

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Ιανουάριος – Μάρτιος 2001

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ
ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ
ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ
ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
ΕΛΛΑΔΟΣ



NOSILEFTIKI Volume 40
Issue 1
January – March 2001

QUARTERLY PUBLICATION OF THE HELLENIC
NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τριμηνιαίο Περιοδικό του Εθνικού Συνδέσμου
Διπλωματούχων Νοσηλευτών Ελλάδος

Τόμος 40 • Τεύχος 1 • Ιανουάριος – Μάρτιος 2001

Περιεχόμενα

1. Οδηγίες για τους συγγραφείς 4
2. Άρθρο Σύνταξης 7
A. Παπαδαντωνάκη

Ανασκοπήσεις

1. Η ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας 8
B. Ραφτόπουλος, E. Θεοδοσοπούλου
2. Η σχέση μεταξύ θεωρίας, έρευνας και πράξης
στη Νοσηλευτική: βιβλιογραφική ανασκόπηση 24
Σ. Λαχανά
3. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
στις υπηρεσίες Υγείας 34
A. Μεγαλακάκη, M. Χατζοπούλου
4. Εργονομία – Οργάνωση χειρουργείου και
μηχανική σώματος προσωπικού 41
Δρ M. Τσιριντάνη, B. Μπουρνά, Δρ Σ. Μπινιώρης
5. Αλκοόλ: Ποιος ο ρόλος του
στην καρδιαγγειακή νόσο 51
Σ. Ζαργκλής
6. Η ακούσια νοσηλεία
των ψυχικά ασθενών 56
B. Μούγια

Επίκαιρο Θέμα

1. Ευρωπαϊκή Ένωση και Ελληνική Νοσηλευτική 62
Δρ E. Κυριακίδου

Ερευνητικές Εργασίες

1. Πληροφόρηση και περιεχειρητική διδασκαλία
καρδιοχειρουργημένων ασθενών 67
*A. Μερκούρης, Λ. Βασταρδής
E. Διακομοπούλου, A. Καλογιάννη
Δ. Πιστόλας, M. Αργυρίου, E. Αποστολάκης*
2. Ομάδα Υγείας: Διεπαγγελματική συνεργασία
συγκρούσεις, και διαχείριση συγκρούσεων 75
Δρ. Δ. Σαπουντζή-Κρέπια
3. Κατασκίνωση παιδιών και εφήβων με
Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου I:
Οφέλη στη ρύθμιση της νόσου 82
Κ. Πολυμέρη, I. Θυμέλλη
4. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά εγκαυμάτων
σε παιδιατρικό νοσοκομείο 89
*B. Μάτζιου, H. Μπροκαλάκη, A. Κορομπέλη
Φ. Παπαδοπούλου*
5. Μόνιμη Κολοστομία:
Δεν είναι το μοναδικό πρόβλημα 94
Γ. Σαββοπούλου

Αναλυτικές οδηγίες για τους συγγραφείς 104



NOSILEFTIKI

Quarterly Publication of the Hellenic National
Graduate Nurses Association

Volume 40 • Issue 1 • January – March 2001

Contents

1. Instructions to authors 4
2. Editorial 7
A. Papadantonaki

Reviews

1. The quality in Health care sector 8
B. Raftopoulos, H. Theodosopoulou
2. The relationship between theory, research and
practice in Nursing: a literature review 24
S. Lahana
3. Total Quality Management
in Health care 34
A. Megalaki, M. Hatzopoulou
4. Ergonomics – Management in the operating
room and body mechanics 41
Dr M. Tsirintani, V. Bourna, Dr S. Binioris
5. Alcohol: Which is its effect
on cardiovascular disease 51
S. Zarglis
6. Involuntary hospitalization
of psychiatric patients 56
V. Mougia

Annotation

1. Greek Nursing and European Union 62
Dr E. Kyriakidou

Research Papers

1. Information and perioperative
education of cardiac surgery patients 67
*A. Mercouris, L. Vastardis
E. Diacomopoulou, A. Caloyianni
D. Pistolas, M. Argyriou, E. Apostolakis*
2. Health Care Team: Interprofessional
collaboration and the management of conflict 75
D. Sapountzi-Krepia
3. Summer camps for children
and adolescents with Diabetes Melitus type I:
Benefits on the disease control 82
C. Polymeri, I. Thymelli
4. Burns in childhood: epidemiological
characteristics 89
*V. Matziou, H. Brokalaki, A. Korobeli
F. Papadopoulou*
5. Permanent Colostomy:
It is not the only problem 94
G. Savopoulou

Detailed instructions to authors 104

Η ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας

Βασίλειος Ραφτόπουλος¹, Ελένη Θεοδοσοπούλου²

1. Νοσηλεύτης ΠΕ, MSc, Υποψ. Διδάκτορας
Πανεπιστημίου Αθηνών
2. Επίκουρη Καθηγήτρια Νοσηλευτικής
Πανεπιστημίου Αθηνών

Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Περίληψη. Η ποιότητα στον χώρο της Υγείας αποτελεί μια αδιαφιλονίκητη επιδίωξη όλων των συστημάτων παροχής φροντίδας Υγείας. Το άρθρο αυτό επιχειρεί μια ιστορική αναδρομή της ποιότητας σε όλο τον κόσμο και μια ανασκόπηση των βασικών δεικτών ποιότητας, ενώ στο τέλος παρατίθεται ένα γλωσσάριο με τη βασική ορολογία για την ποιότητα.

Λέξεις-κλειδιά:

ποιότητα, δείκτες ποιότητας, κριτήρια ποιότητας, έλεγχος, διασφάλιση της ποιότητας.

Και εγένετο ποιότητα...

Οι πρώτοι οι οποίοι μελέτησαν τον όρο «ποιότητα» ήταν, πιθανώς, οι Ρωμαίοι, στα πλαίσια της προσπάθειάς τους να εκτιμήσουν την αποδοτικότητα των στρατιωτικών τους νοσοκομείων. Αργότερα, είναι πολύ πιθανό οι καλόγεροι, τον Μεσαίωνα, να έκαναν έναν τακτικό απολογισμό των δραστηριοτήτων τους αναφορικά με τη φροντίδα των αρρώστων, κάτι ανάλογο με τις σημερινές αναφορές ποιότητας (quality reports).

Η έννοια της ποιότητας δεν είναι κάτι καινούριο στον χώρο της Οργάνωσης και της Διοίκησης των επιχειρήσεων, αλλά γενικότερα και στον χώρο των υπηρεσιών. Η διασφάλιση της ποιότητας, που εμπεριέχει την έννοια της μέτρησης και την έννοια του ελέγχου της πρακτικής, υπήρξε βασικό συνθετικό στοιχείο κάθε παραγωγικής διαδικασίας, ανά τους αιώνες. Βρέθηκαν στοιχεία που χρονολογούνται στο 1450 π.Χ. και μαρτυρούν την προσήλωση των Αιγυπτίων τεχνιτών στην επιθεώρηση και τη μέτρηση της ποιότητας της εργασίας τους. Οι πέτρες των Πυραμίδων είχαν κοπεί με τέτοια ακρίβεια, ώστε ακόμη και σήμερα είναι αδύνατο να βά-

The quality in Health care sector

Bill Raftopoulos¹, Helen Theodosopoulou²

1. Nurse, RN, MSc, PhD candidate,
University of Athens
2. Assistant Professor of Nursing
University of Athens

Nursing Department University of Athens

Abstract. Quality in Health sector consists a main aim in all Health care systems. This article deals with the historical review of quality in the world and the review of basic quality indicators, while at the end of the article there is a glossary with the main quality terminology.

Key words:

quality, quality indicators, quality criteria, audit, quality assurance.

λεις τη λάμα ενός μαχαριού μεταξύ των αρμών. Η επιτυχία αυτή των Αιγυπτίων οφειλόταν στη συστηματική χρήση καλά αναπτυγμένων μεθόδων και τεχνικών και στη χρήση οργάνων μέτρησης με μεγάλη ακρίβεια. Από τη στιγμή που διέθεταν μια ποικιλία υλικών και τεχνικών, ήταν εκ των πραγμάτων αναγκασμένοι να αναπτύξουν κάποιες μεθόδους ποιοτικού ελέγχου.

Στα 1850, η Florence Nightingale¹ κατέγραψε τη φροντίδα που παρέχόταν στους ασθενείς που νοσηλευε. Κράτησε σημειώσεις και χρησιμοποίησε τις πληροφορίες που αποκόμισε, για να εντοπιστούν τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία της φροντίδας, με στόχο την καθιέρωση ενός αποδεκτού επιπέδου φροντίδας, σύμφωνα με κάποια πρότυπα καλής πρακτικής. Κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού Πολέμου, έφθασε στο Νοσοκομείο Barrack, όπου και προχώρησε στη στατιστική ανάλυση των αιτιών της θνησιμότητας των Βρετανών στρατιωτών.

Το σημαντικότερο, ίσως, επίτευγμά της ήταν η μείωση της θνησιμότητας από 32% σε 2%, μέσα σε μόλις 6 μήνες. Προκειμένου να περιγράψει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, χρησιμοποίησε τον αριθμό των θανάτων στο νοσοκομείο ανά διαγνωστική κατηγορία και τόνισε ότι οι βελτιώσεις στις συνθήκες υγιεινής

βελτιώνουν τα αποτελέσματα της φροντίδας Υγείας.

Η Florence Nightingale μίλησε πρώτη φορά για «πρότυπα διαδικασίας της νοσηλευτικής πρακτικής» μέσα από το βιβλίο της *Σημειώσεις στη Νοσηλευτική*, οπότε και ισχυρίζεται πως ο πρώτος κανόνας για την καλή νοσηλευτική είναι η διατήρηση καθαρού του αέρα που αναπνέει ο ασθενής. Εξάλλου, υπέδειξε στις νοσηλεύτριες ότι πρέπει να κάθονται όταν μιλούν με τους ασθενείς, προκειμένου να τους προσφέρουν την ανάλογη προσοχή.

Στα 1863, πρότεινε ένα σύστημα που συσχετίζει τη χρήση των νοσοκομειακών κρεβατιών με τους δείκτες Υγείας, προκειμένου να προαγάγει την αποτελεσματική και αποδοτική χρήση των πρώτων. Οι πληροφορίες που συνέλεξε περιλάμβαναν:

1. τον αριθμό των ασθενών που εισήχθησαν στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια ενός έτους,

2. τον αριθμό των ασθενών που πέθαναν στο νοσοκομείο, αυτών που θεραπεύτηκαν και αυτών που εξήχθησαν από το νοσοκομείο,

3. τον αριθμό των ασθενών που πήραν εξιτήριο στο οποίο η κατάστασή τους χαρακτηρίστηκε ανίατη ή χρόνια, ή έφυγαν με τη δική τους θέληση.

Με τη συστηματική καταγραφή αυτών των δεδομένων, έγινε εφικτή η συσχέτιση της δεδομένης παρεχόμενης φροντίδας με τη διαγνωστική κατηγορία στην οποία ανήκει ο ασθενής και με την ίδια τη θνησιμότητα.

Κατά τη διάρκεια του Αμερικανικού Εμφυλίου Πολέμου, η Louisa M. Alcott² έγραψε κάποιες σημειώσεις για την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, οι οποίες δημοσιεύθηκαν το 1863, με τίτλο *Hospital Sketches*.

Στο ξεκίνημα του προηγούμενου αιώνα, μεταξύ 1920 και 1940, η Isabel Stewart³ έστρεψε την προσοχή της στη μέτρηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και την αποτελεσματική χρήση των πόρων. Αυτό το πρώτο ξεκίνημα ήταν επιτυχημένο, καθώς η θεωρία που υποστηρίζει τη σχέση αιτίου-αποτέλεσματος στην ποιοτική φροντίδα και τη μεγιστοποίηση της αποδοτικότητας (βελτιστοποίηση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας) ισχύει ακόμη και σήμερα. Η Stewart ανέπτυξε μια λίστα από 7 πρότυπα, γνωστή ως «τα πρότυπα της Stewart», χρησιμοποιώντας αυτούσιες τις απόψεις των επαγγελματιών Υγείας, παρά μια βαθμολογική κλίμακα. Τα 7 πρότυπα της λίστας απεικονίζονται στον Πίνακα 1.

Το 1876, τονίζεται η ανάγκη για αλλαγές στην ιατρική και νοσηλευτική εκπαίδευση και ορίζονται τα

Πίνακας 1.

Τα 7 πρότυπα της λίστας της Stewart

1. Η ασφάλεια του ασθενούς
2. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα
3. Η ευεξία και η γενική ικανοποίηση του ασθενούς
4. Η οικονομία του χρόνου
5. Η οικονομία ενέργειας και προσπάθειας
6. Η οικονομία υλικού και κόστους
7. Η απλότητα και προσαρμοστικότητα της φροντίδας

πρότυπα για την επαγγελματική διαπίστευση. Έτσι, το 1912, αναπτύσσονται από την Επιτροπή για την Προτυποποίηση της Επαγγελματικής Ασκήσης των Κοινοτικών Νοσηλευτών⁴ (Joint Committee for Consideration of the Standardization of Visiting Nurses) τα ελάχιστα αναγκαία πρότυπα δομής (structure standards), όπως για παράδειγμα ότι ο Κοινοτικός Νοσηλευτής πρέπει να είναι μεγαλύτερος από 25 ετών και να είναι διπλωματούχος. Αυτά τα πρότυπα δομής στόχευαν, μεταξύ των άλλων, στην προστασία του κοινού από τους μη επαγγελματίες.

Στα 1908, η Emory Groves⁵, μία Βρετανίδα ιατρός, προχώρησε σε μια ευρεία έρευνα σχετικά με τη θνησιμότητα από χειρουργικές επεμβάσεις, σε 50 νοσοκομεία με πάνω από 200 κρεβάτια. Βρήκε ότι η θνησιμότητα κυμαινόταν από 9% για τη σκωληκοειδεκτομή μέχρι 44% για τις χειρουργικές επεμβάσεις νεοπλασματικών νοσημάτων και κατέληξε σε δύο διαπιστώσεις:

1. την ανάγκη για έναν πρότυπο, ενιαίο τρόπο ταξινόμησης των νοσημάτων και των χειρουργικών επεμβάσεων, που θα επέτρεπε συγκρίσεις μεταξύ των νοσοκομείων,

2. την ανάγκη για τη διατήρηση ενός συστήματος ανατροφοδότησης, για συγκεκριμένες κατηγορίες νοσημάτων, όπως κακοήθειες, που θα διευκόλυνε την εκτίμηση των διαχρονικών αποτελεσμάτων της θεραπευτικής αγωγής (π.χ. θνησιμότητα και επίπεδο ανικανότητας).

Αργότερα, στα 1914, ο Dr Ernest Godman⁶, ένας χειρουργός στο Γενικό Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, επικεντρώνεται όχι στη δομή, αλλά στην έκβαση της φροντίδας του ασθενούς στο νοσοκομείο. Συγκε-

κριμένα, υποστήριξε ότι κάθε ασθενής θα πρέπει να εξετάζεται ένα χρόνο μετά τη χειρουργική επέμβαση, προκειμένου να διαπιστωθεί αν ανακουφίστηκε από τα συμπτώματα της νόσου του. Αυτή η προσπάθεια οδήγησε, το 1918, στο Πρόγραμμα Προτυποποίησης της Νοσοκομειακής Πρακτικής, του Αμερικανικού Κολεγίου των Χειρουργών.

Το πρόγραμμα περιλάμβανε την ανάπτυξη και χρήση προτύπων, συστημάτων αξιολόγησης και για πρώτη φορά τη διαπίστευση (accreditation) ως το επιστέγασμα της αναγνωρισμένης συμμόρφωσης με τα προσυμφωνημένα πρότυπα. Η μεγαλύτερη επιτυχία του προγράμματος ήταν ότι έθεσε τον θεμέλιο λίθο για τη δημιουργία της Επιτροπής για τη Διαπίστευση των Νοσοκομείων (Joint Commission for the Accreditation of Hospital Organizations, JCAHO).

Περίοδος 1920-1940

Την περίοδο 1920-1940 επικρατεί μια ύφεση αναφορικά με την ανάπτυξη προγραμμάτων διασφάλισης της ποιότητας, δεδομένου ότι όλοι προσπαθούν να συνέλθουν από τον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και τις οικονομικές του συνέπειες. Στα τέλη της δεκαετίας του '20, στην Αμερική, η Επιτροπή Πιστοποίησης των Νοσηλευτικών Σχολών θέτει ως προτεραιότητα την καταγραφή των αναγκών σε ανθρώπινο νοσηλευτικό δυναμικό και την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών και των ιατρών με την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

Τα ευρήματα αυτής της έρευνας ενσαρκώνονται σε δύο σημεία: την *άδηλη ανάγκη για πρόσληψη διπλωματούχων νοσηλευτών στο νοσοκομείο* και την *προετοιμασία των νοσηλευτών για την άσκηση της Νοσηλευτικής στην Κοινότητα*⁷.

Εξάλλου, η Επιτροπή κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το 90% των 23.500 ιατρών του δείγματος ήταν ικανοποιημένοι με τους νοσηλευτές και τη φροντίδα που παρείχαν στους ασθενείς τους. Τα κριτήρια που ζητούσαν να πληρούν οι νοσηλευτές ήταν: η *εξασφάλιση της ευεξίας του ασθενούς*, η *παρατήρηση* και η *αναφορά των συμπτωμάτων*, η *εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών* και η *διατήρηση υψηλού φρονήματος και ευσυνειδησίας*.

Το επιστέγασμα όμως του έργου των νοσηλευτών ήταν τελικά το γεγονός ότι το 86% των ασθενών δήλωσαν ικανοποιημένοι με τη νοσηλευτική φροντίδα. Το μείζον πρόβλημα που οι ασθενείς υποστήριζαν πως αντιμετώπιζαν ήταν το να βρουν τη «σωστή» νοσηλεύ-

τρια, που πίστευαν ότι έπρεπε να πληροί τις ακόλουθες προϋποθέσεις: *προσαρμοστικότητα, υπομονή, ευγένεια και συνεργασία με τον ιατρό και την οικογένεια*. Η δυσαρέσκεια με τη νοσηλευτική φροντίδα επικεντρωνόταν: στην *πρωινή έγερση, μεταξύ 5 π.μ. και 6 π.μ. για τη νοσηλεία*, την *έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού*, την *ελλιπή καθαριότητα* και τη *μη δεκτικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού στις παρατηρήσεις των ασθενών σε ό,τι αφορούσε τη φροντίδα τους*.

Περίοδος 1940-1960

Το ενδιαφέρον για την εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας αναζωπυρώνεται την περίοδο 1940-1950, στην Αμερική, οπότε και δίνεται έμφαση περισσότερο στους δείκτες δομής και διαδικασίας παρά στους δείκτες έκβασης της φροντίδας, ίσως εξαιτίας της εύκολης πρόσβασης στις πληροφορίες σχετικά με τη δομή και τις διαδικασίες της φροντίδας.

Την περίοδο εκείνη το Αμερικανικό Κράτος στρέφεται στην οργάνωση, στον σχεδιασμό και στην αξιολόγηση των υπηρεσιών Υγείας, δεδομένης της ανόδου του βιοτικού και μορφωτικού επιπέδου, σε μια χώρα μάλιστα που ο ασθενής συμπεριφέρεται και αντιμετωπίζεται ως καταναλωτής υπηρεσιών Υγείας.

Τη δεκαετία του '50, διεξάγονται νοσηλευτικές έρευνες οι οποίες περιγράφουν και κωδικοποιούν τις διαδικασίες της νοσηλευτικής φροντίδας. Ετσι, κάποιες έρευνες από ψυχιατρικές νοσηλεύτριες επικεντρώθηκαν στην αλληλεπίδραση νοσηλευτή-ασθενούς. Το 1959, ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτριών προχώρα στην έκδοση δύο συγγραμμάτων, με τίτλο: *Λειτουργίες, Πρότυπα και Δεξιότητες καλής πρακτικής και Τι μπορεί να προσδοκά ο κόσμος από μια μοντέρνα νοσηλευτική υπηρεσία*.

Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο, στα 1950, υπάρχει έλλειψη σε μη στρατιωτικά προϊόντα, οπότε και η παραγωγή τους μεταμορφώνεται σε ύψιστη προτεραιότητα και αυτή η πίεση για μαζική παραγωγή οδηγεί σε μείωση του επιπέδου της ποιότητας.

Τότε, δύο πολύ σπουδαίοι Αμερικανοί, που θεωρούνται θεμελιωτές της ποιότητας παγκοσμίως, ο W. Edwards Deming⁸ και ο Dr Joseph Juran, εισάγουν στατιστικές τεχνικές ελέγχου της ποιότητας στις ιαπωνικές επιχειρήσεις, με στόχο την αναδόμησή τους. Οι Ιάπωνες, τελικά, εισήγαγαν την έννοια της ποιότητας στον τρόπο διοίκησης των επιχειρήσεών τους και σύντομα το *made in Japan* έγινε εγγύηση ποιότητας. Δεν στάθηκαν

όμως μόνο στην αξιολόγηση της ποιότητας, αλλά προχώρησαν και πιο πέρα, στη *συνεχή βελτίωση της ποιότητας*, γνωστή και με τον όρο «Κάιζεν».

Στα 1950, η Frances Reiter⁹ ταξινομήσε τους νοσηλευτές, ανάλογα με τον τρόπο που σχεδιάζουν την εργασία τους, σε τρεις κατηγορίες, προκειμένου να εκτιμήσει και να αξιολογήσει την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν. Οι τύποι αυτοί είναι οι ακόλουθοι:

- Τύπος 1:** «Επαγγελματίας». Είναι ο νοσηλευτής που συνεργάζεται με τον ασθενή, όπως στην αποκατάσταση.
- Τύπος 2:** «Θεραπευτής». Είναι ο νοσηλευτής που βοηθά τον ασθενή σε θεραπευτικές διαδικασίες.
- Τύπος 3:** «Προσφέρει βασική και ανακουφιστική φροντίδα». Πρόκειται για νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται σε έναν ασθενή που βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση ή δεν επικοινωνεί με το περιβάλλον.

Το 1952, στις Η.Π.Α., ιδρύεται η Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Παροχής Φροντίδας Υγείας (Joint Commission on Accreditation of Hospital Organizations, JCAHO) ένας εθελοντικός μη κυβερνητικός οργανισμός, υπεύθυνος για τη διαρκή εξέλιξη των προτύπων ποιότητας ISO, για τις επιθεωρήσεις, την πιστοποίηση και την παροχή επίσημων πληροφοριών σε τρίτους (ασφαλιστικοί φορείς, κρατικές υπηρεσίες κ.ά.), που σχετίζονται με την ποιότητα και τους δείκτες αποτελεσματικότητας νοσοκομείων και εργαστηρίων.

Το 1985, εκδίδεται το *Εγχειρίδιο Διαπίστευσης για Νοσοκομεία (Accreditation Manual for Hospitals, 1985)*, που περιλαμβάνει πρότυπα για όλους τους τομείς της νοσηλευτικής υπηρεσίας (αναισθησία, επείγουσα νοσηλευτική, κατ' οίκον νοσηλεία, έλεγχος λοιμώξεων, νοσηλευτική αποκατάσταση, Μονάδες Εντατικής Θεραπείας).

Στα 1963, γράφτηκε από την Carter και την Balme¹⁰ ένα βιβλίο σχετικά με την αναγκαιότητα της αξιολόγησης της φροντίδας. Πρότειναν τη σύσταση μιας ομάδας που θα περιλαμβάνει: την *Προϊσταμένη του Τμήματος*, τον *Ιατρό* και τον *Διοικητικό Υπάλληλο*, προκειμένου να συζητήσουν την εξέλιξη της πορείας των ασθενών και να αξιολογήσουν την ποιότητα της φροντί-

δας που παρέχεται στους ασθενείς, ύστερα από ανασκόπηση των ιατρικών και νοσηλευτικών φακέλων, στο τέλος κάθε μήνα. Αυτή η ομάδα – διευρυμένη πλέον – λειτουργεί ως τρέχουσα πρακτική ακόμη και σήμερα σε χώρες και νοσοκομεία που έχουν επιτροπές διασφάλισης της ποιότητας.

Στις Η.Π.Α., οι ασφαλιστικές εταιρείες άρχισαν να αναζητούν κάποια πρότυπα αξιολόγησης της παρεχόμενης φροντίδας, ακολουθώντας το παράδειγμα της Βρετανίας. Τελικά, κατέληξαν σε μια μέθοδο αξιολόγησης, που αναπτύχθηκε από την F. Abdellah¹¹, η οποία επέλεξε να εκτιμήσει τη δυσαρέσκεια των ασθενών, των νοσηλευτών και των υπόλοιπων εργαζομένων στο νοσοκομείο.

Τα αποτελέσματα αυτής της ευρείας έρευνας οδήγησαν στον εντοπισμό και στην καταγραφή των 50 πιο συχνών αιτιών δυσαρέσκειας και ορίστηκε για καθεμία αιτία ένας βαθμός βαρύτητας – η δυσαρέσκεια είχε μια διαβάθμιση από 5 έως 0. Έτσι, η αναφορά δυσαρέσκειας ενός αναισθητικού ασθενούς που εγκαταλείφθηκε χωρίς φροντίδα και άρα τέθηκε σε κίνδυνο η ίδια του η ζωή βαθμολογείται με 5. Από την άλλη μεριά, μια εκφρασμένη μικρή δυσαρέσκεια βαθμολογείται με 0. Ακολουθώντας, αθροίζονται οι επιμέρους βαθμολογίες και διαμορφώνεται μια συνολική βαθμολογία.

Περίοδος 1980-2000

Τον Νοέμβριο του 1988, το Πρόγραμμα Διασφάλισης της Ποιότητας, του King's Fund, οργάνωσε μια συνάντηση για την ανάπτυξη εθνικών προτύπων στους Οργανισμούς Παροχής Φροντίδας Υγείας. Επιλέχθηκαν 6 Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές, προκειμένου να συμμετάσχουν στο πρόγραμμα, καθώς και δύο νοσοκομεία, το Saint John και το Saint Elizabeth.

Μία ομάδα στήριξης του προγράμματος εξέτασε τα τρέχοντα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας σε όλο τον κόσμο και θεώρησε ότι το αυστραλιανό σύστημα ήταν το πλέον κατάλληλο για την ανάπτυξη του αγγλικού μοντέλου, αντλώντας ταυτόχρονα και κάποια στοιχεία από το καναδικό σύστημα. Μέχρι το 1994, επιθεωρήθηκαν 150 νοσοκομεία από το King's Fund Organizational Audit, με επέκταση και στα Κέντρα Υγείας και στους Γενικούς Ιατρούς, μέσω του προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».

Στα τέλη του 1980, η JCAHO στρέφει το ενδιαφέρον της στην ανάπτυξη δεικτών ποιότητας που επικεντρώνονται περισσότερο στα αποτελέσματα της φρο-

ντίδας Υγείας παρά στη δομή και στις διαδικασίες της φροντίδας. Το πρόγραμμα ORYX στόχευε στην ενσωμάτωση των δεικτών έκβασης στη διαδικασία διαπίστευσης.

Αργότερα, η Εθνική Επιτροπή –των Η.Π.Α.– για τη Διασφάλιση της Ποιότητας¹² (National Committee for Quality Assurance, NCQA), ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός αφιερωμένος στην εκτίμηση της ποιότητας των πλάνων της ελεγχόμενης φροντίδας (managed care plans), ξεκινά τη διαπίστευση των MCOs (Οργανισμοί Παροχής Ελεγχόμενης Φροντίδας) το 1991.

Η NCQA αναπτύσσει τη βάση δεδομένων HEDIS¹³ (Health Plan Employer Data and Information Set), που περιλαμβάνει περισσότερους από 50 προτυποποιημένους δείκτες απόδοσης, που χρησιμοποιούν οι MCOs για να αναφέρουν τα αποτελέσματα που επιτυγχάνει ένα πλάνο φροντίδας.

Το HEDIS του 1999 αναφέρεται στην *προσβασιμότητα*, τη *διαθεσιμότητα* και την *αποτελεσματικότητα της φροντίδας*, την *ικανοποίηση του ασθενούς*, τη *σταθερότητα του πλάνου Υγείας*, τη *χρήση των υπηρεσιών*, στο *κόστος* και σε κάποια άλλα *περιγραφικά στοιχεία* (National Committee for Quality Assurance, HEDIS).

Τα νέα πρότυπα του τρέχοντος HEDIS (2000) περιλαμβάνουν δείκτες όπως ο *έλεγχος της πίεσης του αίματος*, η *φαρμακευτική αγωγή για το άσθμα*, ο *διαγνωστικός έλεγχος για χλαμύδια* και η *συμβουλευτική στην εμμηνόπαυση*.

Το 1994, με μια πρωτοβουλία των επικεφαλής του Αμερικανικού Συνδέσμου Νοσηλευτών, επιχειρείται η διερεύνηση του αντίκτυπου που έχει η αναδιάρθρωση της φροντίδας Υγείας στην ασφάλεια του ασθενούς και στην ποιότητα της ίδιας της φροντίδας. Έτσι, προέκυψε η ανάπτυξη δεικτών για την εκτίμηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας σε δομές οξείας νοσηλείας¹⁴. Αυτοί οι δείκτες ποιότητας ήταν:

– *Δείκτες δομής*: αναλογία διπλωματούχων και μη νοσηλευτών.

– *Δείκτες διαδικασίας*: η εκτίμηση της ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού.

– *Δείκτες έκβασης*: ποσοστό των νοσοκομειακών λοιμώξεων, ο αριθμός των πτώσεων των ασθενών, η ικανοποίηση του ασθενούς με τη νοσηλευτική φροντίδα και η διαχείριση του πόνου¹⁴.

Το 1998, ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών χρηματοδοτεί την ανάπτυξη της Εθνικής Βάσης Δεδομένων για τους Νοσηλευτικούς Δείκτες Ποιότητας (Na-

tional Database for Nursing Quality Indicators, ND-NQI), που ενοποιεί όλα τα δεδομένα που προκύπτουν από τη χρήση των νοσηλευτικών δεικτών ποιότητας. Αργότερα, ο Σύνδεσμος συνεργάζεται με 100 νοσοκομεία για την ανάπτυξη και τον πιλοτικό έλεγχο των δεικτών αυτών.

Έτσι, τα αμερικανικά νοσοκομεία συλλέγουν τα δεδομένα κάθε τετράμηνο και τα αποστέλλουν στην NDNQI, που τα επεξεργάζεται και στέλνει αναφορές στα συμμετέχοντα νοσοκομεία, ώστε να μπορέσουν να συγκρίνουν τα αποτελέσματα της φροντίδας τους μεταξύ τους. Η συγκεκριμένη βάση δεδομένων είναι διαθέσιμη στο site του Αμερικανικού Συνδέσμου Νοσηλευτών (<http://www.nursingworld.org>).

Αποτέλεσμα όλων αυτών των πρωτοβουλιών ήταν η ανάπτυξη των «καρτών αναφοράς» (report cards)¹⁵ που παρέχουν πληροφορίες στους προμηθευτές και τους καταναλωτές υπηρεσιών Υγείας για την ποιότητα της φροντίδας που παρέχει ένας συγκεκριμένος Οργανισμός ασφάλισης, ένα νοσοκομείο ή ένας ιατρός. Για παράδειγμα, το HEDIS αποτελεί τη βάση για τη δημιουργία τέτοιων καρτών, για ένα συγκεκριμένο MCO. Αυτή η κίνηση διευκολύνει τη σύγκριση των αποτελεσμάτων που έχουν να επιδείξουν οι Οργανισμοί (benchmarking), αρκεί βέβαια να υπάρξει μια αποτελεσματική προτυποποίηση των δεικτών που θα χρησιμοποιούν από κοινού αυτοί οι φορείς. Μια τέτοια προσπάθεια ανέλαβε το Foundation for Accountability¹⁶ (FACCT), ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός, που ανέπτυξε δείκτες έκβασης για μια σειρά από κλινικές καταστάσεις, όπως το άσθμα, ο καρκίνος του μαστού, ο σακχαρώδης διαβήτης, η μείζων κατάθλιψη, καθώς και για την ικανοποίηση από το πλάνο φροντίδας Υγείας (Foundation for Accountability).

Προβαίνοντας κανείς σε μια κριτική αυτών των καρτών, ίσως θα έλεγε πως μάλλον ταιριάζουν στην ιδιοσυγκρασία του Αμερικανού «καταναλωτή υπηρεσιών Υγείας». Ακόμη όμως και σε αυτή την περίπτωση, θα πρέπει να αποδειχθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία αυτών των δεικτών, πριν από τη γενικευμένη εφαρμογή τους.

Η ποιότητα στον χώρο της Υγείας

Οι Taylor και Hausman¹⁷ υποστηρίζουν ότι η Νοσηλευτική δυσκολεύτηκε, μέχρι τη δεκαετία του '60, να συλλάβει το βαθύτερο νόημα της ποιότητας. Έτσι, τη χαρακτήρισαν «ομιχλώδη όρο», επειδή δεν υπήρχε ένας

ενιαίος και ολοκληρωμένος ορισμός στη διεθνή βιβλιογραφία^{18, 19}.

Του λόγου το αληθές επιβεβαιώνει το γεγονός ότι όροι όπως *διασφάλιση της ποιότητας*, *πρότυπα της φροντίδας* και *έλεγχος της ποιότητας* χρησιμοποιούνται εναλλακτικά του όρου *ποιότητα*.

Η Lang²⁰ όρισε την ποιότητα στη Νοσηλευτική ως μια «*διαδικασία*» επίτευξης του *υψηλότερου βαθμού τελειότητας της παρεχόμενης φροντίδας*. Την ίδια άποψη εκφράζουν και άλλοι ερευνητές, συμπληρώνοντας πως είναι άγονη η όλη συζήτηση αποσαφήνισης της εννοιολογικής διάστασης της ποιότητας, αφού έχει κοινωνικό προσδιορισμό και επηρεάζεται από τις α-

νοσηλευτές σπασοκεφαλιάζουν να βρουν τις αδυναμίες των ασθενών, από τις οποίες εξαρτάται η κριτική τους για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Έτσι, η ποιότητα έχει υποκειμενικό χαρακτήρα επειδή καθένας την ορίζει διαφορετικά.

Για κάποιους, η ποιότητα είναι απόλυτα συνυφασμένη με την *ανταγωνιστικότητα* του επαγγελματία Υγείας, καθώς αποτελεί μια ικανή και αναγκαία συνθήκη για την προσαρμογή του στα μεταβαλλόμενα πρότυπα της φροντίδας²⁴.

Για άλλους, η ερμηνεία του όρου *ανταγωνιστικότητα* είναι πολύπλοκη, αφού σημαίνει κάτι περισσότερο από γνώση και δεξιότητες, όπως: *κριτική σκέψη*, *κλινι-*

Πίνακας 2.

Τα πρότυπα της JCAH για τη νοσηλευτική υπηρεσία

- ΠΡΟΤΥΠΟ I : Το νοσηλευτικό Τμήμα/υπηρεσία πρέπει να διευθύνεται από διπλωματούχο νοσηλεύτρια — με διοικητικές δεξιότητες — που συνεργάζεται αποτελεσματικά με το ιατρικό και το υπόλοιπο προσωπικό υγείας, με κοινό στόχο την προαγωγή της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.
- ΠΡΟΤΥΠΟ II : Το νοσηλευτικό Τμήμα/υπηρεσία πρέπει να είναι οργανωμένο με τέτοιον τρόπο, ώστε η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα να ικανοποιεί τις ανάγκες των ασθενών, σύμφωνα με τα αποδεκτά πρότυπα φροντίδας.
- ΠΡΟΤΥΠΟ III : Η ανάθεση δραστηριοτήτων στο νοσηλευτικό Τμήμα/υπηρεσία πρέπει να γίνεται σύμφωνα με την εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού και τις ανάγκες των ασθενών.
- ΠΡΟΤΥΠΟ IV : Η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να αποτελεί μια διαδικασία εξατομικευμένη και που θέτει στόχους και τους εκπληρώνει απόλυτα.
- ΠΡΟΤΥΠΟ V : Το προσωπικό του νοσηλευτικού Τμήματος/υπηρεσίας πρέπει να επανεκπαιδεύεται σύμφωνα με τις ανάγκες που προκύπτουν από την παρεχόμενη φροντίδα.
- ΠΡΟΤΥΠΟ VI : Η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να ολοκληρώνεται και να θεμελιώνεται μέσα από γραπτές πολιτικές δράσης και διαδικασίες, που αντικατοπτρίζουν τα αποδεκτά πρότυπα.
- ΠΡΟΤΥΠΟ VII : Το νοσηλευτικό Τμήμα/υπηρεσία πρέπει να προάγει τους μηχανισμούς εκείνους για την ανασκόπηση και την αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Accreditation Manual for Hospitals, 1983

ξίες, τα πιστεύω και τις στάσεις των ανθρώπων²¹.

Ο Masso²² υποστηρίζει ότι, παρόλο που η ποιότητα έχει διαφορετικό περιεχόμενο για τους ανθρώπους, σίγουρα υπάρχουν κάποια κοινά στοιχεία, στους διάφορους ορισμούς, που επιτρέπουν την αξιολόγηση και τη μέτρησή της. Τονίζει πως η ποιότητα είναι η συνισταμένη δύο εξαρτημένων μεταβλητών: *της σχέσης πελάτη-ασθενούς και προμηθευτή-επαγγελματία Υγείας*. Έτσι, νοσηλευτής και ασθενής βλέπουν την ποιότητα από διαφορετική οπτική γωνία. Για την Altschul²³, οι

κή κρίση βασισμένη στη μαρτυρία (evidence-based) και συνήθειες²⁶.

Πρότυπα

Τα πρότυπα αποτελούν, εκ των πραγμάτων, τα πολύτιμα εργαλεία για τη μέτρηση της ποιότητας της φροντίδας, ως αναπόσπαστο κομμάτι της προσπάθειας για τη διασφάλισή της. Πρόκειται για έγκυρους και αποδεκτούς επεξηγηματικούς ορισμούς της ποιότητας της φρον-

τίδας. Τα πρότυπα θεωρούνται έγκυρα εφόσον περιγράφονται από τα κριτήρια, που επιτρέπουν, σε τελική ανάλυση, τη μέτρηση και αξιολόγηση της φροντίδας, με όρους *αποτελεσματικότητας* και *ποιότητας*.

Η ανάπτυξη των προτύπων της νοσηλευτικής φροντίδας έχει τη δική της μικρή ιστορία, αφού προέκυψε από την ανάγκη προσδιορισμού του ρόλου, των ευθυνών και των υποχρεώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού. Ετσι, τη δεκαετία του '70, την πρωτοβουλία αναλαμβάνει το Βρετανικό Βασιλικό Κολλέγιο της Νοσηλευτικής, που οργανώνει μια ομάδα εργασίας με στόχο την ανάπτυξη τρόπων για τη μέτρηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.

Αυτή η ομάδα εργασίας κατέληξε σε δύο φύλλα εργασίας με τίτλους: *Πρότυπα της Νοσηλευτικής Φροντίδας*²⁶ (Royal College of Nursing, 1980) και *Προς την Ανάπτυξη Προτύπων*²⁷ (Royal College of Nursing, 1981). Σε αυτές τις δύο εργασίες, αναφέρονται 8 προαπαιτούμενα για μια επιτυχημένη ανάπτυξη προτύπων νοσηλευτικής φροντίδας.

Μπορούν να υπάρξουν δύο είδη προτύπων: τα *κανονιστικά* (*normative*) και τα *εμπειρικά* (*empirical*). Η πρώτη κατηγορία προτύπων προκύπτει από το τι θεωρούν «καλό» τα άτομα ή οι ομάδες των ατόμων που κατέχουν τη γνώση κάποιων πραγμάτων. Στη δεύτερη κατηγορία, τα πρότυπα προέρχονται από την τρέχουσα πρακτική.

Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών

Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) ορίζει την ποιότητα ως ένα τρισδιάστατο μοντέλο που περιλαμβάνει: πρότυπα δομής, διαδικασίας και έκβασης.

Πρότυπα δομής: τα πρότυπα αυτά ρυθμίζουν τη νοσηλευτική πρακτική και περιλαμβάνουν τις διαδικασίες πιστοποίησης και παροχής άδειας εξάσκησης επαγγέλματος. Παραδείγματα αποτελούν η στελέχωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας (Πίνακας 2) και η απόδοση του νοσηλευτικού προσωπικού.

Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών δίνει πολύ μεγάλη βαρύτητα στην επαγγελματική πιστοποίηση, πιστεύοντας ότι αποτελεί ένα σημαντικό μηχανισμό ελέγχου της ποιότητας, καθώς προστατεύει τον καταναλωτή υπηρεσιών Υγείας και του προσφέρει ένα ελάχιστο κριτήριο ποιότητας στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Τα τελευταία χρόνια, έχει ανοίξει ένας διεθνής διάλογος για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της

επαγγελματικής έναντι της ακαδημαϊκής πιστοποίησης. Οπαδοί της επαγγελματικής πιστοποίησης είναι ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών, ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Ιατρών και ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσοκομείων.

Σε ό,τι αφορά τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών, προσφέρει ένα εθελοντικό πρόγραμμα πιστοποίησης, με το επιχείρημα ότι η επαγγελματική πιστοποίηση διασφαλίζει την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα του επαγγελματία, καθώς προχωρά πιο πέρα από το ελάχιστο κριτήριο ποιότητας που κατοχυρώνεται με την ακαδημαϊκή πιστοποίηση. Παράδειγμα άλλων πιστοποιήσεων είναι και οι νοσηλευτικές ειδικότητες που παρέχουν τα ελληνικά νοσοκομεία.

Πρότυπα διαδικασίας: παράδειγμα αποτελούν τα πλάνα φροντίδας (*care plans*), οι αξίες και τα πιστεύω της νοσηλευτικής υπηρεσίας και του υπόλοιπου προσωπικού, η ολιστική φροντίδα, η δυναμική της διεπιστημονικής ομάδας. Νοσηλευτική διαδικασία είναι η οργανωμένη και συστηματική φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς.

Πρότυπα έκβασης: πρόκειται για δείκτες που μετρούν τον βαθμό στον οποίο η αλληλεπίδραση μεταξύ του ασθενούς και του νοσηλευτικού προσωπικού επηρεάζει την έκβαση της υγείας του πρώτου, η ικανοποίηση του ασθενούς, η εκπλήρωση των αναγκών του ασθενούς.

Στα 1863, η Florence Nightingale²⁸ αξιολογεί τους μαθητές της σύμφωνα με την ικανότητά τους στην οργάνωση του Τμήματος, την εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς και την προστασία του από τις λοιμώξεις. Το 1916, ορίζονται 20 κανόνες οι οποίοι αποτελούν πρότυπα διαδικασιών που περιγράφουν τη νοσηλευτική φροντίδα.

Ετσι, 84 χρόνια πριν, η νοσηλευτική πρακτική εμπλέκεται στην αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας στον ασθενή. Ωστόσο, μόλις τη δεκαετία του '70 οι νοσηλευτές ανέλαβαν έναν ενεργό ρόλο στην ανάπτυξη προτυποποιημένων μεθόδων για την εκτίμηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της νοσηλευτικής φροντίδας. Την εποχή αυτή, το Συμβούλιο Νοσηλευτικής Πρακτικής του Αμερικανικού Συνδέσμου Νοσηλευτών προχωρά — αρχικά — στην ανάπτυξη γενικών προτύπων (Πίνακας 3) και — αργότερα — προτύπων για κάθε ειδικότητα (Γεροντολογική, Ψυχιατρική, Ορθοπαιδική και Παιδιατρική Νοσηλευτική).

Τα πρότυπα, όπως αυτά ορίζονται από τους Νοση-

λευτικούς Συνδέσμους ή την JCAHO, αποτελούν τους προπομπούς της αποτελεσματικής νοσηλευτικής φροντίδας, αφού τα κριτήρια της ποιότητας αποτελούν τα ερμηνευτικά σχόλια για την αξιολόγηση της ποιότητας. Ένα παράδειγμα είναι το ακόλουθο:

Πρότυπο Εκβασης: Ο ασθενής κατανοεί τη θεραπευτική αγωγή που του δόθηκε κατά τη στιγμή της εξόδου του από το νοσοκομείο.

Κριτήριο Εκβασης: Ο ασθενής είναι σε θέση να:

1. αναφέρει το όνομα του φαρμάκου,
2. αναφέρει πότε πρέπει να παίρνει το φάρμακο,
3. αναφέρει τουλάχιστον δύο επιπλοκές του φαρμάκου.

Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών, οι δείκτες (indicators) είναι έγκυρα και αξιόπιστα εργαλεία για τη «μέτρηση» της απόδοσης του προσωπικού. Έτσι:

– *Οι δείκτες δομής:* εκτιμούν τον βαθμό οργάνω-

σης και παροχής της νοσηλευτικής φροντίδας και τη στελέχωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας.

– *Οι δείκτες διαδικασίας:* αξιολογούν τη φύση και την ποσότητα της φροντίδας που παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό. Παράδειγμα τέτοιου δείκτη (κακής ποιότητας) αποτελούν τα *έλκη των κατακλίσεων*.

– *Οι δείκτες έκβασης:* αναφέρονται στο πώς οι ασθενείς επηρεάζονται από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Παραδείγματα αποτελούν: το *ποσοστό των νοσοκομειακών λοιμώξεων* (εκτιμάται από τον επιπολασμό της ουρολοίμωξης μετά 72 ώρες νοσηλείας στο νοσοκομείο), το *ποσοστό των κακώσεων στους ασθενείς*, ο *αριθμός των πτώσεων των ασθενών* και η *ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα* (με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων).

Ο Donabedian^{29, 30} υποστηρίζει πως η ποιότητα αποτελεί τη συνισταμένη τριών αλληλένδετων παραγόντων:

– *Δομή:* αναφέρεται στους πόρους που χρησιμοποιούνται για την παροχή της φροντίδας, δηλαδή τα εσωτερικά χαρακτηριστικά του Οργανισμού (υλικοί πόροι) και το προσωπικό του (ανθρώπινοι πόροι). Πιο απλουστευμένα, οι δείκτες δομής απαντούν στο ερώτημα: «μπορεί η υπάρχουσα δομή του Οργανισμού να διασφαλίσει την παραγωγή ενός ποιοτικού προϊόντος ή την παροχή μιας ποιοτικής υπηρεσίας;».

Πίνακας 3.

Πρότυπα γενικής νοσηλευτικής πρακτικής από τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών (1973)

- ΠΡΟΤΥΠΟ I :** Η λήψη των στοιχείων του νοσηλευτικού ιστορικού του ασθενούς είναι συστηματική και αδιάκοπη. Τα δεδομένα αυτά είναι ευκολοδιαθέσιμα και καταγεγραμμένα.
- ΠΡΟΤΥΠΟ II :** Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις προκύπτουν από τα δεδομένα του ιστορικού του ασθενούς.
- ΠΡΟΤΥΠΟ III :** Το πλάνο της νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνει τους στόχους, όπως προκύπτουν από τις νοσηλευτικές διαγνώσεις.
- ΠΡΟΤΥΠΟ IV :** Το πλάνο της νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνει προτεραιότητες και προγραμματισμένες δραστηριότητες για την επίτευξη των στόχων των νοσηλευτικών διαγνώσεων.
- ΠΡΟΤΥΠΟ V :** Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις διασφαλίζουν τη συμμετοχή του ασθενούς στην προαγωγή της υγείας του, τη διατήρηση και την αποκατάστασή της.
- ΠΡΟΤΥΠΟ VI :** Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις βοηθούν τον ασθενή να μεγιστοποιήσει τις δεξιότητες που χρειάζονται για την αυτοδιαχείριση της φροντίδας του.
- ΠΡΟΤΥΠΟ VII :** Η πρόοδος στην υγεία του ασθενούς ή η στασιμότητα απαιτεί επανεκτίμηση της κατάστασής του, επαναστοχοθέτηση και επαναπροτεραιοποίηση, υπό το πρίσμα ενός νέου πλάνου νοσηλευτικής φροντίδας.

Standards for Organized Nursing Services by the American Nurses' Association, 1982

Παραδείγματα δεικτών δομής αποτελούν: η στελέχωση του Τμήματος, η τήρηση των ωρών του επισκεπτηρίου, ο αριθμός των ασθενών που εισάγονται και αποχωρούν από το νοσοκομείο, η ύπαρξη προγραμμάτων ανάπτυξης του προσωπικού, η αυτοματοποίηση του φακέλου Υγείας του ασθενούς (ηλεκτρονικός φάκελος του ασθενούς), ο έλεγχος και η ασφάλεια της λειτουργίας των διαφόρων συσκευών του Τμήματος, η στελέχωση του γραφείου υποδοχής των ασθενών κ.ά.

– *Διαδικασία*: οι δείκτες διαδικασίας αναφέρονται στο κατά πόσο οι δραστηριότητες ενός Οργανισμού βαίνουν αποτελεσματικά. Επικεντρώνονται στη συμπεριφορά, στις δραστηριότητες, τις παρεμβάσεις του προσωπικού και στην αλληλουχία των γεγονότων που συνοδεύουν τη διαδικασία της φροντίδας.

Παραδείγματα αποτελούν τα ακόλουθα:

1. Τα ζωτικά σημεία λαμβάνονται κάθε μία ώρα.

2. Μέσα στις πρώτες 24 ώρες από την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο, λαμβάνεται το ιστορικό Υγείας του και γίνεται μια ολοκληρωμένη εκτίμηση της κατάστασής του.

– *Έκβαση*: για τους περισσότερους επαγγελματίες Υγείας, ο όρος *έκβαση* αναφέρεται στο αποτέλεσμα της θεραπευτικής διαδικασίας και ειδικότερα στις επιθυμητές και μη επιθυμητές αλλαγές που εμφανίζουν τα άτομα και που σχετίζονται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Ο Donabedian²⁹ προτείνει έναν άλλο ορισμό: «*έκβαση είναι οι αλλαγές που σημειώνονται στο τρέχον και το δυνητικό επίπεδο υγείας ενός ασθενούς, μιας ομάδας ασθενών ή μιας κοινότητας*». Αυτές οι αλλαγές μπορεί να αφορούν τη φυσική κατάσταση του ασθενούς, την ψυχική του, το επίπεδο της γνώσης του, τη συμπεριφορά του, τη συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών Υγείας και την ίδια την άποψη του ασθενούς για την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται.

Παραδείγματα δεικτών έκβασης αποτελούν: η βελτίωση των συμπτωμάτων του ασθενούς (π.χ. καθαροί πνευμονικοί ήχοι), η βελτίωση της γνώσης του ασθενούς, η αλλαγή της συμπεριφοράς του (π.χ. η σταδιακή διακοπή της καπνιστικής συνήθειας μέσα σε δύο μήνες), το τελικό κόστος της παρεχόμενης φροντίδας, η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα της φροντίδας³¹ και το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών με τη φροντίδα.

Μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την ποιότητα, μπορεί εύκολα κανείς να διαπιστώσει τη δυσκολία που έχει η ερμηνεία των όρων *δομή*, *διαδικασία*, *έκβαση*, αν προσπαθήσει να τους ορίσει σχε-

σιακά ή διαδοχικά. Για παράδειγμα, τα συστήματα επικοινωνίας του προσωπικού μέσα στο Τμήμα (νοσηλευτικός φάκελος), μπορεί για κάποιους να αποτελούν δείκτες δομής και για άλλους δείκτες διαδικασίας. Πρακτικά, το περιεχόμενο και η οργάνωση της καταγραφής αποτελούν δείκτες δομής, ενώ ο τρόπος χρήσης των στοιχείων της καταγραφής (από ποιον και για ποιο λόγο), αποτελεί ένα δείκτη διαδικασίας.

Για άλλους³², η ερμηνεία των δεικτών αυτών εξαρτάται από τον χρονικό ορίζοντα που θέτει ο καθένας. Για παράδειγμα, η αναλογία των ασθενών σε ένα Τμήμα – άνδρες, γυναίκες – μπορεί να αποτελεί έναν παράγοντα δομής για τους εργαζόμενους σε αυτό νοσηλευτές. Την ίδια στιγμή, μπορεί να ιδωθεί ως παράγοντας διαδικασίας για έναν προϊστάμενο Τμήματος που βλέπει μακροπρόθεσμα την αλλαγή στη δημογραφική εικόνα των ασθενών που νοσηλεύονται στο Τμήμα (π.χ. αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων νοσηλευόμενων γυναικών).

Η Jennings³³ τονίζει 4 διαφορετικά σημεία που καθορίζουν τους παράγοντες δομής:

1. *Ο χώρος στον οποίο παρέχεται η φροντίδα*: περιλαμβάνει τον αριθμό των κρεβατιών, τις βάρδιες, τις ώρες του επισκεπτηρίου, τον χρόνο αναμονής πριν από την εισαγωγή στο Τμήμα, τη μεταφορά του ασθενούς.

2. *Η δυναμική του Τμήματος*: περιλαμβάνει τη στατιστική των εισαγωγών και εξαγωγών των ασθενών από το Τμήμα, που δίνει πληροφορίες για την κίνηση του Τμήματος και για το πόσο σύντομα θα πρέπει να οργανώνεται το πλάνο εξόδου του ασθενούς από το νοσοκομείο (discharge planning). Αναφέρεται στην πολιτική του Τμήματος για τη φροντίδα των ηλικιωμένων και στην καταγραφή των πληροφοριών για την εξέλιξη της υγείας των ασθενών.

3. *Οι διαφοροποιήσεις μεταξύ των ομάδων επαγγελματιών Υγείας*: ανάμειξη του προσωπικού στη φροντίδα και ανάπτυξη οργανογράμματος.

4. *Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των επαγγελματιών Υγείας*: περιλαμβάνει τη συνεργασία του προσωπικού του νοσοκομείου με άλλες δομές.

Οι δείκτες έκβασης μπορεί να εκτιμούν το αποτέλεσμα της φροντίδας που προσφέρθηκε στον ασθενή, είτε αυτό εκδηλώνεται μέσα στο νοσοκομείο είτε μετά την έξοδό του από αυτό (discharge outcome), όπως για παράδειγμα οι νοσοκομειακές λοιμώξεις.

Οι Victor & Vetter³⁴ πραγματοποίησαν μια πολύ μεγάλη έρευνα, ισχυριζόμενοι πως η μέτρηση του αποτελέσματος γίνεται μια πολύπλοκη διαδικασία, εάν προ-

σπαθήσει κανείς να βγάλει κάποια συμπεράσματα για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στους ηλικιωμένους ασθενείς. Διαπίστωσαν μια τάση για μείωση της λειτουργικής ικανότητας των ηλικιωμένων 3 μήνες μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, καθώς και μια αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητάς τους. Η συχνότητα επανεισαγωγών στο νοσοκομείο φαίνεται να είναι ένας πολύ καλός δείκτης έκβασης εξόδου για τους ηλικιωμένους, σύμφωνα με τους Victor & Vetter³⁴ και τους Townsend et al.³⁵. Η Clarke³⁶ υποστήριξε πως οι περισσότερες επανεισαγωγές των ηλικιωμένων ήταν «αποφεύξιμες».

Ετσι, κατέληξε στο συμπέρασμα πως αυτός ο δείκτης πρέπει να ερμηνεύεται με προσοχή, θεωρώντας τον «αρνητικό» δείκτη έκβασης. Υπάρχουν όμως και οι «θετικοί» δείκτες έκβασης, όπως η ικανοποίηση του ασθενούς από τον σχεδιασμό της εξόδου του από το νοσοκομείο (discharge planning) και η προσωπική αντίληψη του ασθενούς για την ικανότητά του να διαχειριστεί με επιτυχία την αυτοφροντίδα του.

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί ένα δείκτη έκβασης που, τα τελευταία χρόνια, αποκτά αυξανόμενο ενδιαφέρον.

Οι Thomas και Bond³⁷ ανασκόπησαν τη βιβλιογρα-

φία για την Π.Φ.Υ. και κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η ικανοποίηση των ασθενών είναι ο συχνότερα χρησιμοποιούμενος δείκτης έκβασης της φροντίδας στις Η.Π.Α. και ακολουθούν η γνώση των δεξιοτήτων αυτοφροντίδας, η ευεξία του ασθενούς, ο βαθμός του άγχους του, η διάρκεια νοσηλείας και ο αριθμός των επιπλοκών.

Με την ίδια λογική, δείκτες έκβασης της νοσοκομειακής περίθαλψης αποτελούν η νοσηρότητα, η θνησιμότητα και το ποσοστό επανεισαγωγών στο νοσοκομείο, έχοντας υπόψη μας πως η νοσηρότητα και η θνησιμότητα αναμένεται να είναι υψηλές στους ηλικιωμένους και σε αυτούς με συνυπάρχοντα νοσήματα, ανεξάρτητα από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Το κίνημα της διοίκησης με βάση τη μέτρηση των αποτελεσμάτων της παρεχόμενης φροντίδας

Η μέτρηση των αποτελεσμάτων αποτελεί έναν ασφαλή και ακριβή τρόπο για την επιλογή των κατάλληλων δεικτών, τη συστηματική συλλογή των αναγκαίων δεδομένων, την επεξεργασία τους, την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας, την ταυτο-

Εφαρμογές της διοίκησης αποτελεσμάτων

Πρόληψη των πτώσεων στους ηλικιωμένους ασθενείς

Στο Κέντρο φροντίδας ηλικιωμένων του South Florida College of Nursing in Tampa, οι νοσηλευτές ανέπτυξαν ένα πρόγραμμα που στόχο είχε να ανιχνεύσει τους ασθενείς που εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο πτώσης. Οι απαραίτητες πληροφορίες αντλούνται από το πρωτόκολλο καταγραφής των πτώσεων των ασθενών, των επεισοδίων σύγχυσης, του βαθμού της ακουστικής και οπτικής ικανότητας και τον τύπο της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνουν.

Μετά την αναζήτηση των παραγόντων κινδύνου για πτώση, έγιναν οι αναγκαίες διορθωτικές παρεμβάσεις, με αποτέλεσμα να μειωθεί το ποσοστό των πτώσεων των ασθενών από το 26% στο 3%, μόλις μέσα σε ένα χρόνο από την εφαρμογή του προγράμματος.

Bezon J. et al. (1999). Nursing outcome indicator: preventing falls for elderly people. Outcomes Management Nursing Practice. 3(3): 132-137.

Πρόληψη των λοιμώξεων

Ο επιπολασμός της νοσοκομειακής πνευμονίας μπορεί να μειωθεί με την αλλαγή της κλινικής πρακτικής. Ετσι, σε ένα νοσοκομείο στο Τέξας, ξεκίνησε ένα πρόγραμμα για την ανάπτυξη μίας κλίμακας που εκτιμά την πιθανότητα ανάπτυξης νοσοκομειακής πνευμονίας, από τη στιγμή της εισαγωγής μέχρι την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο. Μετά τη λήψη των μέτρων πρόληψης και ύστερα από ένα χρόνο εφαρμογής του νέου πρωτοκόλλου, το ποσοστό μειώθηκε κατά 37%.

Houston S. (1999). Managing the outcome of infection: nosocomial infection initiative. Outcomes Management Nursing Practice. 3(2): 73-77.

ποίηση των απαραίτητων αλλαγών και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των κλινικών πρωτοκόλλων και των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Η διαχείριση όλης αυτής της διαδικασίας αποτελεί το περιεχόμενο της διοίκησης με βάση τα αποτελέσματα της παρεχόμενης φροντίδας (outcomes management), που στόχο έχει τη βελτίωση της φροντίδας που παρέχεται σε όσους τη χρειάζονται.

Η τρέχουσα βιβλιογραφική μαρτυρία δηλώνει την ανάγκη ανάπτυξης ευαίσθητων νοσηλευτικών δεικτών έκβασης (nursing-sensitive outcomes) που να αντικατοπτρίζουν την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Οι δείκτες αυτοί πρέπει να αναφέρονται και στο πώς η ίδια η φροντίδα επηρεάζει την οικογένεια του ασθενούς (αλλαγές στον τρόπο ζωής, κατανόηση της νέας κατάστασης που διαμορφώνεται στην οικογένεια) και την ευρύτερη κοινότητα.

Όλο αυτό το «Κίνημα της διοίκησης με βάση τα αποτελέσματα» χρονολογείται από την εποχή της Florence Nightingale, που χρησιμοποίησε τη θνησιμότητα ως δείκτη ποιότητας της φροντίδας των στρατιωτών στη διάρκεια του Κριμαϊκού Πολέμου.

Η Karen Dorman Marek³⁸ (1997) όρισε τις ακόλουθες κατηγορίες ευαίσθητων νοσηλευτικών δεικτών έκβασης:

- φυσιολογική (οι διαδικασίες που διατηρούν τον ασθενή στη ζωή),
- ψυχοκοινωνική (η συμπεριφορά του ασθενούς, τα συναισθήματα, οι δεξιότητες επικοινωνίας και οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία Υγείας),
- λειτουργικό επίπεδο (οι καθημερινές δραστηριότητες, η κινητικότητα και η αυτοφροντίδα),
- συμπεριφορά (οι δραστηριότητες του ασθενούς, η υποκίνηση και η συμμόρφωση με την αγωγή),
- γνώση (το αντιληπτικό επίπεδο του ασθενούς για την κατάσταση της υγείας του, τη φαρμακευτική αγωγή),
- ασφάλεια (λήψη μέτρων για την ασφάλεια στο σπίτι),
- έλεγχος των συμπτωμάτων (αυτοδιαχείριση του πόνου, της ναυτίας, του πονοκεφάλου),
- ποιότητα ζωής (αντιλήψεις των ασθενών για την υγεία, την αρρώστια και τα απότοκά της),
- ικανοποίηση του ασθενούς,
- χρήση των υπηρεσιών παροχής φροντίδας Υγείας (κόστος, χρήση της τεχνολογίας και επανεισαγωγές στο νοσοκομείο).

Αυτή τη στιγμή, βρίσκονται σε εξέλιξη πολλές προ-

σπάθειες διαμόρφωσης κάποιων εργαλείων για την ταξινόμηση της έκβασης της νοσηλευτικής φροντίδας.

Πρόσφατα, αναπτύχθηκε από το Πανεπιστήμιο της Iowa ένας Κώδικας Ταξινόμησης των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας (Nursing Outcomes Classification, NOC), ο οποίος έγινε αποδεκτός από τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών και περιγράφει 190 αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας.

Για κάθε αποτέλεσμα, ορίζονται κάποιοι δείκτες μέτρησης (παράδειγμα αποτελεί το λειτουργικό επίπεδο του ασθενούς που μετράται με το SF-36, που ουσιαστικά περιγράφει την καθημερινή λειτουργικότητα του ασθενούς). Η ευρεία εφαρμογή αυτών των κωδίκων, διαχρονικά, επιτρέπει τον έλεγχο και την ποσοτικοποίηση κάποιων παραμέτρων της νοσηλευτικής φροντίδας, που διασφαλίζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Παρόμοιο με το NOC είναι και το σύστημα Omaha, που αναπτύχθηκε από τον Σύνδεσμο Επισκεπτριών-Νοσηλευτριών της Omaha και μετρά 3 αποτελέσματα: τη γνώση, που ορίζεται ως η ικανότητα του ασθενούς να θυμάται και να ερμηνεύει τις πληροφορίες που του δίνουν οι επαγγελματίες Υγείας, τη συμπεριφορά και το επίπεδο υγείας του ασθενούς, όπως εκφράζεται από την παρουσία συμπτωμάτων και σημείων³⁹.

Διαπίστευση και ποιότητα

Ο Wyszewianski⁴⁰ υποστηρίζει ότι η διασφάλιση της ποιότητας συνίσταται στην εκτίμησή της (quality assessment), στη βελτίωσή της (quality improvement) και στον έλεγχό της (quality control). Προτείνει τη χρήση βιομηχανικών μεθόδων ελέγχου, ενώ άλλοι τη χρήση βιομηχανικών οργανωτικών μεθόδων βελτίωσης της ποιότητας⁴¹⁻⁴⁵.

Όλη η φιλοσοφία αυτών των μεθόδων έγκειται στον απλό στατιστικό έλεγχο των διαδικασιών που συνιστούν την παρεχόμενη φροντίδα, προκειμένου να εντοπιστούν εκείνα τα σημεία που απαιτούν, ενδεχομένως, βελτίωση. Η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη μέθοδος είναι τα διαγράμματα ελέγχου (control charts).

Οι μεταβλητές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στα διαγράμματα ελέγχου είναι: η μέση διάρκεια νοσηλείας, η θνησιμότητα, ο αριθμός των επανεισαγωγών, οι επιπλοκές (π.χ. οι νοσοκομειακές λοιμώξεις και οι πτώσεις των ηλικιωμένων ασθενών). Σύμφωνα με υπολογισμούς των δεδομένων από το Νοσοκομείο ή το Τμήμα, προκύπτουν τα ανώτερα και κατώτερα ό-

ρια ελέγχου (upper and lower control limits) του διαγράμματος για κάθε μήνα.

Η προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης, μέσω της καθιέρωσης προτύπων καλής κλινικής πρακτικής και διαπίστευσης, σηματοδότησε τον αιώνα που μας πέρασε^{46, 47}. Στην αρχή αυτής της προσπάθειας, υπήρξε διάχυτη η άποψη πως η διαπίστευση που βασίζεται σε υψηλά πρότυπα αποτελεί μια εξαρτημένη μεταβλητή της ποιοτικής φροντίδας. Αυτό τουλάχιστον υποστήριξαν κάποιες έρευνες⁴⁸, οι οποίες όμως χρησιμοποίησαν μικρό δείγμα χειρουργημένων ασθενών.

Σε μία άλλη έρευνα, στην οποία συμμετείχαν ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χολοκυστεκτομή, βρέθηκε ότι η θνησιμότητα εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά των ασθενών και του νοσοκομείου, ενώ ο αριθμός των κρίσιμων συμβάντων (critical events) σχετίζεται κατά κύριο λόγο με τα χαρακτηριστικά του ασθενούς⁴⁹. Εξάλλου, στην ίδια έρευνα, η θνησιμότητα συνεπεία κάποιου κρίσιμου συμβάντος είναι μικρότερη στα νοσοκομεία που διαθέτουν μεγαλύτερο αριθμό διαπιστευμένων αναισθησιολόγων και χειρουργών.

Κάποιοι άλλοι έδειξαν πως η σταθμισμένη για τη σοβαρότητα της νόσου θνησιμότητα είναι μικρότερη στα νοσοκομεία που έχουν υψηλό αριθμό διαπιστευμένων ιατρών και νοσηλευτών⁵⁰. Η βιβλιογραφία είναι εκτενής σε ό,τι αφορά την άποψη πως ο όγκος των χειρουργικών περιστατικών που αντιμετωπίζει το νοσοκομείο σχετίζεται με μια διαχρονική βελτίωση της έκβασης της υγείας των ασθενών^{51, 52}.

Μια μεγάλη αναδρομική έρευνα⁵³ που πραγματοποιήθηκε στη Βόρεια Καρολίνα των Η.Π.Α. προσπάθησε να διερευνήσει τον αντίκτυπο που έχει η ανάπτυξη και εφαρμογή διαδικασιών για νοσοκομειακή διαπίστευση στα αποτελέσματα της χειρουργικής θεραπείας συγκεκριμένων νοσημάτων. Ως δείκτες έκβασης χρησιμοποιήθηκαν η θνησιμότητα και οι επιπλοκές κατά τη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο.

Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν, τελικά, πως τα αυστηρά πρότυπα δεν βελτιώνουν κατ' ανάγκη την έκβαση της θεραπείας, κατά μέσο όρο. Αυτή βέβαια η παραδοχή δεν οδηγεί, συνειρμικά, στην απεμπόληση της διαπίστευσης ως πρακτικής για δράση, αλλά μάλλον θέτει το ερώτημα αν, μέσα στα όρια της καθημερινής πρακτικής, η ανάπτυξη επιπρόσθετων απαιτήσεων βελτιώνει την έκβαση της χειρουργικής θεραπείας:

Στις Η.Π.Α., το κίνητρο για τη διασφάλιση της ποιότητας είναι η προσέλκυση πελατών, που είναι εφικτή

μέσω της διαβεβαίωσης ότι εφαρμόζονται τα πρότυπα που ορίζει η JCAHO, δηλαδή μέσω της διαπίστευσης, η οποία και γίνεται κάθε τρία χρόνια. Όλη αυτή η διαδικασία πιστοποίησης προϋποθέτει την ύπαρξη, από την πλευρά του νοσοκομείου, μιας επιτροπής που αναλαμβάνει τον τακτικό και συστηματικό έλεγχο των ιατρικών και νοσηλευτικών φακέλων.

Ο ιατρικός έλεγχος (medical audit) διενεργείται από Οργανισμούς Επαγγελματικού Ελέγχου (Professional Review Organizations), που επιλαμβάνονται της εκτίμησης της ποιότητας της ιατρικής πρακτικής. Ουσιαστικά πρόκειται για έναν εξωτερικό ανεξάρτητο φορέα που επιβάλλει κυρώσεις σε περίπτωση μη συμμόρφωσης με τα πρότυπα και προβαίνει σε συγκρίσεις της απόδοσης των ιατρών και των νοσοκομείων (θνησιμότητα, θνητότητα, νοσηρότητα), τα αποτελέσματα των οποίων δημοσιεύονται.

Αυτοί ακριβώς οι Οργανισμοί είναι που διαφοροποιούν τον ευρωπαϊκό τρόπο ελέγχου της ποιότητας από τον αμερικανικό, καθώς είναι πανίσχυροι και έχουν το δικαίωμα, εκ του νόμου, να ασκούν ποινική δίωξη σε περίπτωση κακής πρακτικής, ενώ λογοδοτούν στο Κράτος.

Έλεγχος (Audit)

Τα πρώτα συστήματα ελέγχου⁵⁴⁻⁵⁷ αναπτύχθηκαν το 1967 και σχεδιάστηκαν με αντικειμενικό στόχο την καταγραφή και την παρακολούθηση της νοσηλευτικής φροντίδας. Ωστόσο, ο έλεγχος έτυχε ευρείας αποδοχής μετά τη χρήση της τεχνικής του ελέγχου από την JCAHO, στα 1973. Αρχικά, ο έλεγχος φάνηκε συνώνυμος με τον αναδρομικό έλεγχο των αποτελεσμάτων της φροντίδας του ασθενούς, όπως τον όρισε η JCAHO. Μεταγενέστερα, ο έλεγχος ορίστηκε ως η δομημένη αξιολόγηση των ιατρικών και των νοσηλευτικών φακέλων, που είναι δικατευθυντική: *η μια μορφή του ελέγχου έχει χρονική διάσταση*: έτσι, ο έλεγχος μπορεί να είναι προδρομικός, συγχρονικός – κατά την εξέλιξη της φροντίδας – ή, τέλος, αναδρομικός. Ο προδρομικός έλεγχος φαίνεται παράδοξος, καθώς δεν μπορεί να αξιολογηθεί η φροντίδα πριν από την παροχή της.

Στην πράξη, ωστόσο, οι τεχνικές του προδρομικού ελέγχου έχουν τον χαρακτήρα της ανίχνευσης των περιπτώσεων για μελέτη, όπως για παράδειγμα ο υπολογισμός του λογαρίθμου των επόμενων 30 ασθενών με τη νοσηλευτική διάγνωση: «αλλαγή της εικόνας εαυτού και του σωματικού ειδώλου». Από τη στιγμή που θα ε-

ντοπιστούν αυτοί οι ασθενείς, μπορεί κατόπιν η φροντίδα να αξιολογηθεί είτε συγχρονικά είτε αναδρομικά⁵⁸.

Μια εφαρμογή του προδρομικού ελέγχου φαίνεται στο παρακάτω πλαίσιο. Ένα πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι επιτρέπει την αναζήτηση περιπτώσεων ασθενών που δεν διαφεύγουν από τα συστήματα κωδικοποίησης των διαγνώσεων. Εξάλλου, δεν είναι τόσο χρονοβόρα διαδικασία όπως ο αναδρομικός έλεγχος και θεωρείται πιο ακριβής και ευαίσθητη.

review) είτε από κάποια ομάδα επαγγελματιών Υγείας (implicit chart review). Ένα νοσηλευτικό παράδειγμα εργαλείου για αναδρομικό έλεγχο αποτελεί το Phaneuf's Nursing Audit^{56, 57}, που χρησιμοποιεί κριτήρια διαδικασίας.

Το δίλημμα όσων προβαίνουν στον αναδρομικό έλεγχο των φακέλων νοσηλείας συνίσταται στην αναζήτηση της σχέσης ανάμεσα στην ποιότητα της καταγραφής (quality of documentation) των πληροφοριών που

Εφαρμογή του προδρομικού ελέγχου

Ο προδρομικός έλεγχος χρησιμοποιήθηκε από ένα Τ.Ε.Π. με στόχο την αξιολόγηση της φροντίδας των ασθενών που νοσηλεύονται μετά τον τραυματισμό του κορμού τους, από την άσκηση εσκεμμένης εξωτερικής βίας. Για μια περίοδο 2 εβδομάδων, καταγράφονταν όλες αυτές οι περιπτώσεις και ακολούθησε ένας έλεγχος των φακέλων και τηλεφωνική επικοινωνία με τους ασθενείς.

Mitchell J.H. et al. (1978). *Quality Review Bulletin*.

Του λόγου το αληθές αποδεικνύει μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε⁵⁹ για να συγκριθούν τα αποτελέσματα του προδρομικού και του αναδρομικού ελέγχου της φροντίδας που προσφέρθηκε σε ασθενείς με οξεία κάκωση της σπονδυλικής τους στήλης. Η έρευνα έδειξε ότι το 7,7% των περιπτώσεων ξέφυγαν την προσοχή του αναδρομικού ελέγχου, ενώ καθυστέρησε 9 ολόκληρους μήνες για να δώσει τα τελικά αποτελέσματα.

Ο συγχρονικός έλεγχος καλείται συχνά ανοικτός έλεγχος επειδή η αξιολόγηση της φροντίδας γίνεται καθώς αυτή παρέχεται στον ασθενή.

Το πλεονέκτημα αυτού του ελέγχου είναι η δυνατότητα άμεσης διορθωτικής παρέμβασης. Παραδείγματα τέτοιων εργαλείων αποτελούν οι κλίμακες: *Slater Nursing Competency Rating Scale*⁵⁴, *Commission on Administrative Services in Hospital Scale (CASH)*, *Quality Patient Care Scale*⁶⁰⁻⁶² (QUALPaCS) και *Medicus Corporation Nurses Audit*.

Η τρίτη μορφή ελέγχου είναι ο αναδρομικός έλεγχος, που καλείται και κλειστός έλεγχος και αφορά την αξιολόγηση της φροντίδας μετά την ολοκλήρωσή της. Οι τεχνικές του αναδρομικού ελέγχου είναι ο έλεγχος των φακέλων νοσηλείας και οι συνεντεύξεις των ασθενών μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

Ο αναδρομικός έλεγχος των φακέλων βασίζεται σε προσυμφωνημένα κριτήρια αξιολόγησης, που είτε ορίζονται με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία (explicit chart

αφορούν τον ασθενή και στην ίδια την ποιότητα της φροντίδας. Κάποιοι υποστηρίζουν: «ό,τι δεν καταγράφεται θεωρείται σαν να μη συνέβη ποτέ».

Ο έλεγχος αποτελεί το πιο αποδοτικό μέσο για την εκτίμηση της ποιότητας και το πρώτο βήμα για τη διασφάλιση της ποιότητας. Ο καταλυτικός του ρόλος φαίνεται και από το γεγονός ότι το Βρετανικό Υπουργείο Υγείας⁶³ ξόδεψε, στο μεσοδιάστημα 1989-1994, £220.000.000 για τον ευρύ έλεγχο των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της φροντίδας που παρείχε στους χρήστες του.

Επίλογος

Ο 21ος αιώνας προσφέρει μοναδικές ευκαιρίες στους επαγγελματίες Υγείας και κυρίως στους νοσηλευτές να δράσουν με έναν διαφορετικό, από κάθε άλλη φορά, τρόπο.

Αυτές οι αλλαγές, σε μεγάλο βαθμό, ανάγκασαν τα κράτη να μεταρρυθμίσουν τα συστήματά τους, ώστε να αντιμετωπίσουν το αυξανόμενο κόστος, τις συνεχώς αυξανόμενες προσδοκίες των καταναλωτών υπηρεσιών Υγείας και τις δημογραφικές αλλαγές.

Πολλά από τα κράτη-μέλη του Ο.Ο.Σ.Α. οδεύουν προς την αλλαγή της νομοθεσίας, προκειμένου να υποδεχθούν τα νέα δεδομένα που επιφέρουν οι μεταρρυθμίσεις, ειδικά σε ό,τι αφορά τη διασφάλιση της

ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, που αποτελεί μονόδρομο σε μια προσπάθεια αναβάθμισής της και συνεχούς βελτίωσής της.

Ακολουθούν κάποιοι βασικοί ορισμοί για την ποιότητα, όπως τους διατυπώνει η JCAHO.

Γλωσσάρι

Αξιολόγηση της ποιότητας (Quality evaluation)

Η διαδικασία προσδιορισμού του κατά πόσο επιτεύχθηκαν οι σκοποί ή οι αντικειμενικοί στόχοι της φροντίδας.

Διαπίστευση (Accreditation)

Είναι η επίσημη διαβεβαίωση από μία Αρχή (που είναι πιστοποιημένη) ότι ένα ίδρυμα ή ένας Οργανισμός εκπληρώνει τα προκαθορισμένα πρότυπα ποιότητας της Αρχής αυτής.

Διασφάλιση της ποιότητας (Quality assurance)

Η διασφάλιση της ποιότητας είναι ένας ολόκληρος μηχανισμός που περιλαμβάνει την εκτίμηση (μέτρηση) του τρέχοντος επιπέδου της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και τις προσπάθειες που καταβάλλονται — όπου κρίνεται αναγκαίο — για την αλλαγή αυτού του επιπέδου, υπό το φως και την καθοδήγηση των αποτελεσμάτων της διαδικασίας εκτίμησης (μέτρησης).

Εκτίμηση της ποιότητας (Quality assessment)

Είναι η συστηματική συλλογή και ανασκόπηση των δεδομένων του ασθενούς.

Κλινικός έλεγχος (Clinical audit)

Μια συστηματική, κριτική ανάλυση της ποιότητας της κλινικής φροντίδας, που περιλαμβάνει τις διαδικασίες που χρησιμοποιήθηκαν για τη διάγνωση και τη θεραπεία, τη χρήση των πόρων και το αποτέλεσμα της φροντίδας για τον ασθενή.

Κριτήριο (Criterion)

Αποτελεί την ερμηνευτική ανάλυση των προτύπων για την επίτευξη της επιθυμητής απόδοσης. Με τη βοήθεια των κριτηρίων είναι εφικτή η εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας.

Κριτήρια έκβασης (Outcomes criteria)

Περιγράφουν το επιθυμητό αποτέλεσμα της φροντίδας όπως αυτό εκφράζεται από τη συμπεριφορά του

ασθενούς, το επίπεδο της γνώσης του και το επίπεδο της υγείας του.

Νοσηλευτική διαδικασία (Nursing process)

Αποτελείται από 4 φάσεις:

– Εκτίμηση: η συλλογή και ερμηνεία των δεδομένων και η αναγνώριση των προβλημάτων του ασθενούς.

– Σχεδιασμός: ο προσδιορισμός των προτεραιοτήτων, των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων και των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

– Εφαρμογή: η παροχή της φροντίδας μέσω των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

– Αξιολόγηση: μία συνεχής δραστηριότητα που συγκρίνει τα τρέχοντα αποτελέσματα της φροντίδας με τα προσδοκώμενα, με απώτερο στόχο την παροχή της κατάλληλης φροντίδας.

Νοσηλευτικός έλεγχος (Nursing audit)

Μια έντυπη και λεπτομερής συστηματική ανασκόπηση των νοσηλευτικών φακέλων, με στόχο την αξιολόγηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.

Παρακολούθηση της ποιότητας (Quality monitoring)

Η εν εξελίξει μέτρηση μιας πληθώρας δεικτών ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, με στόχο τη διαπίστωση πιθανών προβλημάτων.

Πρότυπα έκβασης (Outcome standards)

Προσδιορίζουν την προσδοκώμενη αλλαγή στο επίπεδο υγείας του ασθενούς που δέχεται τη νοσηλευτική φροντίδα.

Πρότυπα ποιότητας (Quality standards)

Είναι ο έγκυρος τρόπος ορισμού της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας, από τον οποίο προκύπτουν τα κριτήρια για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Ποιότητα της φροντίδας (Quality of care)

Είναι ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες φροντίδας Υγείας που παρέχονται σε άτομα και πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων, με βάση την τρέχουσα γνώση.

Οι διαστάσεις της ποιοτικής φροντίδας είναι: η ασφάλεια του περιβάλλοντος στο οποίο παρέχεται η φροντίδα, η προσβασιμότητα, η καταλληλότητα, η συνέχεια, η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα της φροντίδας

και η έγκαιρη παροχή της.

Ο Α. Donabedian ορίζει την ποιότητα ως τον «βαθμό τελειότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας Υγείας».

**Συνεχής βελτίωση της ποιότητας
(Continuous quality improvement)**

Συνίσταται στα ακόλουθα 3 συστατικά στοιχεία:

– Στην προσπάθεια να γνωρίσουμε τον ασθενή σε βάθος και να συνδέσουμε αυτή τη γνώση – μέρα με τη μέρα – με τις δραστηριότητες του Οργανισμού.

– Στη διαμόρφωση της κουλτούρας του Οργανισμού, μέσω της προσπάθειας των προϊσταμένων να εδραιώσουν τη διεπαγγελματική συνεργασία και την επιστημονική σκέψη.

– Στη συνεχή προσπάθεια αύξησης της γνώσης η οποία χρειάζεται για τον έλεγχο των διαδικασιών, με τη βοήθεια μεθόδων συλλογής δεδομένων και ανάλυσής τους.

Όταν και οι τρεις προσπάθειες αναπτύσσονται συγχρόνως σε έναν Οργανισμό, προωθείται η συνεχής βελτίωση.

Βιβλιογραφία

1. Nightingale F. Notes of Nursing: What it is and what it is not. Churchill Livingstone, Edinburgh 1980.
2. Alcott LM. Hospital Sketches. Ed. Bessie Z. Jones. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press 1960.
3. Stewart I. Possibilities of Standardization of Nursing Techniques. Modern Hospital 1919, 12(6): 451-4.
4. Wald L. Report of the Joint Committee appointed for consideration of the standardization of Visiting Nurses. American Journal of Nursing 1912, 12: 894-97.
5. Groves EW. A Plea for Uniform Registration of Operation Results. British Journal of Medicine 1908, 2: 1008-1009.
6. Godman E. The product of a Hospital. Surgical Gynecology and Obstetrics 1914: 491-494.
7. Mary AB. Nurses, Patients and Pocketbooks. Committee on the Grading at Nursing Schools, New York 1928.
8. Deming WE. Out of the crisis. pp: 49-52. Cambridge, Mass. MIT Press. 1986.
9. Reiter F & Kakosh M. Quality of nursing care: a report of a field study to establish criteria 1950-1953. New York Medical College 1963.
10. Sale D. Quality assurance for nurses and other members of the Health care team. Macmillan Press LTD. London 1996.
11. Abdallah F. Effects of Nursing Staffing on Satisfactions with Nursing Care. American Hospital Association Monograph 1958.
12. National Committee for Quality Assurance. An overview: NCQA timeline. Available from URL: <http://www.ncqa.org/Pages/Main/overview3.htm>.
13. National Committee for Quality Assurance, HEDIS 1999 reporting set measures by domain. Available from URL: <http://www.ncqa.org/Pages/communications/news/h99meas.htm>.
14. American Nurses Association. Nursing quality indicators: definitions and implications. Washington, DC: American Nurses Publishing 1996.
15. American Nurses Association. Nursing Report Card for Acute Care Settings. Fairfax, VA: Lewin-VHI. Inc: 1995a.
16. Foundation for Accountability FACCT mission. Available from URL: <http://www.facct.org/about/mission.html>.
17. Taylor AG & Hausman GM. Meaning and measurement of quality nursing care. Applied Nursing Research 1988, 1 (2): 84-88.
18. Van Maanen HM. Improvement in quality of nursing care: a multinational perspective. In: Measuring the Quality of Care (Recent Advances in Nursing 10) (Willis L. D. & Linwood M. E. eds), Churchill Livingstone, New York 1981: pp. 3-42.
19. Redfern SJ & Norman IJ. Measuring the quality of nursing care: a consideration of different approaches. Journal of Advanced Nursing 1990, 15: 1260-1271.
20. Lang NM. Issues in quality assurance in nursing. In: Issues in Evaluation Research. American Nurses' Association, Kansas City 1976: pp. 45-46.
21. Koch T. A review of nursing quality assurance. Journal of Advanced Nursing 1992, 17: 785-794.
22. Masso M. The quality assurance dilemma. The Australian Journal of Advanced Nursing 1989, 7 (1): 12-22.
23. Altschul A. How far should further education go? Nursing Mirror 7 July 1982: 29-30.
24. Carpenito LJ. A lifetime commitment. Nursing Times 1991, 87 (48): 53-55.
25. Boss LA. Teaching for clinical competence. Nurse Educator 1985, 10 (4): 8-12.
26. Royal College of Nursing. Standards of Nursing Care. London 1980.
27. Royal College of Nursing. Towards Standards. 1981.

28. Nightingale F. Notes on Nursing: What it is and what it is not. New York: D. Appleton 1860: 12-48.
29. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volume 1: The Definition of Quality Assurance and Approaches to its Measurement. Health Administration Press, Ann Arbor 1980.
30. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? Journal of the American Medical Association 1988, 260(12): 1743-1748.
31. Hodges L et al. Measuring quality: A systematic integrative approach. In J. McCloskey & H. Grace (Eds) Current issues in nursing. (4th edition). St Louis: Mosby 1994.
32. Goldstone L. A very pe'QA'liar practice. Nursing Times 1991, 87(20): 41-43.
33. Jennings BM. Patient outcomes research: seizing the opportunity. Advances in Nursing Science 1991, 14 (2): 59-72.
34. Victor C & Vetter NJ. Measuring outcome after discharge from hospital for elderly - a conceptual and empirical investigation. Archives of Gerontology and Geriatrics 1989, 8: 87-94.
35. Townsend J et al. Reduction in hospital readmission stay of elderly by a community based hospital discharge scheme: a randomized controlled trial. British Medical Journal 1988, 297: 544-547.
36. Thomas LH & Bond S. Outcomes of nursing care: the case of primary nursing. International Journal of Nursing Studies 1991, 28 (4): 291-314.
37. Clarke A. Are readmissions avoidable? British Medical Journal 1990, 301: 1136-1138.
38. Marek KD. Measuring the effectiveness of nursing care. Outcomes Management of Nursing Practice 1997, 1 (1): 8-12.
39. Martin KS. Nursing and patient care processes: nursing care outcomes measurement. In Organizations JCAHO: Nursing practice and outcomes measurement. Oakbrook Terrace, IL: The Commission 1997: p. 17-34.
40. Wyszewianski L. The emphasis on measurement in quality assurance: Reasons and implication. Inquiry 1988, 25: 424-436.
41. Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in Health care. New England Journal of Medicine 1989, 320: 53-56.
42. Laffel G et al. The case of using industrial quality management science in Health care organizations. JAMA 1989, 262: 2869-2873.
43. Gottlieb LK et al. Clinical practice guidelines at an HMO: development and implementation in a quality improvement model. QRB 1990, 16: 80-86.
44. Kritchevsky SB et al. Continuous quality improvement: concepts and applications for physician care. JAMA 1991, 266: 1817-1823.
45. Eskildson L et al. Lessons from industry: revising organizational structure to improve Health care quality assurance. QRB 1991, 17: 38-41.
46. Starr P. The social transformation of American medicine. Basic Books, New York 1982.
47. Wilson FC. Credentialing in Medicine. The Annals of Thoracic Surgery 1993, 55 (5): 1345-1348.
48. Airan MC., Ko ST. Effectiveness of strict credentialing and proctoring guidelines on outcomes of laparoscopic cholecystectomy in a community hospital. Surgical Endoscopy 1994, 8: 396.
49. Silber JH et al. Hospital and patient characteristics associated with death after surgery. Medical Care 1992, 30: 615.
50. Hartz AJ et al. Hospital characteristics and mortality rates. New England Journal of Medicine 1989, 321: 1720.
51. Luft HS et al. Hospital volume, physician volume and patient outcomes: assessing the evidence. Health Administration Press, Ann Arbor, MI 1990.
52. Norton EC et al. The effect of hospital volume on the inhospital complication rate in knee replacement patients. Health Services Research 1998, 33 (5): 1191-1210.
53. Sloan FA et al. Hospital credentialing and quality of care. Social Science and Medicine 2000, 50: 77-88.
54. Slater D. The Slater Nursing Competencies Rating Scale. Detroit, Mich: Wayne State University College of Nursing 1967.
55. Wandelt MA & Ager JW. Quality Patient Care Scale. Appleton-Century-Crofts, New York 1974.
56. Phaneuf M. The Nursing Audit. Self-Regulation in Nursing Practice. Appleton-Century-Crofts, New York 1976.
57. Phaneuf MC. The Nursing Audit: Profile for Excellence. Appleton-Century-Crofts, New York 1972.
58. Hirschhorn N. Quality Assurance for a small Planet. The Journal of Ambulatory Care Management 1981, 17 (5): 17-21.
59. Samuel B, Webb Jr, Bracken MB, Franklin C, Wagner Jr. Retrospective versus Prospective Audit: A trial of two methods. The Hospital Medical Staff Jan. 1978: 13-17.
60. Royal College of Nursing Quality Patient Care: The Dynamic Standard Setting System. Scutari, Harrow, Middlesex 1990.
61. Wainwright P & Burnip S. Qualpacs at Burford. Nursing Times 2 Feb. (1983a): 36-38.
62. Wainwright P. & Burnip S. (1983b). Qualpacs: the second visit. Nursing Times 17 Aug. 26-27.
63. Department of Health and Social Security. NHS Management Inquiry. London: HMSO 1983.

Υποβλήθηκε για δημοσίευση 29/9/2000