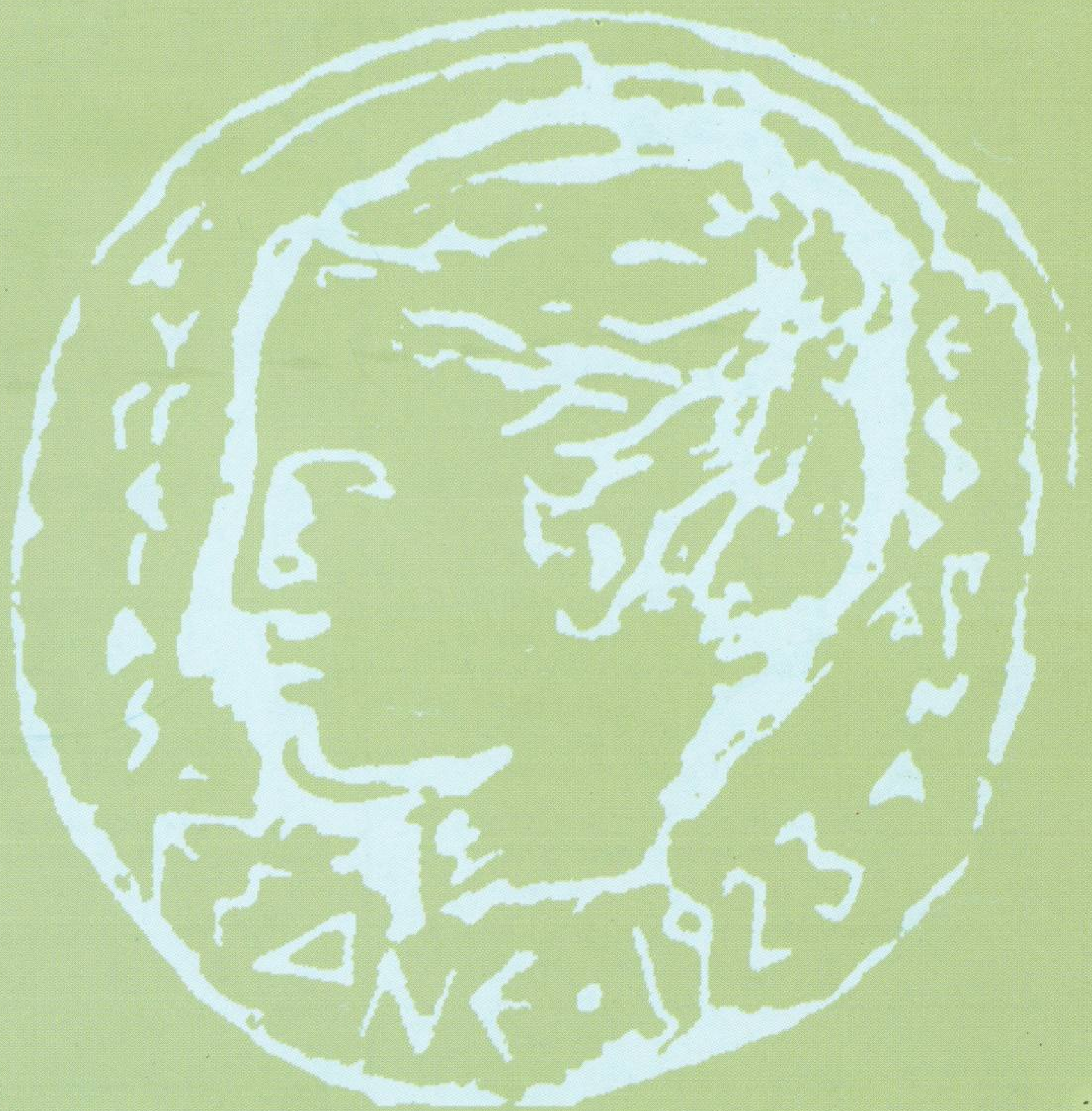


ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τόμος 37 - Τεύχος 4 - Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1998



NOSILEFTIKI

QUARTERLY PUBLICATION OF THE
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION

Vol 37 - No 4 - October - December 1998

ISSN 1105-6843



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Από τη Σύνταξη <i>A. Παπαδαντωνάκη</i>	291
2. α) Αποκαλυπτήρια προτομής Αθηνάς Μεσολορά <i>Σ. Παπαμικρούλη</i>	293
β) Χαιρετισμός του Δημάρχου Δημήτρη Αβραμόπουλου στην τελετή Αποκαλυπτηρίων της Προτομής Αθηνάς Μεσολορά	296
3. Νοσηλευτική προσέγγιση υπέρτασικών αρρώστων στη συμμόρφωση με τη φαρμακοθεραπεία τους <i>M. Σαουνάτσου, Ουρ. Πασι</i>	298
4. Η ινσουλινοθεραπεία και ο ρόλος των νοσηλευτών <i>Χρ. Β. Λεμονίδου</i>	306
5. Κλίμακες μέτρησης κλινικού πόνου στον καρκίνο. Νοσηλευτική προσέγγιση <i>Ελ. Πατηράκη-Κουρμπάνη</i>	316
6. Συνθήσερα προβλήματα που δημιουργεί ο καρκίνος και η θεραπεία στα παιδιά και ο τρόπος αντιμετώπισής τους <i>Ε. Κυρίτσι</i>	327
7. Οι βλαπτικές αντιδράσεις της κατανάλωσης αλκοόλ στην εγκυμοσύνη <i>Βασ. Μάτζιου</i>	332
8. Συχνότητα καπνίσματος και καπνιστικές συνήθειες σε σχέση με την κατανάλωση αλκοόλ των Νοσηλευτών που υπηρετούν σε υγειονομικές Μονάδες της Αττικής <i>Φ. Μπαμπάτσικου, Ε. Κυρίτσι, Β. Γκαραγκούνη, Δ. Κατσαρέλη, Π. Μουρίκη, Ε. Χαλίκια</i>	337
9. Διερεύνηση του burn out των Νοσηλευτών μέσα από το νοσηλευτικό θεωρητικό μοντέλο της Betty Newman <i>Π. Δημητρίου</i>	347
10. «Αξιολόγηση των προσεγγίσεων διασφάλισης της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας στη βάση συστημάτων μέτρησης της ποιότητας <i>Δ. Παπαγεωργίου</i>	353
11. Προφίλ και δημόσια εικόνα του νοσηλευτικού επαγγέλματος: Ελληνική και Διεθνής πραγματικότητα <i>Ε. Πατιστέα</i>	361
12. Ροχαλιτό: Ενοχλητική συνήθεια ή επικίνδυνη αναπνευστική διαταραχή; <i>Μ. Φρούντα, Μ. Βαγιανάκης</i>	371
13. Εξερεύνηση της έννοιας της αντανάκλασης (reflection) στη νοσηλευτική πράξη. Πλεονεκτήματα και κριτικές <i>Δ. Μαστρογιάννης</i>	380
14. Μαρία Ν. Βουλγαράκη	386
15. Οδηγίες για τους συγγραφείς	387

CONTENTS

1. Editorial <i>A. Papadantonaki</i>	291
2. α) Unveiling of Athena Mesolora Bust <i>S. Papamikrouli</i>	293
β) Adress of the Mayor of Athens Dimitris Avramopoulos at the seremony of the Unveiling <i>Athena Mesolora</i>	296
3. Nursing Process to the hypertensive patients compliance with therapeutic regimen <i>M. Sounatsou. Our. Patsi</i>	298
4. Insulinotherapy and the nurses' role <i>Chr. B. Lemonidou</i>	306
5. Cancer pain measurement instruments. A nursing approach <i>E. Patiraki-Kurmpani</i>	316
6. Common problems in children who are affected by cancer and ways of approaching them. <i>E. Kyritsi</i>	327
7. Harmful effects of the consumption of alcohol in pregnancy <i>V. Matziou</i>	332
8. The frequency of smoking nurses who work in health services in Attica related to the consumption of alcohol <i>F. Babatsikou, E. Kyritsi, V. Karagouni, D. Katsareli, P. Mouriki, E. Chalikia</i>	337
9. Exploration of nurses' burn out by using the Betty Newman Systems model <i>P. Dimitriou</i>	347
10. Evaluation of approaches to assuring quality nursing care on the base of quality measurement tools <i>D. Papageorgiou</i>	353
11. Puplic image of the nursing profession: The Greek and international reality <i>E. Patistea</i>	361
12. Snoring: Bothering habit or dangerous respiratory disorder? <i>M. Frounda, M. Vagianakis</i>	371
13. An exploration of the concept of refelction in nursing. Advantages and criticisms <i>D. Mastrogiannis</i>	380
14. Mary N. Voulgaraki	386
15. Instruction to authors	387

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΩΝ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗ ΒΑΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Δημήτρης Παπαγεωργίου

Μεταπτυχιακός Φοιτητής Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Ουαλίας
Νοσηλεύτης ΜΕΘ, ΠΓΝΑ

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ. *Αξιολόγηση των προσεγγίσεων διασφάλισης της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας στη βάση συστημάτων μέτρησης της ποιότητας. Η ποιότητα, ο έλεγχος και η θεσμοθέτηση δεδομένων και κριτηρίων ποιοτικής φροντίδας αποτελούν κρίσιμα ζητήματα στην καθημερινή νοσηλευτική μα και ευρύτερα στο χώρο της υγείας. Σημαντικός χρόνος, ενέργεια και παροχές έχουν καταναλωθεί μέχρι σήμερα για τη διαμόρφωση και εφαρμογή ενός εύρους διαφορετικών συστημάτων μέτρησης και ελέγχου της ποιότητας κυρίως στην Αγγλία και την Αμερική - συστήματα όμως που δεν έχουν υιοθετηθεί ακόμη στη χώρα μας. Το άρθρο αυτό αποσκοπεί στην παρουσίαση δύο τέτοιων συστημάτων, του Monitor και του Record Audit, καθώς και των συμπερασμάτων στα οποία κατέληξαν διάφοροι ερευνητές όσον αφορά τη δυνατότητα εφαρμογής των συστημάτων αυτών στην καθημερινή νοσηλευτική πρακτική όπως και στην προαγωγή ποιοτικής φροντίδας των ασθενών. Καταλήγοντας θα γίνει μία σύγκριση των δύο συστημάτων σε μία προσπάθεια ανεύρεσης του καλύτερου δυνατού συστήματος μέτρησης της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας. **Νοσηλευτική 4: 353-360, 1998.***

Λέξεις ευρετηριασμού: *Quality assurance, nursing care, measurement tools*

Εισαγωγή

Η φροντίδα της υγείας των ασθενών χαρακτηρίζεται καθημερινά από ποικίλες αλλαγές και μεταβολές σαν αποτέλεσμα μίας συνεχούς πίεσης και έντονου ενδιαφέροντος για την απαρχή μίας περισσότερο ποιοτικής αξιολόγησής της. Αναγνωρίζοντας, λοιπόν, οι επαγγελματίες υγείας την αναγκαιότητα μέτρησης της ποιότητας της

φροντίδας που παρέχουν, έχουν υιοθετήσει ένα εύρος διαφορετικών προσεγγίσεων και ποιοτικών συστημάτων μέτρησης. Έχει μάλιστα υποστηριχθεί ότι ο έλεγχος και η αξιολόγηση της φροντίδας των ασθενών συμπίπτουν με τη διαδικασία που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της ποιότητας της φροντίδας αυτής¹.

Επιπρόσθετα έχουν διαμορφωθεί προϋποθέσεις για τη μέτρηση της ποιότητας. Κατά τη

Sale², τρεις τέτοιες προϋποθέσεις είναι: η συνεργασία των διαφόρων επαγγελματιών υγείας στον προσδιορισμό μίας κοινής φιλοσοφίας φροντίδας των ασθενών, οι σκοποί της μέτρησης οι οποίοι πρέπει κάθε φορά να επιτυγχάνονται, καθώς και κάποια συγκεκριμένα δεδομένα και κριτήρια ποιότητας στη βάση των οποίων θα είναι δυνατός ο έλεγχος και η αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας.

Η νοσηλευτική, όπως και άλλα επαγγέλματα υγείας, έχει σε μεγάλο βαθμό ενδιαφερθεί και απασχοληθεί με ζητήματα σχετικά με τη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας των ασθενών. Έχει επίσης χρησιμοποιήσει ποικίλες ερευνητικές τεχνικές και προσεγγίσεις (π.χ. Qualpacks, Critical Paths, RushMedicus, Monitor, Nursing Audit) προκειμένου να ελέγξει το κατά πόσον διασφαλίζεται η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας σε οποιοδήποτε κλινικό περιβάλλον κι αν προσφέρεται.

Λαμβάνοντας κάποιος υπόψιν το ολοένα αυξανόμενο χρονικό διάστημα, ερευνητικές προσπάθειες και κρατικές παροχές που θυσιάζονται στον αγώνα για ποιοτική διασφάλιση της φροντίδας των ασθενών, ερωτήσεις σχετικά με το πως τα συστήματα μέτρησης της ποιότητας εφαρμόζονται στην πράξη και με ποιο αποτέλεσμα για την φροντίδα των ασθενών διαρκώς προκύπτουν. Τέτοιου είδους ερωτήσεις αποτέλεσαν και το έναυσμα για τη μελέτη που θα περιγραφεί στη συνέχεια. Αντικείμενό της είναι η αξιολόγηση της εφαρμογής δύο ποιοτικών συστημάτων μέτρησης, του Monitor και του Record Audit, επικεντρώνοντας περισσότερο την προσοχή στο πως τα συστήματα αυτά εφαρμόζονται στην πράξη από τη σκοπιά των νοσηλευτών –πρακτικών και ερευνητών– μέσα από δικές τους εμπειρίες και στο ποιο σύστημα είναι περισσότερο αποτελεσματικό σαν μέσο βελτίωσης της φροντίδας του ασθενή. Θα έπρεπε ίσως σε αυτό το σημείο να επισημανθεί η σημασία της έννοιας «σύστημα ποιότητας» όπως αυτή έχει χρησιμοποιηθεί εις κόρον στη μελέτη αυτή. Η έννοια λοιπόν αυτή αναφέρεται σε οποιαδήποτε προσέγγιση ή σύστημα έχει εφευρεθεί και εφαρμοστεί για την αξιολόγηση της ποιότητας.

Monitor

Το Monitor (=Παρακολούθηση αποτελεί την υιοθέτηση από τον Goldstone και τους συνεργάτες του³ του αμερικάνικου συστήματος Rush - Medicus και την εφαρμογή του στη Μεγάλη Βρετανία.

Το σύστημα αυτό απαιτεί από εξωτερικούς εκτιμητές την απόδοση απλών απαντήσεων της μορφής «ναι ή όχι» σε ερωτήσεις σχετιζόμενες με την παρουσία ή μη ποιοτικών διαστάσεων της φροντίδας. Αποτελείται από ένα ερωτηματολόγιο σχετικό με το κλινικό περιβάλλον στο οποίο εφαρμόζεται και από τέσσερα ερωτηματολόγια ασθενών, καθένα από τα οποία έχει να κάνει με συγκεκριμένο επίπεδο εξάρτησης των ασθενών σύμφωνα με το αν ο κάθε ασθενής χρειάζεται ελάχιστη, μερική, αρκετή ή υπερβολική σε βαθμό νοσηλευτική φροντίδα. Τα επιμέρους τμήματα του κάθε ερωτηματολογίου περιλαμβάνουν το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας, την ικανοποίηση φυσικών (όπως διαίτολογίου και υγιεινής) και μη φυσικών (όπως πληροφόρησης και εμπιστευτικότητας) αναγκών του ασθενή, και την αξιολόγηση της φροντίδας αυτής. Πριν από τη συλλογή των πληροφοριών, ένας ειδικά εκπαιδευμένος νοσηλευτής-παρατηρητής κατηγοριοποιεί τους ασθενείς στα διάφορα επίπεδα εξάρτησης επιλέγοντας είτε τρεις ασθενείς για κάθε επίπεδο είτε και όλους τους ασθενείς της εκάστοτε μονάδας ή κλινικής ενός νοσοκομείου. Οι μέθοδοι συλλογής πληροφοριών είναι οι συνεντεύξεις με τους ασθενείς ή η παρακολούθηση αυτών, η μαγνητοφώνηση, η βιντεοσκόπηση, η παρακολούθηση του γενικότερου κλινικού περιβάλλοντος και η υποβολή ερωτήσεων στο νοσηλευτικό προσωπικό. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται κατά τέτοιο τρόπο ώστε το τελικό αποτέλεσμα να είναι ο μέσος όρος των ερωτήσεων στις οποίες δόθηκε η απάντηση «ναι» στο σύνολο των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Έτσι, όσο πιο κοντά στο 100% τόσο ποιοτικότερη και η παρεχόμενη φροντίδα. Το τελικό στάδιο της όλης διαδικασίας είναι η συζήτηση των αποτελεσμάτων του συστήματος αυτού με την προϊσταμένη, διευθύνουσα και διευθυντή του τμήματος προκειμένου να δια-

μορφωθεί ένα πλάνο για τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών^{2,4,5,6,7}.

Όπως χαρακτηριστικά υποστηρίζανε οι Illsley και Goldstone⁸, το Monitor δεν ενδιαφέρεται για το κατά πόσον καλά ή μη εργάζεται το άτομο-νοσηλευτής αλλά για τις προσπάθειες όλων των νοσηλευτών μαζί για την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών τους.

Σύμφωνα πάλι με την Kitson⁹, μας παρακολουθεί για ποικίλους καθοριστικούς παράγοντες διασφάλισης της ποιότητας όπως είναι τα επίπεδα ικανοποίησης και των ασθενών και των νοσηλευτών, η αποτελεσματικότητα της φροντίδας και η αποδοτικότητα των νοσηλευτικών ενεργειών και γνώσεων. Για αυτό ακριβώς θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σαν μέσο μέτρησης της αποτελεσματικότητας της νοσηλευτικής φροντίδας ή επίσης και για τη σύγκριση της ποιότητας που παρέχεται σε ένα τμήμα ενός νοσοκομείου σε σχέση με κάποια άλλα².

Είναι ένα χρήσιμο σύστημα και για ένα άλλο λόγο, για το ότι εστιάζει την προσοχή των νοσηλευτών στις σημαντικές πλευρές της φροντίδας και έτσι μπορεί σε μεγάλο βαθμό να επηρεάσει τη νοσηλευτική εκπαίδευση, πρακτική και έρευνα¹⁰.

Ο Harvey¹¹ χαρακτήρισε το Monitor σαν ένα φορέα αλλαγής από τη στιγμή που τροφοδοτεί διαρκώς το νοσηλευτικό προσωπικό με πληροφορίες σχετικές με την παρεχόμενη φροντίδα. Αυτό σημαίνει ότι υποδεικνύει στους νοσηλευτές τα δυνατά και αδύνατα σημεία της φροντίδας καθώς και εκείνες τις πλευρές της όπου κάποιες απαραίτητες βελτιώσεις πρέπει να επιτευχθούν¹².

Από την άλλη πλευρά, έχει υποστηριχθεί ότι ακόμη κι αν το σύστημα αυτό δεν μπορεί από μόνο του να αλλάξει τη νοσηλευτική φροντίδα καθώς αυτό είναι αποκλειστικό καθήκον των νοσηλευτών σε συνεργασία με τους προϊσταμένους και διευθυντές τους, εντούτοις υποδεικνύοντας το βαθμό ποιοτικής διάστασης της φροντίδας μπορεί να προάγει την αλλαγή⁸.

Ο Goldstone¹³ υπογράμμισε την πρακτική αξία του Monitor αναφέροντας ότι αποτελεί ένα βαθμό της νοσηλευτικής προς την σωστή κατεύθυνση για την επίτευξη της βελτίωσής της. Είναι φανερό, λοιπόν, ότι το σύστημα αυτό αντιμετωπί-

στηκε από πολλούς σαν ένα εργαλείο για τον μελλοντικό σχεδιασμό και εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας έτσι ώστε κάποια μέρα η φροντίδα αυτή να χαρακτηριστεί ως υψηλής ποιότητας υπηρεσία του ασθενή.

Εκτός όμως από τα τόσα πλεονεκτήματα, έχουν επισημανθεί και ορισμένα μειονεκτήματα εφαρμογής του εν λόγω συστήματος. Για παράδειγμα, η Sale² υποστήριξε ότι τα κριτήρια-ερωτήματα που ερευνώνται είναι προσχεδιασμένα χωρίς να διαμορφώνονται κατά τη διάρκεια της μέτρησης από το προσωπικό ή τους ασθενείς που μελετώνται επηρεάζοντας έτσι την αξιοπιστία της παρατήρησης. Υπάρχουν επίσης και προβλήματα παροχών του κόστους εφαρμογής καθώς απαιτούνται ποικίλα αντίγραφα των ερωτηματολογίων και μέθοδοι συλλογής πληροφοριών όπως και μία ομάδα εκπαιδευμένων εκτιμητών-απαντητών των ερωτηματολογίων αυτών².

Στη μελέτη του Tomalin κ.ά.¹⁴ σκοπός της οποίας ήταν η εξέταση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας τριών συστημάτων ποιοτικής διασφάλισης ένα εκ των οποίων ήταν και το Monitor, προκύψανε πρακτικές δυσκολίες εφαρμογής του συστήματος αυτού που είχαν να κάνουν με τη δομή (π.χ. διαμόρφωση των ερωτήσεων), με τη συλλογή των δεδομένων (π.χ. ανεπαρκές χρονικό διάστημα για την παρατήρηση) καθώς και με την διατάραξη της καθημερινής ρουτίνας του προσωπικού κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων με τους ασθενείς ή τους νοσηλευτές.

Τέλος, ένα επιπρόσθετο μειονέκτημα είναι το γεγονός ότι η εφαρμογή του είναι αρκετά χρονοβόρα, ιδιαίτερα στη βαθμολόγηση των ερωτηματολογίων⁵.

Record Audit

Το δεύτερο σύστημα που θα μας απασχολήσει είναι το Record Audit το οποίο διαμορφώθηκε από την Planeuf¹⁵, γνωστό και σαν Nursing Audit (= Νοσηλευτικός Έλεγχος). Η Dunne¹⁵ το περιέγραψε σαν μία αναδρομική εκτίμηση της νοσηλευτικής διαδικασίας βασισμένη σε ερωτηματολόγια που συμπληρώνουν οι ασθενείς από τη στιγμή της εισόδου τους σε ένα νοσοκομείο ως τη στιγμή του εξιτηρίου τους.

Αν και ο Donabedian¹⁶ μίλησε ευνοϊκά για το σύστημα αυτό, η Planeuf¹⁵ δεν ακολούθησε το διαχωρισμό των κριτηρίων ποιότητας του Donabedian¹⁷ σε δομικά, διαδικαστικά και του αποτελέσματος, αλλά προτίμησε να επικεντρωθεί στη διαδικασία της νοσηλευτικής φροντίδας.

Στο Nursing Audit ένας εκπαιδευμένος νοσηλευτής-ερευνητής ελέγχει την παρουσία ή μη πενήντα διαφορετικών κριτηρίων ποιότητας τα οποία κατηγοριοποιούνται σε επτά ομάδες. Αυτές είναι: η εκτέλεση των ιατρικών οδηγιών, η παρατήρηση των συμπτωμάτων των ασθενών όπως και ο συμμερισμός των απόψεών τους, η επίβλεψη όχι μόνο των ασθενών αλλά και του νοσηλευτικού προσωπικού, η εκτέλεση των νοσηλευτικών διαδικασιών και τεχνικών καθώς και η προαγωγή της σωματικής και ψυχικής υγείας των ασθενών. Τρία κύρια στάδια του συστήματος αυτού θα μπορούσαμε να προσδιορίσουμε. Το πρώτο ασχολείται με το γενικότερο περιβάλλον παροχής της φροντίδας γι' αυτό και η διεκπεραίωση του τμήματος αυτού είναι δυνατή και από ένα διοικητικό υπάλληλο μιας και δεν απαιτείται κάποια εξειδικευμένη νοσηλευτική εμπειρία ή γνώση. Το δεύτερο στάδιο αποτελεί την ουσιαστική αξιολόγηση των πενήντα κριτηρίων ποιότητας τα οποία έχοντας διαμορφωθεί σε ερωτήσεις απαιτούν απαντήσεις της μορφής ναι / όχι / δεν είμαι σίγουρος οι οποίες βαθμολογούνται και ανάλογα. Το τρίτο και τελευταίο στάδιο είναι η βαθμολόγηση των κριτηρίων από μία επιτροπή ελέγχου αποτελούμενη από πέντε τουλάχιστον τεχνικά ικανούς νοσηλευτές. Έτσι η τελική βαθμολογία βρίσκεται προσθέτοντας τους βαθμούς της καθεμίας ληφθείσας απάντησης έτσι ώστε η νοσηλευτική φροντίδα να κρίνεται εν τέλει στη βάση πέντε χαρακτηρισμών ποιότητας: καθόλου (0-40), ελάχιστη (41-80), μέτρια (81-120), καλή (121-160) και υψηλή (161-200)^{2,5,18}.

Όπως υπέδειξαν οι Adam και Osborne⁷, το σύστημα αυτό αξιολογεί την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών όπως αυτή έχει καταγραφεί από τους ίδιους προκαλώντας έτσι δυσπιστία σε αρκετούς να πιστέψουν πως ό,τι έχει γραφεί αντικατοπτρίζει και την πραγματικότητα. Γι' αυτό και η εφαρμογή του είναι δυνατή μόνο στις περιπτώ-

σεις όπου μία συστηματική προσέγγιση της φροντίδας των ασθενών χρησιμοποιείται, γεγονός που δεν εφαρμόζεται εύκολα στην Ελλάδα μιας και υπάρχει διχογνωμία σε αρκετά ζητήματα που αφορούν τον τρόπο παροχής της φροντίδας. Ένα άλλο μειονέκτημα είναι και η αναδρομική φύση του συστήματος αυτού μιας και η αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας γίνεται αφού οι ασθενείς έχουν φύγει από το νοσοκομείο⁷.

Κατά την άποψη πάλι των Sparrow και Robinson¹⁹, αρκετά κριτήρια συμπίπτουν μεταξύ τους δυσκολεύοντας έτσι την κατανόησή τους ενώ παράλληλα το σύστημα είναι προσανατολισμένο κυρίως προς την αρρώστια του ασθενή και όχι προς τα προβλήματα που εμφανίζονται στη σχέση νοσηλευτή-ασθενή. Επίσης, πρόκειται για αρκετά χρονοβόρο σύστημα το οποίο μάλιστα απαιτεί συγκεκριμένες ικανότητες και γνώσεις από πλευράς των νοσηλευτών-ελεγκτών της ποιότητας².

Εντούτοις, τα μειονεκτήματα που εμφανίζει το Nursing Audit φαίνεται να εξισορροπούνται από κάποια πλεονεκτήματα που ακολούθως θα αναπτυχθούν.

Σύμφωνα με τον Wandelt²⁰, η αξία του συστήματος αυτού είναι ότι:

«καθοδηγεί τους χρήστες του... σε συγκεκριμένη βελτίωση της πρακτικής τους και σε μία διαρκώς αυξανόμενη κατανόηση τόσο από τους ίδιους τους νοσηλευτές όσο και από τους συνεργάτες τους στο χώρο της υγείας των απαραίτητων συστατικών στοιχείων μίας ποιοτικής φροντίδας του ασθενή ώστε μια βελτιωμένη εικόνα του συστήματος υγείας να γίνει πια πραγματικότητα» (σελ. 1484).

Πρόκειται στην ουσία για μία εύχρηστη και οικονομική μέθοδο μέτρησης¹⁸, ενώ παράλληλα είναι χρήσιμη επειδή είναι απλή, κατανοητή και τα αποτελέσματά της προκύπτουν σε αρκετά χρονικό διάστημα⁵. Κατά τη Sale² μάλιστα είναι εφαρμόσιμη σε όλες τις ειδικότητες της νοσηλευτικής.

Καταλήγοντας, οι Sparrow και Robinson¹⁹ συμπέραναν ότι η Planeuf μπορεί να είχε πραγματικό πάθος για τη νοσηλευτική επιθυμώντας με το σύστημά της να βοηθήσει τους νοσηλευτές στην καλύτερη δυνατή εκτέλεση των καθηκόντων

τους και στη συλλογή ποιοτικών δεδομένων της δουλειάς του προκειμένου να ανταποκριθούν στο ανταγωνιστικό κλίμα που κυριαρχεί στο χώρο της υγείας και έτσι να ελκύσουν ένα μεγάλο ποσοστό των κρατικών παροχών. Από την άλλη πλευρά όμως δεν ασχολήθηκε ιδιαίτερα με διαδικασίες εγκυρότητας και αξιοπιστίας του συστήματός της.

Σύγκριση και αντιδιαστολή των συστημάτων

Αφού παρουσιάστηκαν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του Monitor και του Record Audit ξεχωριστά, είναι πια σκόπιμο να έρθουν τα δύο συστήματα σε αντιπαράθεση μεταξύ τους σύμφωνα πάντα με τις οπτικές γωνίες των διαφόρων ερευνητών.

Όπως υποστηρίχθηκε από την Kitson⁹, και τα δύο συστήματα επικεντρώνονται στον τρόπο λειτουργίας των νοσηλευτών κατά τη διάρκεια παροχής της φροντίδας. Η κύρια διαφορά του όμως στην πορεία είναι ότι το Record Audit αξιολογεί την ποιότητα της φροντίδας αναδρομικά αφού ο ασθενής έχει εγκαταλείψει το νοσοκομείο, ενώ το Monitor κάνει ταυτόχρονα έλεγχο και αξιολόγηση κατά τη διάρκεια της παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο μέσω παρατήρησης, συνεντεύξεων και άλλων μεθόδων^{2,6}.

Επίσης, αν και τα συστήματα αυτά λειτουργούν διαφορετικά, εντούτοις και τα δύο παρέχουν στους νοσηλευτές και ποσοτικά δεδομένα ικανά για να συγκριθούν οι παρούσες καταστάσεις με παλαιότερες, αλλά και ποιοτικά δεδομένα όσον αφορά τη δυνατότητα επίτευξης των απαραίτητων αλλαγών στον τρόπο παροχής της φροντίδας¹⁹.

Σύμφωνα με την Jacquerye¹⁸, άλλη μία ομοιότητα είναι ότι και το Monitor αλλά και το Record Audit απαιτούν συγκεκριμένο επιστημονικό υλικό και ιδιαίτερα τη χρήση υπολογιστών, όπως επίσης και τα αποτελέσματα των μετρήσεων λαμβάνονται σε μηνιαία βάση έτσι ώστε να υπάρχει επαρκής χρόνος για τις απαραίτητες διορθωτικές ενέργειες.

Από την άλλη όμως, το Monitor απαιτεί μεγαλύτερη προσοχή από το Record Audit πριν

από τη διεξαγωγή της μέτρησης εφ' όσον εμπιέχει αρκετά δύσκολη δομή, χρειάζεται καθημερινή καταγραφή των νοσηλευτικών παρατηρήσεων και κατά συνέπεια απαιτείται ένα ικανοποιητικό χρονικό διάστημα για την κατάλληλη προετοιμασία των ερευνητών. Το Monitor εξάλλου είναι περισσότερο χρονοβόρο και απαιτεί την απασχόληση είτε επιπροσθέτου προσωπικού είτε των νοσηλευτών του συγκεκριμένου περιβάλλοντος όπου διεξάγεται η έρευνα οι οποίοι όμως αποσπώνται από την καθημερινή τους απασχόληση¹⁸.

Μία άλλη διαφορά, όπως αυτή διατυπώθηκε από τους Redfern και Norman²¹, και τον Harvey²², σχετίζεται με την απαραίτητη εκπαίδευση των νοσηλευτών η οποία είναι περισσότερο σημαντική στο Record Audit μιας και στο σύστημα αυτό το κλινικό προσωπικό πρέπει να είναι τόσο καλά καταρτισμένο από τεχνικής πλευράς ώστε και στενά να ασχοληθεί και σε μεγάλο βαθμό να δεσμευθεί για την εφαρμογή τέτοιων ενεργειών οι οποίες θα παράξουν τελικά την αλλαγή στη φροντίδα.

Μία διάκριση που πολύ εύστοχα έχει γίνει αναφέρει ότι το Monitor είναι μία προσέγγιση με κατεύθυνση από πάνω προς τα κάτω (top-down) η οποία φέρεται εις πέρας από εξωτερικούς κριτές ενός νοσηλευτικού οργανισμού (από άτομα δηλαδή μη εργαζόμενα στο συγκεκριμένο ίδρυμα), ενώ το Record Audit είναι μία προσέγγιση κατεύθυνσης από κάτω προς τα πάνω (down-top) η οποία διεκπεραιώνεται από κλινικούς νοσηλευτές^{21,22}. Με άλλα λόγια, στην πρώτη περίπτωση ο ρόλος των κλινικών νοσηλευτών περιορίζεται στην απλή συμμετοχή από συγκεκριμένο κλινικό περιβάλλον όπου διεξάγεται η μέτρηση και στην εφαρμογή εκείνων των πλάνων που έχουν προηγουμένως σχεδιασθεί από τους ερευνητές. Αντιθέτως, στη δεύτερη περίπτωση οι νοσηλευτές συμμετέχουν ενεργώς σε όλες τις φάσεις της ερευνητικής διαδικασίας.

Περισσότερο συγκεκριμένα, το Monitor ανταποκρίνεται σε εξωτερικούς ελέγχους που γίνονται σε μεγάλα νοσηλευτικά ιδρύματα ή ιατρικά κέντρα ενώ το Record Audit αναφέρεται σε εσωτερικούς επαγγελματικούς ελέγχους ενός συγκεκριμένου ιδρύματος¹⁸.

Μία αξιολογη ερμηνεία δόθηκε από τους Redfern και Norman²¹ σύμφωνα με την οποία τα δύο συστήματα αντικατοπτρίζουν διαφορετικές όψεις και ερμηνείες τις νοσηλευτικής και της ποιοτικής φροντίδας. Έτσι, το Monitor όντας μία «από πάνω προς τα κάτω» προσέγγιση αντιμετωπίζει την ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα σαν ένα προϊόν ελεγχόμενο από τους ανώτερους, από τους διοικούντες ενός οργανισμού. Από την άλλη για το Record Audit το οποίο είναι μία «από κάτω προς τα πάνω» προσέγγιση, βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας σημαίνει βελτίωση της αντανακλαστικής πρακτικής των νοσηλευτών, δηλαδή μίας συνεχούς προσπάθειάς τους να εξετάσουν οι ίδιοι την ποιότητα της πρακτικής τους²¹.

Όπως είχε φανεί από την έως τώρα παρουσίαση, οι περισσότεροι συγγραφείς αξιολογούν σαν πιο χρήσιμο όργανο μέτρησης της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας το Record Audit. Αυτό το συμπέρασμα έχει επιβεβαιωθεί και από μια σειρά νοσηλευτικών ερευνών μερικές από τις οποίες θα αναφερθούν ενδεικτικά στη συνέχεια.

Μία έρευνα λοιπόν βρήκε ότι αν και το Monitor ήταν η πιο πολύχρηστη προσέγγιση αξιολόγησης της νοσηλευτικής ποιότητας για το διάστημα διεκπεραίωσης της συγκεκριμένης έρευνας, το Nursing Audit μεταβιβάζοντας τον έλεγχο και την κυριότητα της μέτρησης στους πρακτικούς νοσηλευτές είχε και τα περισσότερα θετικά αποτελέσματα υιοθέτησής του από αυτούς και έτσι την περισσότερο αξιόπιστη μέτρηση της ποιότητας της φροντίδας που οι ίδιοι προσέφεραν²³.

Άλλη πάλι έρευνα απεκάλυψε ότι αυτό που είναι περισσότερο σημαντικό δεν είναι το ίδιο το σύστημα μέτρησης που χρησιμοποιείται αλλά η διαδικασία εφαρμογής του στην πράξη. Έτσι, «top-down» προσεγγίσεις όπως το Monitor, γενικεύουν την πίκρα των νοσηλευτών για την έλλειψη προσωπικής τους δέσμευσης και ανάληψης υπευθυνότητας μιας και ο ρόλος τους είναι παθητικός και κατ' αυτόν τον τρόπο ωθούνται εμμέσως σε μία αδιάφορη στάση όσον αφορά τη συναισθηματική και ενεργητική συμμετοχή τους στη μέτρηση, εκτίμηση και βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας που προσφέρουν²⁴.

Τέλος, προσοχή θα έπρεπε να δοθεί στη μελέτη των Harvey και Kitson²⁵. Τα ευρήματα

της έρευνας αυτής έδειξαν ότι γενικότερα το Monitor απέτυχε να επικοινωνήσει το στόχο του στο μετέχον κλινικό προσωπικό της έρευνας προκειμένου να το ενθαρρύνει να λάβει μέρος τόσο στην έρευνα όσο και στην υιοθέτηση των επακόλουθων ευρημάτων του. Αντιθέτως, όσον αφορά τη συμμετοχή στην έρευνα βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές ήταν περισσότερο πρόθυμοι να ενεργήσουν στις περιπτώσεις εκείνες όπου οι προϊστάμενοι ή οι διευθυντές ήταν εκείνοι που συμμετείχαν στην ανακοίνωση των δεδομένων της έρευνας²⁵.

Πριν να καταλήξει κάποιος στο συμπέρασμα ότι το Record Audit είναι το καλύτερο σύστημα για την αξιολόγηση της νοσηλευτικής ποιότητας, πρέπει προηγουμένως να λάβει υπόψη του την άποψη των Sparrow και Robinson¹⁹. Σύμφωνα με αυτούς, η υψηλή βαθμολόγηση της πρώτης ομάδας κριτηρίων ποιότητας του συγκεκριμένου συστήματος που θέλει τους νοσηλευτές να μην εργάζονται ανεξάρτητα αλλά κάτω από τις εντολές των γιατρών, αντικατοπτρίζει το ρόλο των νοσηλευτών στις Ηνωμένες Πολιτείες και επομένως το σημείο αυτό πρέπει να διαφοροποιείται όποτε χρησιμοποιείται σε άλλες χώρες όπου εκεί θα αναγνωρίζεται ο ρόλος του νοσηλευτή ως ο πρώτιστος παράγοντας για την επιτυχή και ποιοτική φροντίδα του ασθενή¹⁹. Συμφωνώ απολύτως με την άποψη αυτή, γι' αυτό και προτείνω την υιοθέτηση του Record Audit σαν ένα χρήσιμο όργανο μέτρησης της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας με την προϋπόθεση όμως ο ρόλος του νοσηλευτή να απαγκιστρωθεί όσο το δυνατόν γίνεται από αυτόν του γιατρού και να αντιμετωπισθεί σαν ένας αυτόνομος ρόλος που έχει πολλά να προσφέρει στον ασθενή και από τεχνικής και από διαπροσωπικής πλευράς.

Φαίνεται ότι οι διαφορετικές κουλτούρες των ανθρώπων, των επαγγελματιών καθώς και των οργανισμών υγείας καθορίζουν με έναν δικό τους ξεχωριστό τρόπο και σε διαφορετικό βαθμό την επιλογή και εφαρμογή του περισσότερο κατά τη γνώμη τους κατάλληλου οργάνου ελέγχου και αξιολόγησης της ποιότητας της καθημερινής φροντίδας του ασθενή. Αυτό που είναι σίγουρο και κανείς δεν είναι σε θέση να το αμφισβητήσει

είναι η αναγκαιότητα διασφάλισης της ποιότητας της φροντίδας που προσφέρουμε στον ασθενή γι' αυτό και οποιαδήποτε μέθοδος μέτρησης της ποιότητας επιλεγεί από τα νοσηλευτικά ιδρύματα ή τους νοσηλευτές μεμονωμένα θα πρέπει με αυστηρότητα και ακρίβεια να αντανakλά και να μετρά την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν οι ασθενείς σε διάφορα ιδρύματα.

Για να μπορέσουν όμως οι μέθοδοι αυτές να εφαρμοστούν στην πράξη, πρέπει να συντρέξουν δύο κύριες προϋποθέσεις αλλαγής τόσο από θεωρητικής όσο και από πρακτικής πλευράς²⁵. Πρέπει δηλαδή η ποιότητα να αντιμετωπιστεί σαν ένα προϊόν ανθρώπινων δυνατοτήτων και υπευθυνότητων εφ' όσον όλοι οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπιστούν ως αξιόλογα, σεβαστά και άξια εμπιστοσύνης άτομα μέσα στο χώρο υγείας και όλοι μαζί δημιουργήσουν ένα κλίμα προαγωγής της αλλαγής και βελτίωσης της φροντίδας του ασθενή. Για να μπορέσουν από την άλλη να ενεργήσουν όλοι μαζί αποφασιστικά για τη βελτίωση της ποιότητας, πρέπει αυτή η προσπάθεια ηθικά και ουσιαστικά να υποστηριχθεί από την άρχουσα τάξη των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Έννοιες λοιπόν όπως συνεργασία, ομαδική δουλειά, υποστήριξη και πραγματική δέσμευση από όλους αποτελούν λέξεις - κλειδιά προκειμένου τα συστήματα μέτρησης της ποιότητας να περάσουν στη φάση της εφαρμογής τους στην πράξη όσο το δυνατόν πιο αποδοτικά και αποτελεσματικά. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί όχι μόνο στην υιοθέτηση ενός κατάλληλου συστήματος μέτρησης αλλά και στη σωστή εφαρμογή του εάν πραγματικά επιθυμούμε να διασφαλίσουμε ότι ο τρόπος λειτουργίας του συστήματος υγείας είναι τόσο ποιοτικός ώστε να επηρεάζει θετικά τόσο την υγεία του ασθενή όσο και τις απόψεις του για την φροντίδα που του παρέχεται.

DIMITRIS PAPAGEORGIOU, Evaluation of approaches to assuring quality nursing care on the base of quality measurement tools. Quality, audit and setting of standards and criteria of

*quality care are major issues on the everyday nursing and generally on the health care area. Considerable time, attempts and resources have been invested in developing and implementing a range of different quality and audit systems, mainly in England and America; yet these systems have not been adopted in our country. This paper aims to present two such quality systems - Monitor and Record Audit - as well as the conclusions that various researchers arrived at while trying to find out if these systems have any significant impact in terms of changing everyday nursing practice and improving patient care. It will conclude by comparing these two systems and finally suggesting the implementation of the best quality assurance system. **Nosileftiki 4: 353-360, 1998.***

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Schroeder P.: Monitoring and Evaluation in Nursing. An Aspen Publication, 1991.
2. Sale D.: Quality Assurance, London, MacMillan Education, 1990.
3. Goldstone L.A., Ball J.A., Collier M.M.: MONITOR - An Index of the Quality of Nursing Care for Acute Medical and Surgical Wards, Newcastle upon Tyne Polytechnic Products UK, 1984.
4. Pearson A.: Nursing quality measurement, John Wiley & Sons Ltd. London, 1987.
5. Dunne L.: Quality Assurance: Methods of measurement, The Professional Nurse, 1987, March: 187-190.
6. Sale D. (2nd Edn): Quality Assurance, London, MacMillan Education, 1996.
7. Adam S., Osborne S.: Critical care nursing. Science and Practice, Oxford Medical Publications, 1997.
8. Illsley V., Goldstone L., A Guide to Monitor for Nursing Staff, Newcastle upon Tyne Polytechnic Products Ltd., 1985.
9. Kitson A.: The methods of measuring quality, Nursing Times, 1986, August 27: 32-34.
10. Pullan B., Chittock J.: What they said... (how a group of ward sisters reacted to Monitor), Nursing Times, 1986, 82, 3: 48-50.

11. Harvey G.: Which way to quality? A study of the implementation of four quality assurance tools, Unpublished report, RCN Standards of Care Project, London, RCN, 1990.
12. Hack A.P.: Standards of care, Nursing Times, 1985, May 29, 28-32.
13. Goldstone L.A.: Monitor In: Pearson A., Nursing Quality Measurement, Chichester, John Willey and Sons, 1987.
14. Tomalin D., Redfern S., Norman I.: Monitor and Senior Monitor: problems of administration and some proposed solutions, Quality Assessment Instruments, 1991, 72-81.
15. Phaneuf M.: The Nursing Audit - Self - Regulation in Nursing Practice, New York, Appleton - Century - Crofts, 1976.
16. Donabedian A. In: Phaneuf M., The Nursing Audit. Self-Refulation in Nursing Practice, New York, Appleton - Century - Crofts, 1976.
17. Donabedian A.: The Quality of Care. How can it be assessed? JAMA, 1988, 260, 12: 1743-1748.
18. Jacquerye A.: Choosing an appropriate method of quality assurance. In: Willis L., Linwood M., Measuring the quality of care, Edinburgh, Churchill Livingstone, 1986.
19. Sparrow S., Robinson J.: The use and limitations of Phaneuf's Nursing Audit, Journal of Advanced Nursing, 1992, 17: 1479-1488.
20. Wandelt P. In: Sparrow S., Robinson J., The use and limitations of Phaneuf's Nursing Audit, Journal of Advanced Nursing, 1992, 17: 1479-1488.
21. Redfern S., Norman I.: Measuring the quality of nursing care: a consideration of different approaches, Journal of Advanced Nursing, 1990, 15: 1260-1271.
22. Harvey G.: An evaluation of approaches to assessing the quality of nursing care using (pre-determined) quality assurance tools, Journal of Advanced Nursing, 1991, 16: 277-286.
23. Harvey G.: Quality in Health Care. Traditions, Influences and Future Directions, International Journal for Quality in Health Care, 1996, 8, 4: 341-350.
24. Harvey G. In: Redfern S., Norman I., Measuring the quality of nursing care: a consideration of different approaches, Journal of Advanced Nursing, 1990, 15: 1260-1271.
25. Harvey G., Kitson A.: Achieving improvement through quality: an evaluation of key factors in the implementation process, Journal of Advanced Nursing, 1996, 24: 185-195.