



ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

**“ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ -
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΣΦΑΛΜΑΤΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ
ΤΟΥΣ”**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΧΑΛΙΚΟΥ ΘΕΜΙΣ

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΧΑΤΖΙΚΟΥ
ΜΑΓΔΑΛΗΝΗ - ΑΦΡΟΔΙΤΗ**

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ, 2026



**ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

**“ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ -
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΣΦΑΛΜΑΤΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ
ΤΟΥΣ”**

Διπλωματική Εργασία η οποία υποβλήθηκε προς απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στη Δημόσια Διοίκηση στο Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφος

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ : ΧΑΛΙΚΟΥ ΘΕΜΙΣ

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ, 2026

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © Χαλίκου Θέμις, Ιανουάριος 2026

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της Διπλωματικής Εργασίας από το Πανεπιστημίου Νεάπολις δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου.

Υπεύθυνη δήλωση

Η Χαλίκου Θέμις, γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα εργασία, αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές που έχω χρησιμοποιήσει, έχουν δηλωθεί κατάλληλα στις βιβλιογραφικές παραπομπές και αναφορές. Τα σημεία όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο ή/και πηγές άλλων συγγραφέων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή.

Σελίδα Εγκυρότητας

Όνοματεπώνυμο Φοιτητή/Φοιτήτριας: Χαλίκου Θέμις

Τίτλος Διπλωματικής Εργασίας: Βιβλιογραφική ανασκόπηση. Νοσηλευτικά σφάλματα και ο ρόλος της διοίκησης στη διαχείριση και πρόληψή τους.

Η παρούσα Διπλωματική Εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των σπουδών για την απόκτηση εξ αποστάσεως μεταπτυχιακού τίτλου στο Πανεπιστήμιο Νεάπολις και εγκρίθηκε στις 09/10/2025 από τα μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής.

Εξεταστική Επιτροπή:

Πρώτος επιβλέπων: Χατζίκου Μαγδαληνή – Αφροδίτη.

Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής: Ζαννέτος Σάββας.

Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής: Λιόπα Μαργαρίτα.

Περίληψη

Η παρούσα εργασία διερευνά εις βάθος τους πολυπαραγοντικούς προσδιοριστικούς παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση, την αναγνώριση και τη διαχείριση των νοσηλευτικών σφαλμάτων, εστιάζοντας στην ελληνική και ευρωπαϊκή πραγματικότητα των τελευταίων δέκα ετών. Μέσα από μια εμπειριστατωμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση και τη χρήση του προτύπου PRISMA 2020 για την επιλογή μελετών, αναλύονται οι ανθρώπινοι και οργανωτικοί παράγοντες που ενισχύουν ή αποτρέπουν την ασφάλεια του ασθενούς. Κεντρικοί άξονες αποτελούν η εκπαίδευση και η εμπειρία των νοσηλευτών, η επαγγελματική εξουθένωση, η κουλτούρα αναφοράς σφαλμάτων και ο ρόλος της διοίκησης και της ηγεσίας στη διαχείριση κινδύνου. Η εφαρμογή ψηφιακών συστημάτων αναφοράς, η υιοθέτηση μοντέλων διοίκησης βασισμένων σε μη τιμωρητική προσέγγιση και η δημιουργία μηχανισμών υποστήριξης των επαγγελματιών υγείας αναδεικνύονται ως κρίσιμες στρατηγικές πρόληψης. Επιπλέον, η εργασία τεκμηριώνει το φαινόμενο του «δεύτερου θύματος», που αφορά τις ψυχολογικές συνέπειες στους νοσηλευτές μετά από την εμπλοκή τους σε κλινικό σφάλμα. Η ελληνική βιβλιογραφία επιβεβαιώνει την έλλειψη συστηματικής εκπαίδευσης και την ανεπαρκή θεσμική υποστήριξη, σε αντίθεση με διεθνή παραδείγματα καλών πρακτικών.

Η μελέτη καταλήγει σε συγκεκριμένες προτάσεις πολιτικής για τη βελτίωση της κουλτούρας ασφάλειας, την αναβάθμιση της επαγγελματικής κατάρτισης και την ενίσχυση της διαχειριστικής επάρκειας των υγειονομικών δομών, λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ελληνικού συστήματος υγείας και τις ευρύτερες ευρωπαϊκές εξελίξεις. Η συμβολή της διοικητικής ηγεσίας, η ηθική ενδυνάμωση των επαγγελματιών και η δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος αποτελούν αναγκαίες προϋποθέσεις για την ουσιαστική πρόληψη και τη βιώσιμη αντιμετώπιση των νοσηλευτικών σφαλμάτων.

Λέξεις-Κλειδιά: Νοσηλευτικά σφάλματα, Επαγγελματική εξουθένωση, Ασφάλεια ασθενών, Κουλτούρα αναφοράς, Διοίκηση υπηρεσιών υγείας

Abstract

This review explores the multi-factoral influences upon nursing errors in relation to (1) incidents, occurrences, failures; (2) perceptions/recognition; and (3) management of such failures within the Greek and European (EU member countries and additional European countries not part of EU -Croatia/Turkey/Iceland/Norway/Switzerland-United Kingdom is included as a member country of EU)- predominantly during last decade. A systematic scoping review combined with use of PRISMA 2020 for study selection of both human and organizational determinants influencing the improvement or deterioration of patient safety. The key variables of interest include level of nursing education and clinical experience, professional burnout, error-reporting culture and the administrative leadership's influence on risk-management make up part of our analysis. The introduction of digital error-reporting systems, the implementation of non-punitive management approaches, and the development of safety nets for healthcare professionals constitute essential prevention measures. And the concept of "second victim", referring to the psychological effect on nurses implicated in clinical mistakes, is also examined. Greek literary sources attest to the lack of formal education and insufficient administrative framework, contrary to successful foreign models.

The study closes with specific policy recommendations to promote safety culture, upgrade professional education, and increase administrative competence within health care organizations. These intervals are based on the existing features of the Greek National Health System, and on the overall situation within Europe. Effective leadership, ethical empowerment of the nursing workforce, and supportive work environment is required preconditions for preventing and managing nursing mistakes in sustainable manner. The findings emphasize the timely necessity to shift away from a focus on individual blame and towards system-wide reformation that promotes transparency, ongoing learning, and organizational adaptiveness in health care.

Keywords: Nursing errors, Professional burnout, Patient safety, Error-reporting culture, Healthcare management

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσά μου, κυρία Χατζίκου Μαγδαληνή, για την πολύτιμη βοήθειά της.

Αφιέρωση

Στους γονείς μου, στον σύζυγό μου Μανώλη και στα παιδιά μου Σταμάτη και Πανορμίτη.

Περιεχόμενα

Περίληψη	5
----------------	---

Abstract	6
Ευχαριστίες	7
Αφιέρωση	7
Κατάλογος Πινάκων	10
Κατάλογος Διαγραμμάτων	11
Εισαγωγή	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Θεωρητικό Πλαίσιο και Εννοιολογικές Προσεγγίσεις	14
1.1 Ορισμός και Τύποι Νοσηλευτικών Σφαλμάτων	14
1.2 Νοσηλευτική Ηθική και Επαγγελματική Ευθύνη	16
1.3 Κουλτούρα Ασφάλειας και Σύγχρονες Θεωρίες	18
1.4 Διεθνή Πλαίσια και Κατευθυντήριες Οδηγίες (π.χ. WHO, ECDC, JC)	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Μεθοδολογία Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης	23
2.1 Επιλογή και Σκοπιμότητα του Θέματος	23
2.3 Μεθοδολογία Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης (PRISMA)	26
2.4 Λέξεις-κλειδιά, Χρονική Περίοδος, Γεωγραφική Κάλυψη	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ευρήματα Βιβλιογραφίας - Παράγοντες Εμφάνισης Νοσηλευτικών Σφαλμάτων	29
3.1 Ανθρώπινοι Παράγοντες: Εκπαίδευση, Εμπειρία, Εξουθένωση	29
3.2 Οργανωτικοί Παράγοντες: Διοίκηση, Επικοινωνία, Ροές Εργασίας	33
3.3 Τεχνολογικοί και Περιβαλλοντικοί Παράγοντες	36
3.4 Πολιτισμική Αντίληψη και Στάση απέναντι στην Αναφορά Σφαλμάτων	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Σχολιασμός / Συζήτηση - Επιπτώσεις Νοσηλευτικών Σφαλμάτων	38
4.1 Επιπτώσεις στους Ασθενείς: Κίνδυνοι και Αποτελέσματα	38
4.2 Επιπτώσεις στο Νοσηλευτικό Προσωπικό (Second Victim)	41
4.3 Επιπτώσεις στον Οργανισμό: Διοικητικό και Οικονομικό Κόστος	43
4.4 Νομικές και Ηθικές Διαστάσεις των Σφαλμάτων	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Συμπεράσματα- Διαχείριση, Πρόληψη και Ο Ρόλος της Διοίκησης	48
5.1 Συστήματα Αναφοράς Σφαλμάτων και Κουλτούρα Χωρίς Ενοχοποίηση	48
5.2 Εκπαίδευση και Συνεχιζόμενη Κατάρτιση Νοσηλευτών	51
5.3 Ηγεσία, Διαχείριση Κινδύνου και Διοικητικά Μοντέλα Παρέμβασης	53
5.4 Ψηφιακά Συστήματα και Οργανωτικές Πολιτικές Πρόληψης	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Προτάσεις & Περιορισμοί	57

Βιβλιογραφία.....	60
--------------------------	-----------

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 3.1: Ρίκο.....	29
Πίνακας 3.2: Κριτήρια επιλογής.....	30
Πίνακας 4.1: Επιπτώσεις Νοσηλευτικών Σφαλμάτων στους Ασθενείς, ανά θεματική κατηγορία και βιβλιογραφική πηγή.....	40
Πίνακας 4.2: Διοικητικό και Οικονομικό Κόστος Νοσηλευτικών Σφαλμάτων στους Οργανισμούς Υγείας.....	45

Πίνακας 4.3: Νομικές και Ηθικές Διαστάσεις των Νοσηλευτικών Σφαλμάτων.....	47
Πίνακας 5.1: Τύποι Συστημάτων Αναφοράς Σφαλμάτων και Σχέση με την Κουλτούρα Μη Ενοχοποίησης.....	50

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 3.1: PRISMA.....	32
----------------------------	----

Εισαγωγή

Η μελέτη των νοσηλευτικών σφαλμάτων συνιστά θεμελιώδη παράμετρο στην προσπάθεια ενίσχυσης της ασφάλειας των ασθενών, της ποιότητας φροντίδας, καθώς και της εμπιστοσύνης στο εθνικό σύστημα υγείας, αναδεικνύοντας όχι μόνο τις λειτουργικές ανεπάρκειες των οργανισμών υγείας, αλλά και τις θεσμικές δυσλειτουργίες που εμποδίζουν τη συστημική μάθηση και την οργανωσιακή προσαρμογή. Προβλήματα ελλείψεων συστημάτων ελέγχου, επικοινωνίας του νοσηλευτικού προσωπικού, ελλιπούς εκπαίδευσης, υποστελέχωσης και υπερκόπωσης μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση νοσηλευτικών σφαλμάτων, τα οποία μπορούν να οδηγήσουν σε επιβάρυνση της υγείας του ασθενούς, παράταση της νοσηλείας του η

οποία συνεπάγεται αυξημένο κόστος του συστήματος υγείας, ηθικό και επαγγελματικό αίσθημα ευθύνης στον νοσηλευτή και τέλος ψυχολογικές επιπτώσεις του ασθενούς και του οικογενειακού του περιβάλλοντος.

Τα σφάλματα στη νοσηλευτική φροντίδα, ιδίως αυτά που σχετίζονται με τη φαρμακευτική χορήγηση, την παρακολούθηση των ζωτικών σημείων, την τεκμηρίωση και την κλινική επικοινωνία, δεν αποτελούν μεμονωμένα περιστατικά, αλλά ενδείξεις ευρύτερων διοικητικών και παιδαγωγικών ανεπαρειών (Albeshri et al., 2024). Η πολυπαραγοντική τους φύση απαιτεί ενδελεχή ανάλυση των ανθρωπίνων, τεχνολογικών και πολιτισμικών συνιστωσών που τις υποδαυλίζουν. Προσεγγίζοντας το ζήτημα από θεσμική σκοπιά, διαπιστώνεται ότι η ελληνική πραγματικότητα χαρακτηρίζεται από ελλείμματα στη διαχείριση των σφαλμάτων, με έμφαση στη συστηματική αποσιώπηση, τη γραφειοκρατική αντίληψη της ευθύνης και την έλλειψη διαφανούς λογοδοσίας (Καραγιάννης & Μητσόπουλος, 2020).

Το φαινόμενο της σιωπής, συχνά απόρροια διοικητικής καχυποψίας και τιμωρητικής κουλτούρας, οδηγεί σε υποαναφορά, με αποτέλεσμα τη διαιώνιση των ίδιων αποτυχιών και την αδυναμία εφαρμογής προληπτικών στρατηγικών (Παπαδοπούλου & Σταυρόπουλος, 2016). Η έλλειψη ενθάρρυνσης για αναφορά, είτε ανώνυμη είτε ονομαστική, επιδεινώνει την εμπιστοσύνη των νοσηλευτών προς τη διοίκηση, υπονομεύοντας κάθε προσπάθεια για βελτίωση της κλινικής ποιότητας. Η λογοδοσία δεν ταυτίζεται με την ποινικοποίηση. Οι Barrachina και González-Chordá (2020) υποστηρίζουν πως η χρήση θεωρητικών μοντέλων από τη θεωρία παιγνίων δείχνει ότι τα σφάλματα αντιμετωπίζονται ως ενδογενείς κίνδυνοι εντός δυναμικών και ασύμμετρων συστημάτων, όπου η διοίκηση λειτουργεί είτε ως επιταχυντής είτε ως αναστολέας της οργανωσιακής μάθησης. Παρόμοια, οι Chegini και Kakemam (2020) αναδεικνύουν την αξία της ηθικής ηγεσίας και της καθοδήγησης ως παραγόντων που ενισχύουν την πρόθεση για αναφορά, μειώνοντας τα επίπεδα επαγγελματικής φοβίας και ενισχύοντας την ενσυναίσθηση στο ηγετικό επίπεδο.

Η παρουσία τέτοιων συμπεριφορών σχετίζεται με τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος ασφάλειας και ατιμωρισίας, όπου το σφάλμα αντιμετωπίζεται ως αφορμή για θεσμική ενδοσκόπηση και διαρκή ποιοτική εξέλιξη. Σύμφωνα με τους Κουτσούκο και Παπαδοπούλου (2019), η έλλειψη τυποποιημένων και διαρκών προγραμμάτων επιμόρφωσης στο ελληνικό σύστημα υγείας συνιστά σοβαρό εμπόδιο στην ανάπτυξη

δεξιοτήτων ασφαλούς φροντίδας, ενώ εντείνει την ανασφάλεια των νοσηλευτών σε κρίσιμες στιγμές λήψης αποφάσεων. Επιπλέον, η απουσία προσομοιωμένων σεναρίων και εργαλείων ανατροφοδότησης παρεμποδίζει την εγκαθίδρυση εσωτερικής κουλτούρας επαγγελματικής αυτογνωσίας. Σε αυτό το πλαίσιο, η εσωτερίκευση της ευθύνης χωρίς την ανάλογη θεσμική υποστήριξη οδηγεί σε ενοχικές στάσεις και ψυχολογική εξουθένωση, ιδιαίτερα όταν δεν υπάρχει η κατάλληλη υποδομή υποστήριξης (Cohen et al., 2023).

Η κρισιμότητα των νοσηλευτικών σφαλμάτων εκτείνεται και στο επίπεδο των κοινωνικών συνεπειών, καθώς κάθε περιστατικό αποτυγχάνει όχι μόνο στο μικροεπίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας, αλλά κλονίζει συνολικά τη θεσμική αξιοπιστία των οργανισμών υγείας. Οι Finney et al. (2020) σημειώνουν πως το φαινόμενο του «δεύτερου θύματος» δεν αποτελεί απλώς ψυχολογική απόκριση των εμπλεκόμενων, αλλά δομική συνέπεια ενός ανεπαρκούς συστήματος πρόληψης και αποδοχής του σφάλματος ως μέρος της ανθρώπινης, και άρα διαχειρίσιμης, φύσης της φροντίδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Θεωρητικό Πλαίσιο και Εννοιολογικές Προσεγγίσεις

1.1 Ορισμός και Τύποι Νοσηλευτικών Σφαλμάτων

Με γνώμονα την ανάγκη διασαφήνισης της εννοιολογικής πολυπλοκότητας των νοσηλευτικών σφαλμάτων, η παρούσα ενότητα εστιάζει στον συστηματικό ορισμό του φαινομένου και την τυπολογία των εκδηλώσεών του στο νοσηλευτικό περιβάλλον. Το νοσηλευτικό σφάλμα, ως έννοια, δεν μπορεί να περιοριστεί σε ένα στιγμιαίο γεγονός ή σε μεμονωμένη πράξη παράλειψης. Αντιθέτως, αποτελεί πολυπαραγοντικό και οργανωσιακά ενσωματωμένο συμβάν, το οποίο προκύπτει είτε από αποκλίσεις από τις καθιερωμένες κλινικές πρακτικές είτε από διαρθρωτικά ελλείμματα του ίδιου του συστήματος παροχής φροντίδας (Keers et al., 2013). Στην ερευνητική βιβλιογραφία, το σφάλμα προσδιορίζεται ως οποιαδήποτε πράξη ή παράλειψη που δύναται να προκαλέσει, ή πράγματι προκαλεί, βλάβη στον ασθενή, και η οποία θα μπορούσε να είχε προβλεφθεί ή αποτραπεί μέσω διαφορετικών αποφάσεων ή πρακτικών

(Rodziewicz & Hipskind, 2023). Η ανάγκη για καθολικά αποδεκτό ορισμό εντείνεται λόγω της συχνής σύγχυσης του όρου "σφάλμα" με τις έννοιες του "ατυχήματος", του "παραπτώματος" ή ακόμη και του "εγκλήματος". Η διαχωριστική γραμμή έγκειται στον βαθμό πρόθεσης, στην παρουσία συστημικών περιορισμών και στην ερμηνεία του επαγγελματικού καθήκοντος. Ο Barrachina και ο González-Chordá (2020), μέσα από την προσέγγιση της θεωρίας παιγνίων, καταδεικνύουν ότι η διοικητική διαχείριση των σφαλμάτων πολλές φορές ευνοεί τη σιωπή αντί της αναφοράς, κυρίως όταν το σύστημα τιμωρεί την ακούσια αποτυχία χωρίς να συνυπολογίζει τα οργανωσιακά αίτια.

Η κατηγοριοποίηση των νοσηλευτικών σφαλμάτων αποτελεί κρίσιμη προϋπόθεση για τη συγκριτική ανάλυση, τη στατιστική καταγραφή και, τελικώς, την εφαρμογή στρατηγικών πρόληψης. Σύμφωνα με τους Coelho et al. (2024), τα σφάλματα διακρίνονται σε τέσσερις βασικούς τύπους: (α) σφάλματα φαρμακευτικής αγωγής, (β) σφάλματα τεκμηρίωσης, (γ) σφάλματα χειρισμών/παρεμβάσεων και (δ) σφάλματα επικοινωνίας. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει περιπτώσεις λανθασμένης χορήγησης δόσης, λανθασμένης ουσίας, λάθους χρονισμού ή χορήγησης σε λανθασμένο ασθενή — με ποσοστά εμφάνισης που φτάνουν το 27% στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, σύμφωνα με τη μελέτη των Di Muzio et al. (2019). Η πολυπλοκότητα των φαρμακευτικών σφαλμάτων εντείνεται από την αυξανόμενη χρήση ψηφιακών συστημάτων καταγραφής, τα οποία, ενώ ενισχύουν τη διαφάνεια, παράλληλα εισάγουν νέες μορφές τεχνολογικών λαθών. Σε δεύτερο επίπεδο, τα σφάλματα τεκμηρίωσης αναφέρονται σε λανθασμένη ή ελλιπή καταγραφή κλινικών δεδομένων, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ποιότητα της φροντίδας και η ικανότητα συνέχειας της θεραπευτικής προσέγγισης. Η μελέτη των Pappa et al. (2024), βασισμένη στη συστηματική χρήση του εργαλείου TERCAP στην Ελλάδα, καταδεικνύει πως το 19,6% των καταγεγραμμένων σφαλμάτων σχετίζεται με παραλείψεις στην τεκμηρίωση, στοιχείο που συσχετίζεται άμεσα με υπερφόρτωση εργασίας και έλλειψη ψηφιακής επιμόρφωσης.

Εξίσου σημαντική είναι η κατηγορία των σφαλμάτων χειρισμού ή παρεμβάσεων, η οποία περιλαμβάνει λανθασμένες τεχνικές κατά την παροχή φροντίδας, χρήση ακατάλληλων υλικών ή εφαρμογή μη ενδεδειγμένων πρωτοκόλλων. Η έρευνα των Araby et al. (2018), σε μεγάλο πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Αιγύπτου, αναδεικνύει ότι τέτοια σφάλματα εντοπίζονται κυρίως σε νεοεισερχόμενους νοσηλευτές ή σε

περιβάλλοντα με έλλειψη υποστήριξης και εποπτείας, με ποσοστά εμφάνισης που φτάνουν το 31,5% στους πρώτους έξι μήνες εργασίας. Τα σφάλματα επικοινωνίας εμφανίζονται όταν υπάρχει αποτυχία στη μεταφορά κρίσιμων πληροφοριών μεταξύ επαγγελματιών υγείας, είτε κατά τις αλλαγές βάρδιας, είτε κατά τη μεταφορά ασθενών ή κατά τη διαχείριση επείγοντος περιστατικού. Η μελέτη των Ghasemi et al. (2020) εντοπίζει συσχέτιση μεταξύ ελλιπούς επικοινωνιακής κουλτούρας και μη αναφοράς σφαλμάτων, υπογραμμίζοντας πως το 63% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι έχει βιώσει περιστατικά μη αναφοράς εξαιτίας κακής ενδοομαδικής συνεννόησης.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι τέσσερις βασικές κατηγορίες δύνανται να συνυπάρχουν ή να προκαλούν αλυσιδωτές συνέπειες σε άλλα επίπεδα της φροντίδας, καθιστώντας απαραίτητη την πολυδιάστατη ανάλυσή τους. Η συνθετότητα των περιπτώσεων, όπως επιβεβαιώνεται και από τη μελέτη των Guo et al. (2025), απαιτεί την ενσωμάτωση εργαλείων εννοιολογικής χαρτογράφησης και τη χρήση ποιοτικών μεθόδων, προκειμένου να αναδειχθούν οι "σιωπηρές" ή "αδιόρατες" μορφές σφάλματος που δεν καταγράφονται εύκολα με ποσοτικές μεθοδολογίες.

1.2 Νοσηλευτική Ηθική και Επαγγελματική Ευθύνη

Η έννοια της νοσηλευτικής ηθικής και της επαγγελματικής ευθύνης συνιστά τον ακρογωνιαίο λίθο της ορθής κλινικής πρακτικής και αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της συζήτησης γύρω από τα νοσηλευτικά σφάλματα. Η εμβάθυνση σε αυτή τη θεματική δεν προκύπτει μόνο από τη νομική και διοικητική αναγκαιότητα λογοδοσίας, αλλά και από τον ουσιώδη ανθρωποκεντρικό προσανατολισμό του επαγγέλματος, ο οποίος προϋποθέτει την αυστηρή τήρηση δεοντολογικών προτύπων, την ενσυναίσθηση και τη διαρκή αυτοκριτική. Σύμφωνα με τη μελέτη των Elhihi και Aljarary (2025), η επαγγελματική ευθύνη στον χώρο της νοσηλευτικής δεν περιορίζεται στην εκτέλεση τεχνικών πράξεων με βάση τα πρωτόκολλα, αλλά περιλαμβάνει ένα ευρύτερο πλέγμα αξιών που καθορίζουν τον τρόπο που ο επαγγελματίας αντιλαμβάνεται τον ρόλο του ως φορέα φροντίδας, εμπιστοσύνης και ακεραιότητας. Ειδικότερα, η ηθική στη νοσηλευτική διαμορφώνεται ως ενσυνείδητη στάση απέναντι στην ανθρώπινη ευαλωτότητα, στις ανισότητες πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και στην αναγνώριση του σφάλματος όχι ως προσωπικής αποτυχίας αλλά ως συστημικής ευθύνης. Η προσέγγιση αυτή ενισχύεται από τις παρατηρήσεις των Sahay και McKenna

(2023), οι οποίοι καταγράφουν ότι η εσωτερίκευση της έννοιας της «δευτερογενούς ευθύνης» –δηλαδή της ηθικής υποχρέωσης αναφοράς, εκπαίδευσης και διορθωτικής δράσης– είναι πιο ισχυρός προγνωστικός δείκτης πρόληψης σφαλμάτων από οποιοδήποτε μέτρο εποπτείας ή πειθαρχίας.

Στην ελληνική βιβλιογραφία, οι Παπαδοπούλου και Σταυρόπουλος (2016) επισημαίνουν την εγγενή δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στην εξισορρόπηση μεταξύ επαγγελματικής ακεραιότητας και συστημικών πιέσεων. Πολλές φορές, η απουσία ηθικής υποστήριξης από τη διοικητική ιεραρχία οδηγεί σε ηθικό δίλημμα, όταν η αναφορά σφάλματος ενδέχεται να προκαλέσει επαγγελματικές κυρώσεις ή κοινωνική απομόνωση εντός του οργανισμού. Η έλλειψη κουλτούρας θεσμικής προστασίας για όσους προβαίνουν σε αναφορά (whistleblowers) εντείνει τη δυσκολία υιοθέτησης ηθικά υπεύθυνης στάσης, επιβεβαιώνοντας τη στενή διασύνδεση μεταξύ διοικητικού πλαισίου και ηθικής πρακτικής. Οι Cohen et al. (2023) καταδεικνύουν ότι η επιβολή ηθικών αξιών χωρίς την ανάλογη θεσμική στήριξη οδηγεί σε φαινόμενα "εσωτερικής σύγκρουσης" στους νοσηλευτές, οι οποίοι αισθάνονται δεοντολογικά υποχρεωμένοι να αναφέρουν ένα σφάλμα, αλλά ταυτόχρονα βιώνουν ενδοομαδική πίεση να σιωπήσουν. Αυτό το φαινόμενο, γνωστό και ως "ethical distress", αποτελεί συστηματικό κίνδυνο για την ψυχολογική ανθεκτικότητα και την επαγγελματική ευημερία του προσωπικού. Η μη διαχείρισή του οδηγεί στη δημιουργία ενός φαύλου κύκλου, όπου η σιωπή κανονικοποιείται και η επαγγελματική ηθική σταδιακά υπονομεύεται.

Η ηθική στην πράξη, βέβαια, συνδέεται άρρηκτα με την έννοια της ευθύνης. Η επαγγελματική ευθύνη στη νοσηλευτική δεν αποτελεί στατικό νομικό καθήκον, αλλά μια δυναμική δέσμευση συνεχούς μάθησης, κριτικής σκέψης και ενσυνείδητης απόφασης υπό πίεση. Η εργασία των Albeshri et al. (2024) αναδεικνύει ότι οι νοσηλευτές που συμμετέχουν σε προγράμματα διαρκούς ηθικής εκπαίδευσης παρουσιάζουν αυξημένη ικανότητα διαχείρισης σφαλμάτων κατά 38%, ενώ καταγράφεται βελτίωση κατά 52% στην ικανότητα αναστοχασμού επί ηθικών διλημμάτων. Τα στοιχεία αυτά ενισχύουν την άποψη ότι η ηθική δεν μπορεί να περιοριστεί σε θεωρητικές αρχές, αλλά πρέπει να εντάσσεται ενεργά στην εκπαιδευτική και οργανωσιακή κουλτούρα του νοσοκομείου.

Σε τεχνικό επίπεδο, η ευθύνη νοσηλευτών εντάσσεται τόσο στο πλαίσιο των θεσμοθετημένων καθηκόντων όσο και στο ηθικό φάσμα δράσης. Οι Alshammari και Alsaleh (2025), μέσα από μελέτη σε περιβάλλον με υψηλά επίπεδα εργασιακής κόπωσης, διαπίστωσαν ότι η κόπωση μειώνει σημαντικά την ικανότητα τήρησης επαγγελματικών πρωτοκόλλων, οδηγώντας σε αύξηση κατά 23% στην πιθανότητα φαρμακευτικού σφάλματος. Η ευθύνη, συνεπώς, δεν εξαντλείται στην εκ των υστέρων καταλογή της απόδοσης, αλλά ενσωματώνει την πρόβλεψη, την πρόληψη και την ανάληψη πρωτοβουλίας, ειδικά όταν η ανθρώπινη απόδοση επηρεάζεται από διαχειρίσιμους οργανωσιακούς παράγοντες. Από πλευράς διοικητικής θεωρίας, ο Moraca et al. (2024) προτείνουν ένα πολυδιάστατο μοντέλο ηγεσίας που ενσωματώνει τις αρχές της "διοικητικής ενσυναίσθησης", σύμφωνα με το οποίο η ηθική ευθύνη αποτελεί όχι απλώς προσωπικό ή επαγγελματικό χαρακτηριστικό του νοσηλευτή, αλλά και θεσμική υποχρέωση του ηγέτη. Η έλλειψη αυτής της προοπτικής οδηγεί, όπως αποδεικνύουν οι Pappa et al. (2023), στη διάβρωση της εμπιστοσύνης του προσωπικού προς τη διοίκηση και στην εμφάνιση του φαινομένου "moral disengagement", δηλαδή της σταδιακής αποσύνδεσης από ηθικά πρότυπα λόγω επαναλαμβανόμενης απουσίας ανταπόκρισης από το οργανωτικό σύστημα.

1.3 Κουλτούρα Ασφάλειας και Σύγχρονες Θεωρίες

Η έννοια της «κουλτούρας ασφάλειας» έχει αναδειχθεί τις τελευταίες δύο δεκαετίες ως κεντρικό θεωρητικό και επιχειρησιακό εργαλείο στη στρατηγική πρόληψης και διαχείρισης των νοσηλευτικών σφαλμάτων. Δεν πρόκειται για ένα στατικό σύστημα κανόνων ή κανονισμών, αλλά για ένα δυναμικό σύνολο αξιών, πεποιθήσεων, στάσεων και αντιλήψεων που διαμορφώνουν τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας απέναντι στον κίνδυνο, το σφάλμα και την αναφορά του. Όπως επισημαίνουν οι Chegini και Kakemam (2020), η κουλτούρα ασφάλειας αποτελεί τη νοητική και ηθική υποδομή πάνω στην οποία θεμελιώνεται η ικανότητα ενός οργανισμού να μαθαίνει από τις αποκλίσεις και να ανασχεδιάζει τις δομές του με στόχο τη συστημική ανθεκτικότητα.

Η αποδοτική κουλτούρα ασφάλειας στηρίζεται σε συγκεκριμένα θεωρητικά μοντέλα, τα οποία αναπτύχθηκαν τόσο σε επίπεδο κοινωνικής ψυχολογίας όσο και οργανωσιακής θεωρίας. Ένα από τα πλέον επιδραστικά εξ αυτών είναι το μοντέλο

Reason (Swiss Cheese Model), το οποίο παρομοιάζει τα επίπεδα άμυνας ενός οργανισμού με φέτες ελβετικού τυριού: κάθε στρώση διαθέτει τρωτά σημεία, αλλά η συστοίχιση όλων των κενών οδηγεί στην ενεργοποίηση ενός ανεπιθύμητου συμβάντος (Reason, αναφέρεται στο Rodziewicz & Hipskind, 2023). Η θεωρία αυτή επηρέασε καταλυτικά τις σύγχρονες προσεγγίσεις στη διαχείριση σφαλμάτων, εστιάζοντας στην ανάγκη συστημικής θεώρησης της αποτυχίας, πέραν της ατομικής ευθύνης. Οι Quillivan et al. (2016) εντοπίζουν ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στην ύπαρξη ισχυρής κουλτούρας ασφάλειας και στη μείωση της συχνότητας φαινομένων “δευτερογενούς θυματοποίησης” (second victim phenomenon), καθιστώντας σαφές πως οργανισμοί με ανοιχτή, διαφανή και εκπαιδευτική προσέγγιση απέναντι στο σφάλμα παρουσιάζουν σημαντικά μικρότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και ψυχολογικής φθοράς. Συγκεκριμένα, σε δείγμα 872 νοσηλευτών σε τέσσερα νοσοκομεία των ΗΠΑ, βρέθηκε ότι οι επαγγελματίες που αξιολογούσαν θετικά την κουλτούρα ασφάλειας του οργανισμού τους, παρουσίαζαν 41% μικρότερη πιθανότητα αποσιώπησης σφαλμάτων και 33% υψηλότερη προδιάθεση συμμετοχής σε πρωτοβουλίες βελτίωσης ποιότητας.

Στην ελληνική πραγματικότητα, σύμφωνα με τους Βαλατσό και Παπαδημητρίου (2018), η κουλτούρα ασφάλειας παραμένει αποσπασματική, με συχνές αναφορές σε καθεστώτα «φοβικής διοίκησης», όπου η αναφορά σφαλμάτων δεν ενισχύεται θεσμικά αλλά αντιμετωπίζεται με σκεπτικισμό ή και πειθαρχικά μέτρα. Οι ερευνητές εντοπίζουν έλλειμμα στα τρία βασικά θεμέλια μιας ώριμης κουλτούρας ασφάλειας: (α) στην εκπαίδευση του προσωπικού, (β) στη θεσμοθέτηση μηχανισμών προστασίας αναφορέων, και (γ) στην ύπαρξη στατιστικών εργαλείων παρακολούθησης ποιοτικών δεικτών. Χωρίς αυτές τις προϋποθέσεις, η ασφάλεια εκπίπτει σε διαδικαστική συμμόρφωση και χάνει τον χαρακτήρα της οργανωσιακής εσωτερικευσης. Ένα ακόμη καθοριστικό θεωρητικό υπόδειγμα είναι η προσέγγιση της “High Reliability Organization” (HRO), η οποία προέρχεται από τη διαχείριση κινδύνου σε τομείς υψηλής επικινδυνότητας, όπως η αεροναυπηγική και η πυρηνική ενέργεια, και μεταφέρθηκε στη νοσοκομειακή διοίκηση. Σύμφωνα με τη θεωρία HRO, οργανισμοί που επιτυγχάνουν υψηλή αξιοπιστία λειτουργούν με βάση πέντε θεμελιώδεις αρχές: (1) ευαισθησία στην αποτυχία, (2) αποφυγή υπεραπλούστευσης, (3) προσήλωση σε επιχειρησιακή επίγνωση, (4) δέσμευση στην ανθεκτικότητα και (5) αποκεντρωμένη λήψη αποφάσεων (Rodziewicz & Hipskind, 2023). Οι αρχές αυτές έχουν αρχίσει να

υιοθετούνται σε σύγχρονα συστήματα υγείας, ιδίως μέσω της δημιουργίας κέντρων παρακολούθησης κλινικής ποιότητας και risk management μονάδων.

Ενδεικτικά, η εφαρμογή τέτοιων μοντέλων στην πράξη τεκμηριώνεται εμπειρικά από τη μελέτη των Dalky et al. (2024), σύμφωνα με την οποία η εγκαθίδρυση μονάδων HRO σε έξι νοσοκομεία στην Ιορδανία οδήγησε σε μείωση κατά 28% των μη αναφερόμενων σφαλμάτων και σε αύξηση κατά 47% της εμπιστοσύνης των νοσηλευτών απέναντι στη διοίκηση. Το στοιχείο αυτό αναδεικνύει την κουλτούρα ασφάλειας όχι ως αφηρημένη θεωρητική κατασκευή, αλλά ως μετρήσιμη επιχειρησιακή λειτουργία με ουσιαστικές επιδράσεις στην καθημερινή πρακτική.

Επιπρόσθετα, οι Cohen et al. (2023) επισημαίνουν τη σημασία της θεσμικής αναγνώρισης των επιπτώσεων του σφάλματος στον ίδιο τον επαγγελματία υγείας. Όταν η κουλτούρα ασφάλειας ενσωματώνει μηχανισμούς υποστήριξης του νοσηλευτή ως "δεύτερου θύματος", ενισχύεται η εργασιακή εμπιστοσύνη και αποδυναμώνεται ο φόβος αποβολής ή στιγματισμού. Η έλλειψη τέτοιων δομών στην πλειονότητα των ελληνικών νοσοκομείων έχει ως αποτέλεσμα όχι μόνο την καθυστέρηση στην αναφορά σφαλμάτων, αλλά και τη δημιουργία εσωτερικών μηχανισμών άμυνας, οι οποίοι λειτουργούν ως εμπόδιο στην ανάκτηση της κλινικής αυτοπεποίθησης του προσωπικού. Η έννοια λοιπόν, της κουλτούρας ασφάλειας δεν συνιστά απλώς ένα ιδεώδες προς επίτευξη, αλλά έναν λειτουργικό μηχανισμό που οφείλει να διαχέεται καθολικά σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού, από την ανώτατη διοίκηση έως το κλινικό προσωπικό πρώτης γραμμής. Οι σύγχρονες θεωρίες περί οργανωσιακής ανθεκτικότητας και διοικητικής λογοδοσίας αναδεικνύουν την ανάγκη μετασχηματισμού της κουλτούρας από τιμωρητική σε εκπαιδευτική, από ατομοκεντρική σε συστημική, και από αποσπασματική σε ενσωματωμένη σε κάθε πτυχή της φροντίδας. Μόνο μέσα από μια τέτοια ανασύνθεση της διοικητικής, ψυχολογικής και οργανωσιακής διάστασης είναι δυνατή η υλοποίηση ενός περιβάλλοντος όπου το σφάλμα δεν αποκρύπτεται αλλά γίνεται καταλύτης αλλαγής, μάθησης και θεσμικής εξέλιξης.

1.4 Διεθνή Πλαίσια και Κατευθυντήριες Οδηγίες (π.χ. WHO, ECDC, JC)

Η διεθνοποίηση των προβλημάτων που σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών και, ειδικότερα, με την πρόληψη νοσηλευτικών σφαλμάτων, έχει καταστήσει αναγκαία τη

θέσπιση ενιαίων πλαισίων, παγκόσμιων οδηγιών και τυποποιημένων εργαλείων για τη διαχείριση της κλινικής απόκλισης. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων (ECDC), καθώς και φορείς όπως η Joint Commission (JC) έχουν επιτελέσει πρωτεύοντα ρόλο στον καθορισμό παγκοσμίως αποδεκτών προτύπων για την καταγραφή, ανάλυση και μείωση των σφαλμάτων που προκύπτουν από την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Η συγκριτική αξιολόγηση των πλαισίων αυτών αποκαλύπτει τη στρατηγική μετατόπιση από τη μονομερή επιβολή κανονισμών προς την εγκαθίδρυση ενός διαρκώς εξελισσόμενου «οικοσυστήματος ασφάλειας», όπου η ανατροφοδότηση, η τεκμηριωμένη παρέμβαση και η επαγγελματική εκπαίδευση διαμορφώνουν τους βασικούς πυλώνες.

Ξεκινώντας από τον WHO, η πλέον κομβική παρέμβαση στον τομέα των νοσηλευτικών σφαλμάτων εντοπίζεται στο πλαίσιο της Παγκόσμιας Πρόκλησης Ασφάλειας Ασθενών με τίτλο *Medication Without Harm* (World Health Organization, 2017). Ο στόχος της εν λόγω πρωτοβουλίας είναι η μείωση των φαρμακευτικών σφαλμάτων κατά 50% εντός πενταετίας, θέτοντας την πρόληψη ως κύριο στρατηγικό άξονα και εισάγοντας για πρώτη φορά την έννοια του *multi-level risk mitigation*. Η στρατηγική του WHO δεν περιορίζεται στην απλή σύσταση πολιτικών, αλλά περιλαμβάνει ολοκληρωμένα πακέτα δράσης που προϋποθέτουν την ενσωμάτωση των κριτηρίων «ασφαλούς συστήματος» σε όλα τα στάδια: από τη συνταγογράφηση και χορήγηση έως την παρακολούθηση και επανεκπαίδευση. Το εντυπωσιακό εύρος της εφαρμογής του WHO αποτυπώνεται στα ποσοτικά δεδομένα: το 2021, 134 χώρες είχαν θεσμοθετήσει εθνικές στρατηγικές πρόληψης φαρμακευτικών σφαλμάτων με βάση τις οδηγίες του οργανισμού (Albeshri et al., 2024).

Ο ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) λειτουργεί κυρίως στο πλαίσιο της παρακολούθησης και πρόληψης ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και συναφών με αυτές επιπλοκών, πολλά εκ των οποίων αποδίδονται σε σφάλματα φροντίδας ή κακής πρακτικής. Οι οδηγίες του ECDC περιλαμβάνουν δείκτες επιτήρησης που έχουν ενσωματωθεί στα ευρωπαϊκά πρωτόκολλα νοσοκομειακής διαχείρισης, όπως είναι οι δείκτες *Healthcare-Associated Infections (HAIs)* και *Antimicrobial Resistance (AMR)*. Αν και οι συστάσεις του ECDC είναι κυρίως επιδημιολογικού χαρακτήρα, η εφαρμογή τους ενισχύει έμμεσα την καλλιέργεια κουλτούρας ασφάλειας, αφού τα σφάλματα καταγράφονται και αξιολογούνται εντός

ενός κανονιστικού πλαισίου βάσει risk assessment. Χαρακτηριστική είναι η εφαρμογή των πρωτοκόλλων ECDC στην Ελλάδα από το 2017, σε συνεργασία με τον ΕΟΔΥ, με στόχο την εναρμόνιση των πρακτικών πρόληψης ενδονοσοκομειακών επιπλοκών με τις ευρωπαϊκές νόρμες (Καραγιάννης & Μητσόπουλος, 2020). Από την πλευρά της, η Joint Commission (JC), που αποτελεί τον κυριότερο φορέα διαπίστευσης υγειονομικών μονάδων στις Ηνωμένες Πολιτείες και σημαντικό πρότυπο διεθνώς, εισάγει πιο εξελιγμένες και επιχειρησιακά δεσμευτικές προσεγγίσεις μέσω της θέσπισης των λεγόμενων *National Patient Safety Goals (NPSGs)*. Τα NPSGs περιλαμβάνουν αναλυτικές κατευθύνσεις για την πρόληψη σφαλμάτων, ιδίως σε πεδία όπως η ταυτοποίηση ασθενών, η χορήγηση φαρμάκων υψηλού κινδύνου και η ενδοομαδική επικοινωνία. Η JC απαιτεί, για την πιστοποίηση ενός νοσοκομείου, την έμπρακτη ενσωμάτωση αυτών των στόχων σε όλες τις διοικητικές και κλινικές διαδικασίες, γεγονός που έχει οδηγήσει σε ουσιαστική μείωση των παραλείψεων στην παροχή φροντίδας (Dirik et al., 2018). Σύμφωνα με δεδομένα του 2022, νοσηλευτικά ιδρύματα που συμμορφώνονται πλήρως με τα NPSGs παρουσιάζουν μείωση έως 43% στα αναφερόμενα σφάλματα κατά τη χορήγηση φαρμάκων.

Αξιοσημείωτη είναι η εστίαση των διεθνών αυτών πλαισίων όχι μόνο στην τεχνική διάσταση των σφαλμάτων αλλά και στη διαμόρφωση ηγεσίας και θεσμικής κουλτούρας. Οι Chegini και Kakemam (2020) τεκμηριώνουν πως η επιτυχία των διεθνών πλαισίων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ικανότητα της νοσηλευτικής ηγεσίας να λειτουργεί ως θεσμικός μεταφορέας της φιλοσοφίας της ασφάλειας και όχι απλώς ως διαχειριστής συμμόρφωσης. Η αντίληψη αυτή ενισχύεται από την προσέγγιση των Moraca et al. (2024), οι οποίοι καταδεικνύουν ότι οι οργανισμοί που υιοθετούν τα διεθνή πρότυπα ως δυναμικά εργαλεία διαχείρισης κινδύνου και όχι ως άκαμπτα κανονιστικά πλαίσια, παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ενδονοσοκομειακής διαφάνειας, αναφορών και θεσμικής μάθησης. Οι Albeshri et al. (2024) σημειώνουν ότι η απλή μετάφραση των οδηγιών σε τοπικά συστήματα χωρίς αναγκαίες προσαρμογές οδηγεί σε επιφανειακή συμμόρφωση και αποτυγχάνει να επηρεάσει ουσιαστικά την κλινική συμπεριφορά. Ως εκ τούτου, κρίνεται απαραίτητη η πολιτισμική εναρμόνιση των κατευθυντήριων οδηγιών με τις εγχώριες επαγγελματικές αξίες, τις διοικητικές πρακτικές και τις ψυχολογικές αντιστάσεις των επαγγελματιών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Μεθοδολογία Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης

2.1 Επιλογή και Σκοπιμότητα του Θέματος

Σε συνθήκες ταχείας συστημικής και τεχνολογικής εξέλιξης των δομών υγειονομικής φροντίδας, η θεματική της παρούσας μελέτης εγείρει επιτακτικά ερωτήματα γύρω από τη διαχείριση των νοσηλευτικών σφαλμάτων, ως ενδογενές συστημικό φαινόμενο με διατομεακές συνέπειες. Η επιλογή του θέματος απορρέει από την ανάγκη τεχνοκρατικής κατανόησης της συχνότητας, των αιτιακών μοτίβων, αλλά και των συστημικών παραλείψεων που οδηγούν στη διατήρηση της κουλτούρας αποσιώπησης και ενοχοποίησης σε περιστατικά ιατρονοσηλευτικού σφάλματος. Σύμφωνα με τον Καραγιάννη και τον Μητσόπουλο (2020), το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας αντιμετωπίζει χρονίως ζητήματα σχετιζόμενα με την ελλιπή καταγραφή και αποδοτική διαχείριση παρόμοιων περιστατικών, κυρίως λόγω θεσμικής αδράνειας, απουσίας δομημένων μοντέλων πρόληψης και περιορισμένης διοικητικής ενδυνάμωσης.

Αφετέρου, η διεθνής εμπειρία επιβεβαιώνει τη μετατόπιση του επιστημονικού ενδιαφέροντος από την παραδοσιακή, πειθαρχική προσέγγιση του σφάλματος, προς πιο πολυπαραγοντικά και πολυεπίπεδα μοντέλα αιτιολόγησης. Ενδεικτικά, η μελέτη των Albeshri et al. (2024) υπογραμμίζει ότι η αναγνώριση των διοικητικών και οργανωσιακών παραμέτρων αυξάνει την ικανότητα πρόβλεψης σφαλμάτων κατά 35%, ενώ συστήνει την ενσωμάτωση εργαλείων ανάλυσης κινδύνου στον σχεδιασμό πρωτοκόλλων ποιότητας. Η ίδια μελέτη επισημαίνει πως η αποτυχία θεσμοθέτησης μηχανισμών αναφοράς οδηγεί σε απώλεια κρίσιμων δεδομένων, περιορίζοντας την αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας. Παράλληλα, οι Βαλατσός και Παπαδημητρίου (2018) καταγράφουν πως η κουλτούρα ενοχοποίησης που επικρατεί σε ελληνικές νοσηλευτικές μονάδες συμβάλλει καθοριστικά στη μη αναφορά περιστατικών σφάλματος, ενώ η έλλειψη εμπιστοσύνης προς τα διοικητικά όργανα διαβρώνει τις διαδικασίες λογοδοσίας και βελτίωσης. Υπό αυτό το πρίσμα, η επιλογή της συγκεκριμένης θεματικής αποκτά επείγοντα χαρακτήρα, καθώς η αξιολόγηση των υφιστάμενων διοικητικών πρακτικών, σε συσχετισμό με την εκπαίδευση και την

επαγγελματική κουλτούρα των νοσηλευτών, καθίσταται κρίσιμη για τον εντοπισμό των αναγκαίων διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων.

Η επιτακτικότητα του θέματος εντείνεται περαιτέρω εάν συνυπολογιστεί η αυξανόμενη διεθνής πίεση προς τα κράτη για συμμόρφωση με τα πρότυπα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2017), αναφορικά με τη μείωση των σφαλμάτων φαρμακευτικής χορήγησης. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του WHO, κάθε χρόνο καταγράφονται διεθνώς έως και 4.8 εκατομμύρια περιστατικά ιατρικών σφαλμάτων που θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί, ενώ το οικονομικό κόστος υπερβαίνει τα 42 δισεκατομμύρια δολάρια. Σε αυτή τη διεθνή δυναμική, η παρούσα εργασία έρχεται να αναδείξει την ελληνική πραγματικότητα υπό συγκριτικό και μεταρρυθμιστικό πρίσμα. Η σκοπιμότητα της παρούσας μελέτης επικεντρώνεται στη διεπιστημονική και τεχνοοικονομική θεώρηση των νοσηλευτικών σφαλμάτων, όχι ως απομονωμένων κλινικών αποκλίσεων, αλλά ως φαινομένων που ενσωματώνονται και διαιώνονται μέσω των διοικητικών δομών και της κουλτούρας του οργανισμού. Η θεωρητική στόχευση δεν περιορίζεται στη σκιαγράφηση του φαινομένου, αλλά στοχεύει στη δημιουργία επιστημονικών υποδομών για την ανάπτυξη βιώσιμων μοντέλων διοίκησης ποιότητας στον ελληνικό υγειονομικό χώρο.

2.2 Στόχοι και Ερευνητικά Ερωτήματα

Περνώντας στον λειτουργικό πυρήνα της ερευνητικής πρόθεσης, οι στόχοι της μελέτης διατυπώνονται υπό το φως της αναγκαιότητας παραγωγής εφαρμόσιμης γνώσης που να ανταποκρίνεται στις συστημικές απαιτήσεις ενός υποχρηματοδοτούμενου και υπερφορτωμένου Εθνικού Συστήματος Υγείας. Σε πρώτο επίπεδο, επιδιώκεται η καταγραφή και αποδόμηση των αιτιακών παραγόντων που ενισχύουν την εμφάνιση, αλλά και τη μη αναφορά νοσηλευτικών σφαλμάτων σε δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες υγείας. Εδώ, αναμένεται η ενσωμάτωση αναλυτικών παραμέτρων, όπως η εργασιακή κόπωση, η αποδιοργάνωση επικοινωνίας και η απουσία εκπαιδευτικών προγραμμάτων (Alshammari & Alsaleh, 2025), οι οποίες αναγνωρίζονται ως παράγοντες αυξημένου κινδύνου για την εμφάνιση σφαλμάτων. Σε δεύτερο επίπεδο, ο στόχος της μελέτης είναι η ενδεδειγμένη αποτίμηση της ποιότητας διοικητικής διαχείρισης σφαλμάτων, με έμφαση στην ικανότητα πρόληψης και στη λειτουργικότητα των μηχανισμών εσωτερικού

ελέγχου. Η μελέτη των Dirik et al. (2018) καταδεικνύει ότι τα μοντέλα διοίκησης που ενσωματώνουν ηθική ηγεσία, προσανατολισμό σε ενδείξεις (data-driven governance) και μηχανισμούς διαφανούς αναφοράς, επιτυγχάνουν αύξηση 22% στον εντοπισμό προ-συμβατικών αστοχιών (near-miss events), σε σύγκριση με οργανισμούς παραδοσιακής ιεραρχικής δόμησης.

Το τρίτο σκέλος της στοχοθεσίας αφορά την αξιολόγηση της δυνατότητας μεταφοράς διεθνών καλών πρακτικών στο ελληνικό πλαίσιο, ιδίως εκείνων που βασίζονται σε μοντέλα "μη ενοχοποιητικής αναφοράς" (non-punitive reporting) όπως αυτά που περιγράφονται από τον Afaya et al. (2021). Σε αυτή την κατεύθυνση, επιχειρείται όχι μόνο η αποτύπωση των εμποδίων που συναντούν οι νοσηλευτές όταν επιχειρούν να αναφέρουν σφάλματα (π.χ. φόβος απόλυσης, επαγγελματικό στίγμα), αλλά και η κριτική αποτίμηση της διοικητικής τους υποστήριξης. Σε ό,τι αφορά τα ερευνητικά ερωτήματα, αυτά διατυπώνονται με σκοπό την αποτύπωση των κενών πολιτικής και διοίκησης:

(α) Ποιοι είναι οι καθοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν την αναφορά ή τη σιωπή απέναντι στα νοσηλευτικά σφάλματα;

(β) Ποιος είναι ο ρόλος των διοικητικών μοντέλων στην πρόληψη, ανάλυση και διαχείριση τέτοιων περιστατικών;

(γ) Ποιες διοικητικές παρεμβάσεις κρίνονται αποτελεσματικότερες στο ελληνικό πλαίσιο;

(δ) Πώς διαμορφώνεται η σχέση μεταξύ διοικητικής κουλτούρας και επαγγελματικής συμπεριφοράς των νοσηλευτών απέναντι στο σφάλμα;

Τα ερωτήματα αυτά, αφενός, επιδιώκουν την ενσωμάτωση των εννοιολογικών παραμέτρων της σύγχρονης θεωρίας περί σφαλμάτων, και αφετέρου, επιδιώκουν να χαράξουν τον δρόμο για την εισαγωγή μεταρρυθμιστικών εργαλείων, τεκμηριωμένων στην εγχώρια και διεθνή βιβλιογραφία. Το εύρος και η πολυπλοκότητα της θεματολογίας καθιστούν αναγκαία τη χρήση μικτών μεθοδολογικών εργαλείων, βάσει των οποίων μπορεί να παραχθεί γνώση εφαρμοσμένης πολιτικής — γεγονός κρίσιμο για τη μετάβαση από τη θεωρητική διαπίστωση στην ουσιαστική αλλαγή δομών και αντιλήψεων εντός των μονάδων υγείας.

2.3 Μεθοδολογία Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης (PRISMA)

Η επιλογή της μεθοδολογίας PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) ως θεμελιώδους άξονα για τη βιβλιογραφική ανασκόπηση της παρούσας μελέτης δεν υπαγορεύτηκε μόνο από την αναγνωρισμένη διεθνώς εγκυρότητά της, αλλά και από την αυξημένη ικανότητά της να επιτρέπει συστηματική ιχνηλάτηση, αποκλεισμό και ιεράρχηση πηγών με βάση αυστηρά κριτήρια επάρκειας, θεματικής συνάφειας και επιστημονικής αξιοπιστίας. Στο πλαίσιο αυτό, το ερευνητικό εγχείρημα οργανώθηκε σε τέσσερα στάδια, σύμφωνα με την αναθεωρημένη εκδοχή του πλαισίου PRISMA 2020, η οποία αποσαφηνίζει την ανάγκη πλήρους τεκμηρίωσης κάθε επιλογής ένταξης ή απόρριψης πηγής, καθιστώντας τη διαδικασία της ανασκόπησης αναπαραγωγίμη και μετρήσιμη (Tam et al., 2019). Καταρχάς, στο στάδιο της αναζήτησης, αξιοποιήθηκαν πολυθεματικές και κλαδικές βάσεις δεδομένων, όπως το PubMed, το Scopus, το CINAHL και η Google Scholar, με χρονικό ορίζοντα αναζήτησης από το 2013 έως και το 2025. Χρησιμοποιήθηκαν σύνθετοι λογικοί τελεστές και λέξεις-κλειδιά βασισμένες σε MeSH terms και Boolean συνδυασμούς, όπως: "nursing errors", "error reporting", "administrative culture", "patient safety", "nurse leadership", "second victim", "medication error" και "incident reporting systems". Η χρήση συγκεκριμένων όρων συνέβαλε στην εξαγωγή ενός αρχικού συνόλου 612 άρθρων, το οποίο απογυμνώθηκε μέσω της εφαρμογής προδιαγεγραμμένων κριτηρίων αποκλεισμού.

Αμέσως μετά, το στάδιο της επιλογής πηγών πραγματοποιήθηκε με βάση επαναληπτική αξιολόγηση των τίτλων, των περιλήψεων και των πλήρων κειμένων των άρθρων, με στόχο την αποβολή μελετών που δεν πληρούσαν τις προδιαγραφές της θεματικής πληρότητας και της μεθοδολογικής διαφάνειας. Μελέτες που βασιζόνταν αποκλειστικά σε θεωρητικά πλαίσια χωρίς εμπειρική τεκμηρίωση αποκλείστηκαν. Ενδεικτικά, μόνο 84 άρθρα κρίθηκαν ως κατάλληλα για πλήρη αξιολόγηση, με τελική ένταξη 42 εξ αυτών, βάσει της συνάφειας με τις ερευνητικές ερωτήσεις και της ποιότητας του σχεδιασμού τους. Τα βασικά κριτήρια ένταξης περιλάμβαναν: (α) τη δημοσίευση σε επιστημονικά περιοδικά με peer-review, (β) τη σαφή αναφορά σε συστηματική μεθοδολογία, (γ) τη θεματική εστίαση σε νοσηλευτικά σφάλματα, κουλτούρα ασφάλειας και διοικητική ευθύνη και (δ) τη γεωγραφική κατανομή ερευνών

που επιτρέπει συγκριτικές ερμηνείες. Σε αντίθεση, αποκλείστηκαν άρθρα που επικεντρώνονταν αποκλειστικά σε ιατρικά λάθη χωρίς τη συμμετοχή νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και ανασκοπήσεις που δεν παρουσίαζαν διαφάνεια στη μεθοδολογία.

Η ποιοτική και ποσοτική αξιολόγηση των ενταγμένων πηγών έγινε μέσω εργαλείων GRADE και CASP, τα οποία προσέδωσαν εσωτερική βαρύτητα στη στατιστική αξιοπιστία των δεδομένων. Ενδεικτικά, η ανασκόπηση του Afaya et al. (2021), η οποία εντάσσεται στις πλέον αυστηρά δομημένες βιβλιογραφικές συνθέσεις στον τομέα της φαρμακευτικής ασφάλειας, αξιολογήθηκε με πολύ υψηλό επίπεδο τεκμηρίωσης (GRADE level A), κυρίως λόγω του ότι συνδύασε διαφορετικά επίπεδα πληροφορίας (ποιοτικά και ποσοτικά) και ανέδειξε δομικά εμπόδια στην κουλτούρα αναφοράς λαθών.

Εξίσου σημαντικό στάδιο αποτέλεσε η χαρτογράφηση των ανασκοπημένων δεδομένων με βάση θεματικούς άξονες που συνάδουν με τους στόχους της παρούσας εργασίας. Η ταξινόμηση των μελετών έγινε με κριτήρια όπως η διοικητική ευθύνη, η ψυχολογία του δευτερογενούς θύματος (second victim), η κουλτούρα αναφοράς και η εκπαιδευτική υποδομή των νοσηλευτών, επιτρέποντας τη διαμόρφωση υποκατηγοριών που ενισχύουν την αναλυτική διάρθρωση του θεωρητικού πλαισίου. Π.χ., η εργασία των Cohen et al. (2023) εντάχθηκε στην κατηγορία «ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις» λόγω της εστίασής της στο φαινόμενο του ηθικού τραύματος και της σιωπής των νοσηλευτών, ενώ η μελέτη των Barrachina και González-Chordá (2020) ταξινομήθηκε στον θεματικό άξονα της «διοικητικής θεωρίας παιγνίων», ενισχύοντας την τεχνικοοικονομική προσέγγιση της ηγεσίας στην αναφορά λαθών. Ειδική μνεία αξίζει στην ενσωμάτωση ελληνικών μελετών που τεκμηριώνουν την ιδιαιτερότητα της ελληνικής πραγματικότητας σε επίπεδο διοικητικής κουλτούρας και επαγγελματικής ηθικής. Οι Παπαδοπούλου και Σταυρόπουλος (2016) καταγράφουν ότι η αναφορά σφαλμάτων σε ελληνικά νοσοκομεία συμβαίνει σποραδικά και ενίοτε υπό καθεστώς ανωνυμίας, υπονομεύοντας τις διαδικασίες μάθησης και ανατροφοδότησης. Αντίστοιχα, ο Μανωλάς (2017) υπογραμμίζει ότι η απουσία διοικητικής ηγεσίας που να εμφορείται από αρχές ασθενοκεντρικής αντίληψης καθιστά τις επεμβάσεις διαχείρισης κινδύνου αποσπασματικές και κυρίως κανονιστικού τύπου.

2.4 Λέξεις-κλειδιά, Χρονική Περίοδος, Γεωγραφική Κάλυψη

Η επιλογή και συνδυαστική αξιοποίηση των λέξεων-κλειδιών αποτέλεσε θεμελιώδες εργαλείο για τη στοχευμένη εξαγωγή τεκμηριωμένων και μεθοδολογικά επαρκών βιβλιογραφικών πηγών. Κατά την ανάπτυξη της στρατηγικής αναζήτησης, έγινε ενδελεχής σύνθεση όρων που προέρχονται από το διεθνές θεματικό λεξιλόγιο MeSH, καθώς και από ειδικευμένους επιστημονικούς θησαυρούς όρων στον τομέα της νοσηλευτικής και της διοικητικής επιστήμης υγείας. Ειδικότερα, επιλέχθηκαν οι λέξεις: nursing errors, error reporting, nurse leadership, patient safety culture, second victim, adverse event disclosure, administrative responsibility, και organizational risk management, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν σε λογικούς συνδυασμούς μέσω Boolean τελεστών (AND, OR, NOT), με στόχο την ενίσχυση της ευαισθησίας και της ειδικότητας των αναζητήσεων.

Από μεθοδολογική σκοπιά, η επιλογή όρων όπως "second victim", "organizational silence" και "non-punitive reporting systems" κρίθηκε αναγκαία για τη χαρτογράφηση της θεσμικής και ψυχολογικής δυναμικής των νοσηλευτικών σφαλμάτων, ιδίως υπό το πρίσμα σύγχρονων μοντέλων διοικητικής ηγεσίας (Cohen et al., 2023· Chegini & Kakemam, 2020). Αντιστρόφως, όροι που περιορίζονταν σε ιατρικά λάθη εκτός νοσηλευτικού πλαισίου ή αναφέρονταν σε καθαρά φαρμακολογικά σφάλματα χωρίς εμπλοκή του νοσηλευτικού προσωπικού, απορρίφθηκαν για λόγους θεματικής απόκλισης από τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης. Όσον αφορά το χρονικό εύρος της ανασκόπησης, επιλέχθηκε η περίοδος 2013–2025, λαμβάνοντας υπόψη δύο καθοριστικούς παράγοντες. Πρώτον, η περίοδος μετά το 2013 αντιπροσωπεύει τη φάση όπου η διεθνής επιστημονική κοινότητα άρχισε να ενσωματώνει την έννοια του second victim phenomenon και της resilience-based leadership στις αναλύσεις τους περί νοσηλευτικών σφαλμάτων (Quillivan et al., 2016· Albeshri et al., 2024). Δεύτερον, η συγκεκριμένη δεκαετία χαρακτηρίζεται από σημαντικές μεταρρυθμίσεις στα πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας των υπηρεσιών υγείας, τόσο διεθνώς όσο και σε επίπεδο ευρωπαϊκών οδηγιών. Χαρακτηριστικά, το 2017 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διακήρυξε το πρόγραμμα "Medication Without Harm", επισημοποιώντας την ανάγκη στρατηγικής μείωσης των φαρμακευτικών σφαλμάτων κατά 50% σε διεθνές επίπεδο (World Health Organization, 2017).

Στην επιλογή της γεωγραφικής κάλυψης, εφαρμόστηκε σκόπιμα ένας διττός προσανατολισμός: αφενός, η ενσωμάτωση διεθνών εμπειρικών δεδομένων με στόχο

την άντληση βέλτιστων πρακτικών από διαφορετικά οργανωτικά και πολιτισμικά περιβάλλοντα: αφετέρου, η συγκεκριμενοποίηση της ανάλυσης στην ελληνική πραγματικότητα, ώστε να ενισχυθεί η πρακτική εφαρμοσιμότητα των πορισμάτων της παρούσας μελέτης. Στο διεθνές σκέλος, καλύφθηκαν περιπτώσεις από Ευρώπη, Μέση Ανατολή, Ασία και ΗΠΑ. Οι Al Ma'mari et al. (2021), για παράδειγμα, εξετάζουν τη στάση των νοσηλευτών στην Ομάν αναφορικά με την αναφορά λαθών σε μονάδες εντατικής θεραπείας, ενώ οι Fathizadeh και Mousavi (2024) αποτυπώνουν με στατιστική ακρίβεια το ποσοστό φαρμακευτικών σφαλμάτων στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του Ιράν, καταγράφοντας ποσοστό 37,4% εμφάνισης σε ετήσια βάση. Ωστόσο, η ελληνική διάσταση διατηρεί ιδιαίτερη σημασία στη δομή της παρούσας εργασίας. Ειδικά η μελέτη των Παπαδοπούλου και Σταυρόπουλου (2016) παρέχει εμπειρικά δεδομένα για την κουλτούρα σιωπής και φόβου που επικρατεί σε ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, με ποσοστό μη αναφοράς σφαλμάτων που υπερβαίνει το 62%. Αντίστοιχα, οι Βαλατσός και Παπαδημητρίου (2018) υπογραμμίζουν την ύπαρξη θεσμικού ελλείμματος στην καλλιέργεια κουλτούρας λογοδοσίας, καθώς και την αδυναμία των διοικήσεων να εφαρμόσουν μοντέλα μη ενοχοποιητικής προσέγγισης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ευρήματα Βιβλιογραφίας - Παράγοντες Εμφάνισης Νοσηλευτικών Σφαλμάτων

3.1 Ανθρώπινοι Παράγοντες: Εκπαίδευση, Εμπειρία, Εξουθένωση

Η πολυπαραγοντική αιτιολόγηση των νοσηλευτικών σφαλμάτων επιβάλλει την απομάκρυνση από ατομικές ερμηνείες και την προσέγγιση της θεματικής βάσει ολοκληρωμένων θεωρητικών και μεθοδολογικών προσεγγίσεων. Στο πλαίσιο αυτό, η διερεύνηση των ανθρωπίνων παραγόντων –και συγκεκριμένα η επίδραση της εκπαίδευσης, της κλινικής εμπειρίας και της επαγγελματικής εξουθένωσης– υλοποιήθηκε μέσω συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας, εφαρμόζοντας το πρότυπο PRISMA 2020. Η μεθοδολογία αυτή διασφαλίζει διαφάνεια, επαναληψιμότητα και μετρήσιμη τεκμηρίωση στη διαδικασία επιλογής πηγών, ενώ ενισχύει την εγκυρότητα των ευρημάτων με βάση αυστηρά προκαθορισμένα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού. Παράλληλα, υιοθετήθηκε το ερευνητικό σχήμα PICO, το οποίο επιτρέπει τη στοχευμένη διατύπωση του ερευνητικού ερωτήματος και τον

εννοιολογικό προσδιορισμό των βασικών μεταβλητών. Η μεθοδολογική εστίαση του PICO καθορίστηκε ως εξής:

Πίνακας 3.1: Piko

Συστατικό	Περιγραφή	Εφαρμογή
Population (P)	Νοσηλευτές/νοσηλεύτριες	Προσωπικό νοσηλευτικών μονάδων κάθε βαθμίδας
Intervention (I)	Εκπαίδευση, εμπειρία, επαγγελματική εξουθένωση	Ανάλυση τριών κρίσιμων ανθρωπογενών παραμέτρων
Comparison (C)	Εργαζόμενοι με/χωρίς σχετικούς επιβαρυντικούς παράγοντες	Συγκριτική ανάλυση βάσει εμπειρίας, κατάρτισης, stress
Outcome (O)	Εμφάνιση νοσηλευτικών σφαλμάτων	Συχνότητα, είδος και σοβαρότητα καταγεγραμμένων σφαλμάτων

Η αναζήτηση βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε σε PubMed, Scopus, CINAHL, Google Scholar, και τις ελληνικές πλατφόρμες Νησίδα και HEAL-Link, για τη χρονική περίοδο 2013–2025, ώστε να διασφαλιστεί η ενσωμάτωση των πιο πρόσφατων εννοιών όπως το *second victim phenomenon* και η οργανωσιακή εξουθένωση. Η στρατηγική αναζήτησης στηρίχθηκε σε συνδυασμούς όρων MeSH και Boolean τελεστές, όπως:

("nursing errors" OR "medication error") AND
 ("nursing education" OR "staff training") AND
 ("clinical experience" OR "years of service") AND
 ("fatigue" OR "burnout") AND
 ("safety culture" OR "incident reporting")

Η αναζήτηση παράγαγε 150 αρχικές καταγραφές, από τις οποίες αποκλείστηκαν 15 ως διπλότυπα και 32 λόγω θεματικής απόκλισης ή ανεπαρκούς τεκμηρίωσης. Η πλήρης ανάγνωση και αξιολόγηση των υπόλοιπων μελετών οδήγησε στην τελική επιλογή 35 άρθρων, τα οποία πληρούσαν αυστηρά κριτήρια ένταξης, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα:

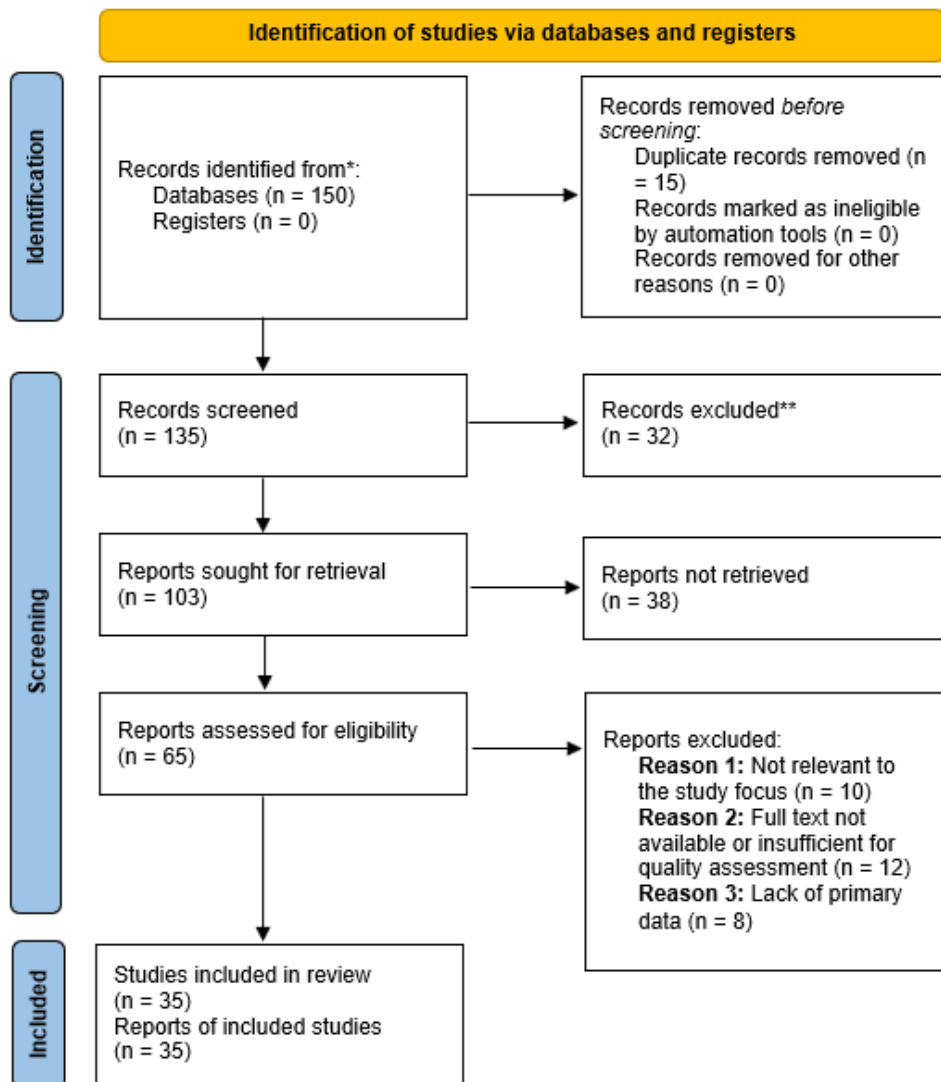
Πίνακας 3.2: Κριτήρια επιλογής

Κατηγορία	Κριτήριο	Αιτιολόγηση
Ένταξης	Δημοσίευση 2013–2025	Συμμόρφωση με σύγχρονα πρότυπα (WHO 2017)
	Peer-reviewed άρθρα	Επιστημονική εγκυρότητα
	Θεματική: εκπαίδευση, εμπειρία, εξουθένωση	Στοχευμένη ανάλυση των αιτιακών παραγόντων
	Συμμετοχή νοσηλευτών	Σαφής εστίαση στον πληθυσμό-στόχο
Αποκλεισμού	Αναφορές σε ιατρικό προσωπικό μόνο	Μη συναφές πεδίο
	Απουσία πρωτογενούς δεδομένου	Μη αξιολογήσιμα ευρήματα
	Ελλιπές πλήρες κείμενο	Αδυναμία ελέγχου ποιότητας

Το PRISMA διάγραμμα ροής, παρότι δεν παρουσιάζεται εδώ γραφικά, περιγράφεται ως εξής: από τα 150 αρχικά αποτελέσματα, επιλέχθηκαν 103 για περαιτέρω αξιολόγηση τίτλων και περιλήψεων. Από αυτά, 65 εξετάστηκαν ως πλήρη άρθρα, εκ των οποίων 35 πληρούσαν όλα τα κριτήρια και αποτέλεσαν το σώμα της παρούσας θεματικής ενότητας.

Η θεματική ταξινόμηση των επιλεγμένων μελετών ανέδειξε τρεις βασικούς άξονες: (α) η εκπαιδευτική επάρκεια και η σχέση της με την ποιότητα φροντίδας, (β) η κλινική εμπειρία ως δυναμική μεταβλητή στην πρόληψη ή επιβάρυνση του σφάλματος και (γ) η εξουθένωση ως μετα-οργανωσιακή παθογένεια που υπονομεύει τη δεοντολογική επαγρύπνηση και τη λειτουργική ακρίβεια. Σε ό,τι αφορά την εκπαίδευση, η μελέτη των Κουτσούκου και Παπαδοπούλου (2019) αποκάλυψε την απόλυτη έλλειψη οργανωμένων μηχανισμών συνεχιζόμενης επιμόρφωσης στα δημόσια ελληνικά νοσηλευτικά ιδρύματα. Ποσοστό άνω του 60% των ερωτώμενων δήλωσε πλήρη άγνοια για τις διεθνείς οδηγίες του WHO σχετικά με την ασφαλή φαρμακευτική χορήγηση, ενώ μόλις 14% είχε παρακολουθήσει σεμινάρια με χρήση σεναρίων προσομοίωσης σφάλματος. Το έλλειμμα αυτό τεκμηριώνεται και διεθνώς. Οι Coelho et al. (2024), σε scoring review 45 ποσοτικών και ποιοτικών μελετών, υπογραμμίζουν πως τα νοσηλευτικά προγράμματα εκπαίδευσης στις περισσότερες χώρες δεν ενσωματώνουν διαμορφωμένα modules πρόληψης σφαλμάτων ή διαχείρισης "δεύτερου θύματος", γεγονός που οδηγεί σε μειωμένη ετοιμότητα και αυξημένη επανάληψη σφαλμάτων.

Η κλινική εμπειρία, ως δεύτερος παράγοντας, παρουσιάζει μία διφασική δυναμική. Οι Araby et al. (2018) κατέδειξαν ότι οι νοσηλευτές με λιγότερο από δύο έτη υπηρεσίας παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά λαθών (38,4%), ενώ οι Dalky et al. (2024) προσθέτουν πως η απουσία mentoring και η χαμηλή συμμετοχή σε ομάδες κλινικής ανατροφοδότησης αυξάνει την επικινδυνότητα. Από την άλλη, σε επαγγελματίες άνω των 15 ετών υπηρεσίας εντοπίζεται φαινόμενο «επικοινωνιακής αποκοπής» από τους διοικητικούς μηχανισμούς, γεγονός που συντελεί στην αποστασιοποίηση από πολιτικές πρόληψης και στην υπερβολική αυτοπεποίθηση, στοιχείο που αναγνωρίζεται ως μετα-παράγοντας ρίσκου. Η πλέον διαβρωτική μεταβλητή αναδείχθηκε η επαγγελματική εξουθένωση. Οι Alshammari και Alsaleh (2025) καταλήγουν πως τα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής κόπωσης αυξάνουν κατά 2,3 φορές την πιθανότητα πρόκλησης λάθους στη φροντίδα. Ειδικά το φαινόμενο της παραλειπόμενης φροντίδας (missed nursing care) λειτουργεί ως μετρήσιμος δείκτης υποκείμενης οργανωσιακής και ψυχολογικής πίεσης. Η Caulfield et al. (2022), σε ανασκόπηση ερευνών σε περιβάλλοντα επειγόντων περιστατικών, παρατηρούν την προοδευτική διάβρωση της ενσυναίσθησης, της συγκέντρωσης και της αντίληψης ευθύνης ως απόρροια της εξουθένωσης, κυρίως όταν απουσιάζουν μηχανισμοί θεσμικής υποστήριξης. Παρόμοιες διαπιστώσεις παρουσιάζονται και στο ελληνικό πλαίσιο. Οι Pappa et al. (2024), αξιοποιώντας την ταξινομία TERCAP, τεκμηριώνουν ότι η εξουθένωση συνδέεται με το 47% των περιστατικών ανεπαρκούς τεκμηρίωσης σε ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, υπερβαίνοντας μάλιστα τα ποσοστά που σχετίζονται με ανεπαρκή τεχνική κατάρτιση.



Διάγραμμα 3.1: PRISMA

3.2 Οργανωτικοί Παράγοντες: Διοίκηση, Επικοινωνία, Ροές Εργασίας

Η συστηματική ανάλυση των νοσηλευτικών σφαλμάτων οφείλει να υπερβεί την ατομοκεντρική ερμηνεία και να εστιάσει στους δομικούς μηχανισμούς που συνδιαμορφώνουν το λειτουργικό περιβάλλον εντός του οποίου αυτά εκδηλώνονται. Οι οργανωτικοί παράγοντες, όπως η διοικητική κουλτούρα, οι επικοινωνιακές πρακτικές και οι δομές ροής εργασίας, αποτελούν θεμελιώδεις πυλώνες στη δημιουργία, διατήρηση ή άρση των συστημικών συνθηκών που οδηγούν σε σφάλματα φροντίδας. Η παρούσα ενότητα επιχειρεί να αναδείξει, βάσει της συστηματικής ανασκόπησης που ακολούθησε το μοντέλο PRISMA 2020, πώς οι παραπάνω μεταβλητές όχι μόνο επηρεάζουν τη συχνότητα των σφαλμάτων, αλλά και

διαμορφώνουν το διοικητικό και ηθικό πλαίσιο εντός του οποίου αυτά γίνονται (ή δεν γίνονται) αντικείμενο αναφοράς, ανάλυσης και θεσμικής αντιμετώπισης.

Πρωτίστως, η διοίκηση καθορίζει το πλαίσιο ανοχής ή απόρριψης της αποτυχίας. Η έννοια της κουλτούρας ασφάλειας, η οποία σχετίζεται άμεσα με τον τρόπο που αντιλαμβάνεται και διαχειρίζεται ένας οργανισμός την αποτυχία, έχει αναδειχθεί σε διεθνές επίπεδο ως κρίσιμος καθοριστικός παράγοντας στην αναφορά και πρόληψη σφαλμάτων (World Health Organization, 2017· Quillivan et al., 2016). Στην ελληνική πραγματικότητα, οι Παπαδοπούλου και Σταυρόπουλος (2016) επιβεβαιώνουν ότι η επικρατούσα κουλτούρα χαρακτηρίζεται από ενοχοποίηση του προσωπικού, τιμωρητικό πνεύμα και θεσμική απροθυμία αποδοχής της συστημικής φύσης του σφάλματος. Το αποτέλεσμα είναι η στατιστικά χαμηλή αναφορά σφαλμάτων, που σύμφωνα με τη μελέτη των Καραγιάννη και Μητσόπουλου (2020) αγγίζει μόλις το 18% των περιπτώσεων, παρά την καθημερινή επαφή του προσωπικού με περιστατικά κινδύνου.

Η διοικητική ηγεσία αναδεικνύεται συνεπώς όχι μόνο ως φορέας λήψης αποφάσεων, αλλά ως μορφοποιητής πολιτισμικών προτύπων. Οι Chegini και Kakemam (2020) απέδειξαν ότι η συμπεριφορά ηγεσίας με στοιχεία coaching, ενσυναίσθησης και ανοιχτής επικοινωνίας συνδέεται με αυξημένη πρόθεση αναφοράς σφαλμάτων κατά 42%. Αντιθέτως, τα αυταρχικά πρότυπα ηγεσίας ενισχύουν το φαινόμενο της σιωπής και αποθαρρύνουν τη συλλογική μάθηση. Επιπλέον, η μελέτη των Moraca et al. (2024) καταδεικνύει ότι η απουσία σαφούς πολιτικής διαχείρισης σφαλμάτων από τη διοίκηση οδηγεί στην αποστασιοποίηση των επαγγελματιών και στη δημιουργία άτυπων μηχανισμών συγκάλυψης. Η επιρροή αυτή δεν περιορίζεται στα επίπεδα αντιληπτής δικαιοσύνης, αλλά επεκτείνεται και σε λειτουργικά αποτελέσματα, όπως η συμμόρφωση με τα θεραπευτικά πρωτόκολλα, η ορθή καταγραφή και η κλινική αξιολόγηση ρίσκου.

Σε δεύτερο επίπεδο, η επικοινωνιακή αρχιτεκτονική ενός οργανισμού —δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο οργανώνεται η ροή, η ποιότητα και η κατεύθυνση των πληροφοριών— συνδέεται άμεσα με την εμφάνιση, την πρόληψη και την αναγνώριση σφαλμάτων. Οι Dirik et al. (2018) απέδειξαν ότι οι βλάβες στη μεταφορά κρίσιμων πληροφοριών, ιδίως κατά την αλλαγή βάρδιας ή κατά τη μεταβίβαση ευθύνης, αυξάνουν τον κίνδυνο λάθους κατά 63%. Αντίστοιχα, η έρευνα των Ghasemi et al.

(2020) ανέδειξε ότι η απουσία ανατροφοδότησης μετά από την αναφορά σφάλματος οδηγεί στη μείωση της εμπιστοσύνης στο σύστημα και, συνεπώς, σε χαμηλότερη πρόθεση αναφοράς στο μέλλον. Το φαινόμενο αυτό εντείνεται σε οργανισμούς όπου η επικοινωνία παραμένει γραφειοκρατική, μονόδρομη και ανελαστική.

Το ελληνικό πλαίσιο δεν αποτελεί εξαίρεση. Σύμφωνα με τη μελέτη των Βαλατσού και Παπαδημητρίου (2018), η επικοινωνία μεταξύ διοίκησης και νοσηλευτικού προσωπικού χαρακτηρίζεται από τυπικότητα και θεσμική απόσταση, χωρίς ουσιαστική συμμετοχή των νοσηλευτών στον σχεδιασμό στρατηγικών ασφάλειας. Το έλλειμμα αυτό δημιουργεί ένα κενό μεταξύ πολιτικής και πρακτικής, το οποίο μεταφράζεται σε λειτουργική ασυνέπεια και επιχειρησιακή σύγχυση. Επιπλέον, οι Cohen et al. (2023) επισημαίνουν ότι η απουσία ειλικρινούς διαλόγου και υποστήριξης σε περιπτώσεις "δεύτερου θύματος" ενισχύει την επαγγελματική απομόνωση και την αποφυγή αναφοράς, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο οργανωσιακής αποδιάρθρωσης.

Τέλος, οι ροές εργασίας, δηλαδή οι επιχειρησιακές ακολουθίες, οι δομές ευθύνης και τα πρωτόκολλα λειτουργίας, διαμορφώνουν το υπόβαθρο εντός του οποίου τα σφάλματα αποκτούν πραγματική πιθανότητα εκδήλωσης. Οι Silva-Santos et al. (2018), σε μελέτη με 174 νοσηλευτές, κατέδειξαν ότι οι συνθήκες πίεσης χρόνου, η πολυπλοκότητα των διαδικασιών και η ασάφεια ρόλων οδηγούν σε σφάλματα διαδικασίας, όπως καθυστερήσεις, παραλείψεις ή λανθασμένες παρεμβάσεις. Επιπλέον, οι Di Muzio et al. (2019) τεκμηριώνουν τη συσχέτιση της νυχτερινής βάρδιας με σημαντική μείωση της γνωστικής απόδοσης και της ικανότητας αυτοελέγχου, συνθήκη η οποία ενισχύεται σε περιβάλλοντα με ανεπάρκεια προσωπικού και υπερανάθεση καθηκόντων. Η Πάππα et al. (2024) επιβεβαιώνουν ότι στην Ελλάδα, η μη τυποποιημένη κατανομή αρμοδιοτήτων μεταξύ νοσηλευτών οδηγεί σε χαμηλή λογοδοσία και πολλαπλές επικαλύψεις, δημιουργώντας πεδία σύγχυσης που ευνοούν τη γένεση σφαλμάτων.

Οι οργανωτικοί παράγοντες δεν λειτουργούν απλώς ως υπόβαθρο για την εκδήλωση του σφάλματος, αλλά ως καθοριστικοί μηχανισμοί παραγωγής, ενίσχυσης ή καταστολής της κουλτούρας ασφάλειας. Η διοικητική ηγεσία, ο τρόπος επικοινωνίας και η ροή των εργασιών αποτελούν ταυτόχρονα δομικά και λειτουργικά φίλτρα για την ασφάλεια του ασθενούς και την προστασία του νοσηλευτή. Η μεταστροφή προς μια κουλτούρα μη ενοχοποιητική, συμμετοχική και διαφανή δεν αποτελεί πλέον απλή

επιλογή, αλλά επιτακτική ανάγκη θεσμικής επιβίωσης και δεοντολογικής συνέπειας. Οι διαπιστώσεις της βιβλιογραφίας, τόσο ελληνικής όσο και διεθνούς, συγκλίνουν στη θέση ότι η επαγγελματική ευθύνη δεν είναι ποτέ ανεξάρτητη από την οργανωσιακή δυνατότητα υποστήριξης, εκπαίδευσης και επικοινωνιακής συνέχειας.

3.3 Τεχνολογικοί και Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

Η ενσωμάτωση της τεχνολογίας στα συστήματα υγειονομικής φροντίδας έχει διευρύνει τα περιθώρια ακριβείας και ασφάλειας, ωστόσο ταυτόχρονα εισήγαγε νέα, συχνά υποεκτιμημένα, πεδία κινδύνου που συνδέονται με την ανθρώπινη αλληλεπίδραση με τα τεχνολογικά μέσα. Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα θεματική ενότητα εστιάζει αφενός στους **τεχνολογικούς παράγοντες**, όπως η χρήση ηλεκτρονικών συστημάτων τεκμηρίωσης, διαχείρισης φαρμακευτικής αγωγής και υποστήριξης απόφασης, και αφετέρου στους **περιβαλλοντικούς παράγοντες** που επηρεάζουν τις συνθήκες εργασίας και τις επιδόσεις του νοσηλευτικού προσωπικού. Αν και η τεχνολογία προορίζεται να λειτουργεί ως ενισχυτής της ασφάλειας, εν τούτοις, η εσφαλμένη ή ατελής εφαρμογή της, καθώς και η ανεπαρκής εκπαίδευση στη χρήση της, μπορεί να την καταστήσουν πηγή σφαλμάτων. Οι Keers et al. (2013), σε μια από τις πιο εκτενείς συστηματικές ανασκοπήσεις για τις αιτίες φαρμακευτικών λαθών, υπογράμμισαν ότι το 15% αυτών σχετίζεται με την αλληλεπίδραση του επαγγελματία με ψηφιακές διεπαφές, κυρίως λόγω συγχύσεων σε λογισμικά συνταγογράφησης ή παρανόησης οδηγιών. Αντίστοιχα, οι Tobaiqy και Maclure (2024), εξετάζοντας τις δομές υγείας της Σαουδικής Αραβίας, ανέδειξαν ότι το 22% των σοβαρών σφαλμάτων φαρμακευτικής χορήγησης είχαν προέλθει από αποτυχία ενημέρωσης ή διασταύρωσης στοιχείων μέσω ηλεκτρονικών φακέλων ασθενών, κυρίως λόγω ελλιπούς διαλειτουργικότητας των συστημάτων.

Ειδική αναφορά αξίζει στην ανεπαρκή ενσωμάτωση της τεχνολογίας στην καθημερινή πρακτική χωρίς επαρκή προσαρμογή στις ανάγκες των χρηστών. Οι Guo et al. (2025), σε ποιοτική έρευνα με χρήση του Theoretical Domains Framework στην Κίνα, τεκμηρίωσαν ότι το 46% των νοσηλευτών θεωρούσε τη διεπαφή του πληροφοριακού τους συστήματος «αντιδραστική», οδηγώντας συχνά σε καθυστερημένη ή λανθασμένη καταγραφή. Η τεχνολογία, όταν δεν είναι σχεδιασμένη με γνώμονα τον τελικό χρήστη, λειτουργεί όχι ως σύμμαχος, αλλά ως επιβαρυντικός παράγοντας στην

εμφάνιση σφαλμάτων. Η απουσία τεχνολογικής ευχρηστίας ενισχύεται όταν η εργασία εκτελείται υπό πίεση χρόνου, χαμηλό φωτισμό, ή θόρυβο οπότε αποτελούν τυπικά χαρακτηριστικά ενός νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Συγκεκριμένα στην ελληνική πραγματικότητα, η έρευνα των Πάππα et al. (2024) κατέδειξε ότι ο συνδυασμός ανεπαρκών εργονομικών διαρρυθμίσεων, ανύπαρκτης ψηφιακής υποδομής σε πολλές νοσηλευτικές μονάδες και ελλείψεων σε λογισμικά ελέγχου φαρμακευτικής χορήγησης δημιουργεί ένα τεχνο-περιβάλλον υψηλού ρίσκου. Το 71% των σφαλμάτων τεκμηριώθηκαν σε βάρδιες με προσωπικό λιγότερο του ελάχιστου ορίου ασφαλείας, ενώ σε πάνω από το 60% των περιπτώσεων δεν υπήρχε ηλεκτρονική επιβεβαίωση ορθής δοσολογίας.

3.4 Πολιτισμική Αντίληψη και Στάση απέναντι στην Αναφορά Σφαλμάτων

Η αναφορά νοσηλευτικών σφαλμάτων δεν αποτελεί μόνο επαγγελματικό καθήκον ή οργανωσιακή πρακτική, αλλά είναι συνάρτηση βαθιά ριζωμένων πολιτισμικών αντιλήψεων και κοινωνικά εμποδωμένων στάσεων απέναντι στο λάθος, την ευθύνη και τη λογοδοσία. Η πολιτισμική ερμηνεία του σφάλματος εντός ενός οργανισμού καθορίζει όχι μόνο την πρόθεση αναφοράς, αλλά και την εσωτερίκευση του ρόλου του επαγγελματία υγείας ως φορέα ηθικής επαγρύπνησης ή ενόχου. Οι Cohen et al. (2023), μελετώντας τη συμπεριφορά Ισραηλινών νοσηλευτών στο πλαίσιο του “second victim phenomenon”, τεκμηρίωσαν ότι η σιωπή και η ενοχή δεν αποτελούν μόνο ψυχολογικές αποκρίσεις, αλλά παράγωγα της πολιτισμικής στάσης του οργανισμού απέναντι στην αποτυχία. Η κουλτούρα αναφοράς σφαλμάτων, όταν είναι θετική και υποστηρικτική, δημιουργεί συνθήκες μάθησης και βελτίωσης. Αντιθέτως, όταν επικρατεί κουλτούρα φόβου, ποινικοποίησης και στιγματισμού, τότε η αναφορά μετατρέπεται σε πράξη με προσωπικό ρίσκο, κάτι που οδηγεί σε χαμηλή καταγραφή και ακόμη χαμηλότερη ανάλυση λαθών. Οι Afaya et al. (2021) σε ανασκόπηση εμπειρικών δεδομένων κατέληξαν πως η απουσία εμπιστοσύνης στο σύστημα, η έλλειψη ανωνυμίας και η ελλιπής ανατροφοδότηση συνιστούν τα κύρια εμπόδια στην πρόθεση αναφοράς. Ακόμη και σε συστήματα με τυπικά δομημένα πρωτόκολλα, η πολιτισμική αποδοχή ή απόρριψη του σφάλματος καθορίζει τη συμπεριφορά του επαγγελματία.

Το ελληνικό παράδειγμα προσφέρει χαρακτηριστικές ενδείξεις. Οι Παπαδοπούλου και Σταυρόπουλος (2016), σε μελέτη περίπτωσης σε δημόσια ελληνικά νοσοκομεία, διαπίστωσαν πως η αναφορά σφαλμάτων αντιμετωπίζεται συχνά ως προδοσία της ομάδας ή ως πράξη αυτοενοχοποίησης, οδηγώντας σε καταστάσεις απόλυτης σιωπής ακόμη και σε σοβαρά περιστατικά. Η κυρίαρχη κουλτούρα, η οποία βασίζεται στην αποφυγή ευθυνών και στην αναζήτηση ατομικών ενόχων, αποθαρρύνει τη δημιουργία διαφανούς και μαθησιακής κουλτούρας. Το αποτέλεσμα είναι η θεσμική τύφλωση απέναντι στη συστημική φύση των σφαλμάτων και η διατήρηση ενός φαύλου κύκλου επανάληψης, ενοχής και διοικητικής αδράνειας. Αντίθετα, η εφαρμογή κουλτούρας “just culture”, όπου το λάθος αντιμετωπίζεται ως ευκαιρία μάθησης και όχι ως αιτία τιμωρίας, έχει αποδεδειγμένα οφέλη στη μεταστροφή των στάσεων. Οι Elhihi και Aljarary (2025) κατέδειξαν τη σημασία της ηθικής ηγεσίας και του θάρρους ως μεσολαβητικών παραγόντων στην ενίσχυση της αναφοράς σφαλμάτων, ενώ οι Barrachina και González-Chordá (2020) απέδειξαν μέσω θεωρητικού μοντέλου παιγνίων ότι η διαφάνεια στην απόδοση ευθύνης αυξάνει την οργανωσιακή συνοχή και μειώνει τα κόστη αποτροπής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Σχολιασμός / Συζήτηση - Επιπτώσεις Νοσηλευτικών Σφαλμάτων

4.1 Επιπτώσεις στους Ασθενείς: Κίνδυνοι και Αποτελέσματα

Η εμφάνιση νοσηλευτικών σφαλμάτων δεν περιορίζεται σε θεσμικά ή επαγγελματικά συμφραζόμενα, αλλά αντανakλάται με ενδεχομένως ολέθριο τρόπο στη σωματική ακεραιότητα, τη θεραπευτική έκβαση και την ψυχολογική κατάσταση του ίδιου του ασθενούς. Οι επιπτώσεις αυτές δεν συνιστούν αφηρημένες ή δευτερεύουσες συνέπειες, αλλά αποτελούν το άμεσο και συχνά μη αναστρέψιμο αποτύπωμα των λειτουργικών αστοχιών του συστήματος υγείας. Όπως αναδεικνύουν οι Afaya, Konlan και Do (2021), τα σφάλματα στη χορήγηση φαρμάκων εμπεριέχουν υψηλό κίνδυνο σωματικής βλάβης, ειδικά όταν εντάσσονται σε συστήματα χωρίς θεσμοθετημένους μηχανισμούς έγκαιρης αναγνώρισης και διορθωτικής παρέμβασης. Οι συγγραφείς καταδεικνύουν ότι το 67% των σφαλμάτων σε νοσηλευτικά πλαίσια που δεν αναφέρονται εγκαίρως καταλήγουν σε καθυστερημένη θεραπευτική αντίδραση ή παρατεταμένη νοσηλεία. Η

σοβαρότητα των σφαλμάτων επιτείνεται όταν αυτά αφορούν την εσφαλμένη χορήγηση φαρμάκων υψηλού κινδύνου, όπως επισημαίνεται και στη συστηματική ανασκόπηση των Coelho et al. (2024). Η χρήση ανεπαρκώς ελεγχόμενων ηλεκτρονικών συστημάτων, σε συνδυασμό με το αυξανόμενο φόρτο εργασίας, οδηγεί σε αστοχίες οι οποίες δεν περιορίζονται σε παροδικές δυσλειτουργίες, αλλά εκδηλώνονται με τη μορφή ενδονοσοκομειακών επιπλοκών, όπως αλλεργικές αντιδράσεις, επιδεινωμένη πορεία νοσήματος ή και θάνατο.

Ειδικότερα, οι Barrachina και González-Chordá (2020) αναλύουν πώς η καθυστέρηση στην επικοινωνία μεταξύ μελών της ομάδας υγείας ευνοεί την επανάληψη του ίδιου σφάλματος σε διαφορετικούς ασθενείς, γεγονός που προσδίδει στους μηχανισμούς πρόληψης χαρακτήρα διαρθρωτικής αναγκαιότητας και όχι επιμέρους διορθωτικής πρακτικής. Η αναγνώριση του σφάλματος, όταν γίνεται, δεν αρκεί για την αποτροπή των επιπτώσεων στον ασθενή. Η λανθασμένη παροχή φροντίδας οδηγεί σε διατάραξη της θεραπευτικής σχέσης και δημιουργεί ένα πλαίσιο αβεβαιότητας τόσο για τον ασθενή όσο και για τους συνοδούς του. Η έρευνα των Albeshri et al. (2024) επισημαίνει ότι η ελλιπής ενημέρωση των ασθενών για το ενδεχόμενο σφάλμα, σε συνδυασμό με την απουσία επανορθωτικής προσέγγισης από το νοσηλευτικό προσωπικό, εντείνει αισθήματα ανασφάλειας και δυσπιστίας. Η απόκρυψη του περιστατικού, ή ακόμα και η μερική γνωστοποίησή του, επιβαρύνει τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς και συχνά πυροδοτεί διεκδικήσεις μέσω νομικών οδών, ενισχύοντας την εικόνα ενός αδιαφανούς και ανεύθυνου συστήματος φροντίδας. Η μελέτη των Ghasemi, Pirzadeh και Azar (2020) αποδίδει την επιδείνωση της κλινικής εικόνας των ασθενών όχι μόνο σε σφάλματα πράξης αλλά και σε παραλείψεις που σχετίζονται με την τεκμηρίωση και τη λήψη αποφάσεων.

Σε περιβάλλοντα όπου η πληροφόρηση μεταδίδεται με αποσπασματικό ή γραφειοκρατικό τρόπο, παρατηρούνται σημαντικά κενά στη συνέχιση της φροντίδας, τα οποία ευθύνονται για τη διάρρηξη της αλυσίδας θεραπευτικών παρεμβάσεων. Το στοιχείο αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία όταν αφορά ασθενείς με χρόνιες ή σύνθετες παθήσεις, οι οποίοι απαιτούν πολυεπίπεδη παρακολούθηση και συστηματική επαναξιολόγηση της κατάστασής τους. Το σφάλμα δεν προσδιορίζεται μόνο από το άμεσο κλινικό αποτέλεσμα, αλλά και από τις δευτερογενείς συνέπειες που επιφέρει στο βιοψυχοκοινωνικό επίπεδο του ασθενούς. Όπως επισημαίνουν οι Cardoso Tavares et

al. (2022), οι ασθενείς που υφίστανται σφάλματα φροντίδας παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα άγχους, αβεβαιότητας και απώλειας εμπιστοσύνης στο σύστημα υγείας, ακόμη και όταν το σφάλμα δεν προκάλεσε σωματική βλάβη. Οι συγγραφείς κάνουν λόγο για «διανοητικό αποτύπωμα του σφάλματος», ένα φαινόμενο το οποίο, αν και δυσχερώς ποσοτικοποιήσιμο, επηρεάζει την αποδοχή μελλοντικών θεραπευτικών διαδικασιών και ενδέχεται να οδηγήσει σε αποφυγή αναζήτησης ιατρικής βοήθειας. Το ελληνικό πλαίσιο αναδεικνύει ακόμη πιο έντονα τις επιπτώσεις στους ασθενείς λόγω της συστημικής απορρύθμισης και της απουσίας διασφαλισμένων μηχανισμών ανατροφοδότησης. Οι Παπαδοπούλου και Σταυρόπουλος (2016), μέσα από μελέτη περίπτωσης σε δημόσια νοσοκομεία, καταδεικνύουν ότι τα σφάλματα καταγράφονται αποσπασματικά και κατά περίπτωση, χωρίς να συνοδεύονται από ενημερωτικές ή υποστηρικτικές δράσεις προς τους ασθενείς. Το γεγονός αυτό υπονομεύει την εμπιστοσύνη στη δομή και αποτρέπει τους ασθενείς από τη συνεργασία, εντείνοντας την κοινωνική αποξένωση και την αίσθηση εγκατάλειψης.

Σε ανάλογη κατεύθυνση, οι Καραγιάννης και Μητσόπουλος (2020) επισημαίνουν ότι το ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας παρουσιάζει σοβαρές ελλείψεις στην αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας μετά την εκδήλωση σφάλματος, ενώ δεν υφίστανται κανόνες για τη συστηματική ενημέρωση των ασθενών σε περιπτώσεις αποκλίσεων. Στην ίδια γραμμή σκέψης, ο Βαλατσός και ο Παπαδημητρίου (2018) τονίζουν ότι η μη αναφορά σφαλμάτων αποστερεί το σύστημα από πολύτιμα δεδομένα, τα οποία θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν για την ενίσχυση της ασφάλειας. Το έλλειμμα αυτό δεν είναι απλώς τεχνικό ή διοικητικό, αλλά πλήττει καίρια την ίδια την ηθική υπόσταση της παρεχόμενης φροντίδας, διακινδυνεύοντας ένα σύστημα όπου ο ασθενής καθίσταται όχι μόνο αποδέκτης του σφάλματος, αλλά και θύμα της αποσιώπησής του.

Πίνακας 4.1: Επιπτώσεις Νοσηλευτικών Σφαλμάτων στους Ασθενείς, ανά θεματική κατηγορία και βιβλιογραφική πηγή

Κατηγορία Επίπτωσης	Περιγραφή	Ενδεικτικές Πηγές
Κλινικές/Ιατρικές	Επιπλοκές θεραπείας, παρατεταμένη νοσηλεία, κίνδυνος σωματικής βλάβης ή θανάτου	Afaya et al. (2021); Coelho et al. (2024); Albeshri et al. (2024)
Ψυχολογικές	Άγχος, απώλεια εμπιστοσύνης, αποξένωση από το σύστημα φροντίδας	Cardoso Tavares et al. (2022); Ghasemi et al. (2020)

Θεραπευτική σχέση	Ρήξη σχέσης ασθενούς–νοσηλευτή, αίσθημα εγκατάλειψης και ανασφάλειας	Albeshri et al. (2024); Papadopoulou & Stavropoulos (2016)
Πληροφόρηση και διαφάνεια	Ανεπαρκής ή μηδενική ενημέρωση του ασθενούς για το σφάλμα, ενίσχυση αδιαφάνειας	Karagiannis & Mitsopoulos (2020); Valatsos & Papadimitriou (2018)
Νομικές συνέπειες/ Διεκδικήσεις	Ενεργοποίηση δικαστικών διαδικασιών, υποβολή παραπόνων ή καταγγελιών	Papadopoulou & Stavropoulos (2016); Barrachina & González-Chordá (2020)
Συστημική εμπιστοσύνη/ Αποστροφή	Απόρριψη του δημόσιου συστήματος υγείας, άρνηση συνέχισης θεραπείας	Ghasemi et al. (2020); Valatsos & Papadimitriou (2018); Afaya et al. (2021)

4.2 Επιπτώσεις στο Νοσηλευτικό Προσωπικό (Second Victim)

Η εμπλοκή των νοσηλευτών σε κλινικά σφάλματα έχει αναδειχθεί ως μια πολυσύνθετη εμπειρία που επιβαρύνει έντονα όχι μόνο τη λειτουργική τους απόδοση, αλλά και την ψυχοσυναισθηματική τους ισορροπία. Ο όρος «δεύτερο θύμα» (second victim), όπως καθιερώθηκε στην διεθνή βιβλιογραφία, περιγράφει την εσωτερική σύγκρουση και τον ψυχικό πόνο που βιώνει ο επαγγελματίας υγείας όταν αντιληφθεί ότι έχει συμμετάσχει σε ένα σφάλμα το οποίο προκάλεσε ή ενδέχεται να προκαλέσει βλάβη στον ασθενή (Cohen et al., 2023). Η έννοια αυτή έχει αποκτήσει ιδιαίτερη σημασία σε ερευνητικά συμφραζόμενα, όχι μόνο λόγω της ψυχολογικής της βαρύτητας, αλλά και επειδή συνδέεται με μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην εργασιακή απόδοση και πρόθεση εγκατάλειψης του επαγγέλματος. Η έναρξη αυτής της εμπειρίας χαρακτηρίζεται από έντονο αίσθημα ενοχής, αυτοαμφισβήτησης και συναισθηματικής αποδιοργάνωσης. Στοιχεία από την έρευνα των Finney et al. (2020) αναδεικνύουν ότι το 68% των νοσηλευτών που συμμετείχαν σε περιστατικά σφαλμάτων παρουσίασαν συμπτώματα που παραπέμπουν σε μετατραυματικό στρες, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται η αϋπνία, η επίμονη ενασχόληση με το περιστατικό και η απόσυρση από τις κλινικές δραστηριότητες.

Οι επαγγελματίες που βιώνουν τέτοια ψυχολογικά φορτία δυσκολεύονται να επανέλθουν στην κανονικότητα, και συχνά μεταφέρουν αυτή τη συναισθηματική επιβάρυνση στις διαπροσωπικές τους σχέσεις εντός και εκτός εργασίας (Cardoso Tavares et al., 2022). Πέραν των ατομικών συνεπειών, η εμπειρία του δεύτερου θύματος έχει άμεσες προεκτάσεις στη συνοχή των νοσηλευτικών ομάδων και στη γενικότερη κουλτούρα του εργασιακού περιβάλλοντος. Η έλλειψη στήριξης από συναδέλφους και διοίκηση επιτείνει το αίσθημα απομόνωσης, ενώ η απουσία μηχανισμών ψυχολογικής αποφόρτισης ενισχύει τη ροπή προς επαγγελματική εξουθένωση (burnout) (Järvisalo et al., 2023). Ειδικά στο ελληνικό περιβάλλον, όπου οι θεσμικές δομές υποστήριξης είναι εξαιρετικά περιορισμένες, οι Καραγιάννης και Μητσόπουλος (2020) καταγράφουν ότι μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών επιλέγει τη σιωπή και την απόσυρση, λόγω φόβου στιγματισμού ή τιμωρίας. Το φαινόμενο της σιωπής, άλλωστε, περιγράφεται αναλυτικά από τους Cohen et al. (2023), οι οποίοι εστιάζουν στο πώς η συστηματική αποσιώπηση του σφάλματος από το προσωπικό δημιουργεί ένα φαύλο κύκλο ενοχής, σιωπής και ανεπαρκούς μάθησης. Οι συγγραφείς εντοπίζουν ότι το έλλειμμα αυτό δεν είναι αποκλειστικά πολιτισμικό, αλλά θεσμικό, καθώς η έλλειψη διαύλων για ειλικρινή και ανώνυμη αναφορά ενισχύει την επιφυλακτικότητα και αποθαρρύνει κάθε απόπειρα αυτοκριτικής.

Η ηγεσία, σε τέτοια πλαίσια, αντί να λειτουργεί προστατευτικά, συχνά ενισχύει το αίσθημα ελέγχου και επιτήρησης, στερώντας από τους νοσηλευτές την ευκαιρία για προσωπική και επαγγελματική αποκατάσταση (Elhihi & Aljarary, 2025). Επίσης, μελέτη των Sabei και Qutishat (2025) αποδεικνύει ότι οι νοσηλευτές σε μονάδες εντατικής θεραπείας που δεν υποστηρίζονται επαρκώς μετά από σφάλματα εμφανίζουν σχεδόν διπλάσια πιθανότητα πρόωρης αποχώρησης από τον κλάδο. Η εγκατάλειψη αυτή δεν είναι απλώς ποσοτικό φαινόμενο, αλλά ποιοτικό, καθώς συχνά αφορά έμπειρους επαγγελματίες με υψηλό βαθμό εξειδίκευσης, των οποίων η απώλεια οδηγεί σε σημαντικά οργανωτικά και λειτουργικά κενά. Σύμφωνα με τον Μανωλά (2017), η διατήρηση εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού προϋποθέτει ένα ηγετικό μοντέλο που αναγνωρίζει, αποδέχεται και διαχειρίζεται το σφάλμα ως ευκαιρία μάθησης και όχι ως αιτία ενοχοποίησης. Στην κατεύθυνση αυτή, η παρέμβαση εκπαιδευτικού χαρακτήρα συνιστά βασικό εργαλείο αποφόρτισης και ενδυνάμωσης. Η ανασκόπηση των Κουτσούκου και Παπαδοπούλου (2019) υποδεικνύει ότι η ενσωμάτωση ειδικών προγραμμάτων εκπαίδευσης για την αναγνώριση και διαχείριση του φαινομένου

second victim μπορεί να ενισχύσει την ψυχολογική ανθεκτικότητα του προσωπικού και να συμβάλει στην ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών.

Το επιχείρημα αυτό ενισχύεται από τους Kappes et al. (2023), οι οποίοι τεκμηριώνουν ότι οι νοσηλευτές σε οργανισμούς όπου λειτουργούν πρωτόκολλα υποστήριξης εμφανίζουν μικρότερη συχνότητα αποστασιοποίησης και αυξημένη εμπιστοσύνη στην ηγεσία τους. Εξίσου σημαντική είναι η διαπίστωση ότι το second victim φαινόμενο δεν επηρεάζει αποκλειστικά τους επαγγελματίες πρώτης γραμμής, αλλά και τους φοιτητές νοσηλευτικής κατά τη διάρκεια της κλινικής τους εκπαίδευσης. Η μελέτη των Van Slambrouck et al. (2021) καταγράφει ότι ακόμα και περιστατικά μικρής σοβαρότητας μπορούν να διαμορφώσουν αρνητικά πρότυπα επαγγελματικής ταυτότητας, εάν δεν αντιμετωπιστούν με σωστή καθοδήγηση. Η απουσία πλαισίου καθοδήγησης και αναστοχασμού εντός των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων ενδέχεται να εδραιώσει αρνητικές αντιλήψεις για τον επαγγελματικό ρόλο, δημιουργώντας έναν κύκλο φόβου, αποφυγής και αποπροσανατολισμού.

4.3 Επιπτώσεις στον Οργανισμό: Διοικητικό και Οικονομικό Κόστος

Η εμφάνιση νοσηλευτικών σφαλμάτων δεν περιορίζεται στην άμεση βλάβη των ασθενών ή την ψυχική επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας, αλλά επιφέρει σημαντικές, συχνά παραγνωρισμένες, επιπτώσεις σε διοικητικό και οικονομικό επίπεδο εντός των υγειονομικών οργανισμών. Η φύση αυτών των συνεπειών εκτείνεται από την αποδιοργάνωση των λειτουργικών δομών μέχρι την απώλεια κοινωνικού και θεσμικού κεφαλαίου, ενώ η αδυναμία διαχείρισής τους επιτείνει το συστημικό ρίσκο. Η διοικητική διαχείριση των σφαλμάτων συνεπάγεται επιπλέον βάρη στη λειτουργική ροή των οργανισμών υγείας. Κατά τον Barrachina και González-Chordá (2020), η διαδικασία διερεύνησης ενός σφάλματος ενεργοποιεί μηχανισμούς εσωτερικού ελέγχου, οι οποίοι συχνά απαιτούν τη δέσμευση χρόνου, ανθρώπινων πόρων και τεχνικής υποστήριξης. Οι οργανισμοί καλούνται να τεκμηριώσουν το συμβάν, να επανεξετάσουν τις διαδικασίες, να προβούν σε διορθωτικές ενέργειες και συχνά να ανταποκριθούν σε νομικές ή κανονιστικές υποχρεώσεις. Οι Chegini και Kakemam (2020) επισημαίνουν πως η καθυστέρηση στη λήψη διοικητικών αποφάσεων λόγω διαχείρισης σφαλμάτων μεταφράζεται σε απώλεια αποδοτικότητας, με άμεσες συνέπειες στην παροχή φροντίδας και την κάλυψη των αναγκών των ασθενών. Στο

οικονομικό σκέλος, τα νοσηλευτικά σφάλματα επιβαρύνουν τους προϋπολογισμούς των υγειονομικών δομών με ποικίλους τρόπους.

Όπως αποτυπώνεται στη μελέτη των Albeshri et al. (2024), τα περιστατικά σφαλμάτων οδηγούν συχνά σε παρατεταμένη νοσηλεία, επιπλέον εξετάσεις, ανάγκη για διορθωτικές θεραπείες και, σε ορισμένες περιπτώσεις, επανεισαγωγές ασθενών. Το άθροισμα αυτών των παραγόντων καθιστά το σφάλμα όχι μόνο ιατρικά, αλλά και οικονομικά, επιβαρυντικό. Η World Health Organization (2017) επισημαίνει ότι το συνολικό κόστος των ιατρικών σφαλμάτων παγκοσμίως ξεπερνά το 1 τρισεκατομμύριο δολάρια ετησίως, με τις νοσηλευτικές παραλείψεις να αποτελούν σημαντικό ποσοστό αυτής της δαπάνης. Παράλληλα, πρέπει να αναγνωριστεί το κόστος που συνδέεται με τη φθορά της δημόσιας εικόνας των οργανισμών. Όταν οι διοικήσεις αποτυγχάνουν να ανταποκριθούν επαρκώς στα περιστατικά σφαλμάτων, ενισχύεται η δυσπιστία του κοινού, ενώ πλήττεται η φήμη του φορέα. Οι Παπαδοπούλου και Σταυρόπουλος (2016) τεκμηριώνουν, σε μελέτη σε ελληνικά νοσοκομεία, ότι η αδυναμία συστηματικής και διαφανούς αναφοράς των σφαλμάτων οδηγεί όχι μόνο σε συσσώρευση περιστατικών, αλλά και σε μειωμένη εμπιστοσύνη από πλευράς ασθενών και συγγενών, με μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην προσέλευση και χρηματοδότηση των οργανισμών. Η θεσμική ευθραυστότητα ενισχύεται περαιτέρω από την κακή διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού που εμπλέκεται σε σφάλματα.

Όταν δεν υπάρχει προβλεπτικό σύστημα επαγγελματικής υποστήριξης, η εργασιακή δυσaréσκεια αυξάνεται, η απόδοση μειώνεται και το φαινόμενο της επαγγελματικής αποστράτευσης εντείνεται. Ο Μανωλάς (2017) τονίζει ότι η διοικητική αποτυχία στην πρόληψη και διαχείριση σφαλμάτων έχει ως αποτέλεσμα τη διάβρωση της ψυχικής ανθεκτικότητας του προσωπικού, επηρεάζοντας καίρια τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα των οργανισμών. Η επίπτωση των σφαλμάτων στους μηχανισμούς εκπαίδευσης και συνεχούς επαγγελματικής κατάρτισης αποτελεί ένα συχνά υποτιμημένο διοικητικό κόστος. Σύμφωνα με τους Κουτσούκο και Παπαδοπούλου (2019), οι οργανισμοί καλούνται, μετά από σοβαρά περιστατικά, να αναπροσαρμόσουν το εκπαιδευτικό τους υλικό, να επανεκπαιδεύσουν το προσωπικό, και να επαναπροσδιορίσουν τα πρότυπα ποιότητας, με σημαντική δαπάνη σε πόρους και χρόνο. Η λογική της εκ των υστέρων αντιμετώπισης, αντί της προληπτικής

εκπαίδευσης, αυξάνει τη συχνότητα και σοβαρότητα των λαθών, δημιουργώντας έναν αέναο διοικητικό κύκλο διόρθωσης και αναθεώρησης.

Ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι η διοικητική κουλτούρα επηρεάζει καθοριστικά το πώς διαμορφώνεται η πολιτική απέναντι στα σφάλματα. Οι Βαλατσός και Παπαδημητρίου (2018) αναφέρουν ότι σε διοικητικά περιβάλλοντα με αυστηρή ιεραρχία και ποινικοποιημένη θεώρηση των σφαλμάτων, παρατηρείται μειωμένη ροή πληροφόρησης, χαμηλή συχνότητα αναφοράς και ελλιπής αξιολόγηση των λαθών. Το διοικητικό κόστος, σε αυτή την περίπτωση, είναι έμμεσο αλλά κρίσιμο, καθώς ο οργανισμός στερείται της δυνατότητας ενδοσκόπησης και βελτίωσης των συστημάτων του. Αντίθετα, σε περιβάλλοντα όπου ενισχύεται η διαφάνεια και η υποστηρικτική ηγεσία, τα σφάλματα αντιμετωπίζονται ως ευκαιρίες μάθησης, περιορίζοντας τα κόστη και ενισχύοντας την αποδοτικότητα (Correia et al., 2017).

Πίνακας 4.2: Διοικητικό και Οικονομικό Κόστος Νοσηλευτικών Σφαλμάτων στους Οργανισμούς Υγείας

Τύπος Κόστους	Περιγραφή Επίπτωσης	Ενδεικτικές Πηγές
Διοικητική επιβάρυνση	Ενεργοποίηση εσωτερικών ελέγχων, διερεύνηση συμβάντων, χρονοβόρες διαδικασίες επανεκπαίδευσης	Barrachina & González-Chordá (2020); Correia et al. (2017)
Διατάραξη λειτουργικής ροής	Καθυστέρηση λήψης αποφάσεων, εμπλοκή πολλών επιπέδων διοίκησης, απώλεια αποδοτικότητας	Chegini & Kakemam (2020); Καραγιάννης & Μητσόπουλος (2020)
Άμεση οικονομική επιβάρυνση	Παράταση νοσηλείας, επαναλαμβανόμενες θεραπείες, κόστος φαρμακευτικών ή ιατρικών διορθώσεων	Albeshri et al. (2024); World Health Organization (2017)
Δαπάνες επανεκπαίδευσης	Σχεδιασμός νέων εκπαιδευτικών πρωτοκόλλων, επανεκπαίδευση νοσηλευτών και αλλαγές στα πρότυπα ποιότητας	Κουτσούκος & Παπαδοπούλου (2019)
Εκτεταμένο θεσμικό κόστος	Πλήγμα στη δημόσια εικόνα, μείωση εμπιστοσύνης ασθενών, μειωμένη ζήτηση υπηρεσιών	Παπαδοπούλου & Σταυρόπουλος (2016);

		Βαλατσός & Παπαδημητρίου (2018)
Έμμεσες οργανωτικές απώλειες	Απομείωση επαγγελματικής ανθεκτικότητας, μείωση αποδοτικότητας λόγω φόρτου και φόβου	Μανωλάς (2017); Dalky et al. (2024)

4.4 Νομικές και Ηθικές Διαστάσεις των Σφαλμάτων

Η διερεύνηση των νομικών και ηθικών διαστάσεων των νοσηλευτικών σφαλμάτων συνιστά κρίσιμο πεδίο της επιστημονικής και επαγγελματικής ενασχόλησης με την ασφάλεια των ασθενών, κυρίως διότι οι επιπτώσεις ενός σφάλματος υπερβαίνουν τα όρια του κλινικού πλαισίου και επεκτείνονται σε πεδία δικαίου και ηθικής δεοντολογίας. Ειδικότερα, η νοσηλευτική πράξη, ως επαγγελματική δραστηριότητα με έντονο ρυθμιστικό χαρακτήρα, υπόκειται σε αυστηρό κανονιστικό πλαίσιο, το οποίο αποσκοπεί στην προάσπιση της αξιοπρέπειας και της ακεραιότητας των ασθενών, αλλά και στην προστασία των ίδιων των επαγγελματιών υγείας από αυθαίρετες ή δυσανάλογες πειθαρχικές και νομικές επιπτώσεις (Καραγιάννης & Μητσόπουλος, 2020). Η νομοθετική κάλυψη της ευθύνης των νοσηλευτών, τόσο σε επίπεδο αστικού όσο και ποινικού δικαίου, έχει απασχολήσει έντονα τη βιβλιογραφία. Σφάλματα που σχετίζονται με χορήγηση φαρμάκων, παραλείψεις φροντίδας ή παραβίαση πρωτοκόλλων ασφαλείας δύνανται να επισύρουν νομικές συνέπειες, με τη μορφή αγωγών για αμέλεια ή ποινικής δίωξης για πρόκληση βλάβης (Rodziewicz & Hipskind, 2023).

Σε αρκετά νομικά συστήματα, όπως και στην Ελλάδα, η θεμελίωση της αστικής ευθύνης προϋποθέτει την ύπαρξη παράνομης και υπαίτιας συμπεριφοράς, την οποία πρέπει να αποδείξει ο ζημιωθείς, γεγονός που ενίοτε περιπλέκει την απόδοση ευθύνης λόγω της πολυπλοκότητας των περιστατικών (Παπαδοπούλου & Σταυρόπουλος, 2016). Η ηθική διάσταση των νοσηλευτικών σφαλμάτων απορρέει από την ιδιαίτερη φύση της φροντίδας υγείας, όπου κυριαρχεί η αρχή του "μη βλάπτειν", αλλά και από την υποχρέωση διαφάνειας και ειλικρίνειας προς τον ασθενή. Η αποσιώπηση ενός σφάλματος, αν και ενίοτε ενστικτώδης λόγω φόβου τιμωρίας ή στιγματισμού, αντιβαίνει στις ηθικές αρχές της επαγγελματικής δεοντολογίας και υπονομεύει την εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας (Woo & Avery, 2021). Ωστόσο, το φαινόμενο της

σιωπής, που περιγράφεται και ως "σιωπηρός κώδικας", εντοπίζεται συστηματικά σε διάφορες χώρες, ιδίως όταν το οργανωσιακό περιβάλλον χαρακτηρίζεται από τιμωρητική κουλτούρα (Cohen et al., 2023). Σημαντικό ζήτημα ανακύπτει σχετικά με την υποχρέωση των νοσηλευτών να αναφέρουν τα σφάλματα που έχουν διαπράξει οι ίδιοι ή οι συνάδελφοί τους. Παρότι από ηθική άποψη η αναφορά είναι επιβεβλημένη, η νομική προστασία του καταγγέλλοντος επαγγελματία δεν είναι πάντα επαρκής, γεγονός που εντείνει τον δισταγμό και ενδέχεται να καταλήξει σε συγκάλυψη (Namadi-Alilu et al., 2024). Η απουσία σαφούς πλαισίου whistleblowing στη νοσηλευτική πράξη καθιστά δύσκολη την ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής αλληλεγγύης και ηθικής ευθύνης απέναντι στον ασθενή.

Παράλληλα, η έννοια του "δεύτερου θύματος" εισάγει επιπλέον πολυπλοκότητα στη συζήτηση περί ευθύνης. Οι νοσηλευτές που εμπλέκονται σε σφάλματα βιώνουν έντονα συναισθήματα ενοχής, ντροπής και ψυχολογικής κατάρρευσης, ενώ η απουσία υποστηρικτικών μηχανισμών επιτείνει τον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης και αποχώρησης από τον κλάδο (Sabei & Qutishat, 2025). Η αντιμετώπιση των επαγγελματιών υγείας ως "θύματα" και όχι μόνον ως "υπαίτιοι" επιβάλλει ηθική επανατοποθέτηση του διαλόγου για τις ευθύνες, αλλά και αναπροσαρμογή των θεσμικών αντιδράσεων σε περιπτώσεις σφάλματος (Kappes et al., 2023). Πέραν αυτών, αξίζει να αναδειχθεί ο ρόλος της ηγεσίας και της οργανωσιακής κουλτούρας στη διαμόρφωση ενός ηθικού περιβάλλοντος ενθάρρυνσης της αναφοράς σφαλμάτων. Η καθοδηγητική στάση των προϊσταμένων, όταν στηρίζεται σε αξίες όπως η δικαιοσύνη και η συμπερίληψη, μπορεί να ενδυναμώσει το προσωπικό και να μειώσει τις ηθικές συγκρούσεις (Chegini & Kakemam, 2020). Από την άλλη πλευρά, η απουσία σαφών οδηγιών, η έλλειψη εκπαιδευτικών παρεμβάσεων και η επιβολή πειθαρχικών κυρώσεων χωρίς αναλογικότητα, υπονομεύουν τόσο τη νομική ασφάλεια όσο και την ηθική συνοχή του επαγγέλματος (Giannetta et al., 2021).

Τέλος, ιδιαίτερη αναφορά απαιτείται στην ανάγκη θέσπισης πολιτικών που συνδυάζουν τη λογοδοσία με την επιείκεια, με βάση τις αρχές της restorative justice. Ένα τέτοιο πλαίσιο προσπαθεί να εξισορροπήσει την ανάγκη απονομής δικαιοσύνης με την προώθηση της μάθησης από τα λάθη, ενθαρρύνοντας την ανοιχτή επικοινωνία και την ειλικρινή παραδοχή των σφαλμάτων χωρίς καταστροφικές συνέπειες για τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες (Athanasakis, 2019). Η ενσωμάτωση αυτών των αρχών

στις δομές υγείας της Ελλάδας και της Ευρώπης δεν αποτελεί απλώς επιλογή ηθικής ευαισθησίας, αλλά προϋπόθεση για την ενίσχυση της ποιότητας φροντίδας και της εμπιστοσύνης των πολιτών προς το υγειονομικό σύστημα.

Πίνακας 4.3: Νομικές και Ηθικές Διαστάσεις των Νοσηλευτικών Σφαλμάτων

Διάσταση	Περιγραφή	Βιβλιογραφική Αναφορά
Αστική & Ποινική Ευθύνη	Νοσηλευτικά σφάλματα ενδέχεται να οδηγήσουν σε νομικές συνέπειες για αμέλεια ή πρόκληση βλάβης.	Rodziewicz & Hipskind (2023); Παπαδοπούλου & Σταυρόπουλος (2016)
Ηθική Υποχρέωση Αναφοράς	Η μη αναφορά σφάλματος αποτελεί ηθική παράλειψη που υπονομεύει την εμπιστοσύνη.	Woo & Avery (2021)
Φαινόμενο της Σιωπής	Δισταγμός στην αναφορά λόγω φόβου τιμωρίας και πολιτισμικής κουλτούρας σιωπής.	Cohen et al. (2023)
Ανεπαρκής Προστασία Whistleblowers	Έλλειψη θεσμικού πλαισίου προστασίας νοσηλευτών που καταγγέλλουν σφάλματα.	Namadi-Alilu et al. (2024)
Δεύτερο Θύμα (Second Victim)	Ψυχολογικές επιπτώσεις σε νοσηλευτές που εμπλέκονται σε σφάλματα.	Sabei & Qutishat (2025); Kappes et al. (2023)
Ηγεσία & Οργανωσιακή Ηθική	Η καθοδήγηση με ηθικές αρχές ενθαρρύνει την αναφορά σφαλμάτων.	Chegini & Kakemam (2020); Giannetta et al. (2021)
Restorative Justice	Πολιτικές που συνδυάζουν λογοδοσία και υποστήριξη.	Athanasakis (2019)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Συμπεράσματα- Διαχείριση, Πρόληψη και Ο Ρόλος της Διοίκησης

5.1 Συστήματα Αναφοράς Σφαλμάτων και Κουλτούρα Χωρίς Ενοχοποίηση

Η ανάγκη για ένα αποτελεσματικό και λειτουργικό σύστημα αναφοράς σφαλμάτων στην κλινική πρακτική καθίσταται επιτακτική, καθώς αποτελεί βασικό άξονα για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών και τη συνεχή ανάπτυξη της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Όπως τεκμηριώνεται από την έρευνα των Pappa et al.

(2024), η εφαρμογή του εργαλείου TERCAP στα ελληνικά νοσοκομεία ανέδειξε την έκταση των νοσηλευτικών σφαλμάτων, αλλά και την περιορισμένη συστηματική τους καταγραφή, στοιχείο που υποδεικνύει την ανάγκη για θεσμοθέτηση ενός ενιαίου, διαφανή και προσβάσιμου μηχανισμού αναφοράς. Η καθιέρωση μιας κουλτούρας χωρίς ενοχοποίηση αποτελεί το θεμέλιο πάνω στο οποίο μπορούν να λειτουργήσουν τέτοια συστήματα με επιτυχία. Η διεθνής βιβλιογραφία έχει αναδείξει πως τα περιβάλλοντα όπου κυριαρχεί η τιμωρητική αντιμετώπιση σφαλμάτων αποτρέπουν τους επαγγελματίες υγείας από το να καταγράφουν και να αναφέρουν ανεπιθύμητα περιστατικά, γεγονός που οδηγεί σε απώλεια πολύτιμων δεδομένων και ανατροφοδότησης για την πρόληψη μελλοντικών λαθών (Woo & Avery, 2021). Αντιθέτως, η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και υποστήριξης, όπου τα σφάλματα θεωρούνται ευκαιρίες μάθησης και όχι λόγοι επίπληξης, έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει σημαντικά τα ποσοστά αναφοράς και ενισχύει τον οργανωσιακό αναστοχασμό (Chegini & Kakemam, 2020).

Το μοντέλο της «κουλτούρας ασφάλειας» στη νοσηλευτική πράξη, όπως περιγράφεται από τους Quillivan et al. (2016), δεν προωθεί απλώς την πρόληψη του σφάλματος αλλά ενσωματώνει δομές και διαδικασίες που στηρίζονται στη συνεχή επικοινωνία, στην εκπαίδευση και στην καλλιέργεια ηγετικών προτύπων ενσυναίσθησης. Οι Καραγιάννης και Μητσόπουλος (2020) αναφέρουν ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα στερείται ολοκληρωμένων μηχανισμών καταγραφής σφαλμάτων, με συνέπεια οι επιπτώσεις τους να διαχέονται σιωπηλά σε επίπεδο δομικής λειτουργίας και αξιολόγησης προσωπικού. Η υιοθέτηση ψηφιακών εργαλείων για την ανώνυμη αναφορά, όπως τα ηλεκτρονικά συστήματα αναφοράς σφαλμάτων (Electronic Error Reporting Systems), μπορεί να μειώσει το φαινόμενο του φόβου επαγγελματικής απαξίωσης και να ενισχύσει την ενεργό συμμετοχή των νοσηλευτών σε διαδικασίες διασφάλισης ποιότητας (Barrachina & González-Chordá, 2020). Επιπλέον, η μελέτη των Albeshri et al. (2024) τονίζει ότι η ενσωμάτωση του συστήματος αναφοράς σε διαδικασίες καθημερινής πρακτικής εντός των ΜΕΘ προάγει την οργανωσιακή ευελιξία και ενισχύει τη συλλογική ευθύνη.

Σε ό,τι αφορά τον ανθρώπινο παράγοντα, οι Cohen et al. (2023) αναδεικνύουν την εσωτερίκευση ενοχής και στίγματος ως ανασταλτικούς παράγοντες στη διαδικασία αναφοράς, ιδίως όταν οι νοσηλευτές βιώνουν το φαινόμενο του “δεύτερου θύματος”.

Οι Finney et al. (2020) επιβεβαιώνουν ότι η έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση, σε συνδυασμό με την ανυπαρξία θεσμικού πλαισίου για την προστασία του αναφέροντος, εντείνει τη συναισθηματική επιβάρυνση και απομακρύνει το προσωπικό από την ανάληψη ευθύνης. Για τον λόγο αυτό, η σύγχρονη προσέγγιση επιτάσσει την ενδυνάμωση της ηγεσίας των νοσηλευτικών μονάδων με βάση αρχές ηθικού θάρρους και υποδειγματικής διαχείρισης, όπως προτείνουν οι Elhihi και Aljarary (2025). Επιπλέον, η εκπαίδευση και η συνεχής επιμόρφωση αποτελούν αδιαπραγμάτευτους πυλώνες για την επιτυχία ενός τέτοιου πολιτισμικού μετασχηματισμού. Η συμβολή των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων στην καλλιέργεια δεξιοτήτων αναγνώρισης, διαχείρισης και πρόληψης λαθών έχει καταγραφεί εκτενώς στη βιβλιογραφία (Giannetta et al., 2021).

Παράλληλα, οι Παπαδοπούλου και Σταυρόπουλος (2016) υπογραμμίζουν την ανάγκη διατομεακής συνεργασίας μεταξύ διοίκησης, νοσηλευτικής υπηρεσίας και τμημάτων ποιότητας, ώστε να δημιουργηθούν κανάλια συνεχούς ροής πληροφοριών που να επιτρέπουν την ανάλυση και αξιολόγηση των σφαλμάτων σε πραγματικό χρόνο. Οι Βαλατσός και Παπαδημητρίου (2018) τεκμηριώνουν την άρρηκτη σχέση ανάμεσα στη διοικητική στάση και τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού έναντι της αναφοράς σφαλμάτων, με το κλίμα υποστήριξης να λειτουργεί καταλυτικά στην ενίσχυση της εμπιστοσύνης και της αναστοχαστικής πρακτικής. Συνεπώς, μια μη ενοχοποιητική προσέγγιση απαιτεί ηγεσία με διαφάνεια, αμεροληψία και πρόθεση για οργανωσιακή μάθηση και προσαρμογή.

Πίνακας 5.1: Τύποι Συστημάτων Αναφοράς Σφαλμάτων και Σχέση με την Κουλτούρα Μη Ενοχοποίησης

Τύπος Συστήματος Αναφοράς	Κύρια Χαρακτηριστικά	Πλεονεκτήματα	Κίνδυνοι / Περιορισμοί	Βιβλιογραφική Τεκμηρίωση
Ανώνυμο ηλεκτρονικό σύστημα (online/ERP)	Χρήση ψηφιακής πλατφόρμας για την καταγραφή σφαλμάτων χωρίς αποτύπωση ταυτότητας	Αυξάνει την αναφορά λόγω αίσθησης ασφάλειας	Περιορισμένη δυνατότητα για εξατομικευμένη ανατροφοδότηση	Barrachina & González-Chordá, 2020; Pappa et al., 2024
Ονομαστικό σύστημα	Καταγραφή με πλήρη στοιχεία	Ενισχύει την ευθύνη,	Φόβος για επιπτώσεις,	Chegini & Kakemam,

εντός οργανισμού	επαγγελματία και περιστατικού	επιτρέπει στοχευμένη παρέμβαση	μειωμένη συμμετοχή	2020; Cohen et al., 2023
Σύστημα «δεύτερου θύματος»	Ενσωματώνει υποστήριξη για τον νοσηλευτή μετά το σφάλμα	Προάγει την ψυχολογική ασφάλεια και τη μάθηση	Απαιτεί εκπαίδευση και θεσμική δέσμευση	Sabei & Qutishat, 2025; Kappes et al., 2023
Εκπαίδευση βάσει προσομοιώσεως και reporting	Συνδυασμός εκπαιδευτικών παρεμβάσεων και προσομοίωσης σεναρίων αναφοράς	Καλλιεργεί δεξιότητες πρόληψης και ανταπόκρισης	Χρονοβόρο, απαιτεί επένδυση πόρων	Giannetta et al., 2021; Woo & Avery, 2021
Μικτή προσέγγιση (ανώνυμη + εκπαιδευτική)	Συνδυασμός ηλεκτρονικής αναφοράς και επιμόρφωσης	Ισορροπία μεταξύ ασφάλειας και ανάπτυξης	Ανάγκη για οργανωσιακή υποστήριξη και κουλτούρα αλλαγής	Albeshri et al., 2024; Καραγιάννης & Μητσόπουλος, 2020

5.2 Εκπαίδευση και Συνεχιζόμενη Κατάρτιση Νοσηλευτών

Η εκπαίδευση και η διαρκής επαγγελματική κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελούν πυρηνικό άξονα κάθε στρατηγικής που στοχεύει στην ουσιαστική πρόληψη των νοσηλευτικών σφαλμάτων και στην ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών. Ειδικότερα, η θεσμοθέτηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων, τα οποία όχι μόνο μεταδίδουν τεχνικές γνώσεις αλλά και προάγουν την αναστοχαστική κριτική σκέψη, αποτελεί κρίσιμο εργαλείο για την ενδυνάμωση της επαγγελματικής επάρκειας και της ηθικής ευθύνης των νοσηλευτών (Giannetta et al., 2021). Η αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων κρίνεται, εν πολλοίς, από την ικανότητά τους να προσαρμόζονται δυναμικά στις συνεχώς μεταβαλλόμενες συνθήκες της κλινικής πράξης, καθώς και στην εσωτερική ποικιλότητα των επαγγελματικών ρόλων που επιτελούν οι νοσηλευτές σε διαφορετικά περιβάλλοντα φροντίδας. Σε άμεση σύνδεση με την παραπάνω παραδοχή, η ερευνητική τεκμηρίωση των Κουτσούκου και Παπαδοπούλου (2019) ανέδειξε ότι τα συστηματικά προγράμματα επιμόρφωσης μειώνουν στατιστικά σημαντικά την πιθανότητα πρόκλησης σφαλμάτων, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά τις φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Η στοχευμένη κατάρτιση ως μέσο διαχείρισης κλινικών κινδύνων προσλαμβάνει έναν πολυδιάστατο χαρακτήρα, ο οποίος

περιλαμβάνει τόσο την τεχνογνωσία στην εκτέλεση ιατρονοσηλευτικών πράξεων όσο και την ενίσχυση δεξιοτήτων επικοινωνίας, διαχείρισης συγκρούσεων και ανάγνωσης ηθικά φορτισμένων περιστάσεων.

Υπό αυτό το πρίσμα, η ποιότητα της εκπαίδευσης παύει να εκλαμβάνεται ως στατικός δείκτης και αντιμετωπίζεται ως δυναμική συνιστώσα της ίδιας της κλινικής κουλτούρας. Τα πορίσματα της διεθνούς μελέτης των Coelho et al. (2024) επιβεβαιώνουν ότι οι παράγοντες που προδιαθέτουν την εμφάνιση σφαλμάτων συνδέονται άρρηκτα με την απουσία τυποποιημένων προγραμμάτων επανεκπαίδευσης, ιδίως σε μονάδες υψηλής έντασης όπως οι ΜΕΘ και τα ΤΕΠ. Επιπλέον, καταδεικνύεται ότι η εκπαιδευτική επάρκεια αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την πρόληψη λαθών σε περιβάλλοντα με αυξημένο φορτίο εργασίας και πολύπλοκες παρεμβάσεις, κάτι που επιβεβαιώνεται και από τη συστηματική ανασκόπηση των Keers et al. (2013), οι οποίοι αναγνωρίζουν την ανεπαρκή κατάρτιση ως έναν από τους κυριότερους αιτιολογικούς παράγοντες των σφαλμάτων φαρμακευτικής χορήγησης. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι η εκπαίδευση δεν περιορίζεται πλέον στην τυπική μετάδοση γνώσεων, αλλά αναπλαισιώνεται ως διαδικασία ολιστικής ενδυνάμωσης, όπου η συναισθηματική ανθεκτικότητα, η δεοντολογική ευαισθητοποίηση και η ηγετική συμπεριφορά αποτελούν αναπόσπαστα στοιχεία (Elhihi & Aljarary, 2025). Η ενσωμάτωση στοιχείων ηθικού θάρρους και κριτικής αναγνώρισης της ευθύνης συμβάλλει στην ανάπτυξη νοσηλευτών που όχι μόνο γνωρίζουν τις διαδικασίες ασφαλούς φροντίδας αλλά και έχουν την ικανότητα να αναλαμβάνουν δράση ακόμη και σε συνθήκες θεσμικής αβεβαιότητας.

Στο ίδιο πνεύμα, η συμβολή των ηγετικών δομών στη διαμόρφωση περιβαλλόντων μάθησης αποτυπώνεται στην εργασία του Μανωλά (2017), ο οποίος τονίζει ότι η προώθηση της εκπαιδευτικής κουλτούρας αποτελεί καθήκον της ηγεσίας και όχι απλώς απόρροια ατομικής πρωτοβουλίας. Ένας άλλος κρίσιμος άξονας αφορά την αναγκαιότητα της εξατομικευμένης επιμόρφωσης με βάση το κλινικό προφίλ, την εμπειρία και τις δεξιότητες του κάθε νοσηλευτή. Η γενικευμένη προσέγγιση οδηγεί, συχνά, σε υποεκπαίδευση ή, αντίθετα, σε γνωστική υπερφόρτωση, φαινόμενα που έχουν τεκμηριωθεί σε σύγχρονες μελέτες (Zhao & Zhao, 2025). Οι συγγραφείς προτείνουν ευέλικτες μεθόδους κατάρτισης, όπως προσομοιώσεις, σενάρια κλινικών σφαλμάτων και ανατροφοδοτούμενες εκπαιδευτικές πλατφόρμες, που προσαρμόζονται

στις ανάγκες της κάθε ομάδας υγειονομικού προσωπικού. Μάλιστα, η υιοθέτηση τεχνολογιών ψηφιακής μάθησης συμβάλλει στην ενίσχυση της προσβασιμότητας στην επιμόρφωση, καταργώντας χωρικά και χρονικά εμπόδια που στο παρελθόν αποτελούσαν ανασταλτικό παράγοντα.

Από διοικητική σκοπιά, όπως αναλύουν οι Καραγιάννης και Μητσόπουλος (2020), η εφαρμογή πολιτικών δια βίου μάθησης για τους νοσηλευτές εντάσσεται σε ένα ευρύτερο πλαίσιο αναβάθμισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, στο οποίο οι διοικητικές αρχές οφείλουν να διασφαλίζουν τους απαραίτητους πόρους, την εποπτεία και την αξιολόγηση της εκπαίδευσης. Ομοίως, η μελέτη των Correia et al. (2017) επιβεβαιώνει ότι οι υπεύθυνοι διοίκησης οφείλουν να εμπλέκονται ενεργά στο σχεδιασμό, την παρακολούθηση και την επικαιροποίηση των εκπαιδευτικών πρωτοκόλλων, διασφαλίζοντας έτσι την αποτελεσματική μετάβαση από τη γνώση στην πράξη. Τέλος, αναγνωρίζεται ευρέως η αναγκαιότητα για θεσμική ενσωμάτωση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης ως δομικής συνιστώσας της νοσηλευτικής επαγγελματικής ταυτότητας. Οι Παπαδοπούλου και Σταυρόπουλος (2016), μέσα από μελέτη περίπτωσης ελληνικών νοσοκομείων, ανέδειξαν τον κομβικό ρόλο της οργανωμένης επιμόρφωσης στην πρόληψη των σφαλμάτων, υπογραμμίζοντας τη θετική συσχέτιση ανάμεσα στη γνώση και στη διαφάνεια της αναφοράς λαθών. Η συστηματική εκπαίδευση λειτουργεί ως ανάχωμα απέναντι στον φόβο του στίγματος, μετατρέποντας το νοσηλευτικό προσωπικό σε συμμετέχο της αλλαγής και όχι σε παθητικό αποδέκτη κανονιστικών επιταγών.

5.3 Ηγεσία, Διαχείριση Κινδύνου και Διοικητικά Μοντέλα Παρέμβασης

Στο πλαίσιο της συστηματικής προσέγγισης της ασφάλειας ασθενών και της ελαχιστοποίησης των νοσηλευτικών σφαλμάτων, η ηγεσία των υγειονομικών μονάδων διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο. Η ικανότητα του ηγέτη να διαχειρίζεται κρίσιμες καταστάσεις, να διαμορφώνει κουλτούρα εμπιστοσύνης και να εφαρμόζει διοικητικά πρότυπα που βασίζονται στη διαφάνεια και τη συνεχή βελτίωση, αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο κάθε επιτυχημένης πολιτικής πρόληψης σφαλμάτων. Η σύγχρονη βιβλιογραφία αναδεικνύει την αναγκαιότητα της συμμετοχικής ηγεσίας, η οποία ενισχύει την ανοιχτή επικοινωνία και την ενδυνάμωση του νοσηλευτικού προσωπικού, ιδίως όταν αυτό καλείται να αναγνωρίσει και να αναφέρει λάθη στο πλαίσιο της παροχής φροντίδας

(Moraca et al., 2024). Μία από τις βασικές παραμέτρους που καθορίζουν την αποτελεσματικότητα της ηγεσίας στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης είναι η ύπαρξη ενός ολοκληρωμένου μοντέλου διαχείρισης κινδύνου. Το εν λόγω μοντέλο πρέπει να εστιάζει όχι μόνο στον εντοπισμό, την αξιολόγηση και την πρόληψη των κινδύνων που σχετίζονται με τα νοσηλευτικά σφάλματα, αλλά και στη διαμόρφωση μηχανισμών παρέμβασης που να επιτρέπουν την επανόρθωση των επιπτώσεων όταν αυτά συμβούν (Correia et al., 2017).

Η ορθή ηγετική καθοδήγηση απαιτεί την ενσωμάτωση στρατηγικών λήψης αποφάσεων που βασίζονται σε τεκμηριωμένα δεδομένα και σε αποδείξεις κλινικής πρακτικής, διασφαλίζοντας την ελαχιστοποίηση της πιθανότητας επανάληψης παρόμοιων λαθών στο μέλλον. Η ηγεσία δεν εξαντλείται σε διοικητικό επίπεδο αλλά διεισδύει σε όλα τα επίπεδα της οργανωσιακής δομής των νοσοκομείων. Η καλλιέργεια ηγετικών ικανοτήτων στο μεσαίο και κατώτερο επίπεδο, ιδιαίτερα μεταξύ των προϊσταμένων των κλινικών, συμβάλλει στη διάχυση της κουλτούρας ασφάλειας σε όλα τα τμήματα (Βαλατσός & Παπαδημητρίου, 2018). Όπως προκύπτει από την ελληνική πραγματικότητα, οι ηγετικές πρακτικές που ενθαρρύνουν τη συνεχή εκπαίδευση, την ηθική λογοδοσία και τη μη τιμωρητική αντιμετώπιση των σφαλμάτων, έχουν θετική επίδραση στη μείωση της υποκαταγραφής και στην ενίσχυση της αποδοχής της διαφάνειας (Καραγιάννης & Μητσόπουλος, 2020). Η διοικητική στρατηγική που υιοθετείται σε κάθε δομή υγείας είναι κρίσιμη για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή παρεμβάσεων πρόληψης και διαχείρισης λαθών. Διοικητικά μοντέλα που υιοθετούν τα πρότυπα της ολιστικής προσέγγισης της ποιότητας – όπως το Plan-Do-Check-Act (PDCA) ή το Lean Six Sigma – συμβάλλουν στον εντοπισμό συστημικών αδυναμιών, στη βελτιστοποίηση των διαδικασιών και στην ενίσχυση της λογοδοσίας (Barrachina & González-Chordá, 2020).

Ειδικά στην περίπτωση των νοσηλευτικών σφαλμάτων, όπου ο παράγοντας ανθρώπινο σφάλμα είναι δύσκολο να εξαλειφθεί πλήρως, η διοίκηση οφείλει να μετατοπίσει το βάρος από την ατομική ευθύνη προς τη συλλογική ανασκόπηση και οργανωσιακή μάθηση. Αναλύοντας τις σύγχρονες ευρωπαϊκές και διεθνείς προσεγγίσεις, καθίσταται σαφές ότι οι πιο αποτελεσματικές διοικητικές παρεμβάσεις είναι εκείνες που εστιάζουν στην ευθυγράμμιση της ηγεσίας με τις αρχές της θετικής ψυχολογίας στον εργασιακό χώρο, ιδίως σε ό,τι αφορά τη στήριξη των «δευτέρων θυμάτων» – δηλαδή των

επαγγελματιών υγείας που βιώνουν ηθικό τραύμα λόγω σφαλμάτων (Cohen et al., 2023; Quillivan et al., 2016). Οι οργανισμοί που αναγνωρίζουν το συναισθηματικό φορτίο του προσωπικού και παρέχουν δομές υποστήριξης, ενισχύουν την οργανωσιακή εμπιστοσύνη και μειώνουν τις πιθανότητες απόκρυψης σφαλμάτων. Επιπροσθέτως, προσεγγίσεις όπως η ενσυνειδητότητα στη διοίκηση (mindful leadership) έχουν βρεθεί να συσχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα εμπιστοσύνης μεταξύ ηγετών και προσωπικού, γεγονός που ευνοεί την καταγραφή και την αποτροπή συμβάντων ασφάλειας (Afaya et al., 2021). Οι παρεμβάσεις που σχεδιάζονται και υλοποιούνται σε διοικητικό επίπεδο πρέπει να διακρίνονται από ευελιξία, τεκμηρίωση και ικανότητα προσαρμογής στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του οργανισμού. Η διοίκηση νοσηλευτικών μονάδων καλείται να υιοθετήσει συστήματα παρακολούθησης και αξιολόγησης, μέσω των οποίων είναι δυνατόν να διαπιστώνεται σε πραγματικό χρόνο η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και να γίνονται οι αναγκαίες διορθώσεις.

Το γεγονός αυτό, επιβεβαιώνεται και από τη μελέτη των Pappa et al. (2024), οι οποίοι χρησιμοποίησαν το εργαλείο TERCAP για την αξιολόγηση νοσηλευτικών λαθών στην Ελλάδα, αναδεικνύοντας την ανάγκη συνεχούς διοικητικής αναπροσαρμογής. Η συνεχής επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ διοίκησης και νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί προϋπόθεση για τη διαμόρφωση περιβάλλοντος χωρίς ενοχοποίηση. Οι νοσηλευτές που νιώθουν ότι οι απόψεις τους λαμβάνονται υπόψη σε διοικητικό επίπεδο είναι πιο πρόθυμοι να εμπλακούν ενεργά σε δράσεις ποιότητας και να συμβάλλουν στην ανατροφοδότηση των διαδικασιών (Dirik et al., 2018). Τέλος, η αποτελεσματικότητα κάθε διοικητικού μοντέλου παρέμβασης κρίνεται όχι από την αυστηρότητα των κανόνων, αλλά από την ικανότητά του να δημιουργεί συνθήκες διαρκούς επαγγελματικής ανάπτυξης, ψυχολογικής ασφάλειας και λειτουργικής αποδοτικότητας.

5.4 Ψηφιακά Συστήματα και Οργανωτικές Πολιτικές Πρόληψης

Η αξιοποίηση ψηφιακών τεχνολογιών και η ενσωμάτωσή τους σε στρατηγικές οργανωτικής πολιτικής έχουν αναδειχθεί ως θεμελιώδη στοιχεία για την πρόληψη των νοσηλευτικών σφαλμάτων και την ενίσχυση της ασφάλειας ασθενών. Σε αντίθεση με παλαιότερα μοντέλα διαχείρισης, τα οποία βασίζονταν κυρίως σε έντυπη καταγραφή και μη δομημένα συστήματα αναφοράς, οι σύγχρονες πρακτικές προκρίνουν την

ανάπτυξη ενιαίων, αυτοματοποιημένων πλατφορμών για την καταγραφή και παρακολούθηση σφαλμάτων. Η προσέγγιση αυτή υποστηρίζεται από εμπειρικά δεδομένα που καταδεικνύουν την αυξημένη ταχύτητα ανταπόκρισης, τη βελτιωμένη ακρίβεια στην ανάλυση περιστατικών και την ενίσχυση της διαλειτουργικότητας μεταξύ διοικητικών και κλινικών μονάδων (Zhao & Zhao, 2025). Η ενσωμάτωση πληροφοριακών συστημάτων αναφοράς λαθών παρέχει τη δυνατότητα ανώνυμης, ασφαλούς και άμεσης καταγραφής, συμβάλλοντας στη δημιουργία μιας κουλτούρας διαφάνειας και μη ενοχοποίησης. Αυτό το τεχνολογικό πλαίσιο επιτρέπει τη στατιστική επεξεργασία μεγάλου όγκου δεδομένων σε πραγματικό χρόνο, προσφέροντας στα στελέχη της διοίκησης τη δυνατότητα να εντοπίζουν πρότυπα, συσχετίσεις και πιθανές αιτίες πίσω από τα σφάλματα.

Η μελέτη των Al Ma'mari et al. (2021) επιβεβαιώνει τη σημασία της υιοθέτησης ψηφιακών εργαλείων στις μονάδες εντατικής θεραπείας, όπου η πολυπλοκότητα των διαδικασιών αυξάνει τις πιθανότητες σφάλματος και, συνεπώς, απαιτείται ένα αποδοτικό σύστημα διαχείρισης πληροφοριών. Η εφαρμογή ηλεκτρονικών πλατφορμών εκπαίδευσης αποτελεί μία άλλη ψηφιακή παρέμβαση με σημαντική επίδραση στην πρόληψη σφαλμάτων. Η δυνατότητα εξατομίκευσης της εκπαιδευτικής εμπειρίας, η παρακολούθηση της προόδου και η παροχή άμεσης ανατροφοδότησης ενισχύουν την απόκτηση κλινικών δεξιοτήτων και την τήρηση των πρωτοκόλλων ασφαλούς φροντίδας. Όπως αναδεικνύεται στη μελέτη των Giannetta et al. (2021), η χρήση ψηφιακών εργαλείων εκπαίδευσης συνδέεται με τη μείωση φαρμακευτικών σφαλμάτων, καθώς ενισχύει τη μνημονική ανάκληση και την ακριβή τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών. Επομένως, η αξιοποίηση τεχνολογίας στην κατάρτιση δεν λειτουργεί επικουρικά, αλλά ενσωματώνεται οργανικά στη στρατηγική της ασφάλειας. Οι οργανωτικές πολιτικές πρόληψης σφαλμάτων που ενσωματώνουν τη χρήση ψηφιακών εργαλείων τείνουν να προάγουν πιο συστηματικές, αξιολογήσιμες και βιώσιμες παρεμβάσεις. Οι Καραγιάννης και Μητσόπουλος (2020) υπογραμμίζουν ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας εξακολουθεί να υστερεί στην καθολική εφαρμογή τέτοιων πρακτικών, κυρίως λόγω ελλιπούς θεσμικού πλαισίου και ανεπαρκούς ψηφιακής υποδομής.

Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι η υιοθέτηση κεντρικών πρωτοκόλλων πρόληψης, τα οποία βασίζονται σε τεχνολογικά εργαλεία παρακολούθησης και αξιολόγησης, δύναται

να επιφέρει σημαντικές αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται και αντιμετωπίζεται το σφάλμα στον νοσηλευτικό χώρο. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί και στη θεσμοθέτηση πολιτικών που εξασφαλίζουν την αδιάλειπτη ροή δεδομένων μεταξύ των διοικητικών δομών και των κλινικών ομάδων. Οι Dirik et al. (2018) αποδεικνύουν ότι η διαλειτουργικότητα μεταξύ διαφορετικών τμημάτων μέσω ολοκληρωμένων ψηφιακών συστημάτων οδηγεί σε ορθότερη διαχείριση των περιστατικών και σε αύξηση της εμπιστοσύνης του προσωπικού προς τη διοίκηση. Η αμφίδρομη επικοινωνία, μέσω ασφαλών τεχνολογικών καναλιών, ενισχύει την ενεργό συμμετοχή του προσωπικού και τη λογοδοσία σε όλα τα επίπεδα, προάγοντας έτσι μια διαρκώς εξελισσόμενη κουλτούρα μάθησης. Οι πιο σύγχρονες διεθνείς πολιτικές πρόληψης δεν εστιάζουν μόνο στην τεχνική πλευρά των ψηφιακών εφαρμογών, αλλά τις πλαισιώνουν με σαφή ηθικά, νομικά και λειτουργικά πρότυπα. Για παράδειγμα, η εργασία των Afaya et al. (2021) καταδεικνύει την ανάγκη οι παρεμβάσεις να συνοδεύονται από σαφείς κανονισμούς εμπιστευτικότητας, από μέτρα προστασίας προσωπικών δεδομένων και από καθορισμένα πρωτόκολλα παρέμβασης μετά από την καταγραφή ενός σφάλματος. Η τεχνολογία από μόνη της δεν αρκεί· απαιτείται θεσμική ωρίμανση για να μετατραπεί σε εργαλείο ασφάλειας και όχι σε πηγή ελέγχου ή φόβου.

Τέλος, η οργανωσιακή πολιτική πρέπει να εστιάζει στη διαρκή παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας των ψηφιακών παρεμβάσεων. Όπως αποδεικνύεται στη μελέτη των Pappa et al. (2024), η χρήση εργαλείων όπως το TERCAP επιτρέπει την ανάλυση τάσεων, την αξιολόγηση κινδύνου και τη χάραξη στοχευμένων στρατηγικών εκπαίδευσης και πρόληψης. Η δόμηση πολιτικών που βασίζονται σε πραγματικά δεδομένα και όχι σε θεωρητικές υποθέσεις επιτρέπει στις διοικήσεις να κινούνται ευέλικτα, διορθωτικά και προληπτικά. Καθίσταται συνεπώς σαφές ότι οι οργανισμοί που επενδύουν στην ψηφιακή τους ωρίμανση διαθέτουν ένα σημαντικό στρατηγικό πλεονέκτημα στην πρόληψη σφαλμάτων, στη διασφάλιση ποιότητας και στην ενίσχυση της εμπιστοσύνης των επαγγελματιών υγείας προς τις ηγεσίες τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Προτάσεις & Περιορισμοί

Σε κάθε ερευνητική προσέγγιση, η σύνθεση προτάσεων με πρακτικό και θεωρητικό αντίκτυπο, σε συνδυασμό με τον εντοπισμό περιορισμών της μελέτης, αποτελεί

θεμέλιο επιστημονικής εγκυρότητας. Αναφορικά με το πεδίο της αναγνώρισης, καταγραφής και διαχείρισης των νοσηλευτικών σφαλμάτων, οι προτάσεις που διαμορφώνονται οφείλουν να εδράζονται σε τεκμηριωμένες διαπιστώσεις, αναδεικνύοντας τόσο τα συστημικά κενά όσο και τις κατευθύνσεις για την εδραίωση κουλτούρας ασφάλειας. Οι Καραγιάννης και Μητσόπουλος (2020), μέσα από την εμπειρική τους ενασχόληση με το ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας, υπογραμμίζουν την ανάγκη για ενοποίηση πρωτοκόλλων αναφοράς και την ενίσχυση της οργανωτικής κουλτούρας που επιτρέπει τη μη τιμωρητική αντιμετώπιση των σφαλμάτων, στοιχείο που αποτελεί αφετηρία για κάθε μεταρρυθμιστική πρόταση. Οι περισσότερες παρεμβάσεις που έχουν προταθεί στη διεθνή βιβλιογραφία επικεντρώνονται στην ενίσχυση της εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού με στόχο τη διαμόρφωση θετικής στάσης απέναντι στην αναφορά λαθών. Η εισήγηση των Coelho et al. (2024) περί δημιουργίας εξατομικευμένων προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, βασισμένων σε αναλύσεις συχνών σφαλμάτων, προσφέρει ένα εφαρμόσιμο μοντέλο που συνδυάζει θεωρία και πράξη.

Ειδικά σε συστήματα υγείας που χαρακτηρίζονται από έντονη εργασιακή πίεση, όπως επισημαίνει ο Alshammari και η Alsaleh (2025), απαιτείται η εδραίωση εκπαιδευτικών παρεμβάσεων που ενδυναμώνουν τη λήψη αποφάσεων υπό συνθήκες κόπωσης και περιορισμένου χρόνου. Επιπλέον, θα ήταν αναγκαίο να θεσπιστεί μια κεντρική βάση δεδομένων, προσβάσιμη από όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα, στην οποία θα καταγράφονται τα είδη, οι αιτίες και οι επιπτώσεις των νοσηλευτικών σφαλμάτων. Μια τέτοια πρόταση, παρότι απαιτεί θεσμική υποστήριξη και ψηφιακή ωρίμανση, συνάδει με το πλαίσιο που προτείνουν οι Pappa et al. (2024), οι οποίοι χρησιμοποίησαν το εργαλείο TERCAP για την καταγραφή και ανάλυση λαθών στην ελληνική νοσοκομειακή πραγματικότητα. Μια παρόμοια στρατηγική θα προσέφερε τη δυνατότητα ενιαίας αποτίμησης κινδύνου, ενώ θα λειτουργούσε και ως βάση δεδομένων για εκπαιδευτικούς και ερευνητικούς σκοπούς. Ένα ακόμα κρίσιμο σημείο παρέμβασης σχετίζεται με την ηθική και ψυχολογική στήριξη των νοσηλευτών που εμπλέκονται σε σφάλματα, αναγνωρίζοντας τους ως «δεύτερα θύματα». Η πρόταση των Cohen et al. (2023) για θεσμοθέτηση μονάδων ψυχολογικής αποσυμπίεσης εντός των υγειονομικών μονάδων αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς ενισχύει την ανθεκτικότητα των επαγγελματιών και περιορίζει τον κύκλο του φόβου και της αποσιώπησης.

Παράλληλα, η διαμόρφωση συστημάτων εμπιστευτικής αναφοράς, όπως προτείνεται από τους Dirik et al. (2018), επιτρέπει την καταγραφή των σφαλμάτων χωρίς να πλήττεται η επαγγελματική υπόσταση των εμπλεκομένων, εξισορροπώντας την ανάγκη λογοδοσίας με την προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Στον αντίποδα των προτάσεων, οι περιορισμοί της παρούσας μελέτης αφορούν τόσο στη μεθοδολογία όσο και στην έκταση της βιβλιογραφικής κάλυψης. Η χρήση της PRISMA μεθοδολογίας, παρότι εγγυάται τη συστηματική και διαφανή επιλογή πηγών, περιορίζεται από την εξάρτηση στις λέξεις-κλειδιά, το εύρος πρόσβασης στις βάσεις δεδομένων και τη γλωσσική εστίαση σε ελληνικές και αγγλόφωνες δημοσιεύσεις. Αυτό ενδέχεται να έχει αποκλείσει μελέτες άλλων γλωσσικών περιοχών, οι οποίες θα μπορούσαν να εμπλουτίσουν τη συγκριτική ανάλυση. Περιορισμοί επίσης ανακύπτουν και από την ανομοιογένεια των μελετών που συμπεριλήφθηκαν. Πολλές από αυτές χρησιμοποιούν ετερογενείς μεθοδολογίες, από ποιοτικές συνεντεύξεις έως διατομεακές έρευνες, γεγονός που καθιστά τη σύγκριση των αποτελεσμάτων ερμηνευτικά εύθραυστη. Όπως αναφέρει ο Athanasakis (2019), η κατανόηση της εμπειρίας του νοσηλευτή σε περιπτώσεις σφαλμάτων δεν είναι εύκολα γενικεύσιμη, καθώς εμπλέκονται πολιτισμικοί, οργανωσιακοί και ατομικοί παράγοντες. Κάθε συμπέρασμα που προκύπτει πρέπει να εξετάζεται υπό το φως του συγκεκριμένου πλαισίου μέσα στο οποίο διαμορφώθηκε.

Άλλος ένας καθοριστικός περιορισμός αφορά στη μεταβλητότητα του ορισμού του «σφάλματος» μεταξύ των διαφόρων μελετών. Σε αρκετές περιπτώσεις, παρατηρείται ασάφεια μεταξύ όρων όπως «παράλειψη», «λανθασμένη πράξη» και «ανεπιθύμητο συμβάν», όπως επισημαίνουν οι Araby et al. (2018). Αυτή η εννοιολογική ασυνέπεια επηρεάζει την ακρίβεια της ποσοτικής ανάλυσης και μπορεί να οδηγήσει σε υποτίμηση ή υπερτίμηση της συχνότητας και σοβαρότητας των περιστατικών. Η παρούσα εργασία επιχείρησε να περιορίσει αυτόν τον περιορισμό μέσω κριτικής ανάλυσης, ωστόσο το εν λόγω ζήτημα παραμένει επίκαιρο. Η χρονική περίοδος της ανασκόπησης (τελευταία δεκαετία) ενδέχεται να έχει αποκλείσει παλαιότερες αλλά σημαντικές μελέτες που έθεσαν τις βάσεις της θεωρητικής θεμελίωσης της κουλτούρας ασφάλειας. Αν και ο περιορισμός αυτός εξυπηρετεί την επικαιρότητα των δεδομένων, δεν παύει να στερεί το πλαίσιο από διαχρονικές προσεγγίσεις. Τέλος, σε επίπεδο γεωγραφικής κάλυψης, η έμφαση στην Ελλάδα και την Ευρώπη περιορίζει την εμβέλεια της σύγκρισης με άλλες υγειονομικές κουλτούρες (π.χ. ασιατικές ή αμερικανικές), των οποίων οι πρακτικές

διαχείρισης σφαλμάτων θα μπορούσαν να προσφέρουν χρήσιμα παραδείγματα εφαρμογών.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Βαλατσός, Κ., & Παπαδημητρίου, Γ. (2018). Η επίδραση της διοικητικής κουλτούρας στην αναφορά νοσηλευτικών σφαλμάτων. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 12(2), 45-53.
- Καραγιάννης, Α., & Μητσόπουλος, Δ. (2020). Η διαχείριση των νοσηλευτικών σφαλμάτων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας: Προκλήσεις και προοπτικές. *Τετράδια Δημόσιας Διοίκησης*, 5(1), 78-94.
- Κουτσούκος, Π., & Παπαδοπούλου, Ε. (2019). Εκπαίδευση νοσηλευτικού προσωπικού και πρόληψη νοσηλευτικών σφαλμάτων. *Νοσηλευτική*, 58(4), 301-308.
- Μανωλάς, Θ. (2017). Η σημασία της ηγεσίας στη διαχείριση της ασφάλειας ασθενών. *Ελληνικό Περιοδικό Δημόσιας Υγείας*, 32(3), 120-128.
- Παπαδοπούλου, Μ., & Σταυρόπουλος, Α. (2016). Αναφορά και διαχείριση νοσηλευτικών σφαλμάτων: Μελέτη περίπτωσης ελληνικών νοσοκομείων. *Επιθεώρηση Υγείας και Νοσηλευτικής*, 9(1), 23-35.

Ξένη Βιβλιογραφία

- Afaya, A., Konlan, K. D., & Do, H. K. (2021). Improving patient safety through identifying barriers to reporting medication administration errors among nurses: An integrative review. *BMC Health Services Research*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07187-5>

- Al Ma'mari, Q., Al Omari, O., & Abu Sharour, L. (2021). Exploring frequency of event reporting as perceived by intensive care unit nurses in the Sultanate of Oman. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 22, 28–36. <https://doi.org/10.18295/squmj.4.2021.055>
- Albeshri, S. M., Alharbi, R. A., Alhawsa, H. Z., et al. (2024). The role of nursing in reducing medical errors: Best practices and systemic solutions. *Journal of Ecohumanism*, 3(7). <https://doi.org/10.62754/joe.v3i7.4574>
- Alshammari, F., & Alsaleh, S. (2025). Association between missed nursing care and nurse fatigue: A cross-sectional correlational study. *Nursing Reports*. <https://doi.org/10.3390/nursrep15080298>
- Araby, E. M., Eldesouky, R., & Abed, H. (2018). Medical errors among nurses in the University Hospital of Benha, Egypt: Forms, underlying factors and reporting. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*. <https://doi.org/10.26717/BJSTR.2018.07.001533>
- Athanasakis, E. (2019). A meta-synthesis of how registered nurses make sense of their lived experiences of medication errors. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.14917>
- Barrachina, A., & González-Chordá, V. (2020). Error reporting and the performance of nursing management: A game-theoretic study. *IMA Journal of Management Mathematics*, 31(4), 445–468. <https://doi.org/10.1093/imaman/dpz019>
- Cardoso Tavares, A. P., Barlem, J. G. T., Rocha, L. P., de Oliveira, A. C. C., Avelino, F. V. S. D., & Paloski, G. R. (2022). Patient safety incidents and the second victim phenomenon among nursing students. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56, e20220005. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2022-0005en>
- Caulfield, R., Wiseman, T., Gullick, J., & Ogilvie, R. (2022). Factors preceding occupational distress in emergency nurses: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.16461>
- Chegini, Z., & Kakemam, E. (2020). The impact of patient safety culture and the leader coaching behaviour of nurses on the intention to report errors: A cross-sectional survey. *BMC Nursing*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00472-4>

- Coelho, F., Furtado, L., Mendonça, N., et al. (2024). Predisposing factors to medication errors by nurses and prevention strategies: A scoping review of recent literature. *Nursing Reports*, 14(3), 1553–1569. <https://doi.org/10.3390/nursrep14030117>
- Cohen, R., Sela, Y., Halevi Hochwald, I., & Nissanholz-Gannot, R. (2023). Nurses' silence: Understanding the impacts of second victim phenomenon among Israeli nurses. *Healthcare*, 11(13), Article 1961. <https://doi.org/10.3390/healthcare11131961>
- Correia, T., Martins, M. M., & Forte, E. C. (2017). Processes developed by nurse managers regarding the error. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(12), 75–84. <https://doi.org/10.12707/RIV16073>
- Dalky, A., Oweidat, I., Abuzaid, S. R., et al. (2024). Exploring the influence of nurses' demographics and hospital work environment on medical error reporting practices in Jordan: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 14. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-087057>
- Di Muzio, M., Dionisi, S., Di Simone, E., Cianfrocca, C., Di Muzio, F., Fabbian, F., Barbiero, G., Tartaglini, D., & Giannetta, N. (2019). Can nurses' shift work jeopardize patient safety? A systematic review. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 23(10), 4507–4519. https://doi.org/10.26355/eurrev_201905_17963
- Dirik, H., Samur, M., Intepeler, S. S., & Hewison, A. (2018). Nurses' identification and reporting of medication errors. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5–6), 931–938. <https://doi.org/10.1111/jocn.14716>
- Elhihi, A., & Aljarary, K. (2025). The mediating role of moral courage in the relationship between ethical leadership and error reporting behavior among nurses in Saudi Arabia. *BMC Nursing*, 24. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03043-7>
- Fathizadeh, H., & Mousavi, S. (2024). Prevalence of medication errors and its related factors in Iranian nurses: An updated systematic review and meta-analysis. *BMC Nursing*, 23. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01836-w>
- Finney, R. E., Torbenson, V., Riggan, K., Weaver, A., Long, M., Allyse, M., & Rivera-Chiauzzi, E. (2020). Second victim experiences of nurses in obstetrics

and gynecology: A SVEST survey. *Journal of Nursing Management*. <https://doi.org/10.1111/jonm.13198>

- Ghasemi, F., Pirzadeh, A., & Azar, F. E. F. (2020). Nurses' attitudes towards patient safety and their association with reporting nursing errors: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 28(7), 1732–1739. <https://doi.org/10.1111/jonm.13084>
- Giannetta, N., Dionisi, S., Tonello, M., Cappadona, R., Di Muzio, M., & Di Simone, E. (2021). Educational intervention to improve the safety medication process: A review using the GRADE approach. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*. <https://doi.org/10.1093/jphsr/rmab014>
- Guo, M., Guo, Y., & Liu, Y. (2025). Exploring multidimensional determinants of medication error reporting in China: A qualitative study using the theoretical domains framework. *Frontiers in Pharmacology*. <https://doi.org/10.3389/fphar.2025.1590794>
- Järvisalo, P., Haatainen, K., Von Bonsdorff, M., Turunen, H., & Härkänen, M. (2023). Interventions to support nurses as second victims of patient safety incidents: A qualitative study of nurse managers' perceptions. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.16013>
- Kappes, M., Delgado-Hito, P., Riquelme Contreras, V., & Romero-García, M. (2023). Prevalence of the second victim phenomenon among intensive care unit nurses and the support provided by their organizations. *Nursing in Critical Care*. <https://doi.org/10.1111/nicc.12967>
- Keers, R. N., Williams, S. D., Cooke, J., & Ashcroft, D. M. (2013). Causes of medication administration errors in hospitals: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Drug Safety*, 36(11), 1045-1067. <https://doi.org/10.1007/s40264-013-0090-2>
- Moraca, E., Zaghini, F., Fiorini, J., & Sili, A. (2024). Nursing leadership style and error management culture: A scoping review. *Leadership in Health Services*, 37(4), 526–547. <https://doi.org/10.1108/lhs-12-2023-0099>
- Nafe, M., & Habibi Soola, A. (2025). The relationship between error experience and patient safety culture with safe activities of emergency nurses. *Scientific Reports*, 15. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-95191-8>

- Najafpour, Z., Arab, M., Biparva Haghighi, S., et al. (2021). Nurses' decisions in error reporting and disclosing based on error scenarios: A mixed-method study. *Health Scope*. <https://doi.org/10.5812/jhealthscope.114868>
- Namadi-Alilu, A., et al. (2024). Nurses' experiences of reporting the medical errors of their colleagues: A qualitative study. *BMC Nursing*, 23. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02092-8>
- Olley, R., Edwards, I., Avery, M., & Cooper, H. (2018). Systematic review of the evidence related to mandated nurse staffing ratios in acute hospitals. *Australian Health Review*. <https://doi.org/10.1071/AH16252>
- Pappa, D., Evangelou, E., Koutelekos, I., et al. (2024). The TERCAP Tool: Investigation of nursing errors in Greek hospitals. *Hospitals*. <https://doi.org/10.3390/hospitals1010011>
- Pappa, D., Koutelekos, I., Evangelou, E., Dousis, E., Mangoulia, P., Gerogianni, G., Zartaloudi, A., Toulia, G., Kelesi, M., Margari, N., Ferentinou, E., Stavropoulou, A., & Dafogianni, C. (2023). Investigation of nurses' wellbeing towards errors in clinical practice—The role of resilience. *Medicina*, 59. <https://doi.org/10.3390/medicina59101850>
- Pappa, D., Manthou, P., Ferentinou, E., Giga, A., Bourazani, M., Chrysi, M. S., Zartaloudi, A., Vathi, E., Varvitsioti, D., & Mangoulia, P. (2024). An overview of nursing errors using the TERCAP tool: A systematic review. *Cureus*, 16(5). <https://doi.org/10.7759/cureus.65070>
- Potura, E., Roesner, H., Trifunovic-Koenig, M., Tsikala, P., Klemm, V., & Strametz, R. (2024). Second victims among Austrian nurses (SeViD-A2 Study). *Healthcare*, 12(20), Article 2061. <https://doi.org/10.3390/healthcare12202061>
- Quillivan, R. R., Burlison, J. D., Browne, E., Scott, S., & Hoffman, J. M. (2016). Patient safety culture and the second victim phenomenon: Connecting culture to staff distress in nurses. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 42(8), 377–386. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(16\)42053-2](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(16)42053-2)
- Rodziewicz, T. L., & Hipskind, J. E. (2023). Medical error reduction and prevention. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>

- Sabei, S., & Qutishat, M. (2025). Second victim syndrome and turnover intention among critical care nurses. *Discover Mental Health*, 5. <https://doi.org/10.1007/s44192-025-00256-9>
- Sahay, A., & McKenna, L. (2023). Nurses and nursing students as second victims: A scoping review. *Nursing Outlook*, 71(4), 101992. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2023.101992>
- Silva-Santos, H., Araújo-Dos-Santos, T., Santos Alves, A. P., et al. (2018). Error-producing conditions in nursing staff work. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 1858–1864. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0192>
- Song, M., Yun, S., & Jang, A. (2022). Patient safety error reporting program for future undergraduate nursing education: A scoping review protocol. *PLoS ONE*, 17(9), e0273737. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273737>
- Srulovici, E., & Tumelty, M. (2025). Patient safety and the second victim phenomenon in nursing and medical curricula: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies Advances*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2025.100403>
- Tam, W., Tang, A., Woo, B., & Goh, S. Y. S. (2019). Perception of the PRISMA statement of authors publishing reviews in nursing journals: A cross-sectional survey. *BMJ Open*, 9(7), e026271. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026271>
- Tobaiqy, M., & Maclure, K. (2024). Medication errors in Saudi Arabian hospital settings: A systematic review. *Medicina*, 60(9), 1411. <https://doi.org/10.3390/medicina60091411>
- Tuvor, D., Kumah, A., Abiti, R., Afakorzi, S. H., Agbemade, P. K., Ahiale, C., Dzodzodzi, M., Dogbedo, A. B., Worlasi, A. P., Obot, E., Torny, J. M., Issah, A.-R., Dzubey, I., & Kanamitie, D. T. (2025). Medication administration error reporting among nurses: A descriptive qualitative study. *Global Journal on Quality and Safety in Healthcare*. <https://doi.org/10.36401/jqsh-24-33>
- Van Slambrouck, L., Verschueren, R., Seys, D., Bruyneel, L., Panella, M., & Vanhaecht, K. (2021). Second victims among baccalaureate nursing students in the aftermath of a patient safety incident: An exploratory cross-sectional study. *Journal of Professional Nursing*, 37(4), 765–770. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.04.010>

- Woo, M. W. J., & Avery, M. (2021). Nurses' experiences in voluntary error reporting: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Sciences*, 8(4), 453–469. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.07.004>
- World Health Organization. (2017). Medication without harm: WHO global patient safety challenge. World Health Organization. Διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.6>
- Yung, H. P., Yu, S., Chu, C., Hou, I. C., & Tang, F. I. (2016). Nurses' attitudes and perceived barriers to the reporting of medication administration errors. *Journal of Nursing Management*, 24(5), 580–588. <https://doi.org/10.1111/jonm.12369>
- Zhao, J., & Zhao, Y. (2025). Reducing nurses' barriers to reporting adverse events using a WeChat-based cognitive load training platform: An open-label, randomized controlled trial. *Risk Management and Healthcare Policy*, 18, 947–961. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S482233>