

ΕΝΤΥΠΟ
ΚΑΤΕΥΘ.
ΑΡ. ΑΣΦ.
108 00
Κ.Δ.Α.

ΕΛΛΑΣ

ΕΓΧΡΕΙΒΕΤ
Κ.Δ.Α.
ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

PORT
PAVE
HELLAS

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΜΕΣΟΓΕΙΟΝ 2 Γ ΚΤΙΡΙΟ - 115 27 ΑΘΗΝΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τόμος 36 - Τεύχος 2 - Μάϊος - Αύγουστος 1997



NOSILEFTIKI

QUARTERLY PUBLICATION OF THE
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION

Vol 36 - No 2 - May - August 1997

ISSN 1105-6843



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Άρθρο σύνταξης Δρ. Α. Παπαδαντωνάκη	67
2. Νοσηλευτικές Προσεγγίσεις στα σύγχρονα προβλήματα υγείας (Εναρκτήρια ομιλία) Ε. Δημοπούλου	69
3. Συμπεράσματα 24ου Πανελληνίου Συνεδρίου Μ. Τσοπάνογλου	72
4. Μία νέα εποχή για τη Νοσηλευτική στην Ευρώπη J. E. Asvall. Απόδοση: Ε. Λαργκατζή, Σ. Ιωακειμίδου	77
5. Αναφορά στη δομή και οργάνωση του Βρετανικού Συστήματος Υγείας Γ. Πιεράκος	88
6. Εξασφάλιση ποιότητας στη φροντίδα υγείας: Τάσεις και Προοπτικές Χρ. Πλατί, Μ. Πριάμη	99
7. Προβλήματα επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων των σπουδαστών της Νοσηλευτικής στον κλινικό χώρο Δρ. Σ. Κοτζαμπασάκη, Θ. Στρουμπούκη	109
8. Ένα σύστημα αξιολόγησης της βαρύτητας της νόσου βασισμένο σε παρεμβάσεις φροντίδας (T.I.S.S.) Φ. Κυρίτσι	119
9. Επικοινωνία των κωφών ασθενών με το προσωπικό φροντίδας υγείας I. E. Liarmakopoulos, I. N. Grapsa	125
10. Η ηχορύπανση στο ορθοπαιδικό χειρουργείο κατά τη διάρκεια ολικής αρθροπλαστικής ισχίου και γόνατος Χ. Τσιού, Θ. Παπαπολυχρονίου, Γ. Ευθυμιάτος, Κ. Ζαχαρόπουλος, Δ. Ευθυμιάτος	131
11. Συμβουλευτική για τους μαθητές νοσηλευτικής: Πολυτέλεια ή ανάγκη; Π. Δημητρίου	138
12. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση στους νοσηλευτές: Υποχρεωτική ή εθελοντική; Α. Μαλλίδου	143
13. Νοσηλευτική φροντίδα της οικογένειας. Αιφνίδια ασθένεια και οικογένεια Δρ. Δ. Σαπουντζή-Κρέπια	148
14. Οδηγίες για τους συγγραφείς	155

CONTENTS

1. Editorial Dr. A. Papadantonaki	67
2. Nursing approaches to current health problems. Address to the 24th Pan-Hellenic Nursing Congress E. Dimopoulou	69
3. Conclusions of the 24th Pan-Hellenic Nursing Congress M. Tsopanoglou	72
4. A new era for Nursing in Europe J. E. Asvall. Translation: E. Largatji, S. Ioakimidou	77
5. Reference to the structure and organization of the British Health Services G. Pierakos	88
6. Quality Assurance in Health Care: Trends and Perspectives Cr. Plati, M. Priami	99
7. The communication and interpersonal relationship problems of student nurses' in the clinical area Dr. S. Kotzampasaki, T. Stroumpouki, A. Stavropoulou	109
8. Therapeutic Intervention Scoring System (T.I.S.S.) F. Kyritsi	119
9. Communication of deaf patients with health care staff I. E. Liarmakopoulos, I. N. Grapsa	125
10. Noise pollution in orthopaedic operating room during total joint-arthoplasties of hip or knee C. Tsiou, T. Papapolychroniou, G. Efthymiatis, C. Zaxaropoulos, D. Efthimiatis	131
11. Counselling for nursing students: Luxury or necessity? P. Dimitriou	138
12. Continuing education in nursing: Mandatory or optional; A. Mallidou	143
13. Family nursing: Sudden illness and family Dr. D. Sapountzi-Krepia	148
14. Instructions to authors	155

- «ΤΑ ΕΝΥΠΟΓΡΑΦΑ ΚΕΙΜΕΝΑ ΔΕΝ ΕΚΦΡΑΖΟΥΝ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΠΟΦΕΙΣ ΤΟΥ ΕΣΔΝΕ».
- ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΛΛΑΓΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΩΣ ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΜΑΣ ΤΟ ΚΑΝΕΤΕ ΓΝΩΣΤΟ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΛΑΒΕΤΕ ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ.

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ - ΕΚΔΟΤΗΣ

Εθνικός Σύνδεσμος
Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών
Ελλάδος
Πύργος Αθηνών, Γ κτίριο, 2ος όροφος
Μεσογείων 2, 115 27 ΑΘΗΝΑ
Τηλ.: 77 02 861

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ε. Αγιώτου-Δημοπούλου
Α. Καλοκαιρινού
Α. Παπαδαντωνάκη
Ε. Πατηράκη
Α. Πορτοκαλάκη
Ε. Χαρολαμπίδου

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

Ασπασία Παπαδαντωνάκη
Επ. Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής
Πανεπιστημίου Αθηνών

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ-ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΕΚΔΟΣΗΣ

ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α.Β.Ε.Ε.
ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 80, 114 71 ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ. 3624.728, 3609.342, 3601.605, FAX: 3601.679

ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ

Νοσηλεύτριες/ές-Σπουδάστριες/ές	5.000	δρχ.
Όργανισμοί-Εταιρείες-Βιβλιοθήκες	9.000	δρχ.
Εξωτερικού	80	\$
Τιμή τεύχους	1.500	δρχ.
Τιμή τευχών 1992-1996	1.200	δρχ.
» » 1990-1991	1.000	δρχ.
Παλαιότερα τεύχη	800	δρχ.

Εξασφάλιση Ποιότητας στη Φροντίδα Υγείας: Τάσεις και προοπτικές

Χρυσάνθη Πλατί: Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών
Μαρία Πριάμη: Λέκτορας Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Χ. ΠΛΑΤΗ, Μ. ΠΡΙΑΜΗ: *Εξασφάλιση Ποιότητας στη Φροντίδα Υγείας: Τάσεις και προοπτικές.* Στη σύντομη ανασκόπηση εξετάζονται απόψεις για την εξασφάλιση της ποιότητας από ειδικούς επιστήμονες του βιομηχανικού, ιατρικού και νοσηλευτικού χώρου. Αναφέρονται επίσης προσπάθειες καθορισμού της ποιότητας, καθώς και πλαίσια εργασίας, από τα οποία πρότυπα και κριτήρια αναπτύχθηκαν προκειμένου να χρησιμοποιηθούν ως εργαλεία για έλεγχο και μέτρηση της ποιότητας προϊόντος ή υπηρεσιών και από τους τρεις χώρους. Ακόμη συζητούνται οι νέες τάσεις που αφορούν τη συνεχή αλλαγή της ονοματολογίας της εξασφάλισης της ποιότητας, από την παραδοσιακή της μορφή στη βελτίωση της ποιότητας ή στην ολική διευθέτηση της ποιότητας. Επίσης αναφέρονται προβλήματα τα οποία λειपुरγούν ανασταλτικά στην εφαρμογή συστημάτων αξιολόγησης και συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας της φροντίδας. **Νοσηλευτική 2: 99-108, 1997.**

Εισαγωγή

Η εκτίμηση της ποιότητας αγαθών ή υπηρεσιών δεν είναι κάποια καινούργια δραστηριότητα. Στη βιομηχανία, από τις αρχές του αιώνα έχουν δοκιμαστεί διάφορες μεθοδολογικές προσεγγίσεις προκειμένου να καθοριστεί ο βαθμός της ποιότητας και ακολουθούσαν παρεμβάσεις, όπου κρίνονταν αναγκαίες, για τη βελτίωσή της.

Η εκτίμηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας σήμερα είναι περισσότερο αναγκαία από κάθε άλλη εποχή, επειδή επηρεάζεται από μια μεγάλη ποικιλία μεταβλητών. Η ανοδική πορεία του κόστους αναπόφευκτα επηρεάζει την ποιότητα της φροντίδας, εφόσον οι διαθέσιμοι πόροι που υποστηρίζουν την παροχή της περιορίζονται συνεχώς. Παράλληλα, οι ιατρι-

κές πράξεις υπολογίστηκαν σε 40 ανά άτομο ετησίως, γεγονός που εκφράζεται με κόστος.

Η ανάπτυξη της τεχνολογίας στο χώρο της υγείας, όπως CT scanning, Laser κ.ά., συνετέλεσαν στην αύξηση του κόστους των υπηρεσιών και επηρέασαν την ποιότητά τους. Επιπλέον, η απασχόληση ενός μεγάλου αριθμού προσωπικού με ποικιλία ρόλων και λειτουργιών, δεν γνωρίζουμε πόσο «καλά» ή πόσο αποτελεσματικά λειτουργούν τα υπάρχοντα συστήματα με τη μεγάλη εξειδίκευση προσωπικού που απασχολούν¹.

Για να διατηρήσουν οι υπηρεσίες υγείας την ανταγωνιστική τους ικανότητα στην αγορά, είναι ανάγκη να βελτιώνουν το λειτουργικό κόστος/αποτελεσματικότητα, την ικανοποίηση ασθενή και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας².

Η αξιολόγηση της ποιότητας είναι μια κυκλι-

κή διεργασία η οποία περιλαμβάνει τρία βασικά στοιχεία: τον καθορισμό του επιπέδου της ποιότητας, τη μέτρηση και σύγκριση των αποτελεσμάτων και τη διόρθωση των διαφορών όπου υπάρχουν.

Προσπάθειες Καθορισμού της Ποιότητας

Το θέμα της ποιότητας κατά την περίοδο της βιομηχανικής επανάστασης επικεντρωνόταν περισσότερο στην εποπεία και τον έλεγχο των εργαζομένων με στόχο την αυξημένη παραγωγικότητα.

Στην πορεία του χρόνου η αντίληψη αυτή αντικαταστάθηκε με τη φιλοσοφία των διαπροσωπικών σχέσεων και της ομαδικής προσέγγισης. Τις τελευταίες δεκαετίες ο παράγοντας άνθρωπος αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο, ενώ η συμμετοχή του στη διαδικασία της εκτίμησης της ποιότητας θεωρήθηκε αναγκαία³.

Τη φιλοσοφία αυτή εισήγαγαν μεγάλες φυσιογνωμίες από το χώρο της βιομηχανίας, όπως οι Deming, Crosby, Juran, Filgerbaum και Ishikawa. Οι ορισμοί που εκφράστηκαν από τον ίδιο χώρο αναφέρονταν στο τελικό προϊόν, στην ικανοποίηση του καταναλωτή και τη συμμετοχή των εργαζομένων για συνεχή βελτίωση της ποιότητας. Ενδεικτικά αναφέρονται οι κυριότεροι: «η ποιότητα συμφωνεί με όλες τις απαιτήσεις», «ταιριάζει απολύτως με το σκοπό», «καλύπτει όλες τις απαιτήσεις του πελάτη», «είναι ελεύθερη από ελαττώματα» κ.ά.

Στον υγειονομικό χώρο, η ποιότητα αναγνωρίστηκε ως ουσιώδες συστατικό της υγείας. Μεγάλοι ασφαλιστικοί οργανισμοί της Αμερικής διατύπωσαν την άποψη, ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να καλύπτουν όλες τις ανάγκες του πληθυσμού και να διαθέτουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Οργανισμοί όπως οι Lee and Jones⁶ (1993) όρισαν ως ποιότητα την «παροχή όλων των αναγκαίων υπηρεσιών της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης σύμφωνα με τις ανάγκες των ανθρώπων». Ο Blue Cross⁷ την όρισε ως «τον βαθμό στον οποίο η φροντίδα είναι διαθέσιμη, αποδεκτή, περιεκτική, συνεχής και τεκμηριωμέ-

νη». Σύμφωνα με τον Brook⁸, η ποιότητα είναι «πολυδιάστατη και σύνθετη». Ο Maxwell⁹ την όρισε ως «αποτελεσματική, επαρκή, ισότιμη, προσβάσιμη, αποδεκτή και σχετική με τις ανάγκες του πληθυσμού».

Αργότερα, η Joint Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)¹⁰ των ΗΠΑ, ανέπτυξε πρότυπα, κριτήρια και συστήματα μέτρησης για την εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Από τον ιατρικό χώρο αναφέρονται ενδεικτικά οι Donabedian και Williamson, επειδή ασχολήθηκαν περισσότερο με την ποιότητα της φροντίδας υγείας. Ο Avedis Donabedian¹¹ καθηγητής στο Πανεπιστήμιο Ann Arbor των ΗΠΑ μιλώντας για την ποιότητα είπε: «ο καθορισμός της ποιότητας περιορίζει την έννοιά της». Ωστόσο, ο ίδιος καθόρισε την ποιότητα της φροντίδας ως «συμφωνία μεταξύ πραγματικής φροντίδας και προκαθορισμένων κριτηρίων. Ο βαθμός της συμφωνίας μας υποδεικνύει ποιά μέρη επικρατούν ως καλά και ποια μέρη χρειάζονται βελτίωση». Μέσα από αυτόν τον ορισμό παρατηρείται μια διεργασία αξιολόγησης. Ο Williamson¹², καθηγητής στο Πανεπιστήμιο John Hopkins των ΗΠΑ, ορίζει την ποιότητα ως «την έκταση στην οποία τα οφέλη επιτυγχάνονται κάτω από επιθυμητές καταστάσεις φροντίδας, και με λογικούς περιορισμούς κόστους». Ο ίδιος θεωρεί σε άλλη περίπτωση την ποιότητα ως «αποτελεσματική φροντίδα που βελτιώνει την κατάσταση υγείας και ικανοποιεί τον πληθυσμό στα πλαίσια των πόρων που η κοινωνία διαθέτει για την υγεία του». Αλλού, ο ίδιος συγγραφέας ορίζει την ποιότητα ως «μέτρηση του πραγματικού επιπέδου των παρεχομένων υπηρεσιών με την πρόβλεψη να αναληφθούν προσπάθειες τροποποίησης των αποτελεσμάτων της μέτρησης όταν προκύψουν διαφορές»¹³. Η φιλοσοφία του ιατρικού μοντέλου δίνει έμφαση στη συνεχιζόμενη βελτίωση της φροντίδας.

Στην περιοχή της νοσηλευτικής πολλοί νοσηλευτές ασχολήθηκαν με την ανάπτυξη προτύπων, κριτηρίων, πλαισίων εργασίας, εργαλείων μέτρησης και γράφτηκαν εκατοντάδες άρθρα και αρκετά βιβλία για την εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας.

Η φιλοσοφία της νοσηλευτικής σε σχέση με

την ποιότητα της φροντίδας επηρεάζεται περισσότερο από τις κοινωνικές αξίες. Είναι επικεντρωμένη στον άρρωστο και στις αξίες αυτών που αναπτύσσουν και εφαρμόζουν τα κριτήρια.

Η Shaw¹⁴ ισχυρίζεται ότι «η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας είναι μια κοινωνική δομή διαπραγματεύσιμη μεταξύ εκείνων που την παρέχουν, αυτών που την δέχονται και εκείνων που την ελέγχουν». Η Koch¹⁵ θεωρεί ότι «η ποιότητα αυτή καθ' εαυτή είναι μία κοινωνική δομή, η οποία απεικονίζει τις αντιλήψεις μας για την αξία της υγείας, τις προσδοκίες μας στις σχέσεις μας με τον ασθενή ή το άτομο και τις απόψεις μας για τη νομιμότητα του ρόλου της βιομηχανίας της υγείας». Οι Redfern και Norman¹⁶ βλέπουν την ποιότητα της φροντίδας ως «κάτι περισσότερο από την ικανοποίηση του καταναλωτή, αφού οι προσδοκίες των καταναλωτών μπορεί να μην είναι μεγάλες και οι γνώσεις τους να είναι περιορισμένες». Η Bergman¹⁷ θεωρεί ότι η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας ολοκληρώνεται μέσα στην ολιστική ανθρωπιστική φροντίδα του ασθενή και αποτελεί μέρος της φιλοσοφίας της νοσηλευτικής άσκησης.

Παρά τις εννοιολογικές διαφορές που παρατηρούνται στον ορισμό της ποιότητας κοινό σημείο αναφοράς όλων των ορισμών είναι η επίτευξη του «τελείου» ή του «αρίστου», άσχετα αν αυτό αφορά ποιότητα προϊόντος ή ποιότητα φροντίδας υγείας.

Εξασφάλιση Ποιότητας

Το επόμενο βήμα σε σχέση με την ποιότητα της φροντίδας ήταν η εξασφάλισή της. Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA)¹⁸ όρισε την εξασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας ως «σύνολο δραστηριοτήτων που βεβαιώνουν τον ασθενή ότι λαμβάνει την καλύτερη δυνατή φροντίδα».

Η Smeltzel¹⁹ την ορίζει ως «μέσο που χρησιμοποιεί η Νοσηλευτική για να βεβαιώσει τον ασθενή, ότι η άριστη φροντίδα που του παρέχεται, μετράται συνεχώς με προκαθορισμένα κριτήρια που αντιστοιχούν στο πλαίσιο Δομή/Διεργασία/Αποτέλεσμα».

Η Shaw¹⁴ λέει ότι η εξασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας απαιτεί τρία στοιχεία: συμφωνημένες προσδοκίες που είναι τα πρότυπα ή οι στόχοι, συγκρίσεις, δηλαδή τι ακριβώς συμβαίνει με τις προσδοκίες και εφαρμογή της αλλαγής προκειμένου να επέλθει συμβιβασμός και στα δύο.

Σύμφωνα με τη Schmadl²⁰, ο σκοπός της εξασφάλισης της ποιότητας στη νοσηλευτική είναι να βεβαιώνει τον ασθενή ότι η νοσηλευτική φροντίδα που του παρέχεται προσδιορίζεται μέσω συνεχούς αξιολόγησης και μέτρησης. Το τελικό προϊόν της εξασφάλισης της ποιότητας δεν είναι η εντόπιση των προβλημάτων ή ακόμα και των λύσεών τους, αλλά η εφαρμογή των κατάλληλων αλλαγών.

Η εξασφάλιση της ποιότητας όπως ορίστηκε από τους Lang και Clinton²¹ περιλαμβάνει την περιγραφή ενός επιπέδου ποιότητας, τη μέτρηση αυτού του επιπέδου και την ανάληψη δράσεως, για τροποποίηση των αποτελεσμάτων της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας, όπου απαιτείται.

Η φιλοσοφία αυτής της προσέγγισης έδινε έμφαση στην κινητοποίηση και αξιολόγηση όλων των δραστηριοτήτων με επίκεντρο την επάρκεια παροχής φροντίδας σύμφωνα με προκαθορισμένα πρότυπα και κριτήρια.

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά της προσέγγισης που περιλαμβάνονται στην παραδοσιακή εξασφάλιση της ποιότητας είναι τα ακόλουθα:

- Δίνει έμφαση σε ατομικά προβλήματα
- Υιοθετεί προκατασκευασμένα πρότυπα και κριτήρια
- Είναι προσανατολισμένη σε κλινικά θέματα
- Δίνει έμφαση στην επίβλεψη με τάση την ανεύρεση λαθών
- Είναι ανταγωνιστική
- Η ανάλυση των ευρημάτων είναι υποκειμενική
- Το κόστος σε σχέση με την ποιότητα σπάνια μελετάται
- Παρατηρείται έλλειψη συμφωνίας στον ορισμό της
- Η διαδικασία εξασφάλισης της ποιότητας ανατίθεται σε φορέα ή σε ειδικά άτομα²².

Η παραδοσιακή προσέγγιση της εξασφάλι-

σης της ποιότητας που υιοθετούσε τα αναφερόμενα χαρακτηριστικά επεκράτησε μέχρι σήμερα. Στο πλαίσιο αυτό, αναπτύχθηκαν μηχανισμοί ελέγχου και εκτίμησης της ποιότητας της φροντίδας, δηλαδή, ο έλεγχος ενεργείτο από διάφορες ομάδες όπως ομάδα συναδέλφων, γνωστοί ως (peer review) ή ομάδα νοσηλευτικών στελεχών ως ειδικοί εμπειρογνώμονες ασκούσαν περιοδικό νοσηλευτικό έλεγχο (Nursing Audit) με αναδρομική ή συγχρονιστική μορφή. Ο έλεγχος γινόταν με προκατασκευασμένα πρότυπα και κριτήρια τα οποία λειτουργούσαν ως εργαλεία μέτρησης του αποτελέσματος της φροντίδας. Τέτοια πρότυπα και κριτήρια ήταν της Phaneuf's το Audit, η Κλίμακα Ποιότητας Φροντίδας Ασθενή QALPLACS των Wandelt και Anger (1974), Rush Medicus Index, το Monitor των Golstone και συν. (1983)²³ κ.ά.

Μερικά από τα αναφερόμενα εργαλεία προέκυψαν από συνδυασμούς προγενεστέρων, ενώ τα ίδια με μερικές προσαρμογές δημιούργησαν νέα εργαλεία.

Οι κριτικοί της προσέγγισης εντόπισαν τα ακόλουθα μειονεκτήματα: α) η εκτίμηση στηριζόταν σε προκατασκευασμένα πρότυπα και κριτήρια, β) τα πρότυπα και τα κριτήρια αναπτύσσονταν από ειδικούς ή από εθνικό φορέα, δηλαδή σύστημα εκ των άνω προς τα κάτω (Up Down), γ) η επίβλεψη και οι διορθωτικές βελτιώσεις γίνονταν από τους ίδιους, δ) οι ίδιοι διατηρούσαν την κυριότητα των αποτελεσμάτων, και ε) ήταν χρονοβόρα και δαπανηρή²².

Για να ξεπεραστούν τα προβλήματα επεκράτησε η άποψη ότι τα κριτήρια πρέπει να αναπτύσσονται από τους κλινικούς νοσηλευτές, οι ίδιοι να αξιολογούν την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν και να κάνουν τις αναγκαίες τροποποιήσεις όταν χρειάζεται. Έτσι έχουμε το εκ των κάτω προς τα άνω σύστημα (Bottom Up), που βασίζεται στο νοσηλευτικό τμήμα ή τη μονάδα.

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά της εξασφάλισης της ποιότητας που βασίζεται στο νοσηλευτικό τμήμα είναι:

- Τα πρότυπα και κριτήρια αναπτύσσονται και εφαρμόζονται από τους κλινικούς νοσηλευτές.
- Εργαλεία μέτρησης κατασκευάζονται σε τοπικό επίπεδο για έλεγχο ειδικών προτύπων.

- Η εκτίμηση γίνεται από τους ίδιους ή από ομάδα συναδέλφων τους.
- Οι κλινικοί νοσηλευτές προτείνουν βελτιώσεις για την ποιότητα της φροντίδας.
- Οι νοσηλευτές κατέχουν τα ευρήματα, ελέγχουν την παρεχόμενη φροντίδα και ο ασθενής είναι το κεντρικό πρόσωπο.
- Η έμφαση δίνεται στην εντόπιση κατάλληλων ευκαιριών που βελτιώνουν μάλλον παρά εξαλείφουν ανεπαρκή ποιότητα.

Εργαλεία μέτρησης που αναπτύσσονται σε τοπικό επίπεδο είναι η προσέγγιση βασισμένη στη νοσηλευτική μονάδα (Unit based approach), που αναπτύχθηκε από τους Schroeder και Mansheim, το Δυναμικό Σύστημα Ανάπτυξης Προτύπων (Dynamic Setting Standard System (DySSSy) του Royal College of Nursing (RCN), το οποίο είναι βασισμένο σε θεωρίες συνεχιζόμενης βελτίωσης της ποιότητας και σε δραστηριότητες που κατευθύνονται από τους κλινικούς νοσηλευτές, το πλαίσιο CBO²³, που είναι ένα δυναμικό αποκεντρωμένο σύστημα που μπορεί να εφαρμοστεί σε όλους τους υγειονομικούς σχηματισμούς που παρέχεται νοσηλευτική φροντίδα.

Η προσέγγιση ανάπτυξης κριτηρίων βασισμένη σε τοπικό επίπεδο έγινε αποδεκτή από τον ιατρικό χώρο. Σήμερα οι γιατροί αναπτύσσουν πρότυπα και κριτήρια σε επίπεδο νοσηλευτικού τμήματος²⁴.

Πλαίσια Εργασίας

Θα αναφερθούν τα πιο γνωστά πλαίσια εργασίας και από τους τρεις προαναφερθέντες χώρους.

Στο χώρο της Ιατρικής

- Του Donabedian η γνωστή προσέγγιση των τριών στοιχείων: Δομή (Structure), Διεργασία (Process), Αποτέλεσμα (Outcome). Το πλαίσιο αυτό έχει γίνει γενικά αποδεκτό μέχρι σήμερα, ώστε στα περισσότερα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας, τα κριτήρια αναπτύσσονται και εφαρμόζονται σύμφωνα με το πλαίσιο των τριών στοιχείων^{25,26}.

- Του Williamson's, στο οποίο αναλύεται η διαφορά μεταξύ εξασφάλισης ποιότητας και επιστημονικής έρευνας. Σ' αυτήν την προσέγγιση όλες οι δραστηριότητες της εξασφάλισης της ποιότητας κατευθύνονται προς τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας σύμφωνα με προκαθορισμένα κριτήρια. Ενώ η επιστημονική έρευνα γίνεται για να προσθέσει γνώσεις και μεθόδους στο υπάρχον σώμα γνώσεων²⁷.

Στο χώρο της Νοσηλευτικής

- Το Μοντέλο διασφάλισης της ποιότητας της Lang (The Lang quality assurance model)²⁸ παρέχει συνολική εικόνα των βασικών απόψεων της διασφάλισης της ποιότητας. Προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα της φροντίδας, το πλαίσιο δίνει τη δυνατότητα αλλαγής των δραστηριοτήτων της διασφάλισης της ποιότητας. Ακόμα, τα 10 σημεία του American Joint Committee για τη διασφάλιση της ποιότητας βασίζονται στο πλαίσιο της Lang. Καίτοι το μοντέλο της Lang δημοσιεύτηκε το 1976, συνεχίζει να χρησιμοποιείται και να αποτελεί τη βάση για να αναπτυχθούν διάφορα πλαίσια εργασίας σχετικά με τη διασφάλιση της ποιότητας.
- Το Μοντέλο ομπρέλλα του Marker (Marker umbrella model for quality assurance)²⁹ προορίζεται για τοπικές δραστηριότητες διασφάλισης της ποιότητας, περιλαμβάνει επτά χαρακτηριστικά και απαιτεί απόλυτη συμμετοχή των νοσηλευτών. Σύμφωνα με τον Marker ένα πρόγραμμα εξασφάλισης της ποιότητας θα πρέπει:
 1. να είναι αποκεντρωμένο,
 2. να διαθέτει προσεκτικά σχεδιασμένη προσέγγιση,
 3. να βεβαιώνει ότι οι δραστηριότητες της διασφάλισης της ποιότητας συμφωνούν,
 4. να αποφεύγει την ανάκτηση δεδομένων (retrieval) και την επαναληπτική δραστηριότητα,
 5. να σχετίζεται με τα νοσηλευτικά πρότυπα,
 6. να ολοκληρώνεται στην καθημερινή εργασία των νοσηλευτών που συμμετέχουν στη συνεχιζόμενη παρακολούθηση,

7. να επικεντρώνεται: α) στην εντόπιση του προβλήματος και στη λήψη αποφάσεων, β) στα πρότυπα και τα κριτήρια.

Το μοντέλο ομπρέλλα του Marker ενσωματώνει εννέα δραστηριότητες όπως: ανάπτυξη προτύπων και κριτηρίων, διασφάλιση, συνεχιζόμενη εκπαίδευση, εκτίμηση αποτελέσματος, αυτοέλεγχος, συνεχής παρακολούθηση, εντόπιση του προβλήματος κατά τρόπο συνεχή και δυναμικό, έλεγχος επάρκειας πόρων και διευθέτηση όλων των κινδύνων όπως πρόληψη ατυχημάτων, λοιμώξεων κ.ά.

- Οι έξι προσεγγίσεις διασφάλισης της ποιότητας του Green and Levis³⁰ (Six approaches to quality assurance).

Στο πλαίσιο αυτό περιγράφονται έξι προσεγγίσεις, οι οποίες μπορεί να χρησιμοποιηθούν στη δραστηριότητα της διασφάλισης της ποιότητας. Από τις γενικές αρχές του μοντέλου και ειδικότερα στην αρχή που αναφέρεται στη νοσηλευτική διεργασία και την τεκμηρίωσή της είναι δυνατόν να σχηματιστεί βάση για πολλές διεργασίες ελέγχου ποιότητας της φροντίδας.

Στη Βιομηχανία

- Για τη διευθέτηση της ποιότητας ο Edward Deming³¹ διετύπωσε τα 14 σημεία που ακολουθούν:
 - 1) Δημιούργησε σταθερό σκοπό προς τη βελτίωση του προϊόντος ή των υπηρεσιών.
 - 2) Υιοθέτησε τη νέα φιλοσοφία.
 - 3) Απόφυγε την εξάρτηση της επιθεώρησης για την επίτευξη της ποιότητας.
 - 4) Απόφυγε την τακτική της διαπραγμάτευσης του προϊόντος με βάση την αξία των τιμών.
 - 5) Βελτίωσε συνεχώς το σύστημα προκειμένου να παραχθούν αποτελεσματικές υπηρεσίες.
 - 6) Εισήγαγε την ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση.
 - 7) Εισήγαγε την ηγεσία.
 - 8) Απομάκρυνε το φόβο για να μπορεί ο κάθε εργαζόμενος να λειτουργεί αποτελεσματικά για τον οργανισμό.
 - 9) Μετακίνησε εμπόδια και διευκόλυνε την επικοινωνία μεταξύ των υπηρεσιών του οργανισμού.
 - 10) Απόφυγε τα συνθήματα, τις προτροπές και τους στόχους για το εργατικό δυναμικό.

- 11) Εξάλειψε τις αριθμητικές αναλογίες, τη διοίκηση και τους αντικειμενικούς σκοπούς.
- 12) Μετακίνησε εμπόδια που αποβλέπουν στον βαθμό της παραγωγικότητας.
- 13) Καθιέρωσε δυναμικά προγράμματα αυτοεκπαίδευσης.
- 14) Τοποθέτησε όλους τους εργαζόμενους μέσα στον οργανισμό για να επιτευχθεί η αλλαγή.
 - Ο Joseph Juran εισήγαγε την τριλογία της ποιότητας, η οποία περιλαμβάνει: Το σχεδιασμό της ποιότητας, τον έλεγχο της ποιότητας και τη βελτίωση της ποιότητας (Joseph Juran's Quality Trilogy: Quality control and Quality improvement)³².

Η τριλογία του Juran προσφέρει τρεις διεργασίες με τις οποίες οι διευθυντές διατηρούν και βελτιώνουν την ποιότητα.

- Ο Crosby προτείνει τέσσερα απόλυτα σημεία (Crosby's Four Absolutes)³³.
 - 1) Ο ορισμός της ποιότητας είναι συμφωνία στις απαιτήσεις,
 - 2) Το σύστημα της ποιότητας είναι πρόληψη,
 - 3) Η εκτέλεση του προτύπου μηδενίζει την ατέλεια και
 - 4) Η μέτρηση της ποιότητας είναι η τιμή της ασυμφωνίας.

Ο Crosby δίνει έμφαση στη σπουδαιότητα του συστήματος γνώσεων, στη βελτίωση, στα μειονεκτήματα της επιθεώρησης και στην ανάγκη για στατιστικό έλεγχο της ποιότητας.

Η ακροστοιχίδα των τεσσάρων στοιχείων του Crosby PDCA σχηματίζει κύκλο και ερμηνεύεται: Σχεδίασε → Εφάρμοσε → Έλεγε → Ανάλαβε δράση. Για να λειτουργήσει ο κύκλος ομαλά, ο Crosby σχεδίασε μια στρατηγική που την γνωρίζουμε με την ακροστοιχίδα FOCUS και σημαίνει:

- F** Αναζήτησε διαδικασία βελτίωσης
- O** Οργάνωσε ομάδα, η οποία γνωρίζει τη διαδικασία
- C** Διασαφήνισε τη σύγχρονη γνώση με τη διαδικασία
- U** Κατενόησε τις αιτίες των διαφορών
- S** Επέλεξε τη διαδικασία της βελτίωσης

Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας

Η ενδεικτική αναφορά σε πλαίσια εργασίας

που αφορούσαν και τους τρεις χώρους έδειξε ότι η ανάπτυξη μιας περισσότερο δυναμικής προσέγγισης λιγότερο δαπανηρή και μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας ήταν αναγκαία.

Η μετακίνηση από τη διασφάλιση της ποιότητας, στη βελτίωση της ποιότητας και στη συνεχή βελτίωσή της υποδηλώνει συνεχή διεργασία την οποία οι Marr και Geibing³⁴ σχολιάζουν ως εξής:

Η εξασφάλιση της ποιότητας προϋποθέτει ανάπτυξη προτύπων και κριτηρίων, εκτίμηση των κριτηρίων και μέτρηση των αποτελεσμάτων της εκτίμησης. Όταν τα αποτελέσματα είναι επιθυμητά, δηλαδή πληρούν τα τεθέντα κριτήρια, τότε τα αποτελέσματα εξασφαλίζονται και διατηρούνται. Αυτό σημαίνει εξασφάλιση ποιότητας. Στην περίπτωση που τα αποτελέσματα δεν είναι ικανοποιητικά, τότε γίνεται προσπάθεια να βελτιωθούν. Η προσέγγιση αυτή ονομάζεται βελτίωση ποιότητας. Επειδή η εκτίμηση της ποιότητας είναι μια συνεχής διεργασία και η βελτίωσή της κατά συνέπεια θα πρέπει να είναι συνεχής. Έτσι προέκυψε ο όρος συνεχής βελτίωση της ποιότητας. Ακόμα, η εκτίμηση σε κανονικά χρονικά διαστήματα βεβαιώνει ότι η συστηματική εξασφάλιση της ποιότητας εφαρμόζεται και διατηρείται.

Κεντρικός ρόλος αυτής της προσέγγισης είναι να καθορίζει αν η διεργασία είναι σταθερή, να μειώνει τις εγγενείς διαφορές και να εντοπίζει κατάλληλες ευκαιρίες που θα προωθούν συνεχώς την ικανότητα της υπηρεσίας.

Η διασφάλιση της ποιότητας παρέχει σταθερή βάση στην οποία η βελτίωσή της μπορεί να στερεωθεί και οι γνώσεις για βελτιωμένες τεχνικές να αυξηθούν.

Η βελτίωση της ποιότητας ενσωματώνει τις δυνάμεις της εξασφάλισης της ποιότητας, ενώ ευρύνει το σκοπό της και ξεκαθαρίζει την προσέγγισή της στην εκτίμηση και βελτίωση της φροντίδας. Η μετάβαση από την εξασφάλιση της ποιότητας στη συνεχή βελτίωσή της θεωρήθηκε αναπόφευκτο βήμα για την αύξηση των προσεγγίσεων στη διευθέτηση της ποιότητας Quality Management³⁵.

Οι Kitson και Harvey σχολιάζοντας τη συνεχή ονοματολογία παρατηρούν: τελευταία μία σειρά από διαφορετικούς όρους και ορισμούς

που σχετίζονται με τα πρότυπα, τα κριτήρια, τον έλεγχο, τη διασφάλιση της ποιότητας και τη βελτίωσή της έχουν υιοθετηθεί. Τυπικά, αυτές οι διαφορές περικλείουν τη σημασία του κύκλου αξιολόγησης της ποιότητας, ο οποίος περιγράφεται ποικιλοτρόπως, όπως διασφάλιση της ποιότητας, βελτίωσή της, κύκλος ελέγχου της κ.ά. Και καταλήγει: οποιαδήποτε ορολογία χρησιμοποιηθεί, ο κύκλος φαίνεται να περιλαμβάνει τρεις διακριτικές φάσεις: καθορισμός επιπέδου ποιότητας, όπως προβλέπεται στο σκοπό (υπό τη μορφή προτύπων κριτηρίων και πρωτοκόλλων), μέτρηση και σύγκριση υπάρχουσών πρακτικών σύμφωνα με τον ορισμό και ανάληψη δράσης για βελτίωση της ποιότητας όπου κρίνεται απαραίτητο³⁶.

ΤΑΣΕΙΣ

Ολική Διευθέτηση Ποιότητας στη Βιομηχανία (ΟΔΠ) Total Quality Management (TQM)

Η κίνηση για την ποιότητα άρχισε προς το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου στις ΗΠΑ. Στην περίοδο αυτή ο Deming, ειδικός στη μεθοδολογία εκτίμησης της ποιότητας, μελέτησε τις αρχές της εκτίμησης της ποιότητας σε μεγάλες εταιρίες της Αμερικής και ανέπτυξε τη διεργασία της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας.

Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο η Αμερική βρέθηκε με άθικτη τη βιομηχανία της, γεγονός που την έκανε ανταγωνιστική στην αγορά εργασίας. Λόγω της μεγάλης άνθισης της βιομηχανίας παραθεωρήθηκε η ανάγκη για εκτίμηση της ποιότητας.

Το 1947 ο Deming κλήθηκε να βοηθήσει τους Ιάπωνες στην ανάκαμψη της ιαπωνικής βιομηχανίας. Στις δεκαετίες 1950 και 1960 οι διευθυντές των επιχειρήσεων είχαν υιοθετήσει τη φιλοσοφία της ΟΔΠ και εφαρμόσαν τις αρχές της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας του Deming που περιελάμβαναν: διασταυρωτές λειτουργικές ομάδες, προσανατολισμό προς τον πελάτη και εφαρμογή μεθόδων στατιστικού ελέγχου³⁵.

Η πρόοδος της βιομηχανίας στην Ιαπωνία ήταν εκπληκτική κυρίως η λέξη «made in Japan»

της προσέδωσε καινούργια σημασία, επειδή εκλαμβάνετο ως αξιόπιστος δείκτης υψηλής ποιότητας. Αντίθετα με ότι συνέβαινε στην Ιαπωνία, η βιομηχανία της Αμερικής, η οποία εφήρμοζε τον παραδοσιακό τρόπο εξασφάλισης της ποιότητας, έπαψε να μονοπωλεί τα προϊόντα στην αγορά, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζει εμπορικά ελλείμματα, μειωμένα έσοδα και επιβραδυνόμενη ανάπτυξη.

Με την επιστροφή του Deming στην Αμερική η κίνηση της ποιότητας στη βιομηχανία κέρδισε ξανά το χαμένο έδαφος. Ο Deming προσλήφθηκε ως σύμβουλος σε μεγάλες βιομηχανίες της Αμερικής, προκειμένου να εφαρμόσει τη φιλοσοφία της ΟΔΠ με τις αρχές της Συνεχιζόμενης Βελτίωσης της Ποιότητας. Έτσι το 1991 εξετάστηκε η αποτελεσματικότητα των αρχών της ΟΔΠ σε επιλεγμένες βιομηχανίες που είχε εφαρμοστεί. Η ανασκόπηση δεικτών εκτέλεσης έδειξαν τα ακόλουθα: αύξηση στην αγοραστική κίνηση, στην παραγωγικότητα, στην ικανοποίηση του πελάτη και στη συνολική βελτίωση στις εφαρμογές της βιομηχανίας³⁷.

Η Ολική Διευθέτηση της Ποιότητας στον Τομέα Υγείας

Η μετακίνηση από τη Εξασφάλιση της Ποιότητας ή τη Συνεχή Βελτίωση της Ποιότητας και την Ολική Διευθέτηση Ποιότητας (ΟΔΠ) στη Φροντίδα Υγείας ξεκίνησε από την Joint Commission for Accreditation of Health Care Organization (JCAHO) και άλλους ρυθμιστικούς οργανισμούς προς το τέλος της δεκαετίας του 1980. Οι ειδικοί «managers» σε θέματα Φροντίδας Υγείας άρχισαν να υιοθετούν τη φιλοσοφία της ολικής διευθέτησης της ποιότητας (TQM) στο στρατηγικό σχεδιασμό τους, προκειμένου να διατηρήσουν την ανταγωνιστική ικανότητα των νοσοκομείων στην αγορά. Τα νοσοκομεία έπρεπε να διατηρήσουν ποιότητα υπηρεσιών, κόστος-αποτελεσματικότητα και ικανοποίηση ασθενή. Επίσης, η συνεχής άνοδος του κόστους της φροντίδας υγείας, η μείωση του αριθμού των εισαγόμενων ασθενών στα νοσοκομεία και η ελάττωση των εσόδων, επέφεραν αλλαγές στις λειτουργικές δομές των νοσοκομείων³⁸.

Όμως το ερώτημα που εγείρεται είναι: Γιατί αυτή η μετακίνηση από την παραδοσιακή Εξασφάλιση Ποιότητας (Quality Assurance) στη Βελτίωση Ποιότητας (Quality Improvement), στη Συνεχή Βελτίωση Ποιότητας ή την Ολική Διευθέτηση Ποιότητας-ΟΔΠ (Total Quality Management).

Η Redfern σχολιάζοντας τις νέες τάσεις σχετικά με τις συνεχείς ονοματολογίες στην ποιότητα παρατηρεί: Στην παλαιότερα της ποιότητας αυτό που φαίνεται άμεσα είναι η έλλειψη συνοχής στον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούνται στη βιβλιογραφία κοινοί όροι. Η σύγχυση που επικρατεί στην ορολογία, ίσως είναι το αποτέλεσμα της ταχείας εξάπλωσης του ενδιαφέροντος που αποδόθηκε τις τελευταίες δεκαετίες στην ποιότητα και στη διασφάλιση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Με αποτέλεσμα ένας μεγάλος αριθμός όρων εμφανίζεται στην επικαιρότητα πριν διασαφηνιστεί η σημασία τους. Πάντως, η ποικιλία της ονοματολογίας υποδηλώνει νέες προσεγγίσεις και ευρύτερους στόχους³⁹.

Σχετικά με την ΟΔΠ, οι Marr και Geibing³⁴ παρατηρούν ότι πρόκειται για μία φιλοσοφία, η οποία βλέπει τη διευθέτηση της ποιότητας συνολικά, δίνει έμφαση στην ομαδική εργασία και τη συμμετοχή όλων των εργαζομένων. Η ΟΔΠ απαιτεί υπευθυνότητα από την αγορά εργασίας και τον πελάτη και διοικείται από την κορυφή. Επίσης, απαιτεί αλλαγές στην αγωγή και παιδεία του οργανισμού και με τον τρόπο αυτό απελευθερώνει δυνατότητες από τον οργανισμό για συνεχιζόμενη βελτίωση της ποιότητας, η οποία δίνει έμφαση στη δυναμική και ανοδική φύση της επίτευξης της ποιότητας⁴⁰.

Όπως φάνηκε η φιλοσοφία της ΟΔΠ στηρίζεται στα κίνητρα και την προθυμία των εργαζομένων. Το κυριότερο στήριγμα της φιλοσοφίας είναι η αφοσίωση και το ενθουσιαστικό στοιχείο των εργαζομένων⁴¹.

Προοπτικές

Σοβαρές ανησυχίες για βελτίωση και διασφάλιση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας εκδηλώνονται σχεδόν από όλες τις χώρες. Οι σχετικές με τη βελτίωση της ποιότητας βιβλιογρα-

φικές αναφορές αυξάνουν και οι προσπάθειες που καταβάλλονται από εθνικούς και ιδιωτικούς φορείς καθώς και μεμονωμένα άτομα πληθαίνουν.

Για τις Ευρωπαϊκές χώρες η συνεχής βελτίωση και διασφάλιση της ποιότητας απορρέει και από την αποδοχή των 38 στόχων του ΠΟΥ και ειδικότερα από τον 31ο, που ρητά αναφέρει ότι οι χώρες-μέλη του ΠΟΥ υποχρεούνται να αναπτύξουν κατάλληλους μηχανισμούς για τη διασφάλιση της ποιότητας.

Η Ελλάδα, χώρα Ευρωπαϊκή, παρά την αναμφισβήτητη βελτίωση που παρορυσιάζει σε ευαίσθητους δείκτες υγείας όπως βρεφική και μητρική θνησιμότητα, αλλά και η γενικότερη βελτίωση του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου της ζωής, δεν φαίνεται προς το παρόν να γίνονται σοβαρές προσπάθειες προς την κατεύθυνση της εκτίμησης και εξασφάλισης της ποιότητας. Και βέβαια το πρόβλημα έχει την εξήγησή του.

Προβλήματα σχετικά με την υπολειτουργία ή και την ανεπάρκεια οργανωτικών και λειτουργικών δομών του συστήματος και των υποσυστημάτων υγείας προκαλούν ανυπέρβλητα εμπόδια στην εφαρμογή μηχανισμών ελέγχου ποιότητας.

Τα κυριότερα προβλήματα θα μπορούσαν να συνοψιστούν σε αυτά που αφορούν έλλειψη ή ανεπάρκεια ανθρώπινου δυναμικού, τεχνολογικού εξοπλισμού, ξενοδοχειακού εξοπλισμού, καθώς και πληθώρα λειτουργικών θεμάτων.

Η μεγάλη έλλειψη του προσωπικού, ειδικότερα του νοσηλευτικού, αντανακλάται στις δεκάδες και εκατοντάδες των κενών θέσεων που δηλώνουν τα νοσοκομεία.

Πρόβλημα εξίσου σημαντικό είναι η ανεπάρκεια του τεχνολογικού εξοπλισμού, η κακή συντήρηση των κτιριακών νοσοκομειακών μονάδων, καθώς και άλλο υγειονομικό και λοιπό υλικό.

Λειτουργικό πρόβλημα μεγάλης σπουδαιότητας είναι η παντελής έλλειψη καθηκοντολογίου, όσον αφορά τους νεοσύστατους κλάδους και κατηγορίες προσωπικού, αλλά και όπου αυτά υπάρχουν χρειάζονται εκσυγχρονισμό.

Η ανομοιογένεια των υπηρεσιών που υπάγονται στον τομέα υγείας, η διαφορετική εκπαιδευτική προετοιμασία των μελών τους και κυρίως η

έλλειψη σαφούς καθορισμού ευθυνών και αρμοδιοτήτων κάθετα και οριζόντια στα οργανογράμματα των νοσοκομείων και κέντρων υγείας, καθιστούν τη συνεννόηση δύσκολη για να μην πούμε ανέφικτη.

Ειδικότερα, στην εποχή μας που η οικονομική κρίση επιδεινώνεται, η ανεργία αυξάνει, οι αντιπαράθεσεις μεταξύ εργοδοτών και εργαζομένων οξύνονται και οι απαιτήσεις βρίσκονται σε αναντιστοιχία με τις υποχρεώσεις, όλα τα παραπάνω δεν μας επιτρέπουν να αισιοδοξούμε ότι γρήγορα θα εφαρμοστούν προγράμματα αξιολόγησης και συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Όμως, παρά την αναμφισβήτητη ύπαρξη των χρόνιων και πιεστικών προβλημάτων, είναι ανάγκη να καθορίσουμε το επίπεδο της ποιότητας και να το βελτιώνουμε συνεχώς. Αν δεν το πράξουμε μόνοι μας, θα μας το επιβάλλουν άλλοι και τότε θα είναι αργά.

CH. PLATI, M. PRIAMI Quality Assurance in Health Care: Trends and Visions. *This brief review deals with the aspect of quality assurance as it has been expressed in the literature by the scientists from industrial, medical and nursing area. It is also mentioned that many efforts have been made to define quality from all three areas. A number of frameworks have been proposed from which standards and criteria have been developed in order to measure and control quality of products or services. The new trends concerning the shifting from traditional quality assurance to quality improvement and to continuous quality improvement or total quality management are also discussed. Problems that serve as barriers to the improvement of the health care quality were mentioned. Nosileftiki 2: 99-108, 1997.*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Luthert J. «Assessing the Quality of Care in Cancer Nursing». *Int Nurs Rev* 1991, 38:86-91.
2. Davis R. «There's more to quality improvement than a change». *Journal of Health Care Quality* 1993, 15:33-35.

3. Friedrichs J, Hennessy A, Bigger H and Mc Pherson Ann. «It All Comes Down to Degrees». *Nursing Clinics of North America* 1995, 30:129-142.
4. Burda D. «Total Quality Management Becomes Big Business». *Modern Health Care* 1991, 21:25-28.
5. Kirk R. «The Big Picture: Total Quality Management and Continuous Quality Improvement». *J Nurs Adm* 1992, 22:24-29.
6. Lee RI and Jones LW. *The Fundamentals of Good Medical Care*. University of Chicago Press, Chicago 1993.
7. Bloch D. «Criteria Standards, Norms, Crucial Terms in Quality Assurance». *JONA* 1977, 7:20-30.
8. Brooking J. «A Scale to Measure Use of the Nursing Process». *Occasional Paper. Nursing Times* 1988, 3:44-49.
9. Maxwell RJ. «Quality Assessment in Health». *British Medical Journal* 1984, 288:1470-1475.
10. JCHAO. «The Transition from Quality Assurance to Continuous Quality Improvement USA 1991». Library of Congress, Catalog 1991.
11. Donabedian A. «Evaluating the Quality of Medical Care». *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966, 44:166-170.
12. Williamson JW. *Assessing and Improving Health Care Outcomes*. Ballinger, Cambridge, Massachusetts 1987.
13. Williamson JW. *Teaching Quality Assurance-Cost Containment in Health Care* 1982, Jossey Bass, London 1982.
14. Shaw CD. «Time to close up the Quality Gap». *Health Services Journal* 1986, 96:110-115.
15. Koch T. «A Review of Nursing Quality Assurance». *J Adv Nurs* 1992, 17:785-789.
16. Redfern S and Norman J. «Measuring the Quality of Nursing Care: a consideration of different approaches». *J Adv Nurs* 1990, 15:1260-1264.
17. Bergman R. «The Relationship Between Quality of Care, Quality of Life, Quality of Work Life and Research». *Editorial. Journal of Clinical Nursing* 1994, 3:195-196.
18. American Nurses' Association. *Nursing Quality Assurance Management/Learning System: Guide for Nursing Quality Assurance Coordinators and*

- Administrators. Kansas City, MO: Author/Sutherland 1982.
19. Smeltzel Ch. «Organizing the Search of Excellence». *Nursing Management* 1986, 14:19-23.
 20. Schmadl SC. «Quality Assurance: examination of the concept». *Nursing Outlook* 1979, 27:462-464.
 21. Lang NM, Clinton JF. «Quality Assurance - the idea and its development in the US». In: Willis LD & Linwood Me (eds) *Measuring the Quality of Care*. Churchill Livingstone, New York 1984.
 22. Harvey G. «An Evaluation of Approaches to Assessing the Quality of Nursing Care Using (pre-determined) Quality Assurance Tools». *J Adv Nurs* 1991, 16:277-280.
 23. Kitson A. «Indicators of Quality in Nursing Care an Alternative Approach». *J Adv Nurs* 1986, 11:133-135.
 24. Sparrow S, Robinson J. «The use and Limitations of Phaneuf's Nursing Audit». *J Adv Nurs* 1992, 17:1479-1482.
 25. Donabedia A. «Quality Assessment and Assurance: Unity of purpose, diversity of means». *Inquire* 1988, 25:173-192.
 26. Donabedian A. «The Quality of Care. How can it be assessed?». *JAMA* 1988, 174:1743-1748.
 27. Geibing H. «Nursing Quality Management in the Netherlands». *Int Nurs Rev* 1994, 41:17-22.
 28. Lang N, Clinton J. «Assessment of Quality of Nursing Care». In: Werley H, Fitzpatrick J (eds) *Annual Review of Nursing Research*. Springer, New York 1984, pp 150-160.
 29. Marker C. «The Marker Umbrella Model for Quality Assurance: monitoring and evaluation professional practice». *Journal of Nursing Quality Assurance* 1987, 1:52-63.
 30. Green L, Levies F. *Measurement and Evaluation in Health Education*. Mayfield, Palo, Alto California, 1986.
 31. Deming WE. *Out of the Crisis* Cambridge, MA Massachusetts Institute of Tehcnology, 1986, pp 23-24.
 32. Juran JM. *Juran on Leadership for Quality*. The Free Press, New York 1989.
 33. Crosby PB. *Quality Without Tears*. McGrawhill, New York, 1984.
 34. Marr H and Geibing H. *Quality Assurance in Nursing: Concepts, Methods and Case Studies*. Champion Press Limited, Edinburgh 1994.
 35. Zonsius M and Murphy M. «Use of Total Quality Management Sparks Staff Nurse Participation in Continuous Quality Improvement». *Nursing Clinics North America* 1995, 30:1-20.
 36. Harvey G, Kitson A. «Achieving improvement through quality: an evaluation of key factors in the implementation process» *J Adv Nurs* 1996, 24:185-195.
 37. Πλατή Χ. «Εξασφάλιση της ποιότητας φροντίδας: Παλαιά και νέα πρόκληση» *Νοσηλευτική* 1993, 4:189-196.
 38. JCHAO. *An Introduction to Quality Improvement in Health Care*. Library of Congress, Catalog Card No 91, Illinois, 1991.
 39. Redfern S. «In pursuit of quality of nursing care». *Journal of Clinical Nursing* 1993, 2:141-148.
 40. Serman J, Malkmus M. «Integrating Quality Assurance and Totaly Quality Management/Quality Improvement». *Nurs outlook*, 1980, 28: 502-504.
 41. Sawatzky J, MacDonald M. «Challenges to Achieving Quality Care: Efficiently, Effectiveness and Beneficence». *Int Nurs Rev* 1994, 41:27-32.