

Η Θεραπευτική Εκπαίδευση ως Εργαλείο Προώθησης της Ασφάλειας για τους Ασθενείς με Αντιπηκτική Αγωγή από το Στόμα

Annamaria Bagnasco ¹, Forroni Paola ², Corbella Angela ³, Giuseppe Aleo ⁴, Anna Siri ⁵,
Laura Tibaldi ⁶, Katia Lentini ⁷, Loredana Sasso ⁸

1. Μεταπτυχιακό στις επιστήμες της εκπαίδευσης & Σπουδαστής PHD στη νοσηλευτική,
Καθηγήτρια με σύμβαση της εκπαίδευσης και της νοσηλευτικής

& Συντονίστρια εκπαίδευσης στο Πανεπιστήμιο της Γένοβας

2. MSc στη Νοσηλευτική, στο Πανεπιστήμιο της Γένοβας

3. MSc στη Νοσηλευτική, στο Πανεπιστήμιο της Γένοβας, Προϊσταμένη Νοσηλεύτρια

4. Μεταπτυχιακό Γλώσσας και Λογοτεχνίας, Λέκτορας των επιστημονικών αγγλικών

5. Σπουδαστής Ph.D. στην αξιολόγηση της εκπαιδευτικής διαδικασίας και των συστημάτων,
Πανεπιστήμιο της Γένοβας, Ιταλία

6. MSc στη Νοσηλευτική, στο Πανεπιστήμιο της Γένοβας, Προϊσταμένη Νοσηλεύτρια

7. Φοιτήτρια PHD στη νοσηλευτική

8. Μεταπτυχιακό στις επιστήμες εκπαίδευσης, Μεταπτυχιακό στη νοσηλευτική,

Αναπληρώτρια καθηγήτρια της νοσηλευτικής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία μας εστίασε στην κλινική επικινδυνότητα, εξετάζοντας στην επιδημιολογία των δυσμενών γεγονότων, την συστηματική προσέγγιση, τους παράγοντες κινδύνου και το μοντέλο Reason's/πρότυπο των οργανωμένων ατυχημάτων για να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης στην προώθηση της ασφάλειας των ασθενών με αντιπηκτική αγωγή από το στόμα ΑΑΣ (OAT- Oral Anticoagulation Therapy).

Σκοπός

Τη μελέτη του επιπέδου ικανοποίησης του ασθενούς στην αντιπηκτική αγωγή μέσω του στόματος ακολουθώντας σεμινάρια εκπαίδευσης των νοσηλευτών.

Υλικά και μέθοδοι

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα σχεδιάστηκε με βάση τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από την αυθόρμητη καταγραφή των γεγονότων που συσχετίστηκαν στη διοίκηση της Αντιπηκτικής Αγωγής μέσω στόματος. Η έρευνα σε αυτά τα γεγονότα έγινε με τη χρήση ενός « Έντυπου αναφοράς τυχαίων περιστατικών» (GEN-DS-MD scheda incident reporting-00), που ενσωματώθηκε με τα συστήματα καταγραφής γεγονότος που ήδη ισχύουν στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η ικανοποίηση του ασθενούς μετρήθηκε με τη χρήση ενός επικυρωμένου ερωτηματολογίου.

Ο πειραματισμός του εκπαιδευτικού προγράμματος περιλάμβανε 9 μονάδες που ανήκουν σε 5 υπηρεσίες νοσοκομείων των Τοπικών Αρχών Υγείας της Λιγουρίας.

Αποτελέσματα

Από τους 222 ασθενείς που παρευρέθηκαν στα σεμινάρια εκπαίδευσης, 221 δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Πενήντα δύο τοις εκατό ήταν γυναίκες και ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 73.8 έτη (Τυπική Απόκλιση 10.98). Η μέση περίοδος θεραπείας με αντιπηκτικά φάρμακα μέσω στόματος ήταν περίπου 5 έτη (61 μήνες). Μόνο το κέντρο υγείας στο Voltri δεν συμμετείχε στην έρευνά μας. Οι ερωτώμενοι που κατόρθωσαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο από μόνοι τους ήταν 163 (73.8%). Όλοι οι συμμετέχοντες εκτίμησαν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα θετικά (55% είπε ότι ήταν καλό, 45% είπε ήταν άριστο). Η ομάδα εργασίας που προετοίμασε το φυλλάδιο πληροφοριών περιέλαβε κυρίως πληροφορίες που θα είχαν θετικό αντίκτυπο στις ζωές των ασθενών.

Συμπεράσματα

Κατά τρόπο ενδιαφέροντα, αυτός ο πληθυσμός περιέλαβε κυρίως τα άτομα που έκαναν ΑΑΣ (Αντιπηκτική Αγωγή μέσω Στόματος για περισσότερα από ένα έτος (κατά μέσο όρο 61 μήνες). Τα αποτελέσματά μας έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες είχαν κατανοήσει τη χρησιμότητα των πληροφοριών που είχαν λάβει.

Λέξεις κλειδιά Ασφάλεια ασθενών, Ποιοτική περίθαλψη, Θεραπευτική εκπαίδευση

Εισαγωγή

Σήμερα, οι αποτυχίες της ασφάλειας έχουν φθάσει στις «επιδημικές αναλογίες/epidemic proportions» στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Αν και πολλές χώρες δεν συγκεντρώνουν συστηματικά στοιχεία όσον αφορά το μέγεθος αυτού του φαινομένου, τα στοιχεία που συγκεντρώνονται στις χώρες όπως τις ΗΠΑ, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Αυστραλία έχουν δείξει ότι τα δυσμενή γεγονότα έχουν γίνει προτεραιότητα για τις οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης. Στη δημοσίευσή του (Kohn LT, LT Corrigan JM, Donaldson MS, 1999) το ίδρυμα ιατρικής (IOM-Institute of Medicine) δήλωσε ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες τα λάθη εμφανίζονται σε ποσοστό 3-4% του συνολικού αριθμού των νοσηλευόμενων ασθενών.

Πολλές μελέτες έχουν ερευνήσει τα δυσμενή γεγονότα φαρμάκων στην κοινότητα ή στα εξωτερικά ιατρεία : Ο Gandhi (Gandhi TK, Weingart SN, Borus J και λοιποί., 2003) έδειξε ότι η επίπτωση των ανεπιθύμητων (δυσμενών) γεγονότων φαρμάκων σε 661 εξωτερικούς ασθενείς στο διάστημα τριών μηνών ήταν ίσο με 17% για τα αναπόφευκτα λάθη και 3% για τα σφάλματα που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί, των οποίων περισσότερο από 50% είχε σοβαρές συνέπειες. Ο μόνος στατιστικά σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης για αυτά τα δυσμενή γεγονότα ήταν ο αριθμός των φαρμάκων που πήραν οι ασθενείς.

Μια πρόσφατη αμερικανική έρευνα διαπίστωσε ότι 93% των ασθενών ΑΑΣ είχε περάσει ένα δυσμενές γεγονός (Harris Interactive το 2005) και άλλοι ερευνητές διαπίστωσαν ότι πολλά από αυτά τα δυσμενή γεγονότα είχαν προκληθεί από τα σφάλματα των ασθενών που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί (Gurwitz JH, τομέας TS, Harrold LR, Rothschild J, Devellis K, Seger AC, Cadoret C, Fish LS, Garber L, Kelleher M, Bates DW, 2003) (Field TS, Mazor KM, Briesacher B, DeBellis KR. Gurwitz JH, 2007)

Προκειμένου να εξασφαλιστεί η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της ΑΑΣ, οι ασθενείς οφείλουν να γνωρίζουν τους κινδύνους και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ξέρουν πάντα ποια θεραπεία χορηγείται.

Μια επαρκής δοκιμή για το International Normalized Ratio (INR) και μια συγκεκριμένη κλινική εξέταση σε βάθος φαίνεται να συμβάλουν στη βελτιστοποίηση της αποτελεσματικότητας αυτής της θεραπείας. Εντούτοις, πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η επίγνωση του ασθενή για το φάρμακο είναι εξίσου σημαντική (δηλ. τα αποτελέσματά του, η θεραπευτική δράση και οι πιθανές επιπλοκές), η αλληλεπίδρασή του με άλλα φάρμακα και τρόφιμα.

Συγκεκριμένα, το ποσό της γνώσης είναι αντιστρόφως ανάλογο του αριθμού των περιπλοκών. Τα θετικά αποτελέ-

σματα επιτεύχθηκαν στους ασθενείς που διαδραμάτισαν ενεργό ρόλο στη διαχείριση της θεραπείας και που είχαν αποτελεσματική καθοδήγηση από τους επαγγελματίες υγείας για τις αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων, καθώς επίσης και αλλαγές του τρόπου ζωής και της διατροφής (Field TS, Mazor KM, Briesacher B, DeBellis KR, Gurwitz JH, 2000 (Tang Eoyl, Lai Csm, Lee Kkc και λοιποί, 2003).

Πολλές μελέτες έχουν επιδείξει πόσο αποτελεσματική μια επαρκής παροχή πληροφοριών για την ΑΑΣ στους ασθενείς μπορεί να είναι για την επιτυχή διαχείριση της θεραπείας (Newall F, Monagle P, Johnston L., 2005) (Fang MC, Machtinger EL, Wang F, Schillinger D. 2006) (Harris Interactive, 2005) (Claes N, Buntinx F, Vijgen J, Arnout J, Vermeylen, Fieus S, Van Loon H, 2005) (Mazor KM, Baril J, Dugan E, Spencer F, Burgwinkle P, Gurwitz JH, 2007) (Frtschi J, Raddaz- Muller P, Schmid P, Wuillemin WA, 2007).

Μερικές κλινικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο (Heneghan C, Alonso-Coello P, Garcia-Alamino JM, Perera R, Meats E, Glasziou P, 2006), στην Ολλανδία (Cromheecke ME, Levi M, Colly LP, και λοιποί., 2000) και στην Ιταλία (Cosmi B, Palareti G, Moia M, και λοιποί, 2000) ακόμη επέδειξαν πώς η αυτοδιαχείριση της ΑΑΣ χρησιμοποιώντας ένα φορητό όργανο ελέγχου του χρόνου προθρομβίνης θα μπορούσε να είναι εξίσου αποτελεσματικό με τη διαχείριση της θεραπείας σε ένα ειδικευμένο κέντρο, εφ' όσον οι ασθενείς λάμβαναν τις κατάλληλες οδηγίες για τα χαρακτηριστικά και τις πιθανές παρενέργειες του φαρμάκου.

Εντούτοις, οι μελέτες δεν δηλώνουν πάντα εάν οι ασθενείς αποκομίζουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο γνώσης. Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Γερμανία το 2008 στο επίπεδο της γνώσης των ασθενών σχετικά με την ΑΑΣ έδειξε ότι ένα υψηλό ποσοστό των ασθενών - ακόμη και μεταξύ εκείνων που χορηγούνταν αυτήν την θεραπεία για πολύ καιρό- δεν είχε αρκετή γνώση για τις αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα και τρόφιμα (Jank S, Bertesche T, Herzog W, Haefeli WE, 2008). Η προαναφερθείσα μελέτη δεν παρουσίασε συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου γνώσης του ασθενή και των χαρακτηριστικών τους, όπως το επίπεδο μόρφωσης και την ηλικία τους. Αυτό που προέκυψε εν τούτοις ήταν ότι ήταν σημαντικό να παρέχονται οι οδηγίες στην αρχή της θεραπείας και έπειτα περιοδικά να ελεγχθεί η γνώση τους με ένα ερωτηματολόγιο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι επιπλέον ενημερωτικά σεμινάρια ήταν απαραίτητα για την κάλυψη κενών στη γνώση (Jank S, Bertesche T, Herzog W, Haefeli WE, 2008).

Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι όλοι οι ασθενείς μπο-

ρούν να ωφεληθούν από τα εκπαιδευτικά προγράμματα (Mazor KM, Baril J, Dugan E, Spencer F, Burgwinkle P, Gurwitz JH, 2007). Τα εκπαιδευτικά σεμινάρια δεν θα πρέπει να σχεδιάζονται μόνο για τους ασθενείς που αρχίζουν τη θεραπεία, αλλά και περιοδικά σεμινάρια ανανέωσης για τους ασθενείς που λαμβάνουν θεραπείες για μήνες ή για χρόνια μπορεί να είναι εξίσου χρήσιμα, δεδομένου ότι αυτά τα άτομα συχνά δεν έχουν αρκετή γνώση για την ΑΑΣ (Jank S,

Bertesche T, Herzog W, Haefeli WE, 2008).

Η μελέτη μας πραγματοποιήθηκε στην περιφέρεια 3 των Τοπικών Αρχών Υγείας της Γένοβας (ASL 3 Genovese), αρχίσαμε με τη χρήση των στοιχείων που συλλέχθηκαν προηγουμένως κατά τη διάρκεια της περιόδου πειραματισμού ενός συστήματος αναφοράς περιστατικών που είχε εγκαταστήσει η προαναφερθείσα οργάνωση το 2007.

Σκοπός και περιεχόμενο της μελέτης

Ο σκοπός της μελέτης μας ήταν να αξιολογηθεί το επίπεδο ικανοποίησης ασθενών στη ΑΑΣ που ζούσαν στην περιφέρεια 8 του A.S.L. της Γένοβας, σε σχέση με τα εκπαιδευτικά σεμινάρια που παρέχονταν στους ασθενείς και το βιβλιόριο που τους δόθηκε. Η αξιολόγηση έγινε μέσω της ανάλυσης των ερωτηματολογίων που διανεμήθηκαν στους ασθενείς στο τέλος των εκπαιδευτικών σεμιναρίων.

Η περιφέρεια υγειονομικής περίθαλψης 8 έχει έναν πληθυσμό περίπου 102.555 κατοίκων και περιλαμβάνει 8 δήμους (Arenzano, Cogoleto, Masone, Rossiglione, Campoligure, Tiglieto, Mele και Genoa). Η ακτή της περιφέρειας είναι πυκνά κατοικημένη. Αντιθέτως οι ορεινές κοινότητες Valle Stura και Orba δεν είναι τόσο πυκνά κατοικημένες. Υπάρχει επίσης μια τεμαχισμένη περιοχή με απομονωμένα χωριά. Τα κύρια δημογραφικά και γεωγραφικά στοιχεία συνοψίζονται στον πίνακα 1.

Τα διάφορα βήματα:

1. Συγκέντρωση των στοιχείων όσον αφορά τον πληθυσμό που περιλαμβάνεται στη μελέτη μας (αριθμοί, ηλικίες και συχνότητες της δοκιμής INR) και μοίρασμα των στοιχείων με το νοσηλευτικό προσωπικό της περιφέρειας.

2. Προετοιμασία ενός φυλλάδιου πληροφοριών που διανέμεται στους ασθενείς κατά τη διάρκεια των εκπαιδευτικών σεμιναρίων (παράρτημα Ι). Το φυλλάδιο, με τίτλο «Ο οδηγός σας για την Αντιπηκτική Αγωγή από του στόματος ΑΑΣ-ΟΑΤ (La tua guida per la terapia anticoagulante orale-TAO)», προετοιμάστηκε από μια ομάδα που αποτελείται από:

- Νοσηλευτές των περιφερειών κοινωνικό-υγειονομικής περίθαλψης ASL 3 της Γένοβας
- Ιατροί γενικής Ιατρικής της περιφέρειας 8
- Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Τμήματος Καρδιολογικής Αποκατάστασης στο νοσοκομείο «La Colletta» στο Cogoleto
- Τμήμα Κλινικής Παθολογικής Ανατομικής του ASL 3.

3. Επιλογή των διδακτικών μεθοδολογιών που προσαρμόζονται στο στόχο και στο πλαίσιο. (Επίσημα μαθήματα σε ομάδες 10-20 ανθρώπων που ολοκληρώνονται με μια ελεύθερη συζήτηση).

4. Προετοιμασία των υλικών που απαιτούνται για τα εκπαιδευτικά σεμινάρια: διαφάνειες, προσκλήσεις, κατάλογοι προσκεκλημένων ασθενών, φύλλα συμμετοχής.

5. Προγραμματισμός των σεμιναρίων και διανομή μιας προσωπικής γραπτής πρόσκλησης σε κάθε ασθενή κατά τη συλλογή των δειγμάτων αίματος.

6. Πραγματοποίηση των εκπαιδευτικών σεμιναρίων και της αξιολόγησης των εκτιμήσεων των συμμετεχόντων.

Τα εκπαιδευτικά σεμινάρια είχαν διάρκεια 45-50 λεπτά και παρέχονταν από το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στα διάφορα κέντρα της περιφέρειας. Κάθε σεμινάριο συμπεριλάμβανε μια ομάδα 10-20 ανθρώπων, με ένα σύντομο μάθημα για την επεξήγηση του περιεχομένου του φυλλάδιου, με την υποστήριξη μιας παρουσίας διαφανειών, που ακολουθήθηκε από μια ελεύθερη συζήτηση με τους ασθενείς σχετικά με το οτιδήποτε έκριναν σημαντικό.

Υλικά και μέθοδοι

Αυτή ήταν μια περιγραφική και ποιοτική μελέτη, βασισμένη στην ανάλυση των πληροφοριών που συλλέχθηκαν μέσω ενός ερωτηματολογίου εκτίμησης που διανεμήθηκε στους συμμετέχοντες των εκπαιδευτικών σεμιναρίων. Η ανάγκη να προγραμματιστούν εκπαιδευτικά σεμινάρια για τους ασθενείς στην αντιπηκτική αγωγή από του στόματος προήλθε όχι μόνο από την αναθεώρηση της βιβλιογραφίας, αλλά και από τα δεδομένα αναφορών περιστατικών που συγκεντρώθηκαν από την ίδια την οργάνωση υγειονομικής περίθαλψης δίνοντας έμφαση στους κινδύνους που συνδέονται με τα δυσμενή γεγονότα που προκλήθηκαν από τα αντιπηκτικά φάρμακα που χορηγούνται από το στόμα.

Στη μελέτη μας, οι συμμετέχοντες ζητήθηκαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο και να το επιστρέψουν στο τέλος του εκπαιδευτικού σεμιναρίου. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν άμεσα στους συμμετέχοντες από τους νοσηλευτές κατά τη διάρκεια του σεμιναρίου. Αυτή η μέθοδος διανομής ερωτη-

ματολογίων εξασφάλισε αποφυγή καθυστερήσεων και οι συμμετέχοντες μπορούσαν άμεσα να παρέχουν τις εντυπώσεις τους. Επιπλέον, οι ερωτώμενοι μπορούσαν να υποβάλουν ερωτήσεις άμεσα σε εκείνους που είχαν διανείμει τα ερωτηματολόγια σε περίπτωση που υπήρχαν αμφιβολίες ή ερωτήσεις (ASR Regione Emilia Romagna Dossier 88-2003). Σε μερικές περιπτώσεις, ειδικά με τους ηλικιωμένους ανθρώπους ή με τον καθέναν που είχε ιδιαίτερη δυσκολία, οι νοσηλευτές δώσανε το ερωτηματολόγιο κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Οι ερευνητές διατήρησαν την ίδια διαπροσωπική συμπεριφορά με όλους που έδωσαν συνέντευξη όταν επέβαλλαν τις ερωτήσεις, δίνοντας προσοχή να μην σχολιάσουν ή/και επηρεάσουν τις απαντήσεις με οποιονδήποτε τρόπο. Μόλις ολοκληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια, ταχυδρομήθηκαν σε ένα σφραγισμένο κιβώτιο για να εξασφαλιστεί η ανωνυμία των ασθενών.

Οι τοποθεσίες όπου έλαβαν μέρος τα σεμινάρια και όπου διανεμήθηκαν τα ερωτηματολόγια ήταν:

- Campoligure, Masone και Rossiglione για Valle Stura
- Cogoleto
- Voltri για τη αστική περιοχή

Μερικές ημέρες πριν από τα εκπαιδευτικά σεμινάρια, οι συμμετέχοντες έλαβαν μια προσωπική γραπτή πρόσκληση από το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς γινόταν η συλλογή των δειγμάτων αίματος για τη δοκιμή INR. Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνά μας ήταν ένα δομημένο ερωτηματολόγιο που αποτελούνταν από 7 σύντομες ερωτήσεις και οι ερωτώμενοι έπρεπε απλά να σημειώσουν τη σωστή απάντηση. Αυτό έγινε για να βοηθήσει τους ανταποκρινόμενους να καταλάβουν την ερώτηση και να επιταχύνουν τη διαδικασία απάντησης (ASR Regione Emilia Romagna Dossier 88-2003). Το ερωτηματολόγιο χωρίστηκε σε δύο μέρη: το πρώτο μέρος περιλάμβανε διοικητικά στοιχεία, ενώ το δεύτερο περιλάμβανε στοιχεία της μελέτης μας.

Το πρώτο μέρος σχεδιάστηκε για τη συλλογή των επίσημων στοιχείων όσον αφορά το εκπαιδευτικό σεμινάριο (δηλ. η ημερομηνία που έλαβε μέρος το σεμινάριο, η τοποθεσία, το όνομα του εκπαιδευτή, τα στοιχεία του συμμετέχοντος, η ηλικία και πόσο καιρό ο συμμετέχων λαμβάνει ΑΑΣ).

Το δεύτερο μέρος περιλάμβανε 7 κλειστές ερωτήσεις εκ των οποίων 6 παρείχαν μια βαθμολογημένη επιλογή και το ένα μια σταθερή επιλογή (ναι ή όχι).

Κατά σχεδιασμό του ερωτηματολογίου, λάβαμε υπόψη τρεις θεμελιώδεις απόψεις: τη σχετικότητα της έρευνας, τη σχετικότητα των ερωτήσεων για την έρευνα και τη σχετικότητα των ερωτήσεων για αυτούς που έδιναν συνέντευξη. Προκειμένου να αποφευχθεί η αποκαλούμενη «επίδραση της απάντησης», περιλάβαμε μια ερώτηση διασταύρωσης (ερώτηση 4) όπου οι επιλογές απάντησης είχαν αναστραφεί. Αυτό έδινε τη δυνατότητα να ελεγχθεί ότι οι απαντήσεις ήταν ειλικρινείς.

Η διαμόρφωση του ερωτηματολογίου περιέλαβε μια προκαταρκτική φάση:

- Την ανάλυση της βιβλιογραφίας στο θέμα της έρευνας και τον τρόπο που οι σχετικές πληροφορίες συγκεντρώθηκαν. Ανασκοπήσαμε βιβλία και περιοδικά που αφορούσαν την εκτίμηση των δραστηριοτήτων εκπαίδευσης.
- Την ανάλυση παρόμοιων εμπειριών. Ανασκοπήσαμε τα ερωτηματολόγια ερευνώντας την ικανοποίηση των

ανθρώπων που συμμετείχαν στα εκπαιδευτικά σεμινάρια/προγράμματα.

- Την ανταλλαγή ιδεών με το Τμήμα Εκπαίδευσης ASL της Γένοβας και με το νοσηλευτικό προσωπικό της περιφέρειας 8, για να διαπιστωθεί εάν υπήρχαν ζητήματα δυνατότητας πρόσβασης και για να συλλέγουν οποιεσδήποτε απόψεις και προτάσεις για την έρευνα.

Κάναμε το καλύτερο δυνατό για να είμαστε όσο το δυνατόν περισσότερο σαφείς και απλοί κατά το σύνταξη των ερωτήσεων, έτσι ώστε να μπορούν να γίνουν κατανοητά εύκολα από όλους τους εναγομένους.

Εξετάσαμε την ισχύ του ερωτηματολογίου με τη διανομή της σε μια ομάδα 11 ασθενών που ήρθαν στο Rossiglione. Κατά αυτόν τον τρόπο, ανιχνεύσαμε και διορθώσαμε οτιδήποτε που θα μπορούσε να οδηγήσει σε παρερμηνεία (με την αφαίρεση των περιττών, confusing ή ακατάλληλων ερωτήσεων και απαντήσεων, και την προσθήκη αυτών που έλλειπαν). Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης, εξηγήσαμε στους ερωτωμένους ποιος ήταν ο στόχος της δοκιμής και τους ενθαρρύνσαμε να σχολιάσουν τις ερωτήσεις και τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου, και να προσδιορίσουν οποιαδήποτε ζητήματα.

Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν από τα προαναφερθέντα πέντε κέντρα της περιφέρειας 8 στο τέλος των εκπαιδευτικών σεμιναρίων. Στο τέλος κάθε εκπαιδευτικού σεμιναρίου, μετά από μια σύντομη εξήγηση του λόγου, οι νοσηλευτές ρωτούσαν τους συμμετέχοντες εάν ήταν σύμφωνοι να συμμετάσχουν στην έρευνα και εάν ήταν σύμφωνοι, οι νοσηλευτές συμπλήρωναν το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου.

Κατόπιν, τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στους ερωτωμένους μαζί με ένα στυλό και τους ζητήθηκε να μην γράψουν τα ονόματά τους ώστε να εξασφαλιστεί η ανωνυμία. Τα στοιχεία που λάβαμε τα περιλάβαμε σε ένα αρχείο του Excel και διαμορφώθηκαν στατιστικά χρησιμοποιώντας το λογισμικό STATA SE9. Αρχικά, τα στοιχεία σχετικά με το δείγμα αναλύθηκαν και έπειτα τα στοιχεία του ερωτηματολογίου επαληθεύθηκαν με την ηλικία, την τοποθεσία και τη διάρκεια της θεραπείας για την κατάρτιση της γενικής επισκόπησης. Στη συνέχεια, τα στοιχεία χωρίστηκαν σύμφωνα με τις τρεις προαναφερθείσες κατηγορίες, έτσι ώστε να μπορούν να συγκριθούν για την ανάλυση των διαφορών μεταξύ των διαφορετικών περιοχών προέλευσης.

Αποτελέσματα

Από τους 222 ασθενείς που παρευρίσκονται στα εκπαιδευτικά σεμινάρια, 221 δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Έτσι υπήρξε ένα πολύ υψηλό ποσοστό των ερωτωμένων, στην πραγματικότητα μόνο ένας ασθενής δεν επέστρεψε το ερωτηματολόγιο. Οι εναγόμενοι διανεμήθηκαν ως εξής: 33 προήλθαν από τις διάφορες πόλεις Valle Stura (Campoligure, Masone και Rossiglione), 86 από Cogoleto και 102 από τη αστική περιοχή της Γένοβας (οι περιοχές Voltri και Prà).

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού που περιλήφθηκε στη μελέτη μας, 52% ήταν γυναίκες και ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 73.8 έτη (κυμαινόμενος μεταξύ 33 και 94 ετών). Ο μέσος χρόνος θεραπείας στην αντιπηκτική αγωγή μέσω στό-

ματος ήταν περίπου 5 έτη (61 μήνες). (Πίνακας 2 και 3)

Οι ερωτώμενοι που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο από μόνα τους ήταν 163 (73.8%), ενώ 58 ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με τη βοήθεια ενός νοσηλευτή κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων. (Σχήμα 2)

Κατά τρόπο ενδιαφέροντα, ο πληθυσμός αυτός περιελάβε κυρίως άτομα που έκαναν ΑΑΣ για χρόνια (κατά μέσο όρο 61 μήνες). Κατά αυτόν τον τρόπο, επίσης οι ασθενείς που λαμβάνανε αυτήν την θεραπεία για πολύ καιρό θα μπορούσαν να ενδιαφερθούν να συμμετάσχουν περιοδικά σε εκπαιδευτικά σεμινάρια και να ωφεληθούν από αυτά όσον αφορά την ενημέρωση και το φρεσκάρισμα των γνώσεών τους.

Συμπεράσματα

Η ομάδα εργασίας που προετοίμασε το φυλλάδιο περιέλαβε πληροφορίες που θα μπορούσαν να έχουν θετικό αντίκτυπο στη ζωή του ασθενή. Δεν προσπαθήσαμε μόνο να παρέχουμε στους ασθενείς γνώση θεωρίας σχετικά με το φάρμακο (όπως οι θεραπευτικές ενδείξεις), αλλά μάλλον να εξηγήσουμε το ρόλο του, πώς λειτουργεί και προ πάντων ποιές είναι οι αρνητικές συνέπειες μιας υπερβολικά υψηλής δόσης ή μιας υπερβολικά χαμηλής δόσης. Ένας από τους κύριους στόχους ολόκληρης της προσπάθειας ήταν να ενημερωθούν οι ασθενείς για τα αποτελέσματα του φαρμάκου στον οργανισμό τους, τη χρησιμότητά του, αλλά συγχρόνως επίσης τους κινδύνους του. Όλες οι παρεχόμενες πληροφορίες είχαν πρακτικές επιπτώσεις και θα μπορούσαν να έχουν έναν θετικό αντίκτυπο στη ζωή και στην ασφάλεια συγκεκριμένα του ασθενή. Οι απαντήσεις που λάβαμε έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες είχαν καταλάβει τη χρησιμότητα των πληροφοριών που είχαν λάβει. (Σχήμα 3)

Ένα πρόβλημα η ομάδα εργασίας αντιμετώπισε κατά την

προετοιμασία του φυλλαδίου και των εκπαιδευτικών σεμιναρίων ήταν η έλλειψη ομογένειας του πληθυσμού που περιλήφθηκε στη μελέτη μας. Αυτός ο πληθυσμός είχε έναν μέσο όρο ηλικίας 74 ετών, με ένα πολύ ευρύ φάσμα μεταξύ 33 και 94 ετών. Επίσης τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ήταν πολύ διαφορετικά (επίπεδο παιδείας, επάγγελμα, κ.λπ.). Για την αποφυγή του κινδύνου ότι οι άνθρωποι δεν θα καταλάβαιναν ή θα παρερμήνευαν τις πληροφορίες που δόθηκαν, η ομάδα εργασίας επέλεξε να χρησιμοποιήσει σαφή και απλή γλώσσα. Ο κύριος στόχος ήταν να δοθεί ένα σαφές μήνυμα σε όλους τους ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που είχαν σημαντικές δυσκολίες στην κατανόηση.

Οι απαντήσεις στη δεύτερη ερώτηση έδειξαν ότι αυτός ο στόχος επιτεύχθηκε σε ικανοποιητικό επίπεδο. (Σχήμα 4)

Μια άλλη ενδιαφέρουσα πτυχή ήταν ότι η επιλογή μεθοδολογίας - μικρές ομάδες διδασκαλίας - δεν έφερε τους ασθενείς σε δύσκολη θέση, αντίθετα ωφελήθηκαν από την ομιλία με άλλους ανθρώπους που είχαν παρόμοια προβλήματα.

Συζήτηση

Η βιβλιογραφία σαφώς δηλώνει ότι πολλά λάθη εμφανίζονται στις οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης. Αν και δεν θα ήταν ρεαλιστικό να εξαλειφτούν πλήρως τα λάθη από τις δραστηριότητες υγειονομικής περίθαλψης, ακριβώς όπως σε οποιαδήποτε ανθρώπινη δραστηριότητα, εντούτοις η αποφυγή των λαθών πρέπει να είναι μια προτεραιότητα για όλες τις οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης. Τα περισσότερα ατυχήματα σε σύνθετες οργανώσεις είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ των τεχνολογικών, ανθρώπινων και οργανωτικών στοιχείων του συστήματος.

Σύμφωνα με το πρότυπο του Reason των οργανωτικών ατυχημάτων, είναι η ευθύνη του συστήματος να δημιουργηθούν οι όροι που θα απαιτήσουν τα ανθρώπινα λάθη με την παροχή προστατευτικών «εμποδίων». Υπάρχουν 2 τύποι «εμποδίων»:

- «Σκληρά» εμπόδια, τα οποία είναι φυσικοί παράγοντες: η απόσταση του χρόνου ή του διαστήματος, διακόπτες
- «Μαλακά» εμπόδια, τα οποία είναι οργανωτικά: διαδικασίες, πρωτόκολλα, έλεγχοι.

Αυτό το πρότυπο παρουσιάζει δύο καινοτόμα στοιχεία: ξεπερνά τις έννοιες «του καταλογισμού ευθύνης» και «του λάθους» υποκινώντας αντίθετα μια λειτουργική χρήση των πληροφοριών που προέρχονται από ατυχήματα. Επιπλέον, βοηθά να προσδιοριστούν οι «αιτίες» των ατυχημάτων και να αποφευχθούν. Ενθαρρύνει μια ολιστική προσέγγιση προς τον κίνδυνο, με την προσπέραση της διάκρισης μεταξύ των ειδικότητων, ώστε να βελτιωθεί η πληροφόρηση και η ενσωματωμένη δράση όλων εκείνων που περιλαμβάνονται στη διαχείριση του περιστατικού και των πολλών συμβαλλόντων αιτιών, αντί να ευνοεί μια τμηματική προσέγγιση.

Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι η επίγνωση του ασθενή για το φάρμακο (για παράδειγμα πώς λειτουργεί, η θεραπευτική δράση και οι πιθανές επιπλοκές) και η αλληλεπίδρασή της με άλλα φάρμακα ή τρόφιμα είναι εξίσου σημαντική. Πιο συγκεκριμένα, υπήρξε μια αντίστροφη σχέση μεταξύ του επι-

πέδου γνώσης και της αρχής των επιπλοκών. Τα καλά αποτελέσματα επιτεύχθηκαν στους ασθενείς που συμμετείχαν ενεργά στη θεραπεία και είχαν καθιερώσει μια αποδοτική επικοινωνία με τους εργαζομένους στον ιατρικό κλάδο που συμμετείχαν πιο ενεργά στη θεραπεία και επικοινωνήσαν αποτελεσματικά με τους εργαζομένους στον ιατρικό κλάδο στις αλληλεπιδράσεις του φαρμάκου, στις αλλαγές του τρόπου ζωής και της διατροφής (Beyth RJ, Quinn L, Lendefeld CS, 2000) (Tang Eoyl, Lai Csm, Lee Kkc και λοιποί, 2003).

Πολλές μελέτες έχουν επιδείξει πώς η εκπαίδευση των ασθενών της ΑΑΣ μπορεί να βελτιώσει τον τρόπο που η θεραπεία διαχειρίζεται (Newall F, Monagle P, Johnston L, 2005) (Fang MC, Machtinger EL, Wang F, Schillinger D, 2006) (Harris Interactive, 2005) (Claes N, Buntinx F, Vijgen J, Arnout J, Vermeylen, Fieuws S, Van Loon H., 2005) (Mazor KM, Baril J, Dugan E, Spencer F, Burgwinkle P, Gurwitz JH, 2007) (Frtschi J, Raddaz- Muller P, Schmid P, Vuillemin WA, 2007). Μερικές κλινικές μελέτες, που πραγματοποιούνται στο Ηνωμένο Βασίλειο (Heneghan C, Alonso-Coello P, Garcia-Alamino JM, Perera R, Meats E, Glasziou P, 2006), στην Ολλανδία (Cromheecke ME, Levi M, Colly LP, και λοιποί, 2000) και στην Ιταλία (Cosmi B, Palareti G, Moia M, και λοιποί, 2000) έχουν επιδείξει ότι η αυτοδιαχείριση της ΑΑΣ με τη χρήση των φορητών οργάνων ελέγχου του χρόνου προθρομβίνης ήταν στις χειρότερες περιπτώσεις εξίσου αποτελεσματική με τη ρύθμιση σε ένα ειδικό κέντρο, αλλά μόνο εάν οι ασθενείς είχαν την κατάλληλη καθοδήγηση για τα χαρακτηριστικά του φαρμάκου και των πιθανών παρενεργειών του.

Λαμβάνοντας υπόψη αυτό που προέκυψε από τη μελέτη μας, συμπεράναμε ότι αυτή η προσπάθεια θα μπορούσε να εκτιμηθεί θετικά. Το ενδιαφέρον για τα εκπαιδευτικά σεμινάρια και η ενεργός συμμετοχή των συμμετεχόντων, που προστέθηκε στις ευνοϊκές απόψεις που εκφράστηκαν προφορικά από τους συμμετέχοντες και επιβεβαιώθηκαν από τα αποτελέσματα της μελέτης, καταδεικνύει το θετικό ρόλο που ένα σωστό

εκπαιδευτικό πρόγραμμα μπορεί να διαδραματίσει στη διαχείριση μιας χρόνιας παθολογίας. Για αυτόν τον λόγο σκεφτόμαστε ότι αυτός ο τύπος επέμβασης δεν πρέπει να παραμείνει ως ένα απομονωμένο επεισόδιο, αλλά πρέπει μάλλον να είναι

το πρώτο από μια σειρά εκπαιδευτικών σεμιναρίων που υποστηρίζουν περιστασιακά τους ασθενείς με την παροχή ενημερώσεων για τη θεραπεία τους ή απλά «ανανεώνονται» οι ήδη υπάρχουσες ειδικότητες.

ΠΗΓΕΣ

1. Battles JB, Lilford RJ: 2003;12 (supp II).Organizing patient safety research to identify risks and hazards. Qual Saf Health Care
2. Runciman WB, Moller J: , 2001, Iatrogenic Injury in Australia. Adelaide Australian Patient Safety Foundation report
3. World Alliance for Patient Safety-Forward Programme. 2005. National Patient Safety Agency (NPSA)
4. Department of Health (UK). London June 2000. An organisation with a memory.
5. Centro Studi Investimenti Sociali (CENSIS). Roma 2001. Rischi ed errori nella sanità italiana. La gestione delle responsabilità nelle politiche assicurative per la salute.
6. Caminati A, Di Denia P, Mazzoni R, Carocci Faber Roma 2007; Risk Management.
7. ASL Piacenza. Atti del Convegno 5 giugno 1998. Rischi, danni e profili di responsabilità nell'attività sanitaria.
8. Allnutt MF, Qual Saf Health Care 2002. Human factors in accident 1987.
9. Reason J, Ashgate Publishing; 1997 Managing the risks of organizational accidents.
10. Centro Studi Investimenti Sociali (CENSIS). Roma 2001. Rischi ed errori nella sanità italiana. La gestione delle responsabilità nelle politiche assicurative per la salute.
11. Scally G, Donaldson L J, BMJ, 4 July 1998
12. Seven step to patient safety, NPSA UK, 2005-step 5: Involve and communicate with Patients and the Public
13. Vincent CA, Coulter A, Quality in Healthcare, 2002, II, 1, 76-80 Patient Safety: what about the Patient?
14. Charles C., Gafni A., Whelan T., 1997, 44: 681-692. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (Or it takes at least to tango), "Social Science and Medicine"
15. Goode LD, Clancy C M, Kimball HR, Academic Medicine, 2002, 77, 10:947-952. When is 'good enough'? The role and responsibility of physicians to improve patient safety
16. Leape LL, Berwick DM. 90. JAMA. 2005; 293:2384-23. Five years after 'To Err is Human': what have we learned?
17. www.salute.toscana.it Regione Toscana – Centro Gestione Risk Management
18. Ministero della Salute -Raccomandazione n. 7- Settembre 2007. Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
19. Ministero della Salute (Mds) Centro per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie "Progetto nazionale cure sicure" sito internet Mds
20. Centers For Disease Control and Prevention (CDC) - 2002 "Guideline for hand Hygiene in Health care Settings"
21. Joint Commission International Patient safety solution – 2007- Sito Internet "Control of concentrated electrolyte solutions"
22. Ministero della Salute - 2005 –"Raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – KCL – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio"
23. Ministero della Salute – Raccomandazione n. 5 – Marzo 2007 "Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO"
24. ASR Emilia Romagna- Dossier 86-2003;"il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie"
25. Art. 357; Art. 361; Art. 589; Art. 590, Codice penale
26. WHO, Geneva 2003: Strengths and weaknesses of available methods for assessing the nature and scale of harm caused by the health system: a systematic literature review.
27. Nuckols TK et Al, 2007 : Rates and types of events reported to established incident reporting systems in two US hospitals
28. Mikkelsen TH, Sokolowski I, Olesen F. Scand J Prim Health Care 2006 "General practitioners' attitudes toward reporting and learning from adverse events: results from a survey"
29. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, O'Shaughnessy J, DeWit M-Qual Saf Health Care 2006 Feb "Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study"
30. Jeffe DB, Dunagan WC, Garbutt J, Burroughs TE, Callaghan TH, Hill PR, Harris CB, Bommarito K, Fraser VJ - Jt Comm J Qual Saf. 2004 "Using focus groups to understand physicians and nurses perspectives on error reporting in hospitals"
31. Vincent C, Stanhope N, Crowley, Murphy - J Eval Clin Pract. 1999 Feb - M. "Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study"
32. Stanhope N, Crowley-Murphy M, Vincent C, O'Connor AM, Taylor, Adams SE - J Eval Clin Pract. 1999 Feb. "An evaluation of adverse incident reporting"
33. King ES, Moyer DV, Couturie MJ, Gaughan JP, Shulkin DJ. - Jt Comm J Qual Patient Saf. 2006-"Getting doctors to report medical errors: project DISCLOSE"
34. Bhatia R, Blackshaw G, Rogers A, Grant A, Kulkarni R. - Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv. 2003-Developing a departmental culture for reporting adverse incidents
35. M. Catino, Da Chernobil 2007 a Linate
36. Waring JJ - Beyond blame- Soc Sci Med. 2005 May "Cultural barriers to medical incident reporting"
37. Raymond Wetzels, René Wolters, Chris van Weel and Michel Wensing, BMC Family Practice 2008 "Mix of methods is needed to identify adverse events in general practice: A prospective observational study"
38. Olsen S, Neale G, Schwab K, Psaila B, Patel T, Chapman EJ, Vincent C. Qual Saf Health Care. 2007 Feb "Hospital staff should use more than one method to detect adverse events and potential adverse events: incident reporting, pharmacist surveillance and local real-time record review may all have a place"
39. Sari AB, Sheldon TA, Cracknell A, Turnbull A. BMJ. 2007 Jan "Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review"
40. B Wilson, H L Bekker, F Fylan - Quality and Safety in Health Care 2008- "Error manager; Reporting of Clinical Adverse Events Scale: a

measure of doctor and nurse attitudes to adverse event reporting”

41. Kingston MJ, Evans SM, Smith BJ, Berry JG – 2004 Med J Australian “Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis”

42. Harry C. Triandis USA, 1998 McGraw-Hill – “Culture and social behaviour”

43. Y M Coyle, S Q Mercer, C L Murphy-Cullen, GW Schneider, L S Hynan; 2005- “Effectiveness of a graduate medical education program for improving medical event reporting attitude and behavior”

44. Lawton R, Parker D- 2002 Mar - Qual Saf Health Care. – “Barriers to incident reporting in a healthcare system”

45. Waring JJ -2004 Oct - Int J Qual Health Care - “A qualitative study of the intra-hospital variations in incident reporting”

46. Madsen MD, stergaard D, Andersen HB, Hermann N, Schioler T, Freil M - 2006 Nov – “The attitude of doctors and nurses towards reporting and handling errors and adverse events - Ugeskr Laeger”

47. Corso Sicure, Ministero della Salute

48. Tartaglia GRC progetto regione toscana La promozione dell'innovazione e la gestione del rischio Progetto nazionale promosso dal Ministero della Salute

49. Caminati et al; Carocci 2007 – “Risk management manuale teorico pratico per le professioni dell'assistenza”

50. Dossier 88-2003 - ASR Emilia Romagna

Πίνακες

Πίνακας 1. Demographic data of District 8

MUNICIPALITY	INHABITANTS	EXTESION KM2	POPULATION DENSITY
Arenzano	11,529	24.6	468.7
Cogoleto	9,539	20.4	467.6
Masone	4,343	29.8	145.7
Campo Ligure	3,492	23.8	146.7
Rossiglione	3634	47.2	146.7
Tiglieto	599	24.5	24.5
Mele	2,714	16.9	160.6
Genoa (Voltri, Prà, Pegli)	66,705	75.9	878.85
TOTAL	102,555	263.1	389.79

Πίνακας 2. Age distribution of the respondents

Centre	Mean age	Min age	Max age	Median	Q1	Q3
Campoligure	77.2 (std. dev. 7.8)	63	92	77	72	84
Rossiglione	59 (std. dev. 9)	34	76	64	52	72
Masone	74,6 (std. dev. 9.2)	64	87	74	68	80
Cogoleto	77,9 (std. dev. 9.9)	33	94	79	75	84
Voltri	71,4 (std. dev. 9)	40	87	73	67	78
TOTAL	73,8 (std. dev. 10.98)	33	94	76	69	80

Πίνακας 3. Distribution of the respondents' OAT duration (in months)

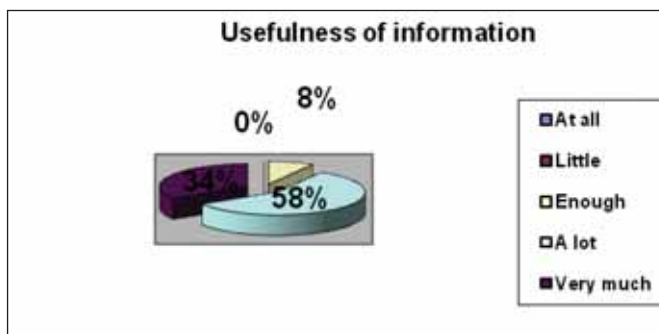
Centre	Average	Min Value	Max Value	Median	Q1	Q3
Campoligure	76,6 (std. dev. 128)	7	240	36	24	60
Rossiglione	32 (std. dev. 31)	1	96	24	8	60
Masone	27 (std. dev. 8)	18	36	24	24	36
Cogoleto	77,2 (std. dev. 74)	1	240	60	24	120
Voltri	49,7 (std. dev. 51)	0	240	36	12	60
TOTALE	61 (std. dev. 69)	0	240	36	14	84

Σχήματα

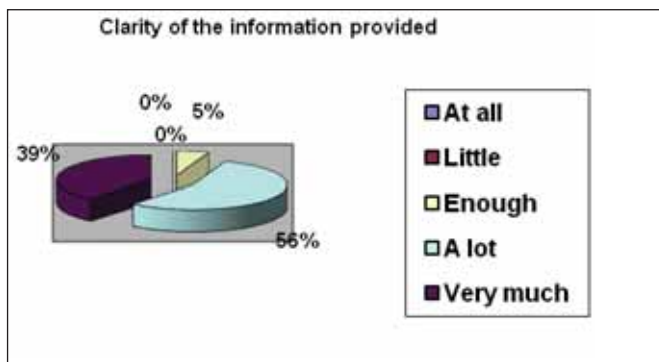
Σχήμα 1. District 8 of the ASL 3 Genovese



Σχήμα 2



Σχήμα 3



Σχήμα 4

