

ΕΝΤΥΠΟ
ΚΩΔΙΚΟΣ
ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ
108/198
Κ.Δ.Α.
ΕΛΛΑΣ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ
Κ.Δ.Α.
ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ
ΠΟΡΤ
ΠΑΥΕ
ΕΛΛΙΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΜΕΣΟΓΕΙΟΝ 2 Γ' ΚΤΙΡΙΟ · 115 27 ΑΘΗΝΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τόμος 36 - Τεύχος 3 - Σεπτέμβριος - Δεκέμβριος 1997



NOSILEFTIKI

QUARTERLY PUBLICATION OF THE
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION

Vol 36 - No 3 - September - December 1997



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Άρθρο σύνταξης Δρ. Α. Παπαδαντωνάκη	163
2. 21ο Συνέδριο Νοσηλευτικής του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών, Ιούνιος '97, Βανκούβερ Μ. Καλαφάτη	165
3. 29η Συνεδρίαση των Εθνικών Αντιπροσωπειών του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών Μ. Μαλγαρινού	172
4. Νοσηλευτική Θεωρία και πράξη Οδύοντας προς τον 21ο αιώνα Δρ. Στέλλα Κοτζαμπασάκη	175
5. Φροντίδα στη Νοσηλευτική: Μια άλλη άποψη Π. Δημητρίου	185
6. Ο ρόλος του ειδικού κλινικού νοσηλευτή Χρ. Λεμονίδου	189
7. Ο ρόλος του νοσηλευτή εκπαιδευτικού στον κλινικό χώρο κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας Ευρ. Παπασταύρου	198
8. Ο διαβητολογικός νοσηλευτής και η εκπαίδευση στην αυτοφροντίδα Ελ. Δημητριάδου	209
9. Κυρίαρχες έννοιες και προσεγγίσεις στη διασφάλιση της ποιότητας Δ. Παπαγεωργίου	215
10. Κλινική Επιβλεψη-Ρόλοι, μοντέλα και στρατηγικές που μπορούν να ενθαρρύνουν την αντανακλαστική πρακτική (Reflective Practice) Μ. Μαντζώρου	226
11. Συζητήστε τρόπους με τους οποίους οι θεωρίες και δεξιότητες της συμβουλευτικής μπορούν να αναπτύξουν τη νοσηλευτική πρακτική Αθ. Μόσχου - Κάκκου	233
12. Εκπαιδευτική προετοιμασία διευθυντών νοσηλευτικών υπηρεσιών (ΔΝΥ) ώστε να ανταποκρίνονται σε μελλοντικές προκλήσεις Μ. Μπατσολάκη	247
13. Η αναγκαιότητα της εισαγωγής αλλαγών στη Νοσηλευτική Δρ. Ε. Χαραλαμπίδου	265
14. Έλεγχος συμπεριφοράς ψυχικά πασχόντων: Ηθικές διαστάσεις του προβλήματος Μ. Πριάμη, Χ. Πλάτη	272
15. Περιεχόμενα του Έτους 1997	282
16. Οδηγίες για τους συγγραφείς	284

CONTENTS

1. Editorial Dr. A. Papadantonaki	163
2. ICN 21st Quadrennial Congress June 1997, Vancouver M. Kalafati	165
3. 29th Meeting of the National Representatives of ICN M. Malgarinou	172
4. Nursing theory and practice Approaching the 21st century Dr. St. Kotzabassaki	175
5. Caring in Nursing: a different view P. Dimitriou	185
6. The role of clinical Nurse Practitioner Chr. Lemonidou	189
7. Clinical role of nurse teacher in terms of clinical areas: critical analysis of the literature Eur. Papastaurou	198
8. Diabetologic nurse and self management education El. Dimitriadou	209
9. Fundamental Concepts and Approaches of Quality Assurance D. Papageorgiou	215
10. Clinical Supervision - Roles, models and strategies which can encourage the reflective practice M. Mantzourou	226
11. Discuss ways in which counselling theory and skills be used to enhance Nursing practice Ath. Moschou - Kakkou	233
12. Educational Needs and nurse managers M. Batsolaki	247
13. The need to introduce changes in Nursing Dr. E. Charalabidou	265
14. Behavior control of the violent patients: ethical considerations M. Priami, Ch. Plati	272
15. Contents of the year 1997	282
16. Instructions to authors	284

- «ΤΑ ΕΝΥΠΟΓΡΑΦΑ ΚΕΙΜΕΝΑ ΔΕΝ ΕΚΦΡΑΖΟΥΝ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΠΟΨΕΙΣ 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. Χαραλαμπίδου

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

Δρ. Ασπασία Παπαδαντωνάκη

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.
Οργανισμοί-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.

Κυρίαρχες έννοιες και προσεγγίσεις στη διασφάλιση της ποιότητας

Δημήτρης Παπαγεωργίου,
Μεταπτυχιακός Φοιτητής Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Ουαλίας, Νοσηλευτής ΠΓΝΑ.

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ *Κυρίαρχες έννοιες και προσεγγίσεις στη διασφάλιση της ποιότητας.* Η νοσηλευτική σήμερα είναι πρωτοπόρος στην προσπάθεια για την διασφάλιση της ποιοτικής φροντίδας του ασθενή. Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι η παρουσίαση απόψεων για την διασφάλιση της ποιότητας στο χώρο της υγείας καθώς και η ανασκόπηση των κυριότερων θεωριών που χρησιμοποιούνται στην σύγχρονη νοσηλευτική βιβλιογραφία. Επίσης, αναλύονται οι κυριότερες αρχές που οι νοσηλευτές πρέπει να ακολουθήσουν έτσι ώστε η ποιότητα της φροντίδας να αποτελέσει κάποια στιγμή χαρακτηριστικό της καθημερινής πρακτικής τους. **Νοσηλευτική 3: 215-225, 1997.**

Εισαγωγή

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η διασφάλιση της ποιότητας είναι ένα ουσιαστικό συστατικό των υπηρεσιών υγείας όντας ένα αναπόσπαστο μέρος της πρακτικής και όλο περισσότερο άξιο προσοχής όταν οι υπηρεσίες αυτές λαμβάνουν χώρα. Η πληθώρα της δημοσιευμένης βιβλιογραφίας που σχετίζεται με την διασφάλιση της ποιότητας αποδεικνύει ότι η έννοια αυτή διαρκώς θα κερδίζει έδαφος στο μέλλον.

Όπως υπέδειξε η Sale¹, η ιστορία της διασφάλισης της ποιότητας στην παροχή της υγείας χρονολογείται πίσω στις μελέτες των Ρωμαίων οι οποίοι ερεύνησαν την αποτελεσματικότητα των στρατιωτικών τους νοσοκομείων. Στη δεκαετία του 1850, η Florence Nightingale ήταν η πρώτη που απέδωσε μια θετική έννοια στην ποιότητα της φροντίδας².

Στις αρχές του 19^{ου} αιώνα, ο Stewart³ έγραψε για την σημασία της μέτρησης της διασφάλισης της ποιότητας και συμπέρανε ότι η ποιοτική φροντίδα είναι ανάλογη κάποιου κόστους, μια θεωρία η οποία εξακολουθεί να υφίσταται. Στις Η.Π.Α. κατά την διάρκεια της δεκαετίας του 1950 αναπτύχθηκε ενδιαφέρον για τα δομικά δεδομένα των οργανισμών υγείας. Τέτοια δεδομένα τέθηκαν και από την Ηνωμένη Επιτροπή Επίβλεψης των Οργανισμών Παροχής Υγείας⁴ (JCAHO).

Από τότε έχουν γίνει αρκετές έρευνες οι οποίες κατέληξαν στην ανάπτυξη μεθόδων ή συστημάτων που βοηθούν τους επαγγελματίες της υγείας να μετρήσουν την ποιότητα της πρακτικής τους. Για παράδειγμα, η κλίμακα μέτρησης νοσηλευτικών ικανοτήτων του Slater, ο Νοσηλευτικός έλεγχος (Nursing Audit), η Παρα-

κολούθηση (Monitor) και οι Ποιοτικοί Κύκλοι (Quality Circles).

Τα ακόλουθα μέρη αυτού του άρθρου σκοπεύουν να παράσχουν μια γενική ανάλυση των κύριων αρχών της διασφάλισης της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Ευελπιστούμε ότι η παρουσίαση αυτή θα βοηθήσει τους νοσηλευτές να αντιληφθούν ότι μια καλή ποιοτικά φροντίδα είναι δικαίωμα όλων των ασθενών και κάτι για το οποίο θα πρέπει διαρκώς να αγωνίζονται.

Προσδιορισμός της διασφάλισης της ποιότητας στο χώρο της υγείας

Πολλοί προσδιορισμοί της διασφάλισης της ποιότητας έχουν διατυπωθεί από ανθρώπους που έχουν σε βάθος μελετήσει την ποιότητα στην παροχή της υγείας.

Από ιατρικής πλευράς, η διασφάλιση της ποιότητας προσδιορίστηκε ως ο πραγματικός βαθμός επίτευξης των ευεργεσιών της παροχής φροντίδας μέσα σε λογικά οικονομικά πλαίσια⁵.

Εν αντιθέσει, η Shaw⁶ περιέγραψε τη διασφάλιση της ποιότητας σαν τη μέτρηση της παρεχόμενης φροντίδας με βάση τις προσμονές των νοσηλευτών αλλά με τη φανερό διάθεση και ικανότητα να διορθωθούν οποιεσδήποτε προκείμενες αδυναμίες.

Έτσι η Shaw⁵ διακήρυξε ότι η διασφάλιση της ποιότητας αποτελείται από τρία συστατικά: αποδεκτά δεδομένα πρακτικής, συγκρίσεις του πραγματικού επιπέδου της πρακτικής με τα δεδομένα αυτά και εφαρμογή της αλλαγής.

Συγκεκριμένα στη νοσηλευτική, ο Schmal⁷ υπογράμμισε ότι ο σκοπός της διασφάλισης της ποιότητας είναι η παροχή στον ασθενή μιας τέλει φροντίδας μέσω των διαδικασιών της συνεχούς μέτρησης και αξιολόγησης. Με άλλα λόγια, οι επαγγελματίες δεν θα έπρεπε να ασχολούνται μόνο με τον προσδιορισμό των προβλημάτων αλλά κυρίως με την επίτευξη των απαραίτητων αλλαγών. Εντούτοις ένας αποδεκτός ορισμός της έννοιας αυτής δεν έχει ακόμη διατυπωθεί.

Έχει γίνει φανερό ότι η διασφάλιση της ποιότητας αποτελεί μια μετρήσιμη έννοια⁸, αν

και ο Donabedian υποστήριξε ότι στην καλύτερη περίπτωση η ποιότητα μπορεί να προφυλαχθεί και να επαυξηθεί αλλά όχι να σιγουρευτεί⁹.

Πριν την ανάλυση των τρόπων με τους οποίους η διασφάλιση της ποιότητας μπορεί να εφαρμοστεί στο χώρο της υγείας θα έπρεπε έστω και σύντομα να ανασκοπηθεί η έννοια της ποιότητας εφ' όσον από πολύ παλιά έχει ελκύσει την προσοχή του ανθρώπου.

Ο όρος «ποιότητα» είναι μία κοινωνική έννοια από τη στιγμή που αντικατοπτρίζει τις αντιλήψεις των επαγγελματιών σχετικά με την αξία της υγείας και τους ρόλους που διαδραματίζουν οι οργανισμοί παροχής υγείας¹⁰.

Από την άλλη, ο όρος «ποιοτική φροντίδα» ενσωματώνεται στην έννοια της ολιστικής, ανθρωπιστικής φροντίδας του ασθενή και κατ' αυτόν τον τρόπο αποτελεί αναπόσπαστο συστατικό της φιλοσοφίας της νοσηλευτικής πρακτικής¹¹.

Σε αυτό το σημείο είναι απαραίτητο να αναφερθούμε στη θεωρία που ανέπτυξε ο Donabedian για την ποιότητα της φροντίδας όπως επίσης και στα συστατικά που διέκρινε σε αυτή.

Αρχικώς ο Donabedian¹² στην προσπάθειά του να διαμορφώσει τη δική του φιλοσοφία για την ποιότητα στην παροχή υγείας, εξερεύνησε την έννοια της φροντίδας. Έτσι την περιέγραψε σαν την αντιμετώπιση εκ μέρους του νοσηλευτή της ασθένειας ενός δεδομένου ασθενή και κατέληξε στο ότι η φροντίδα είναι διπλής φύσεως: τεχνική και διαπροσωπική.

Πιο συγκεκριμένα, υποστήριξε ότι η τεχνική φροντίδα συνίσταται στην εφαρμογή της θεωρίας και τεχνολογίας όλων των επιστημών υγείας με την πρόθεση να επιτευχθεί μια ισορροπία μεταξύ των κινδύνων και των κερδών. Από την άλλη πλευρά, η διαπροσωπική φροντίδα συνίσταται στη δημιουργία μιας καλής διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενή μέσω της ανταλλαγής των αξιών και προσμονών τους.

Αφού εξέθεσε αυτές τις απόψεις, ο Donabedian¹² συμπέρανε ότι η ποιότητα της φροντίδας είναι ένα ζήτημα που δεν κρίνεται ούτε μόνο από την τεχνική, επαγγελματική οπτική γωνία ούτε μόνο από τον ασθενή αλλά πρόκει-

ται για μία σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών των δύο.

Τέλος, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι μόνο όταν οι επαγγελματίες λαμβάνουν υπόψιν την ισορροπία μεταξύ κερδών και κόστους της παρεχόμενης υγείας και αλληλεπιδρούν με τους ασθενείς τους, επιτυγχάνουν μία αισθητή βελτίωση της κατάστασης των ασθενών και την τελική ευημερία αυτών.

Αυτό αποδεικνύει ότι η φροντίδα είναι μια αλληλεπιδραστική διαδικασία και όπως συμβαίνει με τα ανθρώπινα όντα θα έπρεπε να υπάρχει μια συνεχής αλληλεπίδραση μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενή. Οι νοσηλευτές δεν θα έπρεπε απλά να λειτουργούν για το καλό των ασθενών αλλά να δουλεύουν με αυτούς σαν πραγματικοί σύντροφοι έτσι ώστε τελικά οι ασθενείς να βοηθηθούν.

Επιπρόσθετα, ο Donabedian¹³ επεξήγησε ότι ο προσδιορισμός της ποιότητας δεν θα έπρεπε να εστιάζεται μόνο στο πώς εφαρμόζονται, και από τεχνικής και από διαπροσωπικής πλευράς, η επιστήμη και η τέχνη της υγείας. Έτσι υπογράμμισε τρεις απαραίτητους παράγοντες που θα έπρεπε να ληφθούν υπόψιν. Ο πρώτος σχετίζεται με τα δεδομένα της φροντίδας, δηλαδή με τα επιθυμητά χαρακτηριστικά του χώρου στον οποίο η φροντίδα παρέχεται (άνεση, ψυχία). Ο δεύτερος έχει να κάνει με την υπευθυνότητα που φέρουν ο ασθενής και η οικογένειά του για την επιτυχία ή μη της φροντίδας. Ο τελευταίος παράγοντας επικεντρώνεται στον τρόπο με τον οποίο η ποιότητα είναι κοινωνικά επιμερισμένη στον πληθυσμό.

Οι Brook και Williams¹⁴ παρουσίασαν μία εναλλακτική πλευρά της ποιότητας της φροντίδας διακηρύσσοντας δύο αλληλένδετα μέρη αυτής: την τεχνική φροντίδα και την τέχνη της φροντίδας συνοδεύοντάς τα με ένα ποσοστό λάθους που ενδεχόμενα προκύπτει κατά την εκτίμηση της ποιότητας.

Έμφαση ίσως θα έπρεπε να δοθεί στις αρχές εκείνες οι οποίες, εάν ακολουθηθούν, θα βοηθήσουν στην επίτευξη της διασφάλισης της ποιότητας, από τη στιγμή που έγινε φανερό ότι ο όρος «ποιότητα» είναι αρκετά σύνθετος.

Θεωρητικά πλαίσια και αρχές της διασφάλισης της ποιότητας

Ο Donabedian¹² περιέγραψε τη διαδικασία της διασφάλισης της ποιότητας ως μία τριάδα δεδομένων αποτελούμενη από τη δομή, τη διαδικασία και το αποτέλεσμα.

Πιο λεπτομερώς, με τον όρο «δομή» εννοούσε τις απαραίτητες προϋποθέσεις για τη φροντίδα του ασθενή που διακρίνονται σε οργανωτικές, φυσικές και κοινωνικές παροχές. Η μέτρηση αυτών των μεταβλητών μπορεί να αποκαλύψει πόσο καλά παρέχεται η φροντίδα από τη στιγμή που πρόκειται για σχετικά σταθερές μεταβλητές, και αποσκοπεί στην παραγωγή και ενίσχυση της ποιοτικής φροντίδας. Από την άλλη διέκρινε ότι η χρησιμότητα της δομής είναι περιορισμένη επειδή υποδεικνύει γενικές τάσεις και δεν παρέχει συνεχή έλεγχο. Γι' αυτό και επικεντρώθηκε περισσότερο στην εκτίμηση της διαδικασίας και του αποτελέσματος της διασφάλισης της ποιότητας¹².

Η «διαδικασία» αναφέρεται στους τρόπους με τους οποίους συμπεριφέρονται οι λειτουργοί της υγείας ενώ φροντίζουν για τον ασθενή με σκοπό να αλληλεπιδράσουν μαζί του. Τέτοιου είδους συμπεριφορά χαρακτηρίστηκε από τον Donabedian κανονιστική μιας και η ποιότητά της καθορίζεται από κανόνες που τίθενται είτε από την επιστήμη της φροντίδας (τεχνική φροντίδα) είτε από την ηθική και τους κανόνες της κοινωνίας (διαπροσωπική φροντίδα).

Το «αποτέλεσμα» καλύπτει οποιεσδήποτε αλλαγές γίνονται, αφού έχει ολοκληρωθεί η φροντίδα, σε προκαθορισμένους παράγοντες όπως η συμπεριφορά, το επίπεδο υγείας ή η αυτογνωσία του ασθενή.

Τα συστατικά της τριπλής αυτής προσέγγισης της διασφάλισης της ποιότητας είναι φανερά αλληλένδετα από τη στιγμή που το περιβάλλον (δομή) όπου παρέχεται η φροντίδα επηρεάζει τις ενέργειες (διαδικασία) των νοσηλευτών, οι οποίες εν συνεχεία θα επηρεάσουν τη συνέπεια (αποτέλεσμα) που θα έχει η φροντίδα στο επίπεδο υγείας του ασθενή¹². Αυτή η αλληλεπίδραση έχει περιγραφεί από τον Simon¹⁵ σαν

μια αλυσίδα όπου είναι δύσκολο για κάποιον να διαχωρίσει το μέσο από το σκοπό.

Η τριλογία του Donabedian είναι η πιο δημοφιλής θεωρία της διασφάλισης της ποιότητας. Εντούτοις, αρκετές άλλες προσεγγίσεις έχουν διαμορφωθεί μερικές από τις οποίες αναπτύσσονται αμέσως μετά.

Έτσι, ο Doll¹⁶ υιοθέτησε μόνο τις πλευρές της διαδικασίας και του αποτελέσματος για την εκτίμηση της ποιοτικής φροντίδας, επειδή κατά την άποψή του η δομή ενσωματώνεται στη διαδικασία ενώ η τελευταία επηρεάζει το αποτέλεσμα.

Ο Williamson^{5,17,18} αναφέρθηκε σε έναν στενό δεσμό μεταξύ διαδικασίας και αποτελέσματος και στο ρόλο που αυτά τα δύο συστατικά στοιχεία παίζουν στη διασφάλιση της ποιότητας. Έτσι προέβη στη διάκριση της διαδικασίας της φροντίδας σε δύο μέρη: τη διαγνωστική και τη θεραπευτική. Από τον διαχωρισμό αυτό θα μπορούσαν να προκύψουν αξιόπιστα κριτήρια για το αποτέλεσμα της ποιοτικής φροντίδας του ασθενή καθώς οι νοσηλευτές επικεντρώνονται σε πραγματικά προβλήματα και επιδιώκουν την επίτευξη των καλύτερων δυνατών αποτελεσμάτων¹⁷. Έτσι το αποτέλεσμα της διαγνωστικής διαδικασίας θα μπορούσε να εκτιμηθεί σαν μία «πρόβλεψη» ενώ αυτό της θεραπευτικής σαν μία «αλλαγή» στο επίπεδο υγείας του ασθενή¹⁸.

Το 1978 ο συγγραφέας υπογράμμισε ότι το «αποτέλεσμα» θα έπρεπε επιπλέον να περιλαμβάνει οποιοδήποτε χαρακτηριστικό του ασθενή, των προβλημάτων της υγείας, των νοσηλευτών ή της αλληλεπίδρασης των τελευταίων με τους ασθενείς στη διαδικασία παροχής της φροντίδας όπως αυτή μετράται οποιαδήποτε χρονική στιγμή⁵.

Η προσέγγιση της Starfield¹⁹ επικεντρώθηκε στην περιγραφή των αποτελεσμάτων της φροντίδας αναπτύσσοντας ένα προφίλ του επιπέδου της υγείας. Προσδιόρισε ορισμένους παράγοντες οι οποίοι θα μπορούσαν να λειτουργήσουν σαν μέσα μέτρησης των αποτελεσμάτων στον ασθενή και επομένως σαν ενδείξεις της ποιότητας της φροντίδας. Αυτοί περιελάμβαναν τη σύνδεση των προϋποθέσεων του επιπέδου υγείας (π.χ. άνεση) με τη διαδικασία,

το περιβάλλον παροχής της φροντίδας, την ηλικία του ασθενή και το ποσοστό διατήρησης καλής υγείας¹⁹.

Η Ellis²⁰ διατύπωσε τα συστατικά της φροντίδας ως παροχές (μέσα), διαδικασίες (η απόδοση των παροχών στον ασθενή), αντικείμενα (οι άνθρωποι που υπόκεινται στις διαδικασίες), και αποτελέσματα (οι επιτυγχανόμενοι στόχοι).

Παρά την ύπαρξη αρκετών διαφορών που παρουσιάζουν οι προσεγγίσεις στη διασφάλιση της ποιότητας, η βιβλιογραφία ανέδειξε κάποιες γενικές αρχές που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν σαν το μέσο για την επίτευξη της ποιότητας στο χώρο της υγείας και επακόλουθα και στη νοσηλευτική.

Κατά την άποψη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας²¹ (WHO) τέσσερις αρχές που θα έπρεπε να προσεχθούν στα προγράμματα διασφάλισης της ποιότητας εμπεριέχουν: τον τρόπο λειτουργίας, αυτό δηλαδή που ο Donabedian¹² ονόμασε τεχνική ποιότητα, τη χρήση ή αποδοτικότητα των μέσων, τη διευθέτηση του κινδύνου έτσι ώστε καμμία ασθένεια να μην προκύπτει από την παρεχόμενη φροντίδα και τέλος την ικανοποίηση του ασθενή με τη φροντίδα.

Άλλη αξιόλογη άποψη είναι αυτή των Cross και Shields που διακήρυξαν ότι η φροντίδα θα έπρεπε να είναι διαθέσιμη, αποδεκτή, ουσιαστική, συνεχής και αποδεδειγμένη.

Για τον Maxwell²², η ποιότητα της φροντίδας συνίσταται από έξι απαραίτητες διαστάσεις που πρέπει να βρίσκονται σε ισορροπία μεταξύ τους. Αυτές είναι η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα, η ισότητα, η προσιότητα, η αποδοχή και η σχετικότητα με την ανάγκη.

Κύριες αρχές της διασφάλισης της ποιότητας τις οποίες οι επαγγελματίες της υγείας θα έπρεπε διαρκώς να ακολουθούν κατά τη διάρκεια παροχής της φροντίδας θα αναλυθούν εν συνεχεία.

Μία αρχή-κλειδί είναι η προσιότητα, η οποία κατά την Shaw σχετίζεται με το ποσοστό που η φροντίδα είναι διαθέσιμη και μη περιορισμένη από το χρόνο ή την απόσταση.

Κατά την άποψη του Donabedian¹², η προσιότητα είναι η άνεση με την οποία εφαρμόζε-

ται και διατηρείται η φροντίδα. Επιπλέον διέκρινε δύο παράγοντες που την επηρεάζουν: τις ικανότητες των νοσηλευτών και τη δυνατότητα από πλευράς των ασθενών να υπερβούν οποιαδήποτε εμπόδια τους απομακρύνουν από τη λήψη της φροντίδας.

Η Shaw²³ θεώρησε την αποδοχή σαν ένα ακόμη συστατικό διασφάλισης της ποιότητας και την περιέγραψε σαν την παροχή της φροντίδας με έναν τέτοιο τρόπο που ικανοποιεί τις προσμονές των ασθενών, των επαγγελματιών και της κοινωνίας.

Ο Donabedian¹³ υποστήριξε τις προηγούμενες απόψεις και έψαξε τους λόγους για τους οποίους η αποδοχή της φροντίδας αποτελεί μία απαίτηση. Ο πρώτος λόγος σχετίζεται με το γεγονός ότι οι ασθενείς διαφέρουν ο ένας από τον άλλο στις προσμονές και κρίσεις της ποιότητας. Ο δεύτερος αναφέρεται στην ποικιλία των επαγγελματιών που συμμετέχουν στη διαδικασία της φροντίδας και των οποίων οι διαφορετικοί ρόλοι και αξίες επηρεάζουν και τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται την ποιότητα. Ο τελευταίος μα εξίσου σημαντικός λόγος παρουσιάζει την κοινωνία να αντιμετωπίζει κάποιες μορφές φροντίδας ως ανώτερης αξίας από κάποιες άλλες επειδή τα αποτελέσματά τους αναγνωρίζονται από πολλούς.

Αντιθέτως ο Holland²⁴ παρουσίασε μία άλλη διάσταση της αποδοχής - αυτή της αποδοχής της έκθεσης της υγείας σε κινδύνους. Έτσι όρισε τέσσερις μεθόδους καθορισμού των αποδεκτών κινδύνων. Αυτές αναφέρονταν στην αποφυγή των κινδύνων (μείωση των κινδύνων ανεξάρτητα από την επίδρασή τους στα αποτελέσματα της φροντίδας), στην αποδεκτή συμπεριφορά (ο κίνδυνος γίνεται αποδεκτός με βάση ήδη αποδεκτούς κινδύνους), στην αναλογία κόστους-κέρδους (ισορροπία των κερδών και των κόστων της φροντίδας έναντι του ρίσκου), και στην αποτελεσματικότητα του κόστους που σημαίνει ότι κάποιος βαθμός κινδύνου γίνεται αποδεκτός.

Μία επιπρόσθετη αρχή που προκύπτει από την αποδοχή είναι η δικαιοσύνη. Ο Holland²⁴ υποστήριξε ότι ο όρος της δικαιοσύνης σημαίνει πως η υγεία της πλειοψηφίας δεν θα έπρεπε να

επιτυγχάνεται εις βάρος της μειοψηφίας.

Η δικαιοσύνη έχει επίσης προσδιορισθεί σαν μία σύγκριση μεταξύ εκείνων που πληρώνουν για τη φροντίδα και εκείνων που ευεργετούνται από αυτήν και υποστηρίχθηκε ότι μια κοινωνική κατανομή των κερδών και των κόστων της φροντίδας είναι απαραίτητη¹². Ο Doll¹⁶ είπε εύστοχα ότι αυτό που απαιτείται είναι μία ίση θεραπεία ασθενών των οποίων οι ζωές εκτίθενται στον ίδιο κίνδυνο.

Ο συντονισμός και η συνοχή φαίνεται να αποτελούν δύο καθοριστικούς παράγοντες της ποιότητας. Η συνοχή έχει θεωρηθεί από τους Starfield²⁵ κ.ά. ως η σχέση μεταξύ των παλαιών μεθόδων φροντίδας και της χρήσης τους στην παρούσα φροντίδα με σκοπό την επίτευξη μιας σταθερής ακολουθίας της φροντίδας. Ο συντονισμός αναφέρεται στην συνεργασία μεταξύ πολλών επαγγελματιών όσον αφορά τη χρήση των μεθόδων φροντίδας στην προσπάθειά τους να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των ασθενών²⁶.

Σύμφωνα με την φιλοσοφική προσέγγιση του Donabedian¹², ο συντονισμός και η συνοχή βοηθούν τους νοσηλευτές να παρακολουθούν στενά τα προβλήματα των ασθενών, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές τους και συνεπώς να παρέχουν ένα είδος φροντίδας παρόμοιο με τις προσμονές των ασθενών.

Η δραστηριότητα του νοσηλευτή αποτελεί ένα κρίσιμο στοιχείο για την παροχή ποιοτικής φροντίδας. Πρόκειται για την επιτυχία του νοσηλευτή ως προς τη διευθέτηση των δύο πλευρών της φροντίδας, και της τεχνικής και της διαπροσωπικής, όπως αυτές περιγράφηκαν νωρίτερα από τον Donabedian¹².

Μια ενδιαφέρουσα οπτική γωνία είναι αυτή του Heymann²⁷ που υποστήριξε πως η υψηλής ποιότητας λειτουργία των επαγγελματιών υγείας είναι ό,τι πιο δίκαιο και ηθικό μπορούν να προσφέρουν. Μάλιστα διατύπωσε την άποψη ότι οτιδήποτε λιγότερο από αυτό σημαίνει την παροχή κακής υπηρεσίας σε όλους εκείνους τους ασθενείς που θέτουν τις ίδιες τους τις ζωές στα χέρια των επαγγελματιών.

Είναι γνωστό ότι για να δώσεις και να λάβεις φροντίδα, όπως συμβαίνει στις επιστήμες

υγείας και φυσικά και στη νοσηλευτική, η ανάπτυξη μίας θεραπευτικής σχέσης μεταξύ του βοηθού και του βοηθούμενου είναι απαραίτητη. Αυτό που διακήρυξε ο Stuart²⁸ είναι ότι ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί προσωπικές δυνατότητες και κλινικές τεχνικές δουλεύοντας μαζί με τους ασθενείς για να επιτευχθεί διορατικότητα και συμπεριφορική αλλαγή.

Με άλλα λόγια, όπως υποστήριξε ο Parkinson²⁹, ο ρόλος του νοσηλευτή και γενικότερα του λειτουργού υγείας μέσα σε αυτή τη σχέση είναι διπλός. Συνίσταται από τον επαγγελματικό ρόλο της χρήσης όλων των επιστημονικά βασισμένων τεχνικών ικανοτήτων, και από τον εκφραστικό ρόλο, που περιλαμβάνει τις ικανότητες της επικοινωνίας. Όταν όλες αυτές οι κερτιμένες ικανότητες ενσωματώνονται στη σχέση νοσηλευτή-ασθενή, γίνεται πια πραγματικότητα η βελτιωμένη συμπεριφορά του ασθενή^{28,29}.

Σύμφωνα με τον Williamson³⁰, οι επαγγελματίες υγείας θα έπρεπε να αποκτήσουν και ένα άλλο είδος ικανοτήτων, τις ομαδικές. Αυτό προϋποθέτει ένα μεγάλο βαθμό συνεργασίας και ομαδικότητας μεταξύ τους και τη χρήση της ίδιας γλώσσας και ορολογίας³¹. Οι Giebing³², Schroeder και Maibusch³³ υποστήριξαν ότι αυτό που βελτιώνει τη λειτουργία των νοσηλευτών είναι η χρήση του ομαδικού πνεύματος.

Η Kitson³⁴, αν και έδωσε έμφαση στο ότι πολλές ενέργειες έχουν γίνει για τη διασφάλιση της ποιότητας, επικέντρωσε την προσοχή της στο ανησυχητικό χάσμα που εντοπίζεται μεταξύ της θέλησης να κάνεις κάτι σωστά και της ικανότητας να το κάνεις με το σωστό τρόπο. Έτσι οι επαγγελματίες θα πρέπει πρώτα να εκπαιδεύονται στις διαδικασίες και μεθόδους για τη διασφάλιση της ποιότητας πριν τις εφαρμόσουν στην πρακτική.

Μία άλλη σημαντική αρχή είναι η αποδοτικότητα. Αυτό σημαίνει την επίτευξη του μεγαλύτερου δυνατού καλού με βάση τις υπάρχουσες δυνατότητες. Έτσι ο νοσηλευτής, ενώ βοηθά τον ασθενή να εκτιμήσει το κέρδος που αποκομίζει από τη φροντίδα, εκτιμά ο ίδιος το κόστος αυτής προβαίνοντας σε μια σύγκριση των κερδών που λαμβάνουν από τη φροντίδα οι διάφοροι ασθενείς³⁵.

Ο Donabedian¹² παρατήρησε ότι η φροντίδα δεν παράγεται αποδοτικά όταν υπάρχει μία άνιση κατανομή του προσωπικού σε ένα νοσοκομείο ή όταν δεν αποδίδονται συγκεκριμένες υπευθυνότητες στα μέλη της ομάδας παροχής υγείας. Γίνεται φανερό ότι τέτοιου είδους αδυναμίες εμφανίζουν τη φροντίδα αρκετά δαπανηρή και κατ' αυτόν τον τρόπο απρόσιτη για ένα μεγάλο μέρος ασθενών.

Όπως διευκρίνισε ο Vouri³⁶, το οικονομικό κόστος και η αποδοτικότητα σχετίζονται μεταξύ τους αλλά δεν βρίσκονται σε αναλογία το ένα με το άλλο. Δηλαδή, όσο περισσότερο κοστίζει η φροντίδα, τόσο λιγότερο αποδοτική είναι.

Ο Donabedian¹² συμπέρανε ότι η τεχνική ποιότητα, δηλαδή η αποδοτικότητα, επιτυγχάνεται εξισορροπώντας τα αναμενόμενα κέρδη και ζημιές της παρεχόμενης φροντίδας με το να θεωρούνται το οικονομικό κόστος και οι κίνδυνοι ως ανεπιθύμητες συνέπειές της.

Όλοι θα έπρεπε να συμφωνήσουμε με τον Donabedian¹³ στο ότι ο βαθμός της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας δεν θα έπρεπε να επηρεάζεται ούτε από την ικανότητα ενός δεδομένου ασθενή να πληρώσει για αυτή ούτε από τον τρόπο που η κοινωνία αξιολογεί τη ζωή και την υγεία του καθενός με βάση το φύλο, το επάγγελμα ή την πολιτική του τοποθέτηση.

Θεωρώντας ως δεδομένη την άποψη αυτή, συμπεραίνεται ότι το κόστος της φροντίδας δεν θα έπρεπε να διαφέρει για τις διάφορες ομάδες των ανθρώπων. Αντιθέτως, οι νοσηλευτές θα έπρεπε να σκέφτονται και να αντιμετωπίζουν όλους τους ανθρώπους ως ίσης αξίας, ενώ ο τελικός σκοπός τους θα έπρεπε να είναι η υπηρεσία της ευημερίας όλου του πληθυσμού.

Η ικανοποίηση του ασθενή είναι μία ακόμη αρχή της διασφάλισης της ποιότητας από τη στιγμή που αποκαλύπτει πώς ικανοποιούνται οι ανάγκες των ασθενών έτσι ώστε να επιτυγχάνεται μία συνεχής διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας.

Η έμφαση στην ικανοποίηση του ασθενή αντανakλά δύο σύγχρονες τάσεις: η μία σχετίζεται με τον καταναλωτισμό³⁷ ο οποίος μετατοπίζει τον έλεγχο της φροντίδας της υγείας από τους επαγγελματίες υγείας και τους διευθυντές νοσο-

κομείων στους καταναλωτές (ασθενείς)³⁸, και η δεύτερη αναφέρεται στο ότι οι νοσηλευτές είναι υπόλογοι έναντι των ασθενών τους³⁹.

Σύμφωνα με τον Hudson⁴⁰, η ικανοποίηση είναι εξαιρετικής σημασίας μέσο ποιότητας εφ' όσον οι ασθενείς αποτελούν πηγή πληροφόρησης για τον τρόπο παροχής της φροντίδας και οι απόψεις τους θα έπρεπε να λαμβάνονται υπόψη για την εκτίμησή της.

Θεωρείται επίσης ότι αποτελεί ένα αποτέλεσμα της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μέτρο σύγκρισης της αποτελεσματικότητάς της⁴¹ ή για την αξιολόγηση των αλλαγών στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας⁴².

Η ικανοποίηση του ασθενή έχει σε βάθος περιγραφεί στη νοσηλευτική βιβλιογραφία και πολλές έρευνες έχουν διεκπεραιωθεί σχετικά με αυτή. Η μελέτη των Hardy και West⁴³ που διερεύνησε τις διαστάσεις της ικανοποίησης του ασθενή, απεκάλυψε ότι αυτές περιελάμβαναν τις αντιλήψεις των ασθενών γύρω από την ποιότητα της φροντίδας και τον βαθμό ικανοποίησής τους σχετικά με τη δική τους υγεία και επίπεδο ευημερίας.

Επίσης, μία μελέτη του Fisher²⁴ έριξε φως σε ορισμένα εξίσου σημαντικά στοιχεία της καλής φροντίδας όπως αυτά προσδιορίστηκαν από κλινικούς ασθενείς: στην τεχνική ικανότητα του νοσηλευτή, στην παροχή πληροφοριών και προσωπικού ενδιαφέροντος στον ασθενή διασφαλίζοντας παράλληλα τα δικαιώματά του (προσωπικές στιγμές, εμπιστευτικότητα).

Εντούτοις, ο Williams⁴⁵ αμφισβήτησε την εγκυρότητα του όρου «ικανοποίηση του ασθενή» υποστηρίζοντας ότι η ποιότητα της φροντίδας είναι κάτι παραπάνω από αυτή, από τη στιγμή που οι προσμονές των ασθενών μπορεί να είναι λίγες και οι γνώσεις τους περιορισμένες.

Μία αξιοσημείωτη προϋπόθεση διασφάλισης της ποιότητας στο χώρο της υγείας είναι και η ικανοποίηση του νοσηλευτή. Αυτή αποδόθηκε από τον Donabedian σαν «κρίση» και «αιτιολογικός παράγοντας» της καλής φροντίδας^{12,13}.

Οι Freeborn και Greenlick⁴⁶ συγκεκριμενοποίησαν ορισμένους παράγοντες που συχνά χρησιμοποιούνται για την μέτρηση της ικανοποίη-

σης του πρακτικού, όπως οι ευκολίες και οι συνθήκες της δουλειάς του, οι δυνατότητες των συναδέλφων του και η φροντίδα που αυτοί παρέχουν, ο βαθμός επίβλεψης από ανωτέρους, και οι σχέσεις του με τους ασθενείς.

Η πιο διαδεδομένη αρχή είναι η αποτελεσματικότητα, η οποία προσδιορίστηκε από τον Holland²⁴ σαν το μέτρο του τεχνικού αποτελέσματος της φροντίδας.

Η αποτελεσματικότητα σκόπιμα αναφέρεται σε αυτό το σημείο επειδή η ανάπτυξή της δεν νοείται εάν οι συνθήκες που προηγουμένως περιγράφηκαν δεν επιτευχθούν πρωταρχικά.

Ο Donabedian¹³ ανέπτυξε την άποψη ότι η αποτελεσματικότητα αποτελείται από τρία αλληλένδετα μέρη που αναλύθηκαν σε αυτό το άρθρο ως επαγγελματική δραστηριότητα, κοινωνική αποδοχή και οικονομική αποδοτικότητα.

Εν αντιθέσει, ο Doll¹⁶ υποστήριξε ότι η δραστηριότητα, η αποδοχή και η αποδοτικότητα της φροντίδας θα έπρεπε να μην αντιμετωπίζονται σαν ουσιαστικές πλευρές της αποτελεσματικότητας αλλά ανεξάρτητες η μία από την άλλη.

Κατά μία άλλη άποψη, η αποτελεσματικότητα διαχωρίζεται σε δύο μέρη, στην τεχνική και στην ψυχοκοινωνική. Το πρώτο περιλαμβάνει κάποια κριτήρια της όλης διαδικασίας, όπως την προσιότητα, τη συνοχή και τη δραστηριότητα του νοσηλευτή. Το δεύτερο αναφέρεται στην ικανοποίηση και του ασθενή και του νοσηλευτή⁴⁶.

Ο Holland²⁴ αντιμετώπισε την αρχή αυτή ως την πιο βασική ένδειξη της ποιότητας της φροντίδας, αφού μπορεί να εκφραστεί σαν τη μείωση στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, ή σαν την επίτευξη της ανάρρωσης, της αποκατάστασης και της επιβίωσης.

Το τελικό προϊόν των αρχών που αναφέρθηκαν παραπάνω είναι η επίτευξη των καλύτερων δυνατών αποτελεσμάτων της φροντίδας για τους ασθενείς, τους νοσηλευτές και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας.

Ίσως είχε δίκιο ο Donabedian¹² όταν υποστήριξε ότι η ποιότητα της φροντίδας είναι η αναμενόμενη ικανότητά της να επιτύχει το υψηλότερο δυνατό κέρδος σύμφωνα με τις αξιολογήσεις των ατόμων και της κοινωνίας. Με άλλα

λόγια, η ύψιστη ποιότητα σημαίνει το μεγαλύτερο δυνατό καλό για όλον τον πληθυσμό.

Από την άλλη πλευρά, οι υπηρεσίες υγείας θα έπρεπε να αγωνίζονται όχι μόνο για την επίτευξη των καλύτερων δυνατών αποτελεσμάτων αλλά ακόμη περισσότερο για τη βελτίωσή τους καθώς η τεχνολογία διαρκώς προοδεύει και οι άνθρωποι, συμπεριλαμβανομένων και των ασθενών, έχουν όλο και περισσότερες απαιτήσεις.

Όπως παρατήρησαν οι Laffel και Blumenthal⁴⁷, η τρίτη λειτουργία των προγραμμάτων διασφάλισης της ποιότητας, πέρα από την εκτίμηση της παρεχόμενης φροντίδας και την αξιολόγηση του κατά πόσο αυτή συμβαδίζει με τα δεδομένα, είναι η αλλαγή και η εφαρμογή αυτής όταν τα δεδομένα δεν ικανοποιούνται. Ο σκοπός της αλλαγής είναι η επίτευξη μιας ουσιαστικής βελτίωσης στον τρόπο παροχής της φροντίδας.

Η μελέτη του Shaw⁴⁸ εμφάνισε τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας και σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο σαν ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια επίτευξης της αλλαγής. Επιπλέον, υποστήριξε ότι ένας τρόπος αντιμετώπισης αυτού του προβλήματος θα μπορούσε να είναι η μόρφωση και εκπαίδευση των νοσηλευτών στις διάφορες προσεγγίσεις της διασφάλισης της ποιότητας και η πλήρης συμμετοχή τους σε κάθε ξεχωριστή φάση αυτής.

Επιπρόσθετα, οι Al-Assaf και Schmele⁴ προσδιόρισαν μια ομάδα από οργανωτικές αρχές που συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας, όπως η εκδήλωση ενδιαφέροντος για τις διαδικασίες και όχι μόνο για τα άτομα, η συμφωνία μεταξύ των επαγγελματιών σχετικά με τις διάφορες θεραπείες και η καθοδήγηση του προσωπικού.

Ίσως ο καλύτερα δυνατός τρόπος παρουσίασης εκείνων των σταδίων που θα έπρεπε να ακολουθηθούν για τη βελτίωση της ποιότητας είναι μέσω των αρχών που ο Hacquebord⁴⁹ υπογράμμισε βασίζοντάς τες στην προσωπική του εμπειρία ως ασθενής. Έτσι, για να βελτιώσουν την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν, οι πρακτικοί θα πρέπει να ενημερώνουν και να πληροφορούν τον ασθενή, να του συμπαρίστα-

νται αισθανόμενοι τις ανάγκες και αγωνίες του και να προχωρούν σε μια σωστή χρήση των μέσων που διαθέτουν. Επίσης, οι επόπτες υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν με ποιους τρόπους μπορούν να βοηθήσουν τους νοσηλευτές έτσι ώστε αυτοί να βελτιώσουν τον τρόπο λειτουργίας τους. Τέλος, οι Διευθυντές πρέπει να αντιμετωπίζουν το σύστημα υγείας σαν μια ολότητα και όχι σαν μεμονωμένες ομάδες.

Συμπερασματικά, ο Hacquebord⁴⁹ προώθησε την αντίληψη ότι οποιοσδήποτε αναμειγνυόμενος στον τρόπο παροχής της φροντίδας θα έπρεπε να έχει κατά νου ότι:

«το μέλλον του χώρου της υγείας θα εξαρτηθεί από την ικανότητα αυτών που την παρέχουν να παράγουν υπηρεσίες που θα ικανοποιούν τις ανάγκες όλων των ασθενών και μάλιστα σε τιμές που αυτοί μπορούν να προσεγγίσουν. Αυτό σημαίνει και καινοτομία και βελτίωση της ποιότητας».

Λαμβάνοντας υπόψιν την παρουσίαση αυτών των αρχών, κάποιος θα μπορούσε να συμπεράνει ότι η επίτευξή τους είναι ένα σύνθετο έργο, εντούτοις απαραίτητη για τους νοσηλευτές προκειμένου να επαυξηθεί και να εμπλουτιστεί η ποιότητα φροντίδας του ασθενή.

Συμπεράσματα

Ο σκοπός αυτού του άρθρου ήταν η περιγραφή των αρχών που είναι απαραίτητες για τη διασφάλιση της ποιότητας στην παροχή υγείας σε μια εποχή που η τελευταία γίνεται όλο και πιο σύνθετη.

Σαν επακόλουθο, όλοι οι νοσηλευτές θα έπρεπε να προσπαθήσουν ο καθένας με το δικό του τρόπο και από τη δική του θέση για τη διασφάλιση της ποιότητας όσο το δυνατόν πιο αποδοτικά και αποτελεσματικά.

Εντούτοις, αυτές οι αρχές δεν αποτελούν αυτοσκοπό. Αντιθέτως, πρέπει να ενσωματωθούν στην παροχή της υγείας μέσω της απόκτησης νέων ικανοτήτων, όπως η ομαδική δουλειά και συνεργασία, και μέσω της χρήσης εκείνων των μεθόδων μέτρησης της ποιότητας που θα

συμβάλλουν στο να επηρεάσει η φροντίδα θετικά την κατάσταση των ασθενών.

Η νοσηλευτική έχει συμβάλλει παρά πολύ στον αγώνα για την ποιότητα στην παροχή της υγείας και με το ρόλο που έπαιξε σε αυτή και με τις μεθόδους που παρείχε. Όπως επεξήγησε ο Pearson⁵⁰, η φροντίδα να μην επηρεάζεται από γιατρούς και διευθυντές αλλά τελικά καθορίζεται από εκείνους που την παρέχουν, δηλαδή τους νοσηλευτές, τους ειδικούς στην παροχή υγείας.

Ο Harvey⁵¹ πολύ εύγλωπτα συμπέρανε ότι ακόμη κι αν η νοσηλευτική και η ιατρική - τα κύρια επαγγέλματα που αναμειγνύονται στην παροχή της υγείας - έχουν ακολουθήσει διαφορετικά μονοπάτια για την απόκτηση της ποιότητας, πρέπει και οι δύο να συνεργαστούν στενά για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της φροντίδας στους ασθενείς και για την επίτευξη της βελτίωσης της παρεχόμενης φροντίδας.

Έτσι, όλοι οι επαγγελματίες της υγείας δεν θα έπρεπε να δείχνουν ότι είναι μόνο συγγνοί επιστήμονες που βασίζουν τις προθέσεις και ενέργειές τους σε ό,τι έχουν μάθει να κάνουν. Αντιθέτως, θα έπρεπε αδιάκοπα να προσπαθούν για την αλλαγή της ίδιας τους της πρακτικής έτσι ώστε τελικά να βελτιωθεί η φροντίδα του ασθενή.

Η χρησιμότητα της νοσηλευτικής επιστήμης στη διασφάλιση της ποιότητας να μην είναι αδιαμφισβήτητη, για να μπορέσει όμως να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του μέλλοντος πρέπει ο κάθε νοσηλευτής ξεχωριστά να συνειδητοποιήσει τη σημαντικότητα του ρόλου του στην παροχή φροντίδας στον ασθενή.

Θέλω να πιστεύω πως η ανάγνωση του άρθρου αυτού θα βοηθήσει αρκετούς νοσηλευτές να καταλήξουν σε παρόμοια συμπεράσματα και μακάρι τελικά να ευθυγραμμιστούν με αυτό που διακήρυξε ο John Le Carre's⁵², ότι:

«με το να μην αλλάζουμε τίποτε κρεμιόμαστε σε αυτό που κατανοούμε, ακόμη κι αν αυτό αποτελεί τα σίδερα της δικής μας φυλακής».

D. PAPAGEORGIU, *Fundamental Concepts and Approaches of Quality Assurance.* Nursing has been in the lead in attempts for assuring a quality patient care. The particular article on hand intends to present an outline of the most popular opinions said about Quality Assurance and its main concepts as well as an overview of the basic frameworks used for organizing quality assurance activities and presented by the plethora of published literature. There will also be a general discussion on the fundamental principles which nurses should follow so as quality of nursing care to be introduced into everyday nursing practice. **Nosileftiki 3: 215-225, 1997.**

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Sale D.: Quality Assurance, London, MacMillian Education, 1990.
2. Sale D. (2nd Edn): Quality Assurance, London, MacMillian Education, 1996.
3. Stewart L.: Possibilities of Standardisation of Nursing Techniques. In: Sale D., Quality Assurance, London, MacMillian Education, 1996:1.
4. Al-Assaf A., Schmele J.: The textbook of Total Quality in Health Care, USA, St. Lucie Press, 1993.
5. Williamson J.W: Formulating Priorities for Quality Assurance Activity: Description of a Method and its Application. JAMA, 1978, 239, 7: 631-636.
6. Shaw C.D.: Time to close up the quality gap. Health Services Journal, 1986a, 96: 110.
7. Schmadl J.C.: Quality Assurance: examination of the concept, Nursing Outlook, 1979, 27: 462.
8. Pearson, A., Durant I., Punton S.: Determining quality in a unit where nursing is the primary intervention. Journal of Advanced Nursing, 1989, 14: 269-273.
9. Conway J., Williams M., Taylor N.: Quality, Philosophy and Riehl's model of nursing. British Journal of Nursing, 1994, 3, 21: 1139-1142.
10. Koch T.: A review of nursing quality assurance. Journal of Advanced Nursing, 1992, 17: 785-794.

11. 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.
12. Donabedian A.: Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The definition of Quality and approaches to its assessment. Health Administration Press, USA, University of Michigan, 1980.
13. Donabedian A.: The Quality of Care. How can it be assessed? *JAMA*, 1988, 260, 12: 1743-1748.
14. Brook R.H., Williams K.N.: Quality of Health Care for the Disadvantaged. *Journal of Community Health*, 1975, 1: 132-156.
15. Simon H.A.: Administrative behavior, New York, The MacMillan Company, 1961.
16. Doll R.: Surveillance and Monitoring. *International Journal of Epidemiology*, 1974, 3: 105-114.
17. Williamson J.W.: Evaluating the quality of patient care: A strategy relating outcome and process assessment. *Journal of American Medical Association*, 1971, 218, 4: 564-569.
18. Williamson J.W.: Evaluating the quality of Medical Care. *New England Journal of Medicine*, 1973, 288: 1352.
19. Starfield B.H.: Measurement of outcome: a proposed scheme. *Milband Memorial Fund Quarterly*, 1974, 5: 39-50.
20. Ellis R.: Professional Competence and Quality Assurance in the Caring Professions, London, Chapman and Hall, 1991.
21. World Health Organization: The principles of quality assurance, Copenhagen, Euro Reports and Studies, 1983.
22. Maxwell J.W.: Quality Assessment in Health. *British Medical Journal*, 1984, 288: 1470.
23. Shaw C.D.: Introducing Quality Assurance, King's Fund London, Project Paper 64, 1986b.
24. Holland W.: Evaluation of health care, Oxford University Press, 1983.
25. Starfield B.H., Simborg D.W., Horn S.D., Yourtee C.A.: Continuity and Coordination in Primary Care: Their Achievement and Utility. *Medical Care*, 1976, 14: 625-636.
26. Shortell S.M.: Continuity of Medical Care: conceptualization and measurement. *Medical Care*, 1976, 14: 377-391.
27. Heymann T.: Clinical Protocols are Key to Quality Health Care Delivery. *LJHCQA*, 1994, 7, 7: 14-16.
28. Stuart G.W.: Therapeutic Nurse - Patient Relationship. In: Stuart G.W., Sundeen S., Principles and Practice of Psychiatric Nursing, New York, Mosby, 1995Q 22-61.
29. Parkinson N.M.: Therapeutic Nurse - Patient Relationship. In: Sorensen K.C., Luckmann J., Basic Nursing: A psychophysiologic approach, Philadelphia, N.B. Saunders, 1979: 22-46.
30. Williamson J.W.: Teaching Quality Assurance and Cost Containment in Health Care, London, Jossey-Bass, 1982.
31. Kitson A.: A framework for quality: A patient-centred approach to Quality Assurance in Health Care, Stutari, Harrow, Middlesex, 1989.
32. Giebing H.: Unit-based approach for nursing quality assurance in the Netherlands: one year experience in Australia. *Clinical Review, Australian Medical Association/Australian Council on Hospital Standards*, 1987, 7, 24: 28-31.
33. Schroeder P., Maibusch: Nursing Quality Assurance. A unit-based approach, Rockville, MD: Aspen Publications, 1984.
34. Kitson A.: Raising standards of clinical practice: the fundamental issue of effective nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 1987, 12: 321-329.
35. Mooney G., Ryan M.: Rethinking medical audit: the goal is efficiency. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1992, 46: 180-183.
36. Vouri H.: Quality Assurance of Health Services. *Public Health in Europe*, 16, Copenhagen: WHO, 1982.
37. Avis M., Bond Arthur A.: Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurements of patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 1995, 22: 316-322.
38. Salvage J.: The theory and practice of the «new» nursing. *Nursing Times*, 1990, 86, 4: 42-45.
39. Roberts J., Tugwell P.: Comparison of questionnaires determining patient satisfaction with medical care. *Health Services Research*, 1987, 22: 637-654.
40. Hudson B.C.: Free speech, not lip service. *Health Service Journal*, 1990, 100, 5206: 918-919.

41. Bond S., Thomas L.: Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 1992, 17: 52-63.
42. Bowling A.: Assessing health needs and measuring patient satisfaction. *Nursing Times*, 1992, Occasional paper 88, 31: 31-34.
43. Hardy M., West G.: Happy talk. *Health Service Journal*, 1994, 104, 5410: 24-26.
44. Fisher A.W.: Patients' Evaluation of Outpatient Medical Care. *Journal of Medical Education*, 1971, 46: 238-244.
45. Williams B.: Patient Satisfaction: a valid concept? *Social Science and Medicine*, 1994, 38: 509-516.
46. Freeborn D.K., Greenlick M.R.: Evaluation of the Performance of Ambulatory Care Systems: Research Requirements and Opportunities. In: Donabedian A., *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The definition of Quality and approaches to its assessment*, USA, Health Administration Press, University of Michigan, 1980: 91-94.
47. Laffel G., Blumenthal D.: The Care for Using Industrial Quality Management Science in Health Care Organization. In: Al-Assaf A.F., Schmele J., *The textbook of Total Quality in Health Care*, USA, St. Lucie Press, 1993: 40-50.
48. Shaw C.D.: *Quality Assurance - what the colleges are doing*, London, King's Fund Publishing office, 1986c.
49. Hacquebord H.: Health care from the perspective of a patient: Theories of improvement. *Quality Management in Health Care*, 1994, 2, 2: 68-75.
50. Pearson A.: *Nursing quality measurement*, London, John Wiley and Sons Ltd., 1987.
51. Harvey G.: Quality in Health Care: Traditions, Influences and Future Directions. *International Journal for Quality in Health Care*, 1996, 8, 4: 341-350.
52. John Le Carre's. In: Groll R., *Implementing guidelines in general practice care*, *Quality in Health Care*, 1992, 1: 184-191.