις.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας σχετικά με τις Λίστες Ελέγχου Ασφάλειας στις Χειρουργικές Επεμβάσεις είναι το ολοκληρωμένο Σύστημα Ελέγχου Ασφάλειας των Χειρουργικών Ασθενών (SURPASS), που αναπτύχθηκε στην Ολλανδία την ίδια περίοδο με τη Λίστα Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Η διεπιστημονική SURPASS είναι ένας τύπος λίστας ελέγχου που συμπληρώνεται από διάφορους επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια κάθε φάσης της χειρουργικής εμπειρίας του ασθενή στο νοσοκομείο (de Vries et al., 2009). Αυτό το σύστημα Λίστας Ελέγχου αναπτύχθηκε ύστερα από μια εξαντλητική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τα χειρουργικά λάθη και τις ανεπιθύμητες επιπλοκές. Έγινε δομική σε 171 χειρουργικές επεμβάσεις υψηλού κινδύνου, στις οποίες παρατηρήθηκαν 593 παρεκκλίσεις, από τις οποίες το 96% αντιστοιχούσε σε ένα στοιχείο της Λίστας Ελέγχου. Σε μια άλλη μελέτη που συνέκρινε 3.760 ασθενείς πριν και 3.820 ασθενείς μετά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου SURPASS, το ποσοστό των ασθενών με μία ή περισσότερες επιπλοκές μειώθηκε από 15.4% σε 10.6% ($P < 0.001$) και η ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα μειώθηκε από 1.5% σε 0.8%, αντίστοιχα (de Vries et al., 2010).

Τόσο η Λίστα Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας όσο και το Σύστημα Ελέγχου Ασφάλειας των Χειρουργικών Ασθενών του Παγκόσμιου Οργανισμού

Υγείας, καλύπτουν γενικά θέματα όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών στην χειρουργική επέμβαση. Γι' αυτό το λόγο, ορισμένες χειρουργικές ειδικότητες έχουν αναπτύξει πιο συγκεκριμένες Λίστας Ελέγχου, ώστε να ταιριάζουν καλύτερα στο χειρουργικό τους περιβάλλον. Για παράδειγμα, η κλινική Mayo στην Αριζόνα των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, κατασκεύασε μία ενδοεγχειρητική νευροχειρουργική Λίστα Ελέγχου και την χρησιμοποίησε για πάνω από οκτώ χρόνια. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, το ποσοστό συμμόρφωσης ήταν 99.5%, χωρίς περιστατικά λάθους ασθενή, εγχείρησης λανθασμένου σημείου ή λανθασμένης χειρουργικής επέμβασης (Lyons, 2010).

Μία άλλη Λίστα Ελέγχου δοκιμάστηκε για την ανίχνευση και αποκατάσταση διαδικαστικών σφαλμάτων σε χειρουργικές επεμβάσεις που αφορούσαν κινητικές διαταραχές (Connolly et al., 2009). Στον τομέα της αγγειακής χειρουργικής, μία Λίστα Ελέγχου σχετικά με την επικοινωνία της προεγχειρητικής ομάδας, που χρησιμοποιήθηκε πριν την άφιξη του ασθενή στο χειρουργείο, δοκιμάστηκε σε 18 χειρουργικές επεμβάσεις. Αυτή η λίστα εξέτασε τις αντιλαμβανόμενες συζητήσεις αναφορικά με τις πληροφορίες της επέμβασης, την επιβεβαίωση των στοιχείων και την ερμηνεία των ανησυχιών (Lingard et al. 2005).

Η χρήση των Λιστών Ελέγχου του εξοπλισμού αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι των κατευθυντήριων οδηγιών στο κομμάτι της αναισθησίας (Kendall & Barthram, 1998). Το 2004, ο Σύνδεσμος Αναισθησιολόγων της Μεγάλης Βρετανίας και της Ιρλανδίας (AAGBI) δημοσίευσε κατευθυντήρια γραμμή για μεμονωμένο προεγχειρητικό έλεγχο αναισθητικού εξοπλισμού, η οποία ενημερώθηκε το 2012 (Hartle et al., 2012). Στη Νορβηγία, στις αναισθησιολογικές κλινικές πρακτικές καθιερώθηκε ο ηλεκτρονικός έλεγχος των μηχανημάτων αναισθησίας πριν την χρήση τους. Αυτό συνέβη στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Haukeland από το 1999. Από το 2008, σε ορισμένα χειρουργικά τμήματα του Haukeland αναπτύχθηκε και εφαρμόστηκε σε τοπικό επίπεδο μία προαναισθητική Λίστα Ελέγχου (Thomassen et al., 2010).

3.3.1. Λίστα ελέγχου χειρουργικής ασφάλειας

Η ανησυχία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ως προς την πορεία που έπρεπε να ακολουθηθεί για την αντιμετώπιση του υψηλού ποσοστού ανεπιθύμητων καταστάσεων στην υγειονομική περίθαλψη, είχε ως αποτέλεσμα την ίδρυση της Παγκόσμιας Συμμαχίας για την Ασφάλεια των Ασθενών το 2002 (WHO, 2013). Η διάσημη προτροπή που αποδίδεται στον Ιπποκράτη (470-360 π.Χ.) «πάνω απ' όλα να μη βλάπτουμε...», ήταν ο στόχος που προωθήθηκε από τη νέα Συμμαχία (WHO, 2013). Με αυτό το κίνητρο για την ασφάλεια των ασθενών, η Συμμαχία ξεκίνησε το Πρόγραμμα Παγκόσμιας Ασφάλειας των Ασθενών, η δεύτερη εκστρατεία του οποίου ονομάστηκε «Η Ασφαλής Χειρουργική Σώζει Ζωές». Το 2007, δημιουργήθηκε μία ομάδα ειδικών για την αξιολόγηση της ασφάλειας στους ακόλουθους χειρουργικούς τομείς: καθαρό και ασφαλές περιβάλλον, ασφαλής διαδικασία αναισθησίας, ασφαλείς χειρουργικές ομάδες και ολοκληρωμένη καταγραφή των στοιχείων (WHO, 2013).

Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν στο πρώτο Παγκόσμιο Πρόγραμμα Ασφάλειας των Ασθενών, «Η καθαρή φροντίδα είναι ασφαλέστερη φροντίδα», έδειξαν ότι οι νοσοκομειακές λοιμώξεις συνδέονταν σε μεγάλο βαθμό με τις Λοιμώξεις Χειρουργικής Θέσης (SSI) και προκλήθηκαν κυρίως από επεμβατικές συσκευές όπως οι κεντρικές γραμμές, οι καθετήρες ούρων και οι αναπνευστήρες. Μεταξύ των ενηλίκων ασθενών στις αναπτυγμένες χώρες, οι Λοιμώξεις Χειρουργικής Θέσης αναφέρθηκε ότι εμφανίστηκαν σε 1.2 έως 23.6 ανά 100 χειρουργικές επεμβάσεις και με συνολική επίπτωση σε 11.8 (Allegranzi et al., 2011). Σε μία πρόσφατα δημοσιευμένη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, διαπιστώθηκε ότι Λοιμώξεις Χειρουργικής Θέσης ήταν η κύρια αιτία των νοσοκομειακών λοιμώξεων, με αποτέλεσμα 5.6 λοιμώξεις ανά 100 χειρουργικές επεμβάσεις (Allegranzi et al., 2011).

Στις συζητήσεις τους για την τήρηση καθαρών χειρουργικών τεχνικών και αιθουσών καθώς και την πρόληψη των λοιμώξεων, η ομάδα των ειδικών συμφώνησε στην ανάπτυξη μιας Λίστας Ελέγχου σχετικά με τις Λοιμώξεις Χειρουργικών Θέσεων. Αυτή η Λίστα περιλαμβάνει την χρήση αντιμικροβιακής προφύλαξης, την χρήση άσηπτων τεχνικών, την απολύμανση του εξοπλισμού και

τον κατάλληλο χειρισμό των ιστών. Όσον αφορά την ασφαλή αναισθησία, η ομάδα των ειδικών συνέστησε την αναθεώρηση των προτύπων περίθαλψης που καθιερώθηκαν από τους Ευρωπαϊκούς Συνδέσμους Αναισθησιολόγων, καθώς και της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Αναισθησιολογικών Εταιρειών (WFSA). Η οξυμετρία προτάθηκε να συμπεριληφθεί ως πρότυπο περίθαλψης (WHO, 2007).

Το θέμα της ασφάλειας στην χειρουργική ομάδα αντιμετωπίστηκε με τη βελτίωση της ομαδικής εργασίας και επικοινωνίας. Η δυσκολία κατά την επικοινωνία στις χειρουργικές ομάδες αποτελεί μείζονα παράγοντα των ιατρικών ατυχημάτων και των ανεπιθύμητων επιπλοκών, όχι μόνο επειδή οι πληροφορίες μεταδίδονται αρκετές φορές ανεπαρκώς, αλλά και λόγω των ιεραρχικών διαφορών στον τρόπο επικοινωνίας (Sutcliffe et al., 2004). Η ανεπαρκής επικοινωνία σχετίζεται πολλές φορές με την κακή χρονική στιγμή, την ανακρίβεια των πληροφοριών και τα ανεπίλυτα θέματα που υπάρχουν μεταξύ του προσωπικού. Για την εξασφάλιση ασφαλών χειρουργικών ομάδων, η ομάδα των ειδικών πρότεινε μία Λίστα Ελέγχου που θα λειτουργούσε ως εργαλείο για τη διευκόλυνση της ομαδικής διαδικασίας, τη βελτίωση της επικοινωνίας και την ανάπτυξη κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών.

Την εποχή που συγκλήθηκε η ομάδα των ειδικών, οι μελέτες μέτρησης της ποιότητας των χειρουργικών επεμβάσεων σε όλο τον κόσμο ήταν σπάνιες και παρεμποδίστηκαν από τις δυσκολίες συλλογής δεδομένων και την έλλειψη των διαθέσιμων εργαλείων. Έτσι, προωθήθηκε ένα σύνολο προτάσεων για τη μέτρηση της νοσηρότητας, την θνησιμότητας, της χειρουργικής αποτελεσματικότητας και της κουλτούρας ασφάλειας (Weiser et al., 2009). Κατά τη διάρκεια της πρώτης συνεδρίασης της ομάδας των ειδικών στη Γενεύη, το 2007, διαμορφώθηκε η ιδέα ύπαρξης μίας κοινής Λίστας Ελέγχου για την προαγωγή ασφαλών χειρουργικών πρακτικών και την ομαδική εργασία σε παγκόσμιο επίπεδο. Υπό την καθοδήγηση του Dr. Atul Gawande, το πρόγραμμα «Η Ασφαλής Χειρουργική Σώζει Ζωές» παρουσιάστηκε το 2008 ώστε να προωθήσει την χρήση της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας παγκοσμίως (de Vries et al., 2009).

Η διαμόρφωση της Λίστας Ελέγχου για την Ασφάλεια στις Χειρουργικές Επεμβάσεις προήλθε από τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από τη βιβλιογραφία

και τις όσες μελέτες είχαν πραγματοποιηθεί μέχρι τότε και περιελάμβανε πέντε στάδια: «περιεχόμενο και μορφή, χρονοδιάγραμμα, δοκιμή και ανατροφοδότηση, επίσημο έλεγχο και αξιολόγηση, δυνατότητα τοπικής τροποποίησης» (Weiser et al., 2010).

Κατά τη διαδικασία διαμόρφωσης της Λίστας Ελέγχου τέθηκαν δέκα στόχοι. Όπως προκύπτει από την χρήση της, η χειρουργική ομάδα θα είναι σε θέση να:

1. Πραγματοποιεί χειρουργική επέμβαση στο σωστό ασθενή και στο σωστό σημείο.
2. Χρησιμοποιεί μεθόδους γνωστές για την πρόληψη βλάβης από την χορήγηση αναισθητικών, προστατεύοντας ταυτόχρονα τον ασθενή από τον πόνο.
3. Αναγνωρίζει και να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά την απειλητική για τη ζωή απώλεια αεραγωγού ή αναπνευστικής λειτουργίας.
4. Αναγνωρίζει και να αντιμετωπίσει τον κίνδυνο μεγάλης απώλειας αίματος.
5. Αποφεύγει την πρόκληση αλλεργικής ή ανεπιθύμητης αντίδρασης φαρμάκου για το οποίο είναι γνωστό ότι ο ασθενής διατρέχει σημαντικό κίνδυνο.
6. Χρησιμοποιεί σταθερές μεθόδους γνωστές για την ελαχιστοποίηση του κινδύνου λοιμώξεων χειρουργικής θέσης.
7. Αποτρέπει την παραμονή ενός ξένου σώματος – εργαλείου και γαζών στο χειρουργικό τραύμα.
8. Ασφαλίσει και να προσδιορίσει με ακρίβεια όλα τα χειρουργικά παρασκευάσματα.
9. Επικοινωνεί αποτελεσματικά και να ανταλλάσσει χρήσιμες πληροφορίες για την ασφαλή διεξαγωγή της επέμβασης.
10. Καθιερώνει τακτική παρακολούθηση ως προς την χειρουργική αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα.

Πηγή: WHO SSC Κατευθυντήριες οδηγίες 2009, σελίδα 10 (Gawande et al., 2009).

Η Λίστα Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας αποτελείται από 19 βήματα, τα οποία επαληθεύονται και ολοκληρώνονται σε τρία κρίσιμα στάδια της χειρουργικής επέμβασης: πριν από την εισαγωγή στην αναισθησία, πριν από την έναρξη της χειρουργικής επέμβασης και πριν ο ασθενής εγκαταλείψει τον χώρο του χειρουργείου (βλ. Παράρτημα Εικόνα 1.).

Σε καθεμία από τις φάσεις, ο συντονιστής της Λίστας θα πρέπει, να ελέγχει και να επιβεβαιώνει, ότι ολόκληρη η ομάδα έχει επιτελέσει τις προβλεπόμενες διαδικασίες, πριν προχωρήσει η επέμβαση στην επόμενη φάση. Όσο τα μέλη της χειρουργικής ομάδας εξοικειώνονται με τα σημεία των ελέγχων της Λίστας, μπορούν να ενσωματώσουν τους ελέγχους στον προσωπικό τους τρόπο εργασίας και να επιβεβαιώνουν προφορικά τη συμπλήρωση κάθε σημείου, χωρίς την παρεμβολή του συντονιστή της Λίστας. Κάθε ομάδα θα πρέπει να συμπεριλάβει την εφαρμογή της Λίστας στη δική της μέθοδο εργασίας, με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο και τη μικρότερη διαταραχή της ροής, της εργασίας, ενώ θα κάνει προσπάθεια για την καλύτερη δυνατή εφαρμογή των σημείων ελέγχου της Λίστας.

Οι λεπτομέρειες που αφορούν καθένα από τα πεδία στη φάση «Είσοδος στο Χειρουργείο» πριν από την εισαγωγή στην αναισθησία, είναι οι εξής:

1. Επιβεβαίωση της ταυτότητας.
2. Περιοχή που πρόκειται να χειρουργηθεί.
3. Είδος επέμβασης.
4. Συναίνεση ασθενή.

Κατά το διάστημα “Time Out”, κάθε μέλος της ομάδας συστήνεται αναφέροντας το όνομα και το ρόλο του στην περιεγχειρητική φροντίδα. Ακριβώς πριν την χειρουργική τομή στο δέρμα, τα μέλη της ομάδας επιβεβαιώνουν για μία ακόμη φορά τη σωστή επέμβαση και το σωστό ασθενή. Στη συνέχεια, επαναλαμβάνουν ο ένας μετά τον άλλο, τα σημαντικά σημεία του έργου του καθενός στην επέμβαση, χρησιμοποιώντας τους ελέγχους ασφαλείας της Λίστας Ελέγχου για οδηγό. Ακόμα, θα πρέπει να επιβεβαιώσουν ότι χορηγήθηκε προφυλακτική αγωγή στα προηγούμενα εξήντα λεπτά και ότι όλες οι απεικονιστικές εξετάσεις είναι αναρτημένες στα διαφανοσκόπια.

Όσον αφορά το διάστημα της «Εξόδου από το Χειρουργείο», όλη η ομάδα καλείται να συμφωνήσει για το είδος της επέμβασης που πραγματοποιήθηκε, την ολοκλήρωση της ορθής καταμέτρησης των γαζών, κομπρεσών και εργαλείων, καθώς και τη σήμανση όλων των χειρουργικών παρασκευασμάτων, που αφαιρέθηκαν κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Τέλος, η ομάδα θα συνοψίσει τα κύρια σημεία και τις οδηγίες, που σχετίζονται με την ανάνηψη και την

μετεγχειρητική αγωγή, μέχρι να μετακινηθεί ο ασθενής, έξω από τον χώρο του χειρουργείου.

Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Σκοπός

Ο γενικός σκοπός αυτής της ερευνητικής διπλωματικής εργασίας ήταν να διερευνηθεί η επίδραση της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ως προς την κουλτούρα ασφάλειας, τη νοσηρότητα και τη μετεγχειρητική πορεία των ασθενών σε Ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο. Παράλληλα, μελετήθηκε η συμβολή της Λίστας Ελέγχου στη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών, στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στην ενίσχυση της ασφάλειας του χειρουργικού ασθενή στην Ελλάδα. Ειδικότερα, η παρούσα μελέτη είχε τους ακόλουθους στόχους:

1. Να παρουσιάσει, να περιγράψει και να αναλύσει τη Λίστα Ελέγχου για την Ασφάλεια στις Χειρουργικές Επεμβάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.
2. Να διερευνήσει και να αξιολογήσει αν η εφαρμογή πρωτοκόλλων και η τήρηση κατευθυντήριων γραμμών συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στον χώρο του χειρουργείου.
3. Να συμβάλλει στη δημιουργία και συλλογή στοιχείων σχετικά με την αποτελεσματικότητα της Λίστας Ελέγχου, πριν – κατά – μετά, τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων.
4. Να συγκρίνει τα μετεγχειρητικά αποτελέσματα, πριν και μετά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στον χώρο του χειρουργείου.

2. Υλικό και μέθοδος

Πρόκειται για μία μη πειραματική συγχρονική μελέτη που αφορά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας την χρονική περίοδο πριν, κατά και μετά τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων σε δύο Ελληνικά δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα, για να διαπιστωθεί αν συμβάλλει στη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Οι συγχρονικές μελέτες χρησιμοποιούνται συχνά για την εκτίμηση των συνθηκών ασφάλειας των ασθενών σε ποικίλα περιβάλλοντα, συμπεριλαμβανομένου του χειρουργείου (Haynes et al., 2011; Wolf et al., 2010; Bognár et al., 2008; Sexton et al., 2006; Bleakley et al., 2006).

2.1 Ερευνητικός σχεδιασμός

Διεξήχθη μία συγχρονική μελέτη για να αξιολογηθούν και να συλλεχθούν δεδομένα αναφορικά με την τρέχουσα κατάσταση της ποιότητας των χειρουργικών επεμβάσεων σε Ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο, ενώ ταυτόχρονα συνέβαλε στην καταγραφή των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Η μελέτη σχεδιάστηκε για τη διερεύνηση των επιπτώσεων της εφαρμογής της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στη μείωση των χειρουργικών επιπλοκών μετά την ολοκλήρωση της επέμβασης. Ένας ακόμη στόχος της εργασίας ήταν να συμβάλει στη δημιουργία μελλοντικών ερευνητικών ερωτήσεων για την περαιτέρω διερεύνηση του συγκεκριμένου θέματος.

Αρχικά πραγματοποιήθηκε έρευνα της βιβλιογραφίας και της αρθρογραφίας με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή σε διάφορες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων με λέξεις κλειδιά surgical patient, postoperative complications, surgical safety checklist, world health organization safety, effectiveness, wrong site surgery, morbidity. Η τελευταία αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις 25 Μαΐου 2018. Επίσης, τέθηκε γλωσσικός περιορισμός στην επιλογή αρθρών δημοσιευμένων στα αγγλικά και στα ελληνικά. Μετά την αναζήτηση της βιβλιογραφίας για την ασφάλεια κατά τις χειρουργικές επεμβάσεις, τη συχνότητα εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών και τη βελτίωση της ποιότητας των

παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αξιολογήθηκε και μελετήθηκε το βασικό εργαλείο της παρούσας έρευνας, η Λίστα Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η οποία αναλύθηκε στο κεφάλαιο 3.3.1. (βλ. Παράρτημα Εικόνα 1.).

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων συμπεριλαμβάνεται στο εγχειρίδιο «Λίστα Ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις», το οποίο έχει μεταφραστεί στην Ελληνική γλώσσα από το Σύλλογο Διπλωματούχων Νοσηλευτών Χειρουργείου (ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.) μετά από σχετική άδεια που χορηγήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας έχει ληφθεί η απαραίτητη έγκριση από την Επιστημονική Επιτροπή Ερευνητικής Ηθικής και Δεοντολογίας του ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ. (βλ. Παράρτημα Εικόνα 2.). Στον πίνακα που ακολουθεί αναφέρονται τα σημαντικότερα στοιχεία της Λίστας Ελέγχου.

Πίνακας 2.1.1. Βασικά στοιχεία της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

Είσοδος στο χειρουργείο (Πριν από την εισαγωγή στην αναισθησία)

Ο ασθενής επιβεβαιώνει την ταυτότητα του, την περιοχή και το είδος επέμβασης και δίνει τη συναίνεση του.

Σήμανση της περιοχής

Ολοκλήρωση των αναισθησιολογικών ελέγχων ασφάλειας

Τοποθέτηση παλμικού οξύμετρου και έλεγχος λειτουργίας

Προετοιμασία σε περίπτωση αλλεργίας, δυσκολίας διατήρησης αεραγωγού και μεγάλης απώλειας αίματος

Time Out (Πριν από την χειρουργική τομή στο δέρμα)

Επιβεβαίωση μελών πως γνωρίζουν τα ονόματα και το ρόλο των υπολοίπων

Επιβεβαίωση ονόματος ασθενή, χειρουργικής επέμβασης και περιοχής

Χορήγηση αντιβιοτικής προφύλαξης

Ενημέρωση από τον χειρουργό για τους κινδύνους, τα βήματα και την εξέλιξη της επέμβασης

Ενημέρωση από την αναισθησιολογική ομάδα

Ενημέρωση από τη νοσηλευτική ομάδα

Ανάρτηση απαραίτητων απεικονιστικών εξετάσεων

Έξοδος από το χειρουργείο (Πριν από την έξοδο του ασθενή από την χειρουργική αίθουσα)

Επιβεβαίωση της χειρουργικής επέμβασης

Καταμέτρηση εργαλείων, γαζών, βελόνων

Έλεγχος σήμανσης παρασκευάσματος

Καταγραφή πιθανών προβλημάτων στον εξοπλισμό

Σύνοψη των κύριων οδηγιών για την ανάνηψη και την πορεία του ασθενή

2.2. Επιλογή του πληθυσμού

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 312 άνδρες και γυναίκες, ηλικίας 18 ετών και άνω, ασθενείς των χειρουργικών κλινικών του Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Κηφισιάς, για περίοδο έξι διαδοχικών μηνών, οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση. Από αυτούς, οι 115 ήταν άνδρες και οι 197 γυναίκες, κάτοικοι της Ελλάδας. Όλοι οι χειρουργικοί ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα πληρούσαν ορισμένα κριτήρια όπως η ηλικία (να είναι ενήλικες), να μπορούν να επικοινωνήσουν και να καταλάβουν το περιεχόμενο του έντυπου συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα καθώς και να είναι σε θέση να το υπογράψουν.

Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες (ιατρικά δεδομένα και μετεγχειρητική πορεία των ασθενών) συλλέχθηκαν από τους ιατρικούς και νοσηλευτικούς φακέλους των ασθενών. Οι ασθενείς ενημερώνονταν προφορικά για την έρευνα και διαβεβαιώνονταν ότι καμία αναφορά για οτιδήποτε δεν επρόκειτο να γίνει στο προσωπικό του νοσοκομείου, στο πλαίσιο της εμπιστευτικότητας. Επίσης, οι ασθενείς ήταν ενήμεροι πως οποιαδήποτε στιγμή ήθελαν μπορούσαν να σταματήσουν τη συμμετοχή τους στην έρευνα.

Όσον αφορά την επιλογή του νοσοκομειακού ιδρύματος, που πραγματοποιήθηκε η μελέτη, είχε να κάνει με την εκπροσώπηση ενός ποικίλου συνόλου χειρουργικών περιστατικών και ασθενών από διάφορα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Η επιλογή μόνο ενός νοσοκομείου οφείλεται στον οικονομικό περιορισμό της συγκεκριμένης έρευνας και στην ύπαρξη ενός μόνο ερευνητή για τη συλλογή των δεδομένων. Το βασικό κριτήριο επιλογής ήταν ο αριθμός των χειρουργικών επεμβάσεων ανά μήνα, καθώς έπρεπε να συγκεντρωθεί ένας συγκεκριμένος αριθμός ασθενών σε συγκεκριμένη περίοδο. Έγκριση για τη διεξαγωγή της μελέτης δόθηκε από το Επιστημονικό και Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου (βλ. Παράρτημα Εικόνα 5.).

2.3. Ηθική και δεοντολογία

Η μελέτη που προτάθηκε για το συγκεκριμένο μεταπτυχιακό πρόγραμμα εξετάστηκε από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (βλ. Παράρτημα Εικόνα 3.). Η έρευνα ωφέλησε το συμμετέχον νοσηλευτικό ίδρυμα καθώς παρείχε πληροφορίες σχετικά με την κουλτούρα ασφάλειας και την ποιότητα των παρεχόμενων χειρουργικών υπηρεσιών του, όπως και για την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής της Λίστας Ελέγχου στις χειρουργικές επεμβάσεις. Ωστόσο, η πρόθεση αυτής της εργασίας ήταν να διερευνήσει και να περιγράψει το επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών στο χώρο του χειρουργείου και να καταγράψει τη συχνότητα εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Η αξιοπιστία της έρευνας διατηρήθηκε χρησιμοποιώντας πρόσφατες έρευνες. Επιπλέον, τέθηκαν περιορισμοί στην χρήση μόνο επιστημονικών ερευνών και άρθρων επίσημων περιοδικών. Όλο το υλικό αναφοράς παρατέθηκε με ακρίβεια και αποφεύχθηκε η λογοκλοπή και η παρερμηνεία.

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με το έντυπο της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και την γραπτή συγκατάθεση συμμετοχής των ασθενών (βλ. Παράρτημα Εικόνα 4.). Γι' αυτό το λόγο υπήρξε απόλυτη εμπιστευτικότητα για να προστατευθεί η ανωνυμία και τα προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων (Parahoo, 2006). Το έντυπο συγκατάθεσης μοιράστηκε στους συμμετέχοντες στις χειρουργικές κλινικές, πριν τη μεταφορά τους στο χώρο του χειρουργείου. Επιπλέον, δόθηκε η δυνατότητα στους συμμετέχοντες να έρθουν σε επαφή με τον ερευνητή για οποιαδήποτε ανησυχία έχουν σχετικά με τη διασφάλιση των προσωπικών τους δεδομένων.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε δίκαια και με ακρίβεια για να αποφευχθεί η παρερμηνεία και η τροποποίηση των αποτελεσμάτων προς όφελος του ερευνητή. Η συμμετοχή σε αυτή την έρευνα ήταν εθελοντική και σε όσους συμμετείχαν δόθηκαν συνοδευτικές επιστολές που εξηγούσαν τα ηθικά ζητήματα, συμπεριλαμβανομένων των δικαιωμάτων τους στην ανωνυμία. Τέλος, το έντυπο συγκατάθεσης και οι πληροφορίες που διανεμήθηκαν ήταν σαφείς και κατανοητές

από όλους τους συμμετέχοντες. Γι' αυτό το λόγο αποφεύχθηκε η ακατάλληλη γλώσσα και η εξειδικευμένη ορολογία.

2.4 Ερευνητική υπόθεση

Η ερευνητική υπόθεση της εργασίας είναι ότι η εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας συμβάλλει στη μείωση της εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών και κατ' επέκταση στη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας στο χώρο του χειρουργείου. Συνεπώς, όσο εφαρμόζεται η συγκεκριμένη Λίστα Ελέγχου και τηρούνται τα 19 βήματα της θα αυξάνεται και το επίπεδο των παρεχόμενων χειρουργικών υπηρεσιών υγείας.

Μηδενική υπόθεση:

H01: Τα ποσοστά των μετεγχειρητικών επιπλοκών είναι τα ίδια πριν και μετά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Εναλλακτική υπόθεση:

H1: Τα ποσοστά των μετεγχειρητικών επιπλοκών είναι διαφορετικά πριν και μετά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

2.5 Στατιστική ανάλυση

Μέχρι τώρα έχει αναλυθεί ο ερευνητικός σχεδιασμός, το βασικό ερευνητικό εργαλείο, οι μέθοδοι συγκέντρωσης του υλικού, το δείγμα καθώς και οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Μετά τη συλλογή όλων των δεδομένων, στην κύρια φάση της έρευνας, το επόμενο βήμα ήταν η επεξεργασία και η στατιστική ανάλυση τους.

Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική και σχεδιάστηκαν πίνακες συχνοτήτων για τα γενικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Η σύγκριση όσον αφορά το ερευνητικό ερώτημα, για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ δύο κατηγορικών μεταβλητών έγινε με το στατιστικό έλεγχο Chi – Squared Test, χ^2 . Το επίπεδο

στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 0.05. Συνεπώς, η στατιστική συσχέτιση θα θεωρηθεί σημαντική για τιμή $P < 0.05$. Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων και την αξιολόγηση της σημαντικότητας τους χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πακέτο Ανάλυσης Κοινωνικών Επιστημών IBM SPSS v.24 (Statistical Package for Social Sciences) for Windows, ένα από τα πιο δημοφιλή και έγκυρα στατιστικά πακέτα για ανάλυση και υλοποίηση ποσοτικών ερευνών.

3. Αποτελέσματα

Αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζει τα αποτελέσματα της έρευνας. Περιλαμβάνει την ανάλυση των Λιστών Ελέγχου που εφαρμόστηκαν καθώς και των εντύπων συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα που υπέγραψαν οι χειρουργικοί ασθενείς. Η έρευνα υπολόγισε και συνέκρινε τις συνθήκες ασφάλειας και τις μετεγχειρητικές επιπλοκές πριν και μετά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σε ένα δημόσιο νοσοκομείο στην Ελλάδα. Δόθηκε έμφαση, επίσης, στο επίπεδο των περιορισμών και των προκλήσεων που αντιμετωπίστηκαν κατά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου. Η περίοδος συλλογής των δεδομένων διήρκησε έξι μήνες.

Επιπλέον, στο κεφάλαιο αυτό αναφέρονται τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των ασθενών που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας (φύλο και ηλικία). Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων δεν ήταν καθοριστικά για την παρούσα έρευνα λόγω του συγκριτικού χαρακτήρα της έρευνας σε επίπεδο ερευνητικού εργαλείου και όχι δείγματος. Η σύγκριση κατηγοριοποιήθηκε σε επεμβάσεις που εφαρμόστηκε η Λίστα Ελέγχου και σε επεμβάσεις που δεν εφαρμόστηκε.

Στη συγκεκριμένη έρευνα μελετήθηκε η επίδραση της χρήσης της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του ΠΟΥ σχετικά με τις συνθήκες και το επίπεδο ασφάλειας των χειρουργικών ασθενών. Ένας από τους στόχους της εργασίας ήταν να διαπιστωθεί αν η χρήση της Λίστας Ελέγχου θα επηρέαζε θετικά την κουλτούρα ασφάλειας στον χώρο του χειρουργείου. Ακόμα, στη μελέτη ερευνήθηκαν μεταβολές στη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα και τις μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως καθορίστηκαν σύμφωνα με το Αμερικάνικο Κολλέγιο Χειρουργών (Khuri SF et al., 1995). Βασικός στόχος της εργασίας ήταν να προσδιοριστεί αν η χρήση της Λίστας Ελέγχου επηρεάζει θετικά τα αποτελέσματα των ασθενών, μειώνοντας τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα και τη συχνότητα εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών κατά τη διάρκεια της παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο.

Τα σχετικά δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων παρουσιάζονται σε πίνακες σε αυτή την ενότητα της έρευνας. Οι πληροφορίες που κρίνονται σχετικές

και χρήσιμες για την έρευνα περιγράφονται σε αυτό το μέρος της εργασίας. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 312 χειρουργικοί ασθενείς ενός ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου. Στον Πίνακα 3.1. παρουσιάζονται τα στοιχεία των συμμετεχόντων αναφορικά με το φύλο και στον Πίνακα 3.2. σχετικά με την ηλικία τους.

Φύλο	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Άνδρας	115	36,9
Γυναίκα	197	63,1
Σύνολο	312	100,0

Πίνακας 3.1. Φύλο συμμετεχόντων στην έρευνα.

Ηλικία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
18-24	6	1,9
25-34	11	3,5
35-44	34	10,9
45-54	48	15,4
55-64	73	23,4
65-74	86	27,6
75-84	46	14,7
≥85	8	2,6
Σύνολο	312	100,0

Πίνακας 3.2. Ηλικιακή κατανομή των συμμετεχόντων στην έρευνα.

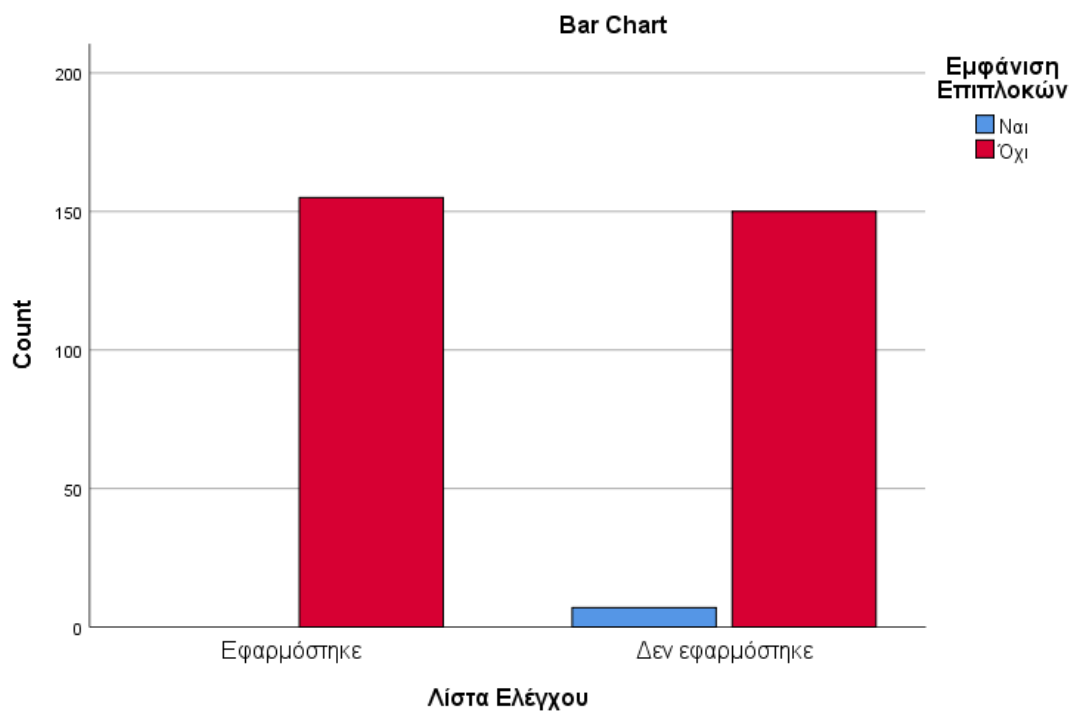
Όπως προκύπτει από τα στοιχεία του Πίνακα 3.1., ως προς το φύλο, από τους 312 ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη οι 115, ποσοστό 36,9%, ήταν άνδρες και οι 197, ποσοστό 63,1%, ήταν γυναίκες. Όσον αφορά την ηλικία των ασθενών που πήραν μέρος στην έρευνα το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών, 27,6% ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 65-74 ετών, ενώ το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό,

23,4% ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 55-64 ετών. Στον Πίνακα 3.3. που ακολουθεί αναφέρεται η μέση τιμή της μεταβλητής ηλικίας, 60,647 έτη καθώς και η τυπική απόκλιση 14,898 (95% Διάστημα Εμπιστοσύνης, από 58,99 έως 62,31). Η μέγιστη ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 90 ετών ενώ η ελάχιστη 18 ετών.

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Ηλικία (έτη)	60,647	14,898

Πίνακας 3.3. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση ηλικίας.

Το συνολικό ποσοστό επιπλοκών σε όλη τη διάρκεια της εργασίας ήταν 2,2% (7/312). Η Λίστα Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας χρησιμοποιήθηκε στο 49,7% (155/312) του συνόλου των επεμβάσεων. Το ποσοστό των επιπλοκών για τις χειρουργικές επεμβάσεις που εφαρμόστηκε η Λίστα Ελέγχου έφτασε το 0% (0/155), σε αντίθεση με τις επεμβάσεις που δεν εφαρμόστηκε η Λίστα Ελέγχου 4,5% (7/157). Τα ευρήματα αυτής της μελέτης αναφέρονται πλήρως στον Πίνακα 3.4.



Πίνακας 3.4. Συνολικό ποσοστό επιπλοκών.

Η επίδραση της χρήσης της Λίστας Ελέγχου όσον αφορά την ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα μετά την χειρουργική επέμβαση και μέχρι την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο αναλύθηκε ξεχωριστά για κάθε ασθενή. Το συνολικό ποσοστό θνησιμότητας για ολόκληρη την περίοδο της μελέτης ήταν 0,3% (1/312). Παρουσιάστηκαν και άλλες επιπλοκές όπως η θρόμβωση βαθιάς φλέβας 0,3% (1/312), η μη προγραμματισμένη επιστροφή στο χειρουργείο 0,3% (1/312), η λοίμωξη χειρουργικού τραύματος 0,6% (2/312), ενώ παρουσιάστηκαν δύο περιστατικά (2/312), ποσοστό 0,6%, που χρειάστηκαν μετάγγιση αίματος λόγω αιμορραγίας.

Το σκεπτικό πίσω από την επιλογή του στατιστικού εργαλείου εξηγείται στην παρούσα παράγραφο. Ο έλεγχος κανονικότητας διεξήχθη σε αυτή την έρευνα πριν επιλεγεί η κατάλληλη στατιστική μέθοδος. Η κανονικότητα των δεδομένων ελέγχθηκε χρησιμοποιώντας το ιστόγραμμα και το τεστ Kolmogorov-Smirnov. Αυτό χρησιμοποιήθηκε για να προσδιοριστεί εάν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στις μετεγχειρητικές επιπλοκές πριν και μετά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στα δύο νοσοκομεία.

Η σημασία της διαφοράς μεταξύ των ομάδων προσδιορίστηκε χρησιμοποιώντας αρχείο εξόδου, που είναι σχετικά εύκολο στην χρήση. Η υπολογιζόμενη πιθανότητα (P) όταν υπερβαίνει το 0,05, σημαίνει ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο υπό ανάλυση ομάδων. Αντίθετα, όταν η υπολογιζόμενη πιθανότητα (P) είναι μικρότερη από 0,05, τότε υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων.

Στατιστικά σημαντική διαφορά ($P < 0,05$) εντοπίστηκε στη σύγκριση των μετεγχειρητικών επιπλοκών ανάμεσα στις δύο ομάδες, πριν και μετά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου στο χώρο του χειρουργείου. Όπως προκύπτει από το στατιστικό έλεγχο χ^2 (Chi - Squared test), σχετικά με την ερευνητική υπόθεση της εργασίας, το P-value βρέθηκε να είναι 0,008. Εφόσον από την αρχή της εργασίας το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είχε τεθεί στο 0,05, μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, καθώς υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της εφαρμογής της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της μείωσης των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

4. Συζήτηση

Το χειρουργείο είναι ένας από τους πιο κοινούς χώρους του νοσοκομείου που μπορούν να συμβούν αποτρέψιμα σφάλματα. Οι δυσκολίες κατά την επικοινωνία αποτελούν τη συνηθέστερη αιτία αυτών των σφαλμάτων. Για να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στον χώρο του χειρουργείου, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εισήγαγε τη Λίστα Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας, με σκοπό την ενίσχυση της επικοινωνίας και τη μείωση των αποτρέψιμων σφαλμάτων. Έχει αποδειχθεί ότι η εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις βελτιώνει τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα, την επικοινωνία, την ομαδική εργασία και συμβάλει στη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Εκτιμάται ότι κάθε χρόνο οι ασθενείς υποβάλλονται σε 234 εκατομμύρια χειρουργικές επεμβάσεις παγκοσμίως (Weiser et al., 2008). Χειρουργικές ανεπιθύμητες ενέργειες όπως η λανθασμένη χειρουργική επέμβαση, τα ξεχασμένα ξένα αντικείμενα και οι χειρουργικές λοιμώξεις είναι τα συχνότερα αναφερόμενα ανεπιθύμητα συμβάντα κατά τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων. Στην πραγματικότητα πάνω από το 60% αυτών των ανεπιθύμητων ενεργειών μπορεί να προληφθεί (Mendes W et al., 2009; de Vries et al., 2008). Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, ο συχνότερος παράγοντας που συμβάλει στην εκδήλωση αυτών των ενεργειών είναι η δυσκολία στην επικοινωνία (Lingard et al., 2004). Στον χώρο του χειρουργείου, οι δυσκολίες στην επικοινωνία μπορεί να οδηγήσουν σε μείωση του επιπέδου ποιότητας και ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η παρούσα έρευνα αποτελεί την πρώτη απόπειρα αξιολόγησης της αποδοτικότητας της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2008) στην Ελλάδα, καθώς δεν υπάρχει θεσμοθετημένη εφαρμογή της συγκεκριμένης λίστας με αποτέλεσμα να μην ακολουθείται κατά τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων σε όλα τα νοσοκομεία. Το βασικό αίτιο για τη δημιουργία αυτής της εργασίας ήταν το άθροισμα πολλών διαφορετικών παραμέτρων που σχετίζονταν με την ανερχόμενη συζήτηση στην Ελλάδα όσον αφορά την ασφάλεια και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στον χώρο του χειρουργείου.

Ο σχεδιασμός της μελέτης περιελάμβανε μία ομάδα ελέγχου και μία ομάδα παρέμβασης, καθώς αυτός ήταν ο καταλληλότερος τρόπος για τη διερεύνηση των επιπτώσεων της εφαρμογής της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Haugen et al., 2013). Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση των αποτελεσμάτων πριν και μετά την χρήση του ερευνητικού εργαλείου, της Λίστας Ελέγχου. Στη συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, δε βρέθηκαν μελέτες στην Ελλάδα που να χρησιμοποιούν παρόμοιο σχεδιασμό για να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα από την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας. Ο περιορισμός όσον αφορά τις προηγούμενες μελέτες, αυξάνει τον κίνδυνο μεροληψίας (Brown et al., 2008).

Η εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας θα μπορούσε να αποτελέσει αντικείμενο συστηματικού σφάλματος πληροφορίας μεταξύ των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου, σχετικά με τις πληροφορίες που παρέχονται όσον αφορά την παρέμβαση. Γι' αυτό το λόγο ελήφθησαν μέτρα για την αποφυγή αυτής της δυνατότητας. Για παράδειγμα, ο πληθυσμός της μελέτης ήταν αντιπροσωπευτικός των ασθενών που βρίσκονταν σε Ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο. Η συμπερίληψη ασθενών από ένα μεγάλο εύρος χειρουργικών περιστατικών πιθανώς αυξάνει την εξωτερική εγκυρότητα της μελέτης. Ως εκ τούτου, τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας σχετικά με τις επιπτώσεις από την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου στις μετεγχειρητικές επιπλοκές μπορούν να γενικευτούν και σε άλλα Ελληνικά νοσοκομεία με παρόμοια χαρακτηριστικά και χειρουργικά περιστατικά.

Διεξήχθη μία μελέτη έρευνας για να κατανοηθεί καλύτερα αν η εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας συμβάλει στη βελτίωση της ασφάλειας στον χώρο του χειρουργείου και στη μείωση των ανεπιθύμητων μετεγχειρητικών επιπλοκών όπως αυτές καθορίστηκαν από το Αμερικανικό Κολλέγιο Χειρουργών (Lyons & Porejoy, 2017). Τα ευρήματα της έρευνας δείχνουν ότι η εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου συμβάλλει στη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών και κατ' επέκταση στη βελτίωση της ποιότητας στον χώρο του χειρουργείου.

Για την πρόληψη των ανεπιθύμητων σφαλμάτων στις χειρουργικές επεμβάσεις, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ακολούθησε το παράδειγμα της

αεροπορικής βιομηχανίας και ανέπτυξε μία Λίστα Ελέγχου ώστε να δώσει έμφαση σε σημαντικά μέτρα ασφάλειας στο χειρουργείο (Gawande, 2010). Η πιλοτική δοκιμή της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας, η οποία περιελάμβανε μέτρα ασφάλειας όπως η ονομασία της χειρουργικής επέμβασης, η χορήγηση αντιβιοτικών και μέτρα κατά του εμβολισμού, έδειξε 30% μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας σε ένα μεγάλο αριθμό χειρουργικών επεμβάσεων (Haynes et al., 2009). Η Λίστα Ελέγχου περιλαμβάνει 19 βήματα για την επαλήθευση των διαδικασιών σε τρεις διαφορετικές χρονικές στιγμές: Πριν από την είσοδο στο χειρουργείο, πριν την χειρουργική τομή και πριν από την έξοδο του ασθενή από το χειρουργείο.

Τα θετικά αποτελέσματα από την χρήση της Λίστας Ελέγχου είναι καλά τεκμηριωμένα. Οι Lyons & Porejoy διεξήγαγαν μία μετά-ανάλυση και βρέθηκε ότι η εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας μπορεί να μειώσει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και τη θνησιμότητα (Lyons & Porejoy, 2014; Bergs et al., 2014; van Klei et al., 2012; de Vries et al., 2010; Weiser et al., 2010; Haynes et al., 2009). Άλλες έρευνες δείχνουν ότι η συμμόρφωση με τις παρεμβάσεις ασφάλειας που περιλαμβάνονται στη Λίστα Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, όπως η αντιβιοτική προφύλαξη και η πρόληψη του θρομβοεμβολισμού, αυξήθηκε μετά την εφαρμογή της λίστας (Turun et al., 2011; W-Dahl et al., 2011). Επίσης, η χρήση της Λίστας Ελέγχου συμβάλει στη βελτίωση της ομαδικής εργασίας και επικοινωνίας κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης (Lyons & Porejoy, 2014). Τέλος, η εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει την κουλτούρα ασφάλειας στον χώρο του χειρουργείου (Haynes et al., 2011). Σε μία μελέτη με 257 χειρουργούς, περισσότεροι από το 90% δήλωσαν ότι σε περίπτωση που ήταν ασθενείς θα ήθελαν να χρησιμοποιηθεί η Λίστα Ελέγχου που χρησιμοποιούσαν (Haynes et al., 2011).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως τα αποτελέσματα από την χρήση της Λίστας Ελέγχου εξαρτώνται άμεσα από τη σωστή εφαρμογή αυτής (van Klei et al., 2012). Πολλές φορές η συμμόρφωση με τη λίστα μπορεί να μην επαρκεί για τη σταθερή εξασφάλιση των βελτιωμένων αποτελεσμάτων των χειρουργικών επεμβάσεων (Lyons & Porejoy, 2017). Ο Borchard και οι συνεργάτες του πραγματοποίησαν μία συστηματική ανασκόπηση από την οποία προέκυψε ότι η χρήση της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας κυμάνθηκε από 12% έως

100% (Borchard et al., 2012). Η μη βέλτιστη εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της ποιότητας των αποτελεσμάτων των χειρουργικών επεμβάσεων και μπορεί στην πραγματικότητα να συμβάλει στην πρόκληση σφάλματος ή βλάβης στους ασθενείς (Haugen et al., 2015; Morgan et al., 2015; Russ et al., 2015; Sendlhofer et al., 2015; Bergs et al., 2014; Gagliardi et al., 2014; Rydenfalt et al., 2014; Saturno et al., 2014; Braaf et al., 2013; Cullati et al., 2013; Hannam et al., 2013; Morgan et al. 2013; Sparks et al., 2013; Fourcade et al., 2012; Levy et al., 2012; Sheena et al., 2012; van Klei et al., 2012; Walker et al., 2012; Vogts et al., 2011; Bosk et al., 2009).

Η επιτυχημένη εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου απαιτεί προσοχή πέρα από αυτήν και εξέταση της κουλτούρας ασφάλειας του εκάστοτε χειρουργείου (Haugen et al., 2015; Vats et al., 2010). Η εφαρμογή των διαδικασιών, όπως η Λίστα Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας, είναι πολύπλοκη και χρειάζεται πολυκλαδική συμμετοχή των εμπλεκομένων σε όλα τα επίπεδα. Ακόμα και με την υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου, η σωστή χρήση της Λίστας Ελέγχου δε μπορεί να είναι αποτελεσματική χωρίς να έχει επιτευχθεί αλλαγή στην κουλτούρα ασφάλειας στον χώρο του χειρουργείου (Porter et al., 2014). Μερικά κλειδιά για την επιτυχή υλοποίηση είναι η δραστήρια ηγεσία, ο σχεδιασμός της λίστας, η εκτεταμένη συζήτηση και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού (Russ et al., 2015; Haugen et al., 2015; Gagliardi et al., 2014; Low et al., 2012).

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε μία σημαντική μεταβολή στο επίπεδο της ασφάλειας των χειρουργικών επεμβάσεων μετά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2008). Το ποσοστό των επιπλοκών στις χειρουργικές επεμβάσεις που δεν εφαρμόστηκε η λίστα ήταν 4,5%, (7/157), ενώ σε αυτές που εφαρμόστηκε ήταν 0% (0/155). Βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση 0,008 ($P < 0,05$). Από αυτό το αποτέλεσμα προκύπτει μία σχέση ανάμεσα στη Λίστα Ελέγχου και τη μείωση των χειρουργικών επιπλοκών καθώς και τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών.

Υπάρχει, όμως, η πιθανότητα η μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών να σχετίζεται με τη μείωση των αποτρήσιμων σφαλμάτων κατά τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων. Σε μία μελέτη που διεξήχθη το 2009 στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Haukeland, αναφορικά με τις λανθασμένες

χειρουργικές διαδικασίες (λάθος ασθενής, λάθος χειρουργική επέμβαση, λάθος χειρουργικό σημείο) διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο μέρος του προσωπικού του χειρουργείου, 91% (250/275), υποστήριζε την εφαρμογή μιας Λίστας Ελέγχου και το 96% (263/275) πίστευε ότι με αυτό τον τρόπο θα μπορούσαν να αποφευχθούν τα λάθη (Haugen et al., 2013). Τα μέλη της χειρουργικής ομάδας ανέφεραν ότι ήταν εξοικειωμένα με την ιδέα της παραλίγο λανθασμένης χειρουργικής επέμβασης. Το 38% απάντησε ότι ήταν αβέβαιοι για την ταυτότητα του ασθενή, το 81% απάντησε ότι ήταν αβέβαιοι για το σημείο της χειρουργικής επέμβασης και τέλος το 60% απάντησε πως είχε προετοιμαστεί για διαφορετική χειρουργική επέμβαση.

Κατά τη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας εντοπίστηκαν δύο μελέτες που χρησιμοποιούσαν ένα επικυρωμένο ερευνητικό εργαλείο αναφορικά με την κουλτούρα ασφάλειας για τη διερεύνηση των επιπτώσεων από την χρήση της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και το επίπεδο της ασφάλειας στον χώρο του χειρουργείου. Η πρώτη ήταν μία μελέτη του Haynes και των συναδέλφων του, που χρησιμοποίησαν ένα τροποποιημένο όργανο για την αξιολόγηση της ασφάλειας και της ποιότητας (Haynes et al., 2011). Διερεύνησαν τα υποσύνολα της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών με πρόσθετες ερωτήσεις αναφορικά με τη λίστα. Είναι ενδιαφέρον ότι μετά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου υπήρξε στατιστικά σημαντική μείωση του σχετικού κινδύνου των ασθενών 0,038 ($P < 0,05$). Η δεύτερη μελέτη δεν διαπίστωσε μεταβολές μετά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου (Morgan et al., 2013). Μία ακόμα μελέτη διαπίστωσε βελτίωση της ασφάλειας στον χώρο του χειρουργείου μετά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου (Kawano et al., 2014).

Από τη συστηματική ανασκόπηση προέκυψαν αρκετές μελέτες που ανέφεραν θετικές αλλαγές στα αποτελέσματα μετά την χρησιμοποίηση της Λίστας Ελέγχου στις χειρουργικές επεμβάσεις (Bleakley et al., 2012; Allard et al., 2011; Timmel et al., 2010; Makary et al., 2006; DeFontes & Surbida, 2004). Για τις περισσότερες έρευνες, ο κοινός παρανομαστής ήταν το εργαλείο που εφαρμόστηκε για την αξιολόγηση της ποιότητας και της ασφάλειας. Το εάν οι παρεμβάσεις που έγιναν θα επηρέαζαν όλους τους τομείς της κουλτούρας ασφάλειας παραμένει ανοιχτό ερώτημα.

Σύμφωνα με τον Conley και τους συνεργάτες του, προκειμένου να μειωθεί η νοσηρότητα και η θνησιμότητα χρησιμοποιώντας τη Λίστα Ελέγχου, η διαδικασία εφαρμογής της πρέπει να διεξαχθεί αποτελεσματικά. Οι υπεύθυνοι των χειρουργικών τμημάτων πρέπει να εξηγήσουν πειστικά το σκεπτικό και τα οφέλη από την χρήση της και στη συνέχεια να ακολουθήσει παρουσίαση του τρόπου εφαρμογής της (Conley et al., 2011). Από την άλλη πλευρά, οι κακώς εφαρμοσμένες Λίστες Ελέγχου μπορούν να προκαλέσουν επαγγελματικό χάσμα, να αυξήσουν τις εντάσεις και να ενισχύσουν τα κενά στην ασφάλεια (Vats et al., 2010; Whyte et al., 2008). Μία συστηματική ανασκόπηση αναφορικά με τον αντίκτυπο της χρήσης της Λίστας Ελέγχου στο χειρουργείο έδειξε ότι η βελτίωση της ποιότητας της ομαδικής εργασίας και επικοινωνίας επιτυγχάνεται με μία ανοιχτή πλατφόρμα επικοινωνίας στην αρχή της χειρουργικής επέμβασης (Russ et al., 2013). Επίσης, στη μελέτη διαπιστώθηκε η ύπαρξη αρνητικών επιπτώσεων στην ομαδική λειτουργία, όταν η Λίστα Ελέγχου δεν εφαρμόστηκε όπως θα έπρεπε.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας είναι συγκρίσιμα με τα ευρήματα μίας μελέτης αναφορικά με την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που διεξήχθη σε οκτώ χώρες (Weiser et al., 2010; Haynes et al., 2009). Μόνο μία από τις 5 μελέτες χωρών υψηλού εισοδήματος σχετικά με τις επιπτώσεις της χρήσης της Λίστας Ελέγχου του ΠΟΥ έδειξε συνολική μείωση των επιπλοκών από 23,6% στο 15,9% (Bliss et al., 2012). Ωστόσο, οι μελέτες σχετικά με την χρήση του ολοκληρωμένου συστήματος ελέγχου στην Ολλανδία από τον de Vries και τους συνεργάτες του ανέφεραν παρόμοια αποτελέσματα. Διαπιστώθηκε μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών από 15,4% σε 10,4% ($P < 0,001$) (de Vries et al., 2010).

Η συγκεκριμένη μελέτη διερεύνησε τόσο τις τακτικές χειρουργικές επεμβάσεις όσο και τις επείγουσες χειρουργικές επεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν σε δύο Ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. Υπάρχουν πολλές μελέτες που επιβεβαιώνουν πως είναι δυνατή η βελτίωση σε παρόμοιες συνθήκες. Μία προοπτική μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ένα νοσοκομείο του Ηνωμένου Βασιλείου σχετικά με την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας απέδειξε σημαντική μείωση των σφαλμάτων προφύλαξης από φλεβική θρομβοεμβολή σε χειρουργικές επεμβάσεις θώρακος (Mills, 1978). Η χρήση της

Λίστας Ελέγχου σε ένα γενικό χειρουργικό περιβάλλον, με ειδικότητες καρδιοθωρακικής, ορθοπεδικής, γυναικολογικής και γενικής ιατρικής, οδήγησε σε βελτίωση όσον αφορά την χορήγηση των αντιβιοτικών από 92,7% σε 95,4% ($P<0,05$) και στη διαχείριση της θερμοκρασίας από 93,8% σε 97,7% ($P<0,001$). Η παραπάνω μελέτη διεξήχθη σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο στο Τέξας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (Tillman et al., 2013).

Σε μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε σχετικά με την χρήση της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στις ορθοπεδικές χειρουργικές επεμβάσεις διαπιστώθηκε μείωση κατά 65% των απρογραμματίστων επιστροφών στο χειρουργείο, με μείωση από 1,7% σε 0,6% ($P<0,001$) (Lubbeke et al., 2013). Παρόμοιο εύρημα βρέθηκε σε έρευνα του Haynes και των συναδέλφων του, καθώς σημειώθηκε μείωση των ανεπιθύμητων επιστροφών στο χειρουργείο από 2,4% σε 1,8% ($P=0,047$). Η εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου συμβάλει στη μείωση του κινδύνου βλάβης και στη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών με την πρόληψη σημαντικών και μικρών επιπλοκών.

Η μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών θα έπρεπε κανονικά να σχετίζεται με τη διάρκεια παραμονής του ασθενή. Όμως, κατά τη διάρκεια της συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας δε βρέθηκαν μελέτες που να υποστηρίζουν τη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών σχετικά με τη διάρκεια παραμονής των ασθενών. Σε μία μελέτη στην Ολλανδία διαπιστώθηκε σχέση ανάμεσα στη μείωση της διάρκειας διαμονής και την εμφάνιση μετεγχειρητικών επιπλοκών από 9,1 σε 8,5 ημέρες, η οποία όμως δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($P=0,15$) (de Vries et al., 2010). Η έλλειψη μελετών και θετικών ευρημάτων πάνω στο συγκεκριμένο κομμάτι ενισχύει την άποψη ότι η μείωση των επιπλοκών οφείλεται στην εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου.

Η εφαρμογή και των τριών σταδίων της Λίστας Ελέγχου παίζει εξαιρετικά σημαντικό ρόλο στην ύπαρξη θετικών αποτελεσμάτων. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η μεγαλύτερη μείωση των επιπλοκών επιτυγχάνεται όταν εφαρμόζονται και οι τρεις φάσεις της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Αυτό προκύπτει και από μία έρευνα που παρείχε αποδείξεις για ισχυρή σχέση ανάμεσα στη μείωση της θνησιμότητας και της σωστής εφαρμογής της λίστας (van Klei et al., 2012). Στη μελέτη διαπιστώθηκε λόγος σχετικών

πιθανοτήτων 0,44 (95% CI, 0,20 έως 0,70) όταν εφαρμόστηκαν και τα τρία στάδια της Λίστας Ελέγχου (πριν, κατά και μετά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης), σε σύγκριση με το λόγο σχετικών πιθανοτήτων κατά τη μερική εφαρμογή αυτής 1,09 (95% CI, 0,78 έως 1,52) και 1,16 (95% CI, 0,86 έως 1,56).

Όσον αφορά τη μείωση της θνησιμότητας, ήταν δύσκολο να επιτευχθεί σε μελέτες που αφορούσαν την χρήση της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σε χώρες υψηλού εισοδήματος. Από τη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βρέθηκε μία μελέτη στις Κάτω Χώρες, στην οποία παρατηρήθηκε σημαντική μείωση της θνησιμότητας με λόγο σχετικών πιθανοτήτων 0,85 (95% CI, 0,73 έως 0,98) (van Klei et al., 2012). Παρόμοιο αποτέλεσμα βρήκε και ο Haynes με τους συναδέλφους του, σε μία μελέτη σχετικά με την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου, με συνολική μείωση της θνησιμότητας από 1,5% σε 0,8% ($P=0,003$). Ωστόσο, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική μείωση της θνησιμότητας σε χώρες υψηλού εισοδήματος, στις οποίες παρατηρήθηκε μείωση από 0,9% σε 0,6% ($P=0,18$). Αντίθετα, σε χώρες χαμηλού εισοδήματος σημειώθηκε μείωση του ποσοστού θνησιμότητας από 2,1% σε 1,0% ($P=0,006$) (Kwok et al., 2013; Weiser et al., 2010).

Επίσης, σε δύο ακόμα συστηματικές ανασκοπήσεις αποδείχθηκε πως η εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2008) συμβάλει στη μείωση των ποσοστών των ανεπιθύμητων μετεγχειρητικών επιπλοκών και της θνησιμότητας (Thomassen et al., 2014; Bergs et al., 2014). Παρόλα αυτά, υπάρχουν διάφοροι συγχυτικοί παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τα ποσοστά της θνησιμότητας, συμπεριλαμβανομένου του μικρού δείγματος, των δυσκολιών κατά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Vats et al., 2010). Άλλοι παράγοντες όπως οι νέες θεραπείες, τα φάρμακα ή ο εξοπλισμός θα μπορούσαν να επηρεάσουν τα αποτελέσματα των μελετών.

Οι Λίστες Ελέγχου θεωρήθηκαν κατά περιόδους από τους επαγγελματίες ως γραφειοκρατική κωλυσιεργία που χρησιμοποιείται μόνο για την εφαρμογή των προτύπων διαπίστευσης (Warnock, 2010). Με δεδομένο αυτό, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι η εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2008) έχει συναντήσει ιδιαίτερη

αντίσταση, με αποτέλεσμα να μην έχει επιτευχθεί η εξολοκλήρου εφαρμογή της στους χειρουργικούς χώρους των νοσοκομείων (Fourcade et al., 2012; Conley et al., 2011; Vats et al., 2010). Ο Calland και οι συνεργάτες του μελέτησαν την αποτελεσματικότητα της Λίστας Ελέγχου με τυχαία ανάθεση σε δέκα χειρουργικές ομάδες όσον αφορά την εφαρμογή ή όχι της Λίστας Ελέγχου κατά τη διάρκεια λαπαροσκοπικών χολοκυστεκτομών. Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν θετικά ως προς τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ της ομάδας, την κατανομή των ευθυνών και το ρόλο των παρευρισκομένων καθώς και στην καταγραφή των μετεγχειρητικών επιπλοκών (Calland et al., 2011).

Το Τμήμα Νευρολογικής Χειρουργικής της κλινικής Mayo στην Αριζόνα πέτυχε ποσοστό συμμόρφωσης 99,5% όσον αφορά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου, σε διάστημα 8 ετών (Lyons, 2010). Στο άρθρο που περιγράφει την εμπειρία του, ο Lyons αναφέρει ότι η Λίστα Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και άλλες πρωτοβουλίες βελτίωσης της ασφάλειας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών εφαρμόζονται άμεσα στο συγκεκριμένο ίδρυμα. Αυτό οφείλεται στην ύπαρξη χειρουργικής κουλτούρας αφιερωμένη στην ασφάλεια των ασθενών, και ως αποτέλεσμα η υιοθέτηση της Λίστας Ελέγχου θεωρείται ότι προσφέρει αξία στην ασφάλεια των χειρουργικών ασθενών. Στη συνέχεια, ο Conley και οι συνεργάτες του πραγματοποίησαν μία μελέτη για την χρήση της Λίστας Ελέγχου στην Ουάσινγκτον και διαπίστωσαν ότι η επιτυχής εφαρμογή της λίστας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την χειρουργική κουλτούρα ασφάλειας ενός ιδρύματος (Conley et al., 2011).

Στα νοσοκομεία της Νότιας Καρολίνας, ολοκληρώνοντας μία εθελοντική και δομημένη χρήση της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την χειρουργική ασφάλεια, μέσω μιας κρατικής συνεργασίας, τα κλινικά αποτελέσματα των ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση βελτιώθηκαν σε μεγάλο βαθμό, ενώ καταγράφηκαν σημαντικά χαμηλά ποσοστά μετεγχειρητικής θνησιμότητας. Στην Αγγλία, ερευνητές εξέτασαν τη συμβολή της Λίστας Ελέγχου στη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών και διαπίστωσαν θετικά αποτελέσματα (Mayer et al., 2016). Μία μελέτη σε 5 νοσοκομεία κατέδειξε ότι στις χειρουργικές επεμβάσεις που είχε εφαρμοστεί η Λίστα Ελέγχου, παρατηρήθηκαν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά (34%) μετεγχειρητικών επιπλοκών σε σύγκριση με χειρουργικές επεμβάσεις που δεν εφαρμόστηκε η λίστα. Επίσης, χαμηλά

ποσοστά σημειώθηκαν και όσον αφορά τη θνησιμότητα, όμως το μέγεθος του δείγματος ήταν πολύ μικρό για να υπάρξει σημαντικότητα (Russ et al., 2015).

Σε μία άλλη μελέτη που στόχευε στην εκτίμηση του επιπολασμού του κινδύνου σε μία χειρουργική κλινική, καταγράφηκαν 5672 περιστατικά και τα 218 χαρακτηρίστηκαν ως ανεπιθύμητα σφάλματα, καθώς προκάλεσαν βλάβη στους ασθενείς. Τα πιο συχνά επεισόδια ήταν ο μετεγχειρητικός πόνος, η έλλειψη πίεσης, η αλλεργικές αντιδράσεις στη φαρμακευτική αγωγή, η έλλειψη προϊόντων αίματος και ο θάνατος (Paranaguá, 2013). Σε αυτό το πλαίσιο, η έγκαιρη αναγνώριση των επιπλοκών που σχετίζονται με το χειρουργικό τραύμα συμβάλει στην αντιμετώπιση τους. Συνεπώς, η μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών με την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και της ασφάλειας των ασθενών.

Μία συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφορικά με την χρήση της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και τις επιπτώσεις της, απέδειξε ότι μπορεί να αποτρέψει τα περιεγχειρητικά λάθη και τις επιπλοκές κατά τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων. Μειώνοντας τα ποσοστά των μετεγχειρητικών επιπλοκών και της θνησιμότητας, εκτός από τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών παρατηρήθηκε βελτίωση στην επικοινωνία ανάμεσα στην χειρουργική ομάδα (Tang et al., 2014). Τα αποτελέσματα των αναφερόμενων μελετών αποκαλύπτουν ότι η χρήση της Λίστας Ελέγχου για την ασφάλειας στις χειρουργικές επεμβάσεις συμβάλει στη μείωση των βλαβών σε ασθενείς. Εκτός από τον έλεγχο και την αξιολόγηση της περιεγχειρητικής περιόδου, οι πληροφορίες που συλλέγονται με τη συμπλήρωση των Λιστών Ελέγχου μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την τροφοδοσία βάσεων δεδομένων και την παροχή στήριξης τόσο σε επαγγελματίες υγείας όσο και σε νοσηλευτικά ιδρύματα (Fonseca & Peniche, 2009).

Επίσης, υπάρχουν στοιχεία από προηγούμενες μελέτες που έχουν συνδέσει το βελτιωμένο κλίμα ασφάλειας και την αποδοτική ομαδική εργασία και επικοινωνία στον χώρο του χειρουργείου με την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Lingard et al., 2008; Makary et al., 2006; Sexton et al., 2006). Οι μελέτες παρατήρησης έδειξαν μία συσχέτιση μεταξύ της καλής ομαδικής εργασίας της χειρουργικής ομάδας και τη μειωμένη εμφάνιση

μετεγχειρητικών επιπλοκών (Mazzocco et al., 2009). Ο Dixon-Woods σε πρόσφατη ανασκόπηση εθνογραφικής μελέτης σχετικά με τις διαδικασίες στο χειρουργείο, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν σημαντικά εμπόδια όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών τόσο σε δομικό όσο και σε πολιτιστικό επίπεδο (Dixon-Woods, 2010).

Μία ακόμα μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Ιατρικό Κέντρο του Πανεπιστημίου του Βερμόντ, στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, οδήγησε σε αισθητές βελτιώσεις όσον αφορά την επικοινωνία του προσωπικού και την ασφάλεια των ασθενών, γεγονός που υποδηλώνει βελτίωση της συνολικής κουλτούρας ασφάλειας (Zingiryan, 2017). Σε μία άλλη μελέτη, η εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου συσχετίστηκε με μία στατιστικά σημαντική μείωση της θνησιμότητας και των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Αυτή ήταν η πρώτη μελέτη που αποδείκνυε τη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών στην Αυστραλία. Τα μετεγχειρητικά ποσοστά θνησιμότητας μειώθηκαν κατά 23%, από 1,2% σε 0,92% ($P=0,038$). Η διάρκεια παραμονής των ασθενών μειώθηκε κατά 9,6%, από 5,2 σε 4,7 ημέρες ($P=0,014$) (de Jager, E., 2018).

Το 2018, πραγματοποιήθηκε μία προοπτική μελέτη ανάλυσης των δεδομένων της Διεθνούς Μελέτης Χειρουργικών Αποτελεσμάτων, συνοδευόμενη από μία συστηματική ανασκόπηση και μετά-ανάλυση της δημοσιευμένης βιβλιογραφίας. Το κύριο αποτέλεσμα της έρευνας ταυτιζόταν με αυτό της παρούσας εργασίας. Στις χειρουργικές επεμβάσεις που εφαρμόστηκε η Λίστα Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, οι ασθενείς παρουσίασαν μικρότερη συχνότητα εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών και θανάτων σε σύγκριση με τους ασθενείς, στις επεμβάσεις των οποίων δεν χρησιμοποιήθηκε η λίστα. Ο Λόγος Αναλογιών σχετικά με τη μείωση των ποσοστών θνησιμότητας ήταν 0,75 (0,62-0,92) και υπήρξε στατιστική σημαντικότητα ($P<0,01$), ενώ όσον αφορά τη μείωση των ποσοστών μετεγχειρητικών επιπλοκών ήταν 0,73 (0,61-0,88) και η στατιστική σημαντικότητα $P<0,01$ (Abbot et al., 2018).

Σε μία μελέτη στη Νορβηγία, διαπιστώθηκε μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας μετά την χρήση της Λίστας Ελέγχου κατά τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων. Πραγματοποιήθηκε μία τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη

μελέτη κατά την οποία το ποσοστό των μετεγχειρητικών επιπλοκών μειώθηκε από 19,9% σε 11,5% ($P < 0,001$), με απόλυτη μείωση του κινδύνου 8,4 (διάστημα εμπιστοσύνης 95%, 6,3-10,5). Η ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα μειώθηκε σημαντικά από 1,9% σε 0,2% σε ένα από τα δύο νοσοκομεία που πραγματοποιήθηκε η μελέτη (Haugen et al., 2015). Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και μία μελέτη στο Ιράν, καθώς μετά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου οι μετεγχειρητικές επιπλοκές μειώθηκαν κατά 58% (Maryam Baradaran Binazir et al., 2012). Η συχνότητα εμφάνισης τυχόν επιπλοκών πριν την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου ήταν 30%, αλλά μετά την εφαρμογή της λίστας ήταν 12% ($P = 0,002$). Αντίστοιχη μείωση, σε ποσοστό 57% καταγράφηκε σε μία μελέτη που διεξήχθη στο νοσοκομείο Faghihi, Ιράν (Askarian et al., 2011).

Το 2011, πραγματοποιήθηκε μία μελέτη στη Δανία προκειμένου να υπολογιστεί το ποσοστό των μετεγχειρητικών επιπλοκών που θα μπορούσε να αποφευχθεί με την χρήση της Λίστας Ελέγχου για την χειρουργική ασφάλεια. Από τα αποτελέσματα της έρευνας, προέκυψε ότι η εφαρμογή της λίστας θα μπορούσε να είχε αποτρέψει το 40% των θανάτων και το 29% των μετεγχειρητικών επιπλοκών (Eefje & de Vries, 2011). Σε άλλη μελέτη στην Ολλανδία, μελετήθηκαν οι επιπτώσεις της εφαρμογής της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, (WHO, 2008) στην ασφάλεια των ασθενών και την ύπαρξη μετεγχειρητικών επιπλοκών. Πραγματοποιήθηκε σύγκριση ανάμεσα στην ομάδα ελέγχου ($n=3760$) και την ομάδα παρέμβασης ($n=3820$) και ο συνολικός αριθμός των επιπλοκών ανά 100 ασθενείς μειώθηκε από 27,3 (διάστημα εμπιστοσύνης 95%, 25,9-28,7) σε 16,7 (διάστημα εμπιστοσύνης 95%, 15,6-17,9) (de Vries et al., 2010).

4.1. Περιορισμοί της μελέτης

Στην παρούσα εργασία τέθηκαν ορισμένοι περιορισμοί, οι οποίοι πρέπει να αναφερθούν παρά το γεγονός ότι το αποτέλεσμα της έρευνας είναι στατιστικά σημαντικό. Πρόκειται για μία μη πειραματική συγχρονική μελέτη, επομένως δε μπορούν να υπάρξουν οριστικά συμπεράσματα, όσον αφορά το αίτιο και το αιτιατό. Παρόλα αυτά, η συμβολή της Λίστας Ελέγχου στη μείωση των

μετεγχειρητικών επιπλοκών και τη βελτίωση της ασφάλειας στον χώρο του χειρουργείου είναι το πιο πιθανό αποτέλεσμα.

Αρχικά, το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν περισσότεροι από 300 ασθενείς χειρουργικών τμημάτων ενός Ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου, όπως είχε καθοριστεί στο ερευνητικό πρωτόκολλο. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν ενήλικες άντρες και γυναίκες που επρόκειτο να υποβληθούν σε προγραμματισμένη και επείγουσα χειρουργική επέμβαση. Σύμφωνα με την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και της Επιστημονικής Επιτροπής του νοσοκομείου, οι συμμετέχοντες έπρεπε να συμπληρώσουν το αντίστοιχο έντυπο συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα. Το ποσοστό συμμετοχής θα μπορούσε να ήταν καλύτερο αν είχαν εγκριθεί νωρίτερα οι σχετικές άδειες από το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα πρόσβασης στον χώρο του χειρουργείου στο νοσοκομείο, αλλά και στους φακέλους των ασθενών προκειμένου να καταγραφεί η μετεγχειρητική τους πορεία.

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν σε διάστημα έξι μηνών, από τον Ιανουάριο 2018 έως τον Ιούνιο 2018. Οι επικεφαλές των τμημάτων ενεργούσαν ως διαμεσολαβητές μεταξύ των ερωτούμενων και των ερευνητών. Το σύνολο των ερευνητικών εργασιών διεξήχθη με έμπιστο και ηθικό τρόπο. Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε, η Λίστα Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2008), κρίθηκε έγκυρο και αξιόπιστο. Γι' αυτό το λόγο δεν ήταν απαραίτητη η προσθήκη ή η αφαίρεση κάποιου από τα 19 βήματα της Λίστας Ελέγχου του ΠΟΥ. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε κυρίως σε επεμβάσεις γενικής, λαπαροσκοπικής, ογκολογικής, γυναικολογικής, ορθοπεδικής, πλαστικής και ουρολογικής χειρουργικής.

Οι επιπλοκές καθορίστηκαν σύμφωνα με το Πρόγραμμα Βελτίωσης της Χειρουργικής Ποιότητας του Αμερικανικού Κολλεγίου Χειρουργών (Khuri SF et al., 1995). Πιο αναλυτικά, συμπεριλαμβάνεται η οξεία νεφρική ανεπάρκεια, η αιμορραγία που απαιτεί μετάγγιση 4 ή περισσότερων μονάδων ερυθρών αιμοσφαιρίων εντός 72 ωρών μετά την χειρουργική επέμβαση, η καρδιακή ανακοπή που απαιτεί καρδιοπνευμονική ανάνηψη, το κώμα διάρκειας 24 ωρών ή περισσότερο, η θρόμβωση βαθιάς φλέβας, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η μη

προγραμματισμένη διασωλήνωση, η πνευμονία, η πνευμονική εμβολή, το εγκεφαλικό επεισόδιο, η σοβαρή διάσπαση τραύματος, η λοίμωξη του χειρουργικού ιστού, η σήψη, το σηπτικό σοκ, η μη προγραμματισμένη επιστροφή στο χειρουργείο και ο θάνατος.

Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνηθούν οι επιπτώσεις από την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε καταγραφή της βελτίωσης του επιπέδου ασφάλειας στον χώρο του χειρουργείου. Μετά την ανάλυση των δεδομένων βρέθηκαν σημαντικά στοιχεία. Ο κύριος στόχος της έρευνας ήταν να διερευνήσει τη σχέση ανάμεσα στη Λίστα Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας και τη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Κατά κύριο λόγο, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην χρήση της Λίστας Ελέγχου και τη μείωση του ποσοστού των μετεγχειρητικών επιπλοκών, με αποτέλεσμα την ενίσχυση της ασφάλειας στον χώρο του χειρουργείου.

5. Συμπεράσματα

Έχουν περάσει σχεδόν 20 χρόνια από την κυκλοφορία του βιβλίου “To Err is Human: Building a Safer Health Care System”, που έφερε την ασφάλεια των ασθενών στο επίκεντρο της υγειονομικής περίθαλψης (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000). Στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, παρά τις βελτιώσεις που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια, ο τομέας της ασφάλειας των ασθενών εξακολουθεί να χρειάζεται ενίσχυση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, η χρήση της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2008) βοηθάει στην καλύτερη οργάνωση και λειτουργία των χειρουργείων. Στις χειρουργικές επεμβάσεις που εφαρμόστηκε η Λίστα Ελέγχου, κάθε μέλος της ομάδας συμμετείχε ενεργά εκτελώντας συγκεκριμένα καθήκοντα και στο τέλος παρατηρήθηκε βελτίωση της αποτελεσματικότητας, καλύτερο εργασιακό κλίμα και επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού. Η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι η αποτελεσματικότητα της Λίστας Ελέγχου εξαρτάται άμεσα από την επιτυχή εφαρμογή και την χρήση της από την χειρουργική ομάδα (van Klei et al., 2012).

Η εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου έχει ως στόχο την επαλήθευση των ουσιωδών μέτρων ασφάλειας των ασθενών από τη στιγμή που θα εισέλθουν στο χώρο του χειρουργείου μέχρι και την έξοδο τους, ώστε να προληφθούν πιθανά ανεπιθύμητα ατυχήματα. Ο έλεγχος και η καταγραφή των 19 βημάτων της λίστας κατά την είσοδο, παραμονή και έξοδο του ασθενή από την χειρουργική αίθουσα συνέβαλε στη μείωση των αναίτιων θανάτων και επιπλοκών από τις χειρουργικές επεμβάσεις. Επομένως, η χρήση της Λίστας Ελέγχου συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο χειρουργείο.

Αυτή η μελέτη επεδίωκε να περιγράψει, να αξιολογήσει και να αποδείξει αν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην χρήση της Λίστας Ελέγχου και τη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Στην παρούσα έρευνα έγινε αναφορά σε πολυάριθμα ευρήματα όσον αφορά την κουλτούρα ασφάλειας στο χειρουργείο. Το σημαντικότερο εύρημα σε αυτή την εργασία ήταν η απόδειξη πως υπάρχει σχέση ανάμεσα στην εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου και τη μείωση των μετεγχειρητικών

επιπλοκών. Στις 155 χειρουργικές επεμβάσεις που εφαρμόστηκε η λίστα δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές, ενώ στις 157 που η λίστα δεν εφαρμόστηκε πλήρως σημειώθηκαν 7 μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Επίσης, η υιοθέτηση της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις βρίσκεται στα αρχικά της στάδια από τη θεσμοθετημένη εισαγωγή της στα νοσοκομεία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Ωστόσο, το προσωπικό του χειρουργείου, εξέφρασε θετική στάση ως προς την χρήση της και θεώρησε την εφαρμογή της ως απαραίτητο στάδιο για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών. Στις χειρουργικές επεμβάσεις που εφαρμόστηκε η Λίστα Ελέγχου κάθε μέλος της ομάδας είχε ξεχωριστές αρμοδιότητες και αυτό οδήγησε στην ομαλή εξέλιξη του χειρουργείου. Αξίζει να σημειωθεί ότι η συνολική διάρκεια των επεμβάσεων που εφαρμόστηκε η Λίστα Ελέγχου ήταν συγκριτικά μικρότερη από αυτή των επεμβάσεων που δεν εφαρμόστηκε.

Οι μελλοντικές έρευνες και μελέτες αναφορικά με τη Λίστα Ελέγχου θα πρέπει να προσανατολιστούν στην εκτίμηση και τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών. Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι οι χειρουργικές επεμβάσεις είναι συνήθως πολύπλοκες και επιρρεπείς σε λάθη, η βελτίωση των τεχνικών δεξιοτήτων θα πρέπει να θεωρείται εξίσου σημαντική με τη βελτίωση των μη τεχνικών δεξιοτήτων, προκειμένου να υπάρξουν θετικά αποτελέσματα. Επιπλέον, οι μελλοντικές έρευνες μπορούν να ασχοληθούν με το βαθμό που η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού ως προς την χρήση της Λίστας Ελέγχου συμβάλει στη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών στο χειρουργείο. Η Λίστα Ελέγχου προσφέρει ευκολία στην αποφυγή ανεπιθύμητων σφαλμάτων κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και αυτό συμβάλει στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης επιπλοκών.

Τέλος, η μελλοντική έρευνα σχετικά με το αν η χρήση της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2008) σχετίζεται με τη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών και τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών σε Ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο θα πρέπει να περιλαμβάνει μία μεγαλύτερης κλίμακας μελέτη, ώστε τα ευρήματα της να παρέχουν μία πιο ακριβή εικόνα αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της λίστας.

Το πόρισμα αυτής της μελέτης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ανάπτυξη παρεμβάσεων στον τομέα της ασφάλειας στον χώρο του χειρουργείου.

Γ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abel-Smith, B., Mossialos, E., Figueras, J., McKee, M., & Holland, W. (1995). *Choices in Health Policy: An agenda for the European Union*. Aldershot: Dartmouth Press.
2. Abel-Smith, B., Calltorp, J., Dixon, M., Dunning, A., Eva, R., Holland, W., & Mossialos, E. (1994). Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα: Φαρμέτρικα και Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
3. Abbott, T., E., F., Ahmad, T., Phull, M., K., Fowler, A., J., Hewson, R., Biccadd, B., M., Chew, M., S., Gillies, M. and Pearse, R., M. (2018). The surgical safety checklist and patient outcomes after surgery: a prospective observational cohort study, systematic review and meta-analysis. *British Journal of Anaesthesia*, 120(1), pp. 146-155.
4. Αδαμαντίδου, Τ. (2004). Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας*, pp. 29-31.
5. Agency for Healthcare Research and Quality. (2011). National healthcare quality report (09-0001). URL: <http://www.ahrq.gov/legacy/qual/nhqr10/nhqr10.pdf> [Πρόσβαση 13 Απριλίου 2018].
6. Agency for Healthcare Research and Quality. (2015). National Healthcare Quality and Disparities Report: Chartbook on patient safety. URL: <https://archive.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/2014chartbooks/index.html> [Πρόσβαση 13 Απριλίου 2018].
7. Αλεξιάδης, Α. & Σιγάλας, Ι. (1999). Υπηρεσίες υγείας – νοσοκομείου. Ιδιοτυπίες και προκλήσεις (διοίκηση υπηρεσιών υγείας – νοσοκομείων / εμπειρίες, τάσεις και προοπτικές). Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 4, pp. 31, 39-43.
8. Allard, J., Bleakley, A., Hobbs, A., Coombes, L. (2011). Pre-surgery briefings and safety climate in the operating theatre. *BMJ Quality & Safety*, 20(8), pp. 711-717.
9. Allegranzi, B., Nejad, SB., Castillejos, GG., Kilpatrick, C., Kelley, E., Mathai, E., Pittet, D. (2011). Report on the Burden of endemic health care-associated infection worldwide. WHO 2011.
URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf [Πρόσβαση 15 Απριλίου 2018].

10. Allegranzi, B., Nejad, SB., Combescure, C., Graafmans, W., Attar, H., Donaldson, L., Pittet, D. (2011). Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 377(9761), pp. 228- 241.
11. Alnaib, M., Al Samaraee, A., Bhattacharya, V. (2012). The WHO surgical safety checklist. *Journal of Perioperative Practice*, 22, pp. 289-292.
12. Askarian, M., Kouchak, F., Palenik, J. (2011). Effect Of Surgical Safety Checklist n postoperative Morbidity and Mortality Rates, Shiraz, Faghihy Hospital, a 1- Year Study. *Quality Management Health Care*, 4(20), pp. 293-297.
13. Baker, GR., Norton, PG., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., Etchells, E., Ghali, WA., Hebert, P., Majumdar, SR., O'Beirne, M., Palacios-Derflingher, L., Reid, RJ., Sheps, S., Tamblyn, R. (2004). The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ*, 170(11), pp. 1678-1686.
14. Barnett, D. & Kemp, N. (1994) *The A-Z of applied quality*, London, Chapman & Hall.
15. Bergs, J., Hellings, J., Cleemput, I., Zurel, Ö., De Troyer, V., Van Hiel, M., Vandijck, D. (2014). Systematic review and meta-analysis of the effect of the World Health Organization surgical safety checklist on postoperative complications. *British Journal of Surgery*, 101(3), pp. 150-158.
16. Beye, C. S. (2007). Preparing for electrical power system failures. *AORN Journal*, 85(4), pp. 819-822.
17. Black, N. (1990). Quality assurance of medical care, *Journal of Public Health Medicine*, 12(2), pp. 97-104.
18. Bleakley, A., Allard, J., Hobbs, A. (2012). Towards culture change in the operating theatre: embedding a complex educational intervention to improve teamwork climate. *Medical Teacher*, 34(9), pp. e635-640.
19. Bleakley, A., Boyden, J., Hobbs, A., Walsh, L., & Allard, J. (2006). Improving teamwork climate in operating theatres: The shift from multiprofessionalism to interprofessionalism. *Journal of Interprofessional Care*, 20(5), pp. 461-470.
20. Bliss, LA., Ross-Richardson, CB., Sanzari, LJ., Shapiro, DS., Lukianoff, AE., Bernstein, BA., Ellner, SJ. (2012). Thirty-Day Outcomes Support

Implementation of a Surgical Safety Checklist. *Journal of the American College of Surgeons*, 215(6), pp. 766-776.

21. Bognár, A., Barach, P., Johnson, J. K., Duncan, R. C., Birnbach, D., Woods, D., Bacha, E. A. (2008). Errors and the burden of errors: Attitudes, perceptions, and the culture of safety in pediatric cardiac surgical teams. *The Annals of Thoracic Surgery*, 85(4), pp. 1374-1381.

22. Bohmer, AB., Wappler, F., Tinschmann, T., et al. (2012). The implementation of a perioperative checklist increases patients perioperative safety and staff satisfaction. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 56, pp. 332-338.

23. Borchard, A., Schwappach, D. L. B., Barbir, A., & Bezzola, P. (2012). A systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety checklists in surgery. *Annals of Surgery*, 256(6), pp. 925-933.

24. Bosk, C. L., Dixon-Woods, M., Goeschel, C. A., & Pronovost, P. J. (2009). Reality check for checklists. *The Lancet*, 374(9688), pp. 444-445.

25. Bothner, U., Georgieff, M., Schwilk, B. (2000). Building a large scale perioperative anaesthesia outcome tracking database: methodology, implementation, and experiences from one provider within the German quality project. *BJA*, 85(2), pp. 271-280.

26. Braaf, S., Manias, E., & Riley, R. (2013). The 'time-out' procedure: An institutional ethnography of how it is conducted in actual clinical practice. *BMJ Quality and Safety*, 22(8), pp. 647-655.

27. Brennan, TA., Leape, LL., Laird, NM., Hebert, L., Localio, AR., Lawthers, AG., Newhouse, JP., Weiler, PC., Hiatt, HH. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *NEJM*, 324(6), pp. 370-376.

28. Brown, C., Hofer, T., Johal, A., Thomson, R., Nicholl, J., Franklin, BD., Lilford, RJ. (2008). An epistemology of patient safety research: a framework for study design and interpretation. Part 3. End points and measurement. *Quality & Safety in Health Care*, 17(3), pp. 170-177.

29. Calland, JF., Turrentine, FE., Guerlain, S., Bovbjerg, V., Poole, GR., Lebeau, K., et al. (2011). The surgical safety checklist: lessons learned during implementation. *The American Surgeon*, 77, pp. 1131-1137.

30. Canales, M. G. & Macario, A. (2000). Can perioperative quality be maintained in the drive for operating room efficiency? An American perspective. *Best practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 15(4), pp. 607-619.
31. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2011). Inpatient surgery. URL: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/insurg.htm> [Πρόσβαση 13 Απριλίου 2018].
32. Center for Geographic Analysis, Harvard University (2014). WHO Patient safety: Surgical Safety.
URL: https://maps.cga.harvard.edu/surgical_safety/info.html [Πρόσβαση 4 Απριλίου 2018].
33. Chauvel, A. (1994). Quality in Europe. *Total Quality Management*, 5(5), pp. 309-319.
34. Cigularov, KP., Chen, PY., Rosecrance, J. (2010). The effects of error management climate and safety communication on safety: A multi-level study. *Accidental Analysis & Prevention*, 42(5), pp. 1498-1506.
35. Connolly, PJ., Kilpatrick, M., Jaggi, JL., Church, E., Baltuch, GH. (2009). Feasibility of an operational standardized checklist for movement disorder surgery. A pilot study. *Stereotactic and Functional Neurosurgery*, 87(2), pp.94-100.
36. Conley, DM., Singer, SJ., Edmondson, L., et al. (2011). Effective surgical safety checklist implementation. *Journal of American College of Surgeons*, 212, pp. 873-879.
37. Cronin, Jr. J.J. & Taylor, S.A. (1992). Measuring service quality - A re-examination and extension. *Journal of Marketing*, 56, pp. 55-68.
38. Crosby, P. (1980). Quality is free. New York: Mentor Books.
39. Cullati, S., Le Du, S., Raë, A.-C., Micallef, M., Khabiri, E., Ourahmoune, A., . . . Chopard, P. (2013). Is the Surgical Safety Checklist successfully conducted? An observational study of social interactions in the operating rooms of a tertiary hospital. *BMJ Quality and Safety*, 22(8), pp. 639-646.
40. DeFontes, J., Surbida, S. (2004). Preoperative safety briefing project. *The Permanente Journal*, 8(2), pp. 21-27.
41. de Jager, E., Gunnarsson, R. & Ho, YH. (2018). *World Journal of Surgery*, 42, pp. 1-8.

42. de Vries, EN., Ramrattan, MA., Smorenburg, SM., Gouma, DJ., Boermeester, MA. (2008). The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality Safety Health Care*, 17(3), pp. 216-223.

43. de Vries, EN., Hollmann, MW., Smorenburg, SM., Gouma, DJ., Boermeester, MA. (2009). Development and validation of the SURgical PATient Safety System (SURPASS) checklist. *Quality Safety Health Care*, 18(2), pp. 121-126.

44. de Vries, EN., Prins, HA., Crolla, RMPH., den Outer, AJ., van Andel, G., van Helden, SH., Schlack, WS., van Putten, MA., Gouma, DJ., Dijkgraaf, MGW., Smorenburg, SM., Boermeester, MA. (2010). Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *NEJM*, 363(20), pp. 1928-1937.

45. Dixon-Woods, M. (2010). Why is patient safety so hard? A selective review of ethnographic studies. *Journal of Health Services Research & Policy*, 15, pp. 11-16.

46. Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Journal American Medical Association*, 260, pp. 1743-1748.

47. Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press, Ann Arbor.

48. Δούσης, Ε. (2004). Κανονισμοί λειτουργίας χειρουργείων στην Ελλάδα. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής.

49. Eefje, N., de Vries. (2011). Prevention of Surgical Malpractice Claims by Use of a Surgical Safety Checklist. *Annals of Surgery*, 253(3), pp. 624-628.

50. Egan, M. & Sandberg, S. (2007). Auto identification technology and its impact on the patient safety in the operating room of the future. *Surgical Innovation*, 14(1).

51. Espin, S., Lingard, L., Baker, G. R., & Regehr, G. (2006). Persistence of unsafe practice in everyday work: An exploration of organizational and psychological factors constraining safety in the operating room. *Quality and Safety in Health Care*, 15(3), pp. 165-170.

52. Fasting, S., Gisvold, S. (2003). Statistical process control methods allow the analysis and improvement of anesthesia care. *Canadian Journal of Anesthesia*, 50(8), pp. 767-774.

53. Fecho, K., Lunney, A. T., Boysen, P. G., Rock, P., & Norfleet, E. A. (2008). Postoperative mortality after inpatient surgery: Incidence and risk factors. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 4(4), pp. 681-688.

54. Fonseca, RM., Peniche, AC. (2009). Operation room nursing in Brazil: thirty years after the institution of perioperative nursing process. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(4), pp. 428-433.

55. Fourcade, A., Blache, J.-L., Grenier, C., Bourgain, J.-L., & Minvielle, E. (2012). Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Quality and Safety*, 21(3), pp. 191- 197.

56. Gabel, R. A. (2001). Οργάνωση και διοίκηση χειρουργείου. Αθήνα: Mediforce Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας.

57. Gagliardi, A. R., Straus, S. E., Shojania, K. G., & Urbach, D. R. (2014). Multiple interacting factors influence adherence, and outcomes associated with surgical safety checklists: A qualitative study. *PLOS One*, 9(9), e108585.

58. Garnson. (1929). An introduction to the history of medicine.

59. Garvin, D.A. (1988). Managing Quality: The strategic and competitive edge. New York: The Free Press.

60. Gawande, AA., Thomas, EJ., Zinner., MJ., Brennan., TA. (1999). The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery*, 126, pp. 66-75.

61. Gawande, A., Zinner, M. J., Studdert, D. M., & Brennan, T. A. (2003). Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery*, 133(6), pp. 614-621.

62. Gawande, A., Weiser, T. (2009). WHO Guidelines for Safe Surgery. WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland 2009.

URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf

[Πρόσβαση 15 Απριλίου 2018].

63. Gawande, A. (2010). The checklist manifesto: How to get things right. New York: Metropolitan Books.

64. Giddings, A., Williamson, C. (2007). The leadership and management of surgical teams. London: The Royal College of Surgeons of England.

65. Gilbert, F., Lumpkin, J. & Dant, R. (1992). Adaptation and customer expectations of health care options. *Journal of Health Care Management*, 12(3), pp. 46-55.
66. Gill, H. (1996). Quality in health care; Traditions, influences and future. *Directions International Journal for Quality in Health Care*, 8, pp. 341-350.
67. Gisvold, SE., Ræder, J., Jyssum, T., Andersen, L., Arnesen, C., Kvale, L., Mellin-Olsen, J. (2002). Guidelines for the practice of anesthesia in Norway. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 46(8), pp. 942-946.
68. Gisvold, SE., Fasting, S. (2011). How do we know that we are doing a good job - Can we measure the quality of our work? *Best Practice & Research: Clinical Anaesthesiology*, 25(2), pp. 109-122.
69. Gonzalez-Valentin, A., Padin-Lopez, S., & de Ramon-Garrido, E. (2005). Patient satisfaction with nursing care in a regional university hospital in southern Spain. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(1), pp. 63-72.
70. Griffiths-Turner, M. & Stevenson, R. (2005). Improving quality of service in a sterile processing and operating room setting. *Canadian Operating Room Nursing Journal*, 23(4), pp. 34.
71. Hannam, J. A., Glass, L., Kwon, J., Windsor, J., Stapelberg, F., Callaghan, K., . . . Mitchell, S. J. (2013). A prospective, observational study of the effects of implementation strategy on compliance with a surgical safety checklist. *BMJ Quality and Safety*, 22(11), pp. 940-947.
72. Harteloh, P. (2003). The meaning of quality in health care: A conceptual Analysis. *Health Care Analysis*, 11(3), pp. 259-267.
73. Hartle, A., Anderson, E., Bythell, V., Gemmell, L., Jones, H., Mclvor, D., Pattinson, A., Sim, P., Walker, I. (2012). Checking Anaesthetic Equipment. *Anaesthesia*, 67, pp. 660-668.
74. Haugen, A., S., Sjøfteland, E., Almeland, S., K., Sevdalis, N., Vonen, B., Eide, G., E., Nortvedt, M., W., Harthug, S. (2015). Effect of the World Health Organization Checklist on Patient Outcomes: A Stepped Wedge Cluster Randomized Controlled Trial, *Annals of Surgery*, 261(5), pp. 821-828.
75. Haugen, A. S., HÃ, yland, S., Thomassen, Ã. y., & Aase, K. (2015). 'It's a state of mind': A qualitative study after two years' experience with the World Health Organization's surgical safety checklist. *Cognition, Technology & Work*, 17(1), pp. 55.

76. Haugen, A. S., Softeland, E., Eide, GE., Sevdalis, N., Vincent, CA., et al. (2013). Impact of the World Health Organization's surgical safety checklist on safety culture in the operating theatre: a controlled intervention study. *British Journal of Anaesthesia*, 110(5), pp. 807-815.

77. Haugen, A., Muruges, S., Haaverstad, R., Eide, G., Softeland, E. (2013). A survey of surgical team members' perceptions of near misses and attitudes towards Time Out protocols. *BMC Surgery*, 13(1), pp. 46.

78. Haynes, AB., Weiser, TG., Berry, WR., et al. (2011). Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Quality & Safety*, 20, pp. 102-107.

79. Haynes, AB., Weiser, T., Berry, W., Lipsitz, S., Breizat, A., Dellinger, E., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P., Lapitan, M., Merry, A., Moorthy, K., Reznick, R., Taylor, B., Gawande, A. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *NEJM*, 360(5), pp. 491-499.

80. Helmreich, RL., Merritt, AC and Wilhelm, JA. (1999). The evolution of Crew Resource Management training in commercial aviation. *The International Journal of Aviation Psychology*, 9, pp. 19-32.

81. Hook, D. (1973). The Edwin Smith surgical papyrus.

82. Ikonen, T. S. & Pauniah, S. L. (2010). Leikkaustiimin tarkistuslista. *Finnanest*, 43(2).

URL: http://www.finnanest.fi/files/ikonen_leikkaustiimin.pdf [Πρόσβαση 25 Απριλίου 2018].

83. Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries,

URL: http://www.oecd.org/document/34/0,3746,en_2649_37407_37088930_1_1_1_37407,%2000 [Πρόσβαση 23 Απριλίου 2018].

84. Kable, AK., Gibberd, RW., Spigelman, AD. (2002). Adverse events in surgical patients in Australia. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care/ISQua*, 14, pp. 269-276.

85. Kawano, T., Taniwaki, M., Ogata, K., et al. (2014). Improvement of teamwork and safety climate following implementation of the WHO surgical safety checklist at a university hospital in Japan. *Journal of Anesthesia*, 28, pp. 467-470.
86. Kearns, R.J., Uppal, V., Bonner, J., et al. (2011). The introduction of a surgical safety checklist in a tertiary referral obstetric centre. *BMJ Quality in Safety*, 20, pp. 818-822.
87. Kendell, J. & Barthram, C. (1998). Revised checklist for anaesthetic machines. *Anaesthesia*, 53(9), pp. 887-890.
88. Khuri, SF., Daley, J., Henderson, W., et al. (1995). The National Veterans Administration Surgical Risk Study: risk adjustment for the comparative assessment of the quality of surgical care. *Journal of the American College of Surgeons*, 180, pp. 519-531.
89. Kohn, LT., Corrigan, JM., Donaldson, MS. (2000). *To Err is Human: Building a safer health system*. Institute of Medicine, ed. Washington, DC: National Academy Press.
90. Kwok, AC., Funk, LM., Baltaga, R., Lipsitz, SR., Merry, AF., Dziekan, G., Ciobanu, G., Berry, WR., Gawande, AA. (2013). Implementation of the World Health Organization Surgical Safety Checklist, Including Introduction of Pulse Oximetry, in a Resource-Limited Setting. *Annals of Surgery*, 257(4), pp. 633-639.
91. Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ. (2008). Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.
92. Landrigan, C. P., Parry, G. J., Bones, C. B., Hackbarth, A. D., Goldmann, D. A. & Sharek, P. J. (2010). Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *New England Journal of Medicine*, 363(22), pp. 2124-2134.
93. Leape, LL., Brennan, TA., Laird, N., Lawthers, AG., Localio, AR., Barnes, BA., Hebert, L., Newhouse, JP., Weiler, PC., Hiatt, HH. (1991). The Nature of adverse events in hospitalized patients. *NEJM*, 324(6), pp. 377-384.
94. Lee, P., Regenbogen, S., & Gawande, A. A. (2008). How many surgical procedures will Americans experience in an average lifetime? Evidence from three states. Paper presented at the Massachusetts Chapter of the American College of Surgeons 55th Annual Meeting, Boston, Massachusetts. URL: <http://www.mcacs.org/abstracts/2008/P15.cgi> [Πρόσβαση 8 Μαΐου 2018].

95. Leinonen, T., Leino-Kilpi, H., Stahlberg, M. & Lertola, K. (2001). The quality of perioperative care: development of the tool for the perceptions of patients. *Journal of advanced Nursing*, 35(2), pp.294-306.
96. Levy, S. M., Senter, C. E., Hawkins, R. B., Zhao, J. Y., Doody, K., Kao, L. S., Tsao, K. (2012). Implementing a surgical checklist: More than checking a box. *Surgery*, 152(3), pp. 331-336.
97. Λιαχοπούλου, Α. (2011). Τύποι σφαλμάτων στην χειρουργική αίθουσα και η συχνότητα τους. Διδακτορική Διπλωματική Εργασία Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής.
98. Lillrank, P. (2015). Small and big quality in health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance* , 28(4), pp. 356-366.
99. Lim, P.C., & Tang, N.K. (2000). A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 13(6-7), pp. 290-299.
100. Lingard, L., Regehr, G., Orser, B., et al. (2008). Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologists to reduce failures in communication. *Archives of Surgery*, 143, pp. 12-18.
101. Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker, G. R., Reznick, R., Grober, E. (2004). Communication failures in the operating room: An observational classification of recurrent types and effects. *Quality and Safety in Health Care*, 13(5), pp. 330-334.
102. Lingard, L., Espin, S., Rubin, B., Whyte, S., Colmenares, M., Baker, G., Doran, D., Grober, E., Orser, B., Bohnen, J., Reznick, R. (2005). Getting teams to talk: development and pilot implementation of a checklist to promote interprofessional communication in the OR. *Quality for Safety in Health Care*, 14, pp. 340-346.
103. Lingard, L., Regehr, G., Cartmill, C., Orser, B., Espin, S., Bohnen, J., Reznick, R., Baker, R., Rotstein, L., Doran, D. (2011). Evaluation of a preoperative team briefing: a new communication routine results in improved clinical practice. *BMJ Quality in Safety*, 20(6), pp. 475-482.
104. Low, D., Walker, I., Heitmiller, E. S., & Kurth, D. (2012). Implementing checklists in the operating room. *Pediatric Anesthesia*, 22(10), pp. 1025-1031.

105. Lubbeke, A., Hovaguimian, F., Wickboldt, N., Barea, C., Clergue, F., Hoffmeyer, P., Walder, B. (2013). Effectiveness of the surgical safety checklist in a high standard care environment. *Medical Care*, 51(5), pp. 425-429.
106. Lumby, J., & England, K. (2000). Patient satisfaction with nursing care in a colorectal surgical population. *International Journal of Nursing Practice*, 6(3), pp. 140-145.
107. Lyons, MK. (2010). Eight-year experience with a neurosurgical checklist. *American Journal for Medical Quality*, 25(4), pp. 285-288.
108. Lyons, V. E., & Popejoy, L. L. (2014). Meta-analysis of surgical safety checklist effects on teamwork, communication, morbidity, mortality, and safety. *Western Journal of Nursing Research*, 36(2), pp. 245-261.
109. Lyons, V. E., & Popejoy, L. L. (2017). Time-out and checklists: A survey of rural and urban operating room personnel. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(1), pp. 3-10.
110. Macario, A. (2006). Are your hospital operating rooms “efficient”? A scoring system of 8 performance indicators. *Anesthesiology*, 1005(2), pp. 237-240.
111. Makary, M., Sexton, J., Freischlag, J., Holzmueller, C., Millman, E., Rowen, L., Pronovost, P. (2006). Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *Journal of the American College of Surgeons*, 202, pp. 746-752.
112. Mangram, AJ., Horan, TC., Pearson, ML., Silver, LC., Jarvis, WR. (1999). Guideline for prevention of surgical site infection. *American Journal of Infection Control*, 27(2), pp. 97-134.
113. Marjoua, Y., Bozic, KJ. (2012). Brief history of quality movement in US healthcare. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*, 5(4), pp. 265-273.
114. Maryam Baradaran Binazir, Mahasti Alizadeh, Parisa Nikasa, Ramin Azhough, Reza Movassaghi (2012). The Effect of a Modified World Health Organization Surgical Safety Checklist on Postoperative Complications in a Tertiary Hospital in Iran, 2012. *European Journal of General Medicine*, 13(1), pp. 21–27.
115. Mayer, EK., Sevdalis, N., Rout, S., et al. (2016). Surgical Checklist Implementation Project: the impact of variable WHO Checklist compliance on risk-adjusted clinical outcomes after national implementation: a longitudinal study. *Annals of Surgery*, 263, pp. 58-63.

116. Mazzocco, K., Petitti, DB., Fong, KT., et al. (2009). Surgical team behaviors and patient outcomes. *American Journal of Surgery*, 197, pp. 678-685.
117. McCleary, D. (1977). Joint Commission on accreditation of hospitals - Twenty five years of promoting improved health care services. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 34, pp. 951-954.
118. McLaughlin, M. M. (2012). A model to evaluate efficiency in operating room progress, A dissertation in the University of Michigan.
119. Mendes, W., Martins, M., Rozenfeld, S., & Travassos, C. (2009). The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(4), pp. 279-284.
120. Mellin-Olsen, J., Staender, S., Whitaker, DK., Smith, AF. (2010). The Helsinki declaration on patient safety in Anaesthesiology. *European Journal of Anaesthesiology*, 27(7), pp. 592-597.
121. Mills, DH. (1978). Medical Insurance Feasibility Study - A technical summary. *The Western Journal of Medicine*, 128(4), pp. 360-365.
122. Minear, M. & Sutherland, J. (2003). Medical Informatics - A catalyst for operating room transformation. *Seminars in laparoscopic surgery*, 10(2), pp. 71-78.
123. Morgan, L., Pickering, S. P., Hadi, M., Robertson, E., New, S., Griffin, D., McCulloch, P. (2015). A combined teamwork training and work standardisation intervention in operating theatres: Controlled interrupted time series study. *BMJ Quality and Safety*, 24(2), pp. 111-119.
124. Morgan, P. J., Cunningham, L., Mitra, S., Wong, N., Wu, W., Noguera, V., Semple, J. (2013). Surgical safety checklist: Implementation in an ambulatory surgical facility. *Canadian Journal of Anesthesia*, 60(6), pp. 528-538.
125. Mosialos, H. (1991). The economic behavior of the hospital. *Iatriko Vima*, 1, pp. 63-78.
126. Nelson, A. (1996). Measuring performance and improving quality. Sterling Publications.
127. OECD, Indicators for Patient Safety. (2007). Indicators for patient safety at the health systems level in OECD Countries.
128. Οικονομοπούλου, Χ. (2005). Η ποιότητα των υπηρεσιών στο σύστημα υγείας, Τιμητικός Τόμος Μαρίας Νεγρεπόντη - Δελιβάνη, Τμήμα

οικονομικών και κοινωνικών επιστημών, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, (4), pp. 605-625.

129. Παπακωστίδη, Α. & Τσουκαλάς, Ν. (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της, 29(4), pp. 480-488.

130. Παπανικολάου, Β. & Σιγάλας, Ι. (1995). Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας, Πρακτικά Συνεδρίου, Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας, Θεσσαλονίκη.

131. Παπανικολάου, Β. (2007). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αρχές - μέθοδοι και εφαρμογές. Εκδόσεις, Παπαζήση, pp. 121-125.

132. Parahoo, K. (2006). Nursing Research: Principles, Process and Issues. 2nd edition. New York, USA: Palgrave Macmillian.

133. Paranaguá, TT., Bezerra, AL., Silva, AE., Azevedo, Filho, FM. (2013). Prevalence of no harm incidents and adverse events in a surgical clinic. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(3), pp. 256-262.

134. Πασκαλής, Χ. (2013). Ποιότητα και ασφάλεια - Η ασφάλεια των ασθενών.

135. Πετράκη, Σ. (2008). Ποιότητα υπηρεσιών υγείας, προσδοκίες και ικανοποίηση ασθενών από μια ιδιωτική κλινική στο Ηράκλειο Κρήτης, Μεταπτυχιακή εργασία, Τμήμα Ιατρικής - Πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών: Δημόσια Υγεία & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Κρήτης.

136. Pfeffer, J. (1994). Competitive advantage through people. Harvard Business School Press, Boston, MA.

137. Porter, A. J., Narimasu, J. Y., Mulroy, M. F., & Koehler, R. P. (2014). Sustainable, effective implementation of a surgical preprocedural checklist: An "attestation" format for all operating team members. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 40(1), pp. 3-9.

138. Powell, T.C. (1995). Total Quality Management as competitive advantage: A review and empirical study. *Strategic Management Journal*, 20(3), pp. 15- 27.

139. Pronovost, PJ. & Freischlag, JA. (2010). Improving teamwork to reduce surgical mortality. *JAMA*. 304, pp. 1721-1722.

140. Pronovost, PJ., Needham, D., Berenholtz, S., Sinopoli, D., Chu, H., Cosgrove, S., Sexton, B., Hyzy, R., Welsh, R., Roth, G., Bander, J., Kepros, J.,

Goeschel, C. (2006). An Intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *NEJM*, 355(26), pp. 2725-2732.

141. Ραφτόπουλος, Β. (2009). Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας: οργάνωση και διοίκηση υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Εκδόσεις, ιδίου, Λευκωσία.

142. Ραφτόπουλος, Β. & Οικονομοπούλου, Χ. (2003). Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. *Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας*, 48(2), pp. 84-94.

143. Ραφτόπουλος, Β. (2007). Ωφελείν ή μη Βλάπτειν: Ασφαλή περιβάλλοντα εργασίας και ποιότητα φροντίδας. *Νοσηλευτική*, 46(2), pp. 167-168. URL: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_el.htm. [Πρόσβαση 28 Μαΐου 2018].

144. Redman, T., Snape, E. & Wilkinson, A. (1995). Is quality management working in the UK? *Journal of General Management*, 20(3), pp. 44-59.

145. Reed, K., & May, R. (2011). HealthGrades patient safety in American hospitals study. URL: <http://hg-article-center.s3-website-us-east-1.amazonaws.com/8b/76/afc5e3164c2ca8d8ed2ace1a7cd0/HealthGradesPatientSafetyInAmericanHospitalsStudy2011.pdf> [Πρόσβαση 16 Μαΐου 2018].

146. Ρίκος, Ν. (2015). Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 14(4), pp. 247-252.

147. Rogers, S. O., Jr., Gawande, A. A., Kwaan, M., Puopolo, A. L., Yoon, C., Brennan, T. A., & Studdert, D. M. (2006). Analysis of surgical errors in closed malpractice claims at 4 liability insurers. *Surgery*, 140(1), pp. 25-33.

148. Russ, S.J., Sevdalis, N., Moorthy, K., et al. (2015). A qualitative evaluation of the barriers and facilitators toward implementation of the WHO surgical safety checklist across hospitals in England. *Annals of Surgery*, 261, pp. 81-91.

149. Russ, S.J., Rout, S., Sevdalis, N., et al. (2013). Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review. *Annals of Surgery*, 258(6), pp. 856-871.

150. Rydenfalt, C., Ek, A., & Larsson, P. A. (2014). Safety checklist compliance and a false sense of safety: New directions for research. *BMJ Quality & Safety*, 23(3), pp. 183-186.

151. Safeek, YM. (2010). Protocols, prompters, bundles, checklists, and triggers: synopsis of a preventable mortality reduction strategy. *Healthcare Finance Management*, 64(8), pp. 70-75.
152. Sarah Whyte, LL., Sherry Espin, G., Baker, R., Bohnen, J., Orser Beverley, A., Doran, D., Reznick, R., Regehr, G. (2008). Paradoxical effects of interprofessional briefings on OR team performance. *Cognition Technology & Work*, 10, pp. 287-294.
153. Σαραφίδης, Π. & Σταφυλάς, Π. (2006). Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, πριν και μετά το Νόμο 2889/01. Επιθεώρηση Υγείας, pp. 27-30.
154. Saturno, P. J., Soria-Aledo, V., Da Silva Gama, Z. A., Lorca-Parra, F., & Grau-Polan, M. (2014). Understanding WHO Surgical Checklist implementation: Tricks and pitfalls. An observational study. *World Journal of Surgery*, 38(2), pp. 287-295.
155. SCCM | Understanding the Evolution of Our National Healthcare Quality Improvement Process.URL: http://www.sccm.org/Communications/Critical-58_Connections/Archives/Pages/Understanding-the-Evolution-of-OurNational-Healthcare-Quality-Improvement-Process.aspx [Πρόσβαση 2 Μαΐου 2018].
156. Sendlhofer, G., Mosbacher, N., Karina, L., Kober, B., Jantscher, L., Berghold, A., Kamolz, L. P. (2015). Implementation of a surgical safety checklist: Interventions to optimize the process and hints to increase compliance. *PLOS one*, 10(2), e0116926.
157. Sentinel Event Alert (2001). A follow-up review of wrong site surgery, 24, pp. 3. URL: www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_24.pdf. [Πρόσβαση 19 Απριλίου 2018].
158. Sewell, M., Adebibe, M., Jayakumar, P., et al. (2011). Use of the WHO surgical safety checklist in trauma and orthopaedic patients. *International Orthopaedics*, 35, pp. 897-901.
159. Sexton, J., Helmreich, R., Neilands, T., et al. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6, pp. 44.
160. Sexton, J. B., Makary, M. A., Tersigni, A. R., Pryor, D., Hendrich, A., Thomas, E. J., Pronovost, P. (2006). Teamwork in the operating room. *Anesthesiology*, 105(5), pp. 877-884.

161. Sheena, Y., Fishman, J. M., Nortcliff, C., Mawby, T., Jefferis, A. F., & Bleach, N. R. (2012). Achieving flying colours in surgical safety: Audit of World Health Organization 'Surgical Safety Checklist' compliance. *Journal of Laryngology and Otology*, 126(10), pp. 1049-1055.
162. Sheingold, BH., Hahn, JA. (2014). The history of healthcare quality: The first 100 years 1860-1960. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 1, pp. 18-22.
163. Σιγάλας, Ι. (1998). Η Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Quality Forum: Αθήνα, pp. 55-58.
164. Smith, F. (1982). Florence Nightingale: Reputation with power, Pub St. Martin Press.
165. Sparks, E. A., Wehbe-Janeck, H., Johnson, R. L., Smythe, W. R., & Papaconstantinou, H. T. (2013). Surgical safety checklist compliance: A job done poorly. *Journal of the American College of Surgeons*, 217(5), pp. 867-867.
166. Sutcliffe, KM., Lewton, E., Rosenthal, MM. (2004). Communication Failures: An insidious contributor to medical mishaps. *Academic Medicine*, 79(2), pp. 186-194.
167. ΣΥΔΝΟΧ. (2009). Εγχειρίδιο εφαρμογής της λίστας ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις.
URL: http://www.sydnox.gr/articlefiles/downloads/asfali_xeiroyrgiki.pdf [Πρόσβαση 15 Ιανουαρίου 2018].
168. Tang, R., Ranmuthugala, G., Cunningham, F. (2014). Surgical safety checklists: a review. *ANZ Journal of Surgery*, 84(3), pp. 148-154.
169. Theodorakioglou, Y. & Tsiotras, G. (2000). The need for the introduction of quality management into the Greek healthcare. *Total Quality Management*, 11(8), pp. 1153-1165.
170. Thomas, EJ., Studdert, DM., Newhouse, JP., Zbar, BIW., Howard, KM., Williams, EJ., Brennan, TA. (1999). Costs of medical injuries in Utah and Colorado. *Inquiry*, 36(3), pp. 9.
171. Thomassen, O., Storesund, A., Sjøfteland, E., Brattebø, G. (2014). The effects of safety checklists in medicine: a systematic review. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 58(1), pp. 5-18.

172. Thomassen, O., Brattebo, G., Heltne, J-K., Softeland, E., Espeland, A. (2010). Checklists in the operating room: Help or hurdle? A qualitative study on health workers' experiences. *BMC Health in Service Research*, 10(1), pp. 342.
173. Tillman, M., Wehbe-Janek, H., Hodges, B., Smythe, WR., Papaconstantinou, HT. (2013). Surgical care improvement project and surgical site infections: can integration in the surgical safety checklist improve quality performance and clinical outcomes? *Journal of Surgical Research*, 184(1), pp. 150-156.
174. Timmel, J., Kent, PS., Holzmueller, CG., Paine, L., Schulick, RD., Pronovost, PJ. (2010). Impact of the Comprehensive Unit-based Safety Program (CUSP) on safety culture in a surgical inpatient unit. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(6), pp. 252-260.
175. Τούντας, Γ. (2003). Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και στις υπηρεσίες υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας*, 20(5), pp. 532-546.
176. Truran, P., Critchley, R. J., & Gilliam, A. (2011). Does using the WHO surgical checklist improve compliance to venous thromboembolism prophylaxis guidelines? *Surgeon*, 9(6), pp. 309-311.
177. Τσιότρας, Γ. (1995). Βελτίωση Ποιότητας. Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.
178. Van Donk, P.D. & Sanders, G. (1993). Organizational culture as a missing link in quality management. *International Journal of Quality and Reliability Management*, 10(5), pp. 5-15.
179. van Klei, W. A., Hoff, R. G., Van Aarnhem, E. E. H. L., Simmermacher, R. K. J., Regli, L. P. E., Kappen, T. H., Peelen, L. M. (2012). Effects of the introduction of the WHO "surgical safety checklist" on in-hospital mortality: A cohort study. *Annals of Surgery*, 255(1), pp. 44-49.
180. Vats, A., Vincent, C. A., Nagpal, K., Davies, R. W., Darzi, A., & Moorthy, K. (2010). Practical challenges of introducing WHO surgical checklist: UK pilot experience. *BMJ*, 340, pp. b5433-b5433.
181. Vogts, N., Hannam, J. A., Merry, A. F., & Mitchell, S. J. (2011). Compliance and quality in administration of a surgical safety checklist in a tertiary New Zealand hospital. *Journal of the New Zealand Medical Association*, 124(1342).

182. Walker, I. A., Reshamwalla, S., & Wilson, I. H. (2012). Surgical safety checklists: Do they improve outcomes? *British Journal of Anaesthesia*, 109(1), pp. 47-54.
183. Warnock, GL. (2010). Of surgeons and safety checklists. *Canadian Journal of Surgery*, 53, pp. 364-366.
184. W-Dahl, A., Robertsson, O., Stefánsdóttir, A., Gustafson, P., & Lidgren, L. (2011). Timing of preoperative antibiotics for knee arthroplasties: Improving the routines in Sweden. *Patient Safety in Surgery*, 5(1), pp. 22-22.
185. Weerakkody, RA., Cheshire, NJ., Riga, C., Lear, R., Hamady, MS., Moorthy, K., Darzi, AW., Vincent, C., Bicknell, CD. (2013). Surgical technology and operating room safety failures: A systematic review of quantitative studies. *BMJ Quality & Safety*, 22(9), pp. 710-718.
186. Weiser, TG., Semel, ME., Simon, AE., Lipsitz, SR., Haynes, AB., Funk, LM., Berry, WR., and Gawande, AA. (2011). Inhospital death following inpatient surgical procedures in the United States, 1996-2006. *World Journal of Surgery*, 35, pp. 1950-1956.
187. Weiser, TG., Haynes, AB., Dziekan, G., Berry, WR., Lipsitz, SR., Gawande, AA. (2010). Effect of a 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population. *Annals of Surgery*, 251(5), pp. 976-980.
188. Weiser, TG., Haynes, AB., Lashoher, A., Dziekan, G., Boorman, DJ., Berry, WR., Gawande, AA. (2010). Perspectives in quality: designing the WHO Surgical Safety Checklist. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(5), pp. 365-370.
189. Weiser, TG., Makary, MA., Haynes, AB., Dziekan, G., Berry, WR., Gawande, AA. (2009). Standardised metrics for global surgical surveillance. *Lancet*, 374(9695), pp. 1113-1117.
190. Weiser, TG., Regenbogen, SE., Thompson, KD., Haynes, AB., Lipsitz, SR., Berry, WR., and Gawande, AA. (2008). An estimation of the global volume of surgery: a modeling strategy based on available data. *Lancet*, 372, pp. 139-144.
191. Whitaker, DK., Brattebø, G., Smith, AF., Staender, SEA. (2011). The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology: Putting words into practice. *Best Practice & Research: Clinical Anaesthesiology*, 25(2), pp. 277-290.

192. WHO. (1993). Continuous quality development: A proposal national policy. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
193. WHO. (2008). Safe Surgery Saves Lives. URL: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/launch/en/>
194. WHO. (2002). Quality of care: patient safety. URL: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/ewha5518.pdf [Πρόσβαση 8 Μαΐου 2018].
195. WHO. (2004). First do no harm. URL: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/> [Πρόσβαση 3 Απριλίου 2018].
196. WHO, Safety Surgery Saves Lives. (2007). The second global patient Safety Challenge, First international consultation meeting WHO Headquarters, Geneva.
197. WHO, World Health Organization patient safety. (2014). Safe Surgery Saves Lives Frequently Asked Questions. URL: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/faq_introduction/en/ [Πρόσβαση 2 Απριλίου 2018].
198. WHO. (2007). Meeting Summary. First Consultation Safe Surgery Saves Lives. URL: http://www.who.int/patientsafety/events/07/safer_surgery_summary_notes.pdf [Πρόσβαση 2 Απριλίου 2018].
199. Whyte, S., Lingard, L., Espin, S., Baker, GR., Bohnen, J., Orser, B., Doran, D., Reznick, R., Regehr, G. (2008). Paradoxical effects of interprofessional briefings on OR team performance. *Cognition Technology & Work*, 10(4), pp. 287-294.
200. Wolf, F. A., Way, L. W., & Stewart, L. (2010). The efficacy of medical team training: Improved team performance and decreased operating room delays. *Annals of Surgery*, 252(3), pp. 477-485.
201. Woodhead, K., Wicker, P. (2007). Περιεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα. Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα.
202. Wright, R., Roche, A. & Khoury, A. (2010). Improving on-time surgical starts in an operating room. *Canadian Journal of Surgery*, 53(3), pp. 167-170.
203. Zingiryan, A., Paruch, JL., Osler, TM., Hyman, NH. (2017). Implementation of the surgical safety checklist at a tertiary academic center:

Impact on safety culture and patient outcomes. *The American Journal of Surgery*, 214(2), pp. 193-197.

Δ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Εικόνα 1. Λίστα Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

 Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας			ΛΙΣΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ (ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΟΣΗ)		
Πριν από την εισαγωγή στην αναισθησία		Πριν από την χειρουργική τομή στο δέρμα	Πριν από την έξοδο του ασθενή από τη χειρουργική αίθουσα		
ΕΙΣΟΔΟΣ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ		TIME OUT*	ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ		
☐ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ • ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ • ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ • ΕΙΔΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ • ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ		☐ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΑΤΕ ΟΤΙ ΚΑΘΕ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΓΝΩΡΙΖΕΙ ΤΑ ΟΝΟΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΩΝ ΥΠΟΛΟΙΠΩΝ	☐ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΕΙ ΠΡΟΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ:		
☐ ΣΗΜΑΝΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ / ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ		☐ Ο ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ, Ο ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ ΚΑΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΟΥΝ ΠΡΟΦΟΡΙΚΑ • ΤΟ ΟΝΟΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ • ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ • ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ	☐ ΤΟ ΟΝΟΜΑ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ ΠΟΥ ΘΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΕΙ		
☐ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΛΕΓΧΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ		ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ	☐ ΟΤΙ ΟΙ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ, ΤΩΝ ΓΑΖΩΝ / ΚΟΜΠΡΕΣΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΒΕΛΟΝΩΝ ΕΙΝΑΙ ΣΩΣΤΕΣ (Ή ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΟΥΝΤΑΙ)		
☐ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΠΑΛΜΙΚΟΥ ΟΞΥΜΕΤΡΟΥ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ		☐ Ο ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΕΙ: ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ Ή ΑΠΡΟΒΛΕΠΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ, Η ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ, Η ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΗ Ή ΟΧΙ ΑΠΩΛΕΙΑ ΑΙΜΑΤΟΣ;	☐ ΠΩΣ ΕΧΕΙ ΣΗΜΑΝΘΕΙ ΤΟ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑ (ΜΕ ΤΟ ΟΝΟΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ)		
ΕΧΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ:		☐ Η ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΙ: ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ;	☐ ΑΝ ΠΡΟΕΚΥΨΑΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟ ΠΟΥ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΟΥΝ		
ΓΝΩΣΤΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ		☐ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΑΝΑΦΕΡΕΙ: ΕΧΕΙ ΓΙΝΕΙ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ ΚΑΙ ΕΙΝΑΙ ΣΩΣΤΕΣ ΟΙ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ; ΜΗΠΩΣ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΛΛΙΠΗΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ Ή ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΜΕ ΑΥΤΟΝ;	☐ Ο ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ, Ο ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ ΚΑΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΥΝΟΨΙΖΟΥΝ ΤΙΣ ΚΥΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΝΗΨΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.		
ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΔΥΣΚΟΛΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΕΡΑΓΩΓΟΥ / ΕΙΣΡΟΦΗΣΗΣ; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ, ΚΑΙ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ / ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΕ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ		ΕΧΕΙ ΧΟΡΗΓΗΘΕΙ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΗ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΜΕΣΑ ΣΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ 60 ΛΕΠΤΑ; ☐ ΝΑΙ ☐ ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ			
ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΑΙΜΑΤΟΣ >500ML (7ML/KG ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ); ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ, ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΦΛΕΒΙΚΗ ΓΡΑΜΜΗ ΚΑΙ ΤΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΥΓΡΑ		ΕΧΟΥΝ ΑΝΑΡΤΗΘΕΙ ΟΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ; ☐ ΝΑΙ ☐ ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΟΥΝΤΑΙ			

Εικόνα 2. Έγκριση Συλλόγου Διπλωματούχων Νοσηλευτών Χειρουργείου.



Σύλλογος Διπλωματούχων Νοσηλευτών Χειρουργείου (ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.)
Λ. Μεσογείων 83, Αμπελόκηποι 11526, Αθήνα, Τηλ/fax : 210 7486514
Website: www.sydnnox.gr, email: info@sydnnox.gr, ιστοσελίδα περιοδικού: www.spnj.gr

Αθήνα : 10/1/2018
Αριθμ. Πρωτοκόλλου : 1297

ΘΕΜΑ: Έγκριση πραγματοποίησης ερευνητικής μελέτης στα πλαίσια μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας

Η Επιστημονική Επιτροπή Ερευνητικής Ηθικής και Δεοντολογίας ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ. εγκρίνει το ερευνητικό πρωτόκολλο που κατέθεσε ο κύριος Πολίτης Νικόλαος για την πραγματοποίηση επιστημονικής έρευνας με θέμα «Αλγόριθμος ελέγχου ασφάλειας χειρουργικού ασθενή σε Ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο», καθώς δεν δημιουργεί προβλήματα ηθικής και δεοντολογίας.

Η παραπάνω μελέτη θα πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας από τον κύριο Πολίτη Νικόλαο, μεταπτυχιακό φοιτητή στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, για την οποία θα χρησιμοποιηθεί το εγχειρίδιο «Λίστα Ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις», το οποίο έχει μεταφραστεί από τον Σύλλογο Διπλωματούχων Νοσηλευτών Χειρουργείου (ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.) μετά από σχετική άδεια που χορηγήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Η παρούσα έγκριση δίνεται για τη διεξαγωγή της έρευνας στο Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι».

Παράλληλα, ο κύριος Πολίτης Νικόλαος αναλαμβάνει την υποχρέωση, μετά την ολοκλήρωση της μελέτης του, να καταθέσει ένα αντίτυπο στον ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ., καθώς και να παρουσιάσει τα αποτελέσματά της στο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής.

Τέλος, είναι απαραίτητο να αναφέρεται σαφώς στη συγκεκριμένη μελέτη η έγκριση που ελήφθη από τον ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.

Ο Πρόεδρος της Επιτροπής,
Πρόεδρος Δ.Σ. ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.,

Ιωάννης Κουτελέκος



Με εκτίμηση,

Τα μέλη της Επιτροπής,

Αντιπρόεδρος Δ.Σ. ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.

Γ.Γραμματέας Δ.Σ. ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.,

Ελένη Κουτίνου

Ευφροσύνη Κανέλλου

Εικόνα 3. Έγκριση Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ.



ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Αθήνα 1/11/2017

Αρ. Πρωτ.: 230

Καθηγήτρια Χρ. Λεμονίδου

Καθηγητής Ι. Μαντάς

Καθηγήτρια Δ. Παπαδάτου

Επικ. Καθηγητής Α. Σταματάκης

Αναπλ. Καθηγήτρια Μ. Μητροσύλη

Θέμα: Έγκριση πραγματοποίησης ερευνητικής μελέτης με θέμα «Αλγόριθμος ελέγχου ασφάλειας χειρουργικού ασθενή σε Ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο».

Η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, εγκρίνει το συνημμένο ερευνητικό πρωτόκολλο για την πραγματοποίηση επιστημονικής έρευνας με θέμα «Αλγόριθμος ελέγχου ασφάλειας χειρουργικού ασθενή σε Ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο» καθώς και η έρευνα δεν προσκρούει σε θέματα ηθικής και δεοντολογίας.

Η ως άνω αναφερόμενη μελέτη θα πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας του μεταπτυχιακού φοιτητή Νικολάου Πολίτη, με Επιβλέποντα τον Επικ. Καθηγητή Θεόδωρο Μαριόλη Σαψάκο.

ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Καθηγήτρια Χρ. Λεμονίδου

Εικόνα 4. Σύντομο έντυπο συγκατάθεσης συμμετοχής σε έρευνα.

1837
2017
ΧΡΟΝΙΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

Σχολή Επιστημών Υγείας

Τμήμα Νοσηλευτικής

Σύντομο Έντυπο Συγκατάθεσης Συμμετοχής σε Έρευνα

Τίτλος ερευνητικής εργασίας: Αλγόριθμος ελέγχου ασφάλειας χειρουργικού ασθενή σε Ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο.

Επιστημονικός υπεύθυνος: Θεόδωρος Μαριόλης-Σαψάκος, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, email: tmariolis@nurs.uoa.gr, τηλέφωνο: 2107461483.

Ερευνητής: Νικόλαος Πολίτης, Μεταπτυχιακός Φοιτητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, email: nikolas.poliths@hotmail.com, τηλέφωνο: 6948073206.

Τι αφορά αυτή η μελέτη;

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η εκτίμηση του ρόλου της λίστας ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας τόσο στη μείωση των ανεπιθύμητων επιπλοκών στο χειρουργείο, όσο και στην ασφάλεια του χειρουργικού ασθενή στην Ελλάδα. Τα αποτελέσματα που θα προκύψουν από την εφαρμογή της λίστας ελέγχου χειρουργικής ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, σε σύγκριση με την ήδη υπάρχουσα λίστα ελέγχου του νοσοκομείου, θα συμβάλλουν στη δημιουργία στοιχείων σχετικά με την αποτελεσματικότητα της πρώτης πριν, κατά και μετά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης.

Από ποιον οργανώνεται η μελέτη;

Η μελέτη διεξάγεται στο πλαίσιο της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας, στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών με Κατεύθυνση στην Κλινική Νοσηλευτική και Ειδίκευση στην Χειρουργική Νοσηλευτική και συντονίζεται από τη Νοσηλευτική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Γιατί επιλέχθηκα να συμμετέχω;

Σας ζητήθηκε να συμμετάσχετε γιατί επιλεγήκατε σε μη τυχαίο δείγμα τουλάχιστον 300 χειρουργικών ασθενών στο συγκεκριμένο νοσοκομείο.

Γιατί είναι σημαντικό να συμμετάσχω;

Η μελέτη αυτή είναι σημαντική για τη δημόσια υγεία. Η συμμετοχή σας θα συνεισφέρει στο να διερευνηθεί και να αξιολογηθεί αν η εφαρμογή πρωτοκόλλων και κριτηρίων-δεικτών συμβάλλουν στην ποιοτική παροχή φροντίδας στον χώρο του χειρουργείου. Επίσης θα δώσει τη δυνατότητα έγκυρων δεδομένων σχετικά με την αποτελεσματικότητα της λίστας ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σε σύγκριση με τη λίστα ελέγχου που εφαρμόζεται κατά τις χειρουργικές επεμβάσεις στο συγκεκριμένο νοσοκομείο.

Είναι υποχρεωτικό να λάβω μέρος;

Η συμμετοχή στη μελέτη είναι εντελώς εθελοντική. Έχετε πάντα το δικαίωμα να αποσυρθείτε από την έρευνα ακόμα και μετά την υπογραφή σας χωρίς να δώσετε καμία εξήγηση. Η απόφασή σας να αποσυρθείτε ή η απόφασή σας να μην συμμετάσχετε στη μελέτη δεν θα έχει καμία συνέπεια για εσάς.

Η συμμετοχή μου στη μελέτη θα είναι εμπιστευτική;

Η συμμετοχή σας στην έρευνα συνεπάγεται ότι συμφωνείτε με την μελλοντική δημοσίευση των αποτελεσμάτων της, με την προϋπόθεση ότι οι πληροφορίες θα είναι ανώνυμες και δε θα αποκαλυφθούν τα ονόματα των συμμετεχόντων.

Ποιος έχει ελέγξει τη μελέτη;

Η μελέτη έχει ελεγχθεί και εγκριθεί από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών και από το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου.

Τι θα συμβεί με τα αποτελέσματα της ερευνητικής μελέτης;

Τα αποτελέσματα της μελέτης θα χρησιμοποιηθούν για το σκοπό της έρευνας και για επιστημονικούς σκοπούς και μόνο. Εάν τα αποτελέσματα χρησιμοποιηθούν στο μέλλον σε ανακοινώσεις συνεδρίων ή/και δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά, εσείς θα διατηρήσετε την ανωνυμία σας. Μετά την ολοκλήρωση της μελέτης θα μπορείτε, εάν επιθυμείτε, να ενημερωθείτε για τα αποτελέσματα της μελέτης. Εάν επιθυμείτε περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου.

Υπογραφή Συμμετέχοντος:..... Ημερομηνία:

Υπογραφή Ερευνητή:..... Ημερομηνία:

Εικόνα 5. Έγκριση επιστημονικού συμβουλίου Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Κηφισιάς «Άγιοι Ανάργυροι».


ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^η ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ
Γ.Ο.Ν.Κ. «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»
ΚΑΛΥΦΤΑΚΙ, Ν.ΚΗΦΙΣΙΑ Τ.Κ. 14564
ΠΛΗΡ.: ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
Τηλ.: 2103501515, ΦΑΞ: 2108076226

Ν. ΚΗΦΙΣΙΑ,

**ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΤΗΣ 6^{ης}/15.02.2018
ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΟΥ Δ.Σ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ Γ.Ο.Ν.Κ. «ΟΙ ΑΓ. ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»**

Σήμερα, ημέρα Πέμπτη 15.02.2018 και ώρα 14:00, συνήλθε σε τακτική συνεδρίαση, το Διοικητικό Συμβούλιο του Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι» της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής.

ΠΑΡΟΝΤΕΣ	
ΜΑΡΙΑ ΧΑΡΙΤΟΥ	ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΚΑΝΑΚΑΚΗΣ	ΜΕΛΟΣ
ΜΑΡΙΑ ΒΛΑΧΑΒΑ	ΜΕΛΟΣ
ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΣ	ΜΕΛΟΣ
ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΜΗΤΤΑΣ	ΜΕΛΟΣ

23^ο ΘΕΜΑ: Έγκριση διεξαγωγής έρευνας με θέμα «Αλγόριθμος ελέγχου ασφαλείας χειρουργικού ασθενή σε Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο» (με αρ. πρωτ.: 55/22.01.2018)

Τίθεται υπόψη του ΔΣ η υπ' αρ. 2561/12.02.2018 εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου οποία έχει ως εξής:

Στην 30/5-2-2018, Τακτική Συνεδρίαση του Ε.Σ., το οποίο αναδείχτηκε εκ των αρχαιρεσιών της 23^{ης} Φεβρουαρίου του 2017, συγκροτήθηκε με την υπ' αριθ. πρωτοκόλλου 4255/15-3-17 Απόφαση Διοικήτριας και έχει διετηθήσει, με παρόντες τους κ.κ.:

ΣΑΜΑΝΤΑ ΕΠΑΜΕΙΝΩΝΔΑ, ΠΡΟΕΔΡΟ, Συντονιστή Διευθυντή Γ' Ογκολογικής Κλινικής,
ΓΑΒΑΛΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ, Διευθύντρια Πανεπιστημιακής Μ.Ε.Θ.,
ΚΑΡΑΧΑΛΙΟ ΣΤΕΦΑΝΟ, Διευθυντή Μικροβιολογικού Τμήματος,
ΦΡΑΓΚΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ, Επιμελήτρια Α' Αιματολογικού Εργαστηρίου,
ΚΑΡΕΝΤΖΟ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑ, Διευθυντή Φαρμακευτικού Τμήματος,
ΓΡΗΓΟΡΟΠΟΥΛΟ ΠΕΤΡΟ, Επιμελητή Α', Α' Χειρουργικής Κλινικής,
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΟ, Αναπληρωτή Καθηγητή, Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ,
ΚΟΥΙΜΤΖΗ ΓΕΩΡΓΙΑ, Π.Ε. Νοσηλευτριών,
ΜΠΟΥΣΔΡΗ ΕΛΕΝΗ, Τ.Ε. Ραδιολογίας Ακτινολογίας,

Συζητήθηκε, ως θέμα Ημερήσιας Διάταξης (Ερευνητικά Πρωτόκολλα), το αίτημα με αρ. πρωτοκόλλου 55/22-1-18, του κ. Νικολάου Πολίτη, μεταπτυχιακού φοιτητή Τμήματος Νοσηλευτικής Ε.Κ.Π.Α. με θέμα: «Χορήγηση άδειας για την εκπόνηση μελέτης με θέμα: "Αλγόριθμος ελέγχου ασφαλείας χειρουργικού ασθενή σε Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο"».

Ο κ. Ν. Πολίτης αναφέρει στο έγγραφό του τα εξής:

Τι αφορά αυτή η μελέτη;

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η εκτίμηση του ρόλου της λίστας ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας τόσο στη μείωση των ανεπιθύμητων επιπλοκών στο χειρουργείο, όσο και στην ασφάλεια του χειρουργικού ασθενή στην Ελλάδα. Τα αποτελέσματα που θα προκύψουν από την εφαρμογή της λίστας ελέγχου χειρουργικής ασφαλείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, σε σύγκριση με την ήδη υπάρχουσα λίστα ελέγχου του νοσοκομείου, θα συμβάλλουν στη δημιουργία στοιχείων σχετικά με την αποτελεσματικότητα της πρώτης πριν, κατά και μετά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης. Ένας συλλέκτης δεδομένων (ο

μεταπτυχιακός φοιτητής) θα βρίσκεται στον χώρο του χειρουργείου ώστε να συμπληρώνει το έντυπο με τα 19-βήματα, ανάλογα τη φάση που βρίσκεται η χειρουργική επέμβαση.

Από ποιον οργανώνεται η μελέτη;

Η μελέτη διεξάγεται στο πλαίσιο της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας, στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών με Κατεύθυνση στην Κλινική Νοσηλευτική και Ειδίκευση στην Χειρουργική Νοσηλευτική και συντονίζεται από τη Νοσηλευτική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Γιατί είναι σημαντική η εκπόνηση της έρευνας;

Η μελέτη αυτή είναι σημαντική για τη δημόσια υγεία. Η συμμετοχή τουλάχιστον 300 χειρουργικών ασθενών θα συνεισφέρει στο να διερευνηθεί και να αξιολογηθεί αν η εφαρμογή πρωτοκόλλων και κριτηρίων-δεικτών συμβάλλουν στην ποιοτική παροχή φροντίδας στον χώρο του χειρουργείου. Επίσης θα δώσει τη δυνατότητα έγκυρων δεδομένων σχετικά με την αποτελεσματικότητα της λίστας ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σε σύγκριση με τη λίστα ελέγχου που εφαρμόζεται κατά τις χειρουργικές επεμβάσεις στο συγκεκριμένο νοσοκομείο.

Τι θα συμβεί με τα αποτελέσματα της ερευνητικής μελέτης;

Τα αποτελέσματα της μελέτης θα χρησιμοποιηθούν για το σκοπό της έρευνας και για επιστημονικούς σκοπούς και μόνο. Εάν τα αποτελέσματα χρησιμοποιηθούν στο μέλλον σε ανακοινώσεις συνεδρίων ή/και δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά, θα διατηρηθεί η ανωνυμία.

Κατατίθενται προς έγκριση:

- Η Κλινική Μελέτη με τη σχετική βιβλιογραφία και τα παραρτήματα
- Έντυπο συγκατάθεσης συμμετοχής σε έρευνα
- Συνοδευτικά της Έρευνας δικαιολογητικά

Το Ε.Σ., λαμβάνοντας υπ' όψιν το αίτημα, του κ. Νικολάου Πολίτη, και τα συνοδευτικά αυτού έγγραφα, εγκρίνει ομόφωνα το συγκεκριμένο αίτημα (αρ. πρωτοκόλλου 55/22-1-18), με όλα τα συνημμένα παραστατικά, και εισηγείται θετικά στο Δ.Σ. για την τελική έγκριση.

Το Διοικητικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη του τα ανωτέρω, μετά από διαλογική συζήτηση ΟΜΟΦΩΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ

A. Εγκρίνει το αίτημα με αριθμό πρωτοκόλλου 55/22.01.2018 διενέργειας έρευνας του κ. Νικολάου Πολίτη, μεταπτυχιακού φοιτητή Τμήματος Νοσηλευτικής Ε.Κ.Π.Α., με τίτλο «Αλγόριθμος ελέγχου ασφαλείας χειρουργικού ασθενή σε Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο», στο πλαίσιο εκπόνησης μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας.

B. Η ένταξη των ασθενών σε κλινική μελέτη θα γίνεται πάντα σε γνώση του θεράποντα ιατρού.

Γ. Από τη διενέργεια κλινικής μελέτης δεν θα προκαλούνται επιπλέον δαπάνες για το Νοσοκομείο και το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Το παρόν επικυρώνεται προς άμεση διεκπεραίωση.

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΔΣ

ΜΑΡΙΑ ΧΑΡΙΤΟΥ

Ε. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΠΟΛΙΤΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η Λίστα Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας εφαρμόζεται σε χειρουργικές επεμβάσεις παγκοσμίως, σε μία προσπάθεια να μειωθούν οι ανεπιθύμητες μετεγχειρητικές επιπλοκές. Η εφαρμογή του συγκεκριμένου εργαλείου βελτιώνει το επίπεδο ασφάλειας και ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στο χειρουργείο. Ακόμα, ενισχύει την κουλτούρα ασφάλειας μεταξύ του προσωπικού κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και μειώνει τη συχνότητα εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Σκοπός: Ο γενικός στόχος της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η συμβολή της Λίστας Ελέγχου ως προς την κουλτούρα ασφάλειας, τη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών και τη μετεγχειρητική πορεία των ασθενών.

Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για μία μη πειραματική συγχρονική μελέτη που αφορά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας την χρονική περίοδο πριν, κατά και μετά τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων σε

Ελληνικό δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα, για να διαπιστωθεί αν συμβάλλει στη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Η μελέτη εγκρίθηκε από το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου και την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Πραγματοποιήθηκαν 312 χειρουργικές επεμβάσεις και η Λίστα Ελέγχου εφαρμόστηκε σε 155 (49,7%). Χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στατιστικά στοιχεία και σχεδιάστηκαν πίνακες συχνότητας για τα γενικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Αποτελέσματα: Από τους 312 ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη, οι 115 (36,9%) ήταν άντρες και οι 197 (63,1%) γυναίκες. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 65-74 ετών και ακολουθούσε η ηλικιακή ομάδα 55-64 ετών. Το συνολικό ποσοστό των επιπλοκών που καταγράφηκε ήταν 7/312 (2,2%). Το ποσοστό των επιπλοκών για τις χειρουργικές επεμβάσεις που εφαρμόστηκε η Λίστα Ελέγχου ήταν 0/155 (0%), ενώ σε όσες δεν εφαρμόστηκε ήταν 7/157 (4,5%). Το συνολικό ποσοστό θνησιμότητας ήταν 1/312 (0,3%). Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ($P < 0,05$) κατά τη σύγκριση των μετεγχειρητικών επιπλοκών μεταξύ των δύο ομάδων, πριν και μετά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου.

Συμπεράσματα: Η εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου σχετίζεται με τη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών και το φαινόμενο αυτό φαίνεται να είναι μεγαλύτερο στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η χρήση της Λίστας Ελέγχου συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των χειρουργικών επεμβάσεων, με αποτέλεσμα λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές. Ακόμα, παρατηρήθηκε βελτίωση όσον αφορά το εργασιακό κλίμα, την επικοινωνία και την αποτελεσματικότητα της ομάδας.

Λέξεις κλειδιά: Λίστα Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Μετεγχειρητικές Επιπλοκές

Z. ABSTRACT

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS

FACULTY OF NURSING

POSTGRADUATE PROGRAMME

SPECIALIZATION: CLINICAL NURSING

DIRECTION: SURGICAL NURSING

SAFETY CONTROL ALGORITHM ON SURGICAL PATIENT IN A GREEK PUBLIC HOSPITAL

POLITIS NIKOLAOS

ABSTRACT

Introduction: World Health Organization's Surgical Safety Checklist is applied in surgeries worldwide in an effort to reduce adverse postoperative complications. The implementation of the Surgical Safety Checklist improves the level of safety and quality of the services provided in the operating theater. This enhances the safety culture between staff during surgery and reduces unwanted postoperative complications.

Purpose: The overall purpose of this study was to investigate the impact of the World Health Organization's Surgical Safety Checklist on the safety culture, morbidity and postoperative course of patients in a Greek public hospital. At the same time the contribution of Surgical Safety Checklist to the reduction of postoperative complications was studied.

Material and Methods: This is a non-experimental cross-sectional study on the implementation of the World Health Organization's Surgical Safety Checklist for

the period before, during and after surgery in a Greek public hospital to see if it contributes to reducing postoperative complications. The study was approved by the Scientific Committee of the participating hospital and the Ethics Committee of Nursing Department of National Kapodistrian University of Athens. 312 surgeries were performed, while the Surgical Safety Checklist was implemented in 155 (49,7%). Descriptive statistics were used and frequency tables designed for the general characteristics of the sample.

Results: Of the 312 patients who participated in the study, 115 (36,9%), were men, and 197 (63,1%) were women. The majority of participants belonged to the age group of 65-74 years, while the second largest group belonged to the age group of 55-64 years. The overall complication rate over the duration of this work was 2,2% (7/312). The complication rate for surgical procedures Surgical Safety Checklist was applied reached 0% (0/155), in contrast with procedures that were not applied, 4,5% (7/157). The overall mortality rate for the entire study period was 0,3% (1/312). Other complications such as deep vein thrombosis 0,3%, (1/312), surgical wound infection 0,6%, (2/312), unplanned surgery returns 0,3%, (1/312) were occurred. A statistically significant difference ($P < 0,05$) was found in the comparison of postoperative complications between the two groups before and after the application of the Surgical Safety Checklist at the operating room.

Conclusion: The implementation of the Surgical Safety Checklist is related to the reduction of undesirable postoperative complications and this phenomenon appears to be greater in developing countries. The implementation of the Surgical Safety Checklist contributes significantly to improving the quality and safety of surgical procedures, resulting in fewer postoperative complications. Yet, there was improvement in the working environment, team communication and efficiency of the group.

Key words: Surgical Safety Checklist, WHO, Postoperative Complications