

Κλινικός έλεγχος ποιότητας Παραδοχές και διεργασία

Στυλιανός Παρισσόπουλος

Νοσηλεύτης ΤΕ, MMedSci, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Royal Sussex County Hospital, Brighton, UK

Brighton & Sussex University Hospitals NHS Trust, UK

ΠΕΡΙΛΗΨΗ Ως κλινικός έλεγχος ορίζεται συγκεκριμένο σύστημα ελέγχου ποιότητας, που αποσκοπεί στη βελτίωση της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας. Κατά τη συστηματική ανασκόπηση της παρεχόμενης φροντίδας, συγκεκριμένα κριτήρια χρησιμοποιούνται ως κατευθυντήρια σημεία. Δομές, διαδικασίες και εκβάσεις των θεραπευτικών προσεγγίσεων, στις διάφορες εκφάνσεις τους, αξιολογούνται και εκτιμώνται ως προς συγκεκριμένους δείκτες ποιότητας και επίπεδα φροντίδας. Ο μηχανισμός και η φιλοσοφία του κλινικού ελέγχου ποιότητας αναπτύχθηκε μέσα σε ένα ευρύτερο φάσμα αλλαγών και αναζητήσεων για ένα αναβαθμισμένο και αξιόπιστο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) στο Ηνωμένο Βασίλειο. Ο κλινικός έλεγχος ποιότητας έχει περιγραφεί ως μια κυκλική διεργασία, που μπορεί να απαντήσει στα ακόλουθα ερωτήματα: τι θα άρμοζε να συμβαίνει; τι πράγματι συμβαίνει; τι αλλαγές ενδείκνυνται; Είναι προφανές ότι μια δομημένη και αντικειμενική αξιολόγηση της κλινικής πράξης καθίσταται απαραίτητη. Ο κλινικός έλεγχος ποιότητας παρέχει τα μέσα για μια τέτοια αξιολόγηση και μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Αναγνωρίζεται ο ρόλος του «περιβάλλοντος» στην επιτυχία του κλινικού ελέγχου. Ο κλινικός έλεγχος ποιότητας έχει παράσχει έναν τρόπο με τον οποίο η ποιότητα της φροντίδας μπορεί να αναθεωρηθεί αντικειμενικά, μέσα από μια προσέγγιση που είναι ενθαρρυντική και αναπτυξιακή.

Λέξεις-κλειδιά:

- Κλινικός έλεγχος • Κύκλος κλινικού ελέγχου • Ποιότητα
- Πρότυπο • Κριτήριο • Ικανοποίηση ασθενών

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Στυλιανός Παρισσόπουλος

28ης Οκτωβρίου 5-7, 132 31 Πετρούπολη, Αθήνα

Τηλ. 210-50 20 253

E-mail: s_parissopoulos@yahoo.co.uk

Clinical audit in health care Axioms and process of the audit cycle

Stylianos Parissopoulos

RN, MMedSci, Intensive Care Unit, Royal Sussex County Hospital, Brighton, UK

Brighton & Sussex University Hospitals NHS Trust, UK

ABSTRACT Clinical audit is defined the quality assurance method that aims to improve the delivery of health care. During the systematic review of the provided health care, specific criteria may guide the process of reflection. Structures, processes and intervention outcomes, in their varying forms, are evaluated and examined in relation to chosen criteria and standards of care. The mechanism and the philosophy of clinical audit were developed in a wider spectrum of reforms for a better and more reliable National System of Health (NHS) in the UK. The audit cycle has been described as a process that may answer questions such as the following: what should be happening? what actually happens? what changes are indicated? It is apparent that it is essential to adopt a structured and objective assessment of clinical practice. Indeed, clinical audit facilitates this sort of evaluation and may contribute to the improvement in service delivery of health care. The environment is highlighted as instrumental in the success of clinical audit. Clinical audit facilitates the objective review of the quality of the delivery of health care, through a process that is both encouraging and developmental.

Key words:

- Clinical audit • Audit cycle • Quality
- Standard • Criterion • Patient satisfaction

Corresponding author

Stylianos Parissopoulos

5-7 28th October street, GR-132 31 Petroupoli, Athens, Greece

Tel. +30 210-50 20 253

E-mail: s_parissopoulos@yahoo.co.uk

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως κλινικός έλεγχος ορίζεται ένα συγκεκριμένο σύστημα ελέγχου ποιότητας, που αποσκοπεί στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Κατά τη συστηματική ανασκόπηση της παρεχόμενης φροντίδας, συγκεκριμένα μέτρα σύγκρισης χρησιμοποιούνται ως οδηγιά σημεία. Δομές, διαδικασίες και εκβάσεις των θεραπευτικών προσεγγίσεων, στις διάφορες εκφάνσεις τους, αξιολογούνται και εκτιμώνται ως προς συγκεκριμένα κριτήρια και αποδεκτά επίπεδα φροντίδας. Όταν ενδείκνυται, εφαρμόζονται αλλαγές σε επίπεδο προσωπικό, ομάδας, και υπηρεσίας. Ο περαιτέρω έλεγχος συνίσταται στην αποτίμηση της κατάστασης ως προς τη βελτίωση της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης.^{1,2}

Ο μηχανισμός και η φιλοσοφία του κλινικού ελέγχου ποιότητας αναπτύχθηκε μέσα σε ένα ευρύτερο φάσμα αλλαγών και αναζητήσεων για ένα αναβαθμισμένο και αξιόπιστο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) στη Μεγάλη Βρετανία.^{3,4} Ο κλινικός έλεγχος ποιότητας αποτελεί καίριο στοιχείο του μοντέλου διαχείρισης, γνωστού ως «Κλινική Διακυβέρνηση» στη Μεγάλη Βρετανία. Το συγκεκριμένο μοντέλο διαχείρισης έδωσε νέα ώθηση στο θεσμό του κλινικού ελέγχου και εδρεύει στην καρδιά των ποικίλων συστημάτων Κλινικής Διακυβέρνησης που έχουν υιοθετηθεί στο Βρετανικό ΕΣΥ.⁵⁻⁹

Παράλληλα, ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας εξελίσσεται και προσαρμόζεται στις προκύπτουσες ανάγκες και προκλήσεις. Τα παραδοσιακά επαγγελματικά όρια δοκιμάζονται και καινούργιοι ρόλοι και λειτουργίες αναδύονται.¹⁰ Κάποιες από αυτές, από προθεσμικές εξελίσσονται σε θεσμικές. Οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας εξελίσσονται με οδηγό –μεταξύ άλλων– τον ανθρωποκεντρισμό, την ευελιξία στη διοικητική διαχείριση και την παροχή φροντίδας που συμπορεύεται με την έρευνα και τις επιστημονικές εξελίξεις.

Η έννοια του κλινικού ελέγχου ποιότητας απαντάται για πρώτη φορά στο έγγραφο (White Paper) με τίτλο «Δουλεύοντας για τους ασθενείς», του Βρετανικού Υπουργείου Υγείας το 1989, όπου ως κλινικός έλεγχος ποιότητας ορίζεται «μια συστηματική, κριτική ανάλυση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων των διαδικασιών κατά το στάδιο της διάγνωσης και της θεραπείας, της αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων και της προκύπτουσας έκβασης για τον ασθενή»¹¹ (μετάφραση από τον ίδιο το συγγραφέα). Σχετικά

γρήγορα, ο κλινικός έλεγχος ποιότητας έγινε ευθύνη όλων των επαγγελματιών υγείας.¹² Πιο πρόσφατα, κυβερνητικές πρωτοβουλίες, όπως η δημοσίευση των κειμένων «Μια Υπηρεσία πρώτης ποιότητας: Ποιότητα στο νέο ΕΣΥ»¹³ και «Πλάνο δράσης στο ΕΣΥ»,¹⁴ υπογραμμίζουν και ανανεώνουν τη διάθεση και αποφασιστικότητα για έλεγχο διαμέσου της εφαρμογής του πλαισίου της Κλινικής Διακυβέρνησης.

Η Κλινική Διακυβέρνηση πρεσβεύει πως κάθε υπηρεσία υγείας είναι υπεύθυνη για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών της και για τη διασφάλιση υψηλών επιπέδων φροντίδας, με τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος στο οποίο μπορεί να αναπτυχθεί η υψηλή κλινική πρακτική.¹⁵ Ένας από τους στόχους της Κλινικής Διακυβέρνησης είναι να ενσωματωθούν οι μάλλον ανόμοιες και αποσπασματικές προσεγγίσεις στην ποιότητα, που υπήρξαν στο παρελθόν, σε μια ολιστική και σφαιρική προσέγγιση.¹⁵ Ο κλινικός έλεγχος ποιότητας αποτελεί απαραίτητο δομικό και λειτουργικό στοιχείο αυτής της διαδικασίας.³

Οι μεταρρυθμίσεις έχουν εισαγάγει δύο σημαντικές αλλαγές. Ειδικότερα, καθίσταται σαφές ότι η αρμοδιότητα και η τελική ευθύνη για την ποιότητα της κλινικής πράξης δεν περιορίζεται μόνο στους μεμονωμένους επαγγελματίες υγείας και στις θεραπευτικές ομάδες, αλλά επεκτείνεται και επιβαρύνει τη διοικούσα αρχή, με την οργάνωση υγειονομικής περίθαλψης και ιδιαίτερα εκείνους που την κατευθύνουν. Παράλληλα, οι υπηρεσίες έχουν την υποχρέωση να υιοθετήσουν και να αναπτύξουν κατάλληλους μηχανισμούς ελέγχου, ενώ καθίσταται ρητή η ευθύνη για προσδιορισμό και επίλυση προβλημάτων ποιότητας.¹⁶

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μια εκτενής ανασκόπηση σε περισσότερους από 100 δημοσιευμένους ορισμούς προσδιόρισε 18 διαφορετικές διαστάσεις ή χαρακτηριστικά της ποιότητας και κατέδειξε τις παραλλαγές και μορφές στη σημασιολογική της διάσταση.¹⁷ Ο Donabedian προειδοποίησε ότι: «Η έννοια της ποιότητας στη φροντίδα είναι εντυπωσιακά δύσκολο να οριστεί... ο καθορισμός των κριτηρίων είναι αξιολογικός... Υπό αυτή τη μορφή, ως ποιότητα μπορεί να οριστεί οτιδήποτε και καθετί, αν και είναι, συνήθως, απλά μια αντιπροσώπευση των αξιών και στόχων που επικρατούν σε κάθε σύστημα υγείας...».¹⁸

Ο Barnes τονίζει ότι ο ορισμός της ποιότητας πρέπει να είναι σαφής, απλός και λειτουργικός. Ο προσδιορισμός της ποιότητας δεν έχει καμία εγγενή αξία, εκτός κι αν η ποιότητα είναι μετρήσιμη, οπότε μπορεί να εκτιμηθεί η δυνατότητα βελτίωσής της.¹⁹ Ο Donabedian πρότεινε τρεις βασικές παραμέτρους –δομή, διεργασία και έκβαση– για την ταξινόμηση των χαρακτηριστικών της ποιότητας.¹⁸ Ο Maxwell πρότεινε έξι παραμέτρους για τον ίδιο σκοπό στο χώρο της υγείας: πρόσβαση, σχετικότητα, αποτελεσματικότητα, δικαιοσύνη, κοινωνική αποδοχή, αποδοτικότητα.²⁰

Οι τρέχουσες μεταβολές στο σύγχρονο περιβάλλον υγείας δημιουργούν πολλαπλές προκλήσεις στους επαγγελματίες υγείας και στις υπηρεσίες υγείας. Στόχος είναι η επίτευξη και η διατήρηση ισορροπίας σε θέματα ποιότητας, ελέγχου των δαπανών και ενίσχυσης της αποδοτικότητας και της παραγωγικότητας. Η ικανοποίηση του ασθενούς έχει καταστεί καίριο συστατικό στη διαχείριση της ποιότητας στον τομέα της υγείας.²¹ Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας απαιτούν υπηρεσίες υψηλού επιπέδου. Σήμερα, είναι πλέον επιβεβλημένη η αναζήτηση και εξερεύνηση των εντυπώσεων των ασθενών όσον αφορά στις υπηρεσίες υγείας. Η εισροή σχετικών πληροφοριών μπορεί να βελτιώσει τις υπηρεσίες και να δημιουργήσει καινοτόμες στρατηγικές στη διαχείριση της ποιότητας.

Τρεις είναι οι κύριοι παράγοντες που έχουν οδηγήσει στην αναζήτηση της βελτίωσης της ποιότητας.¹⁶ Οι χρήστες των συστημάτων υγείας αναλαμβάνουν ενεργούς ρόλους, συμμετέχουν στη φροντίδα τους και δεν είναι πλέον παθητικοί δέκτες. Επίσης, ενημερώνονται πολύ καλύτερα. Η πολυπλοκότητα στις υπηρεσίες και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις καθιστά την υγειονομική περίθαλψη λιγότερο ασφαλή. Δεδομένου ότι ο ρυθμός και η πολυπλοκότητα της φροντίδας έχουν αυξηθεί, οι κίνδυνοι για τους χρήστες έχουν αυξηθεί ανάλογα. Επιπρόσθετα, με την αναγνώριση των δυνατοτήτων για περαιτέρω βελτίωση έχουμε αρχίσει να αναγνωρίζουμε τις αδικαιολόγητα ποικίλες παραλλαγές στην κλινική πρακτική, που υπάρχουν σχεδόν σε κάθε τομέα υπηρεσιών υγείας.

ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ – ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΑΙ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ο κλινικός έλεγχος ουσιαστικά αφορά στην εξέταση της κλινικής πρακτικής με στόχο τη διασφάλιση της βέλτιστης φροντίδας προς τους ασθενείς. Επομένως, η

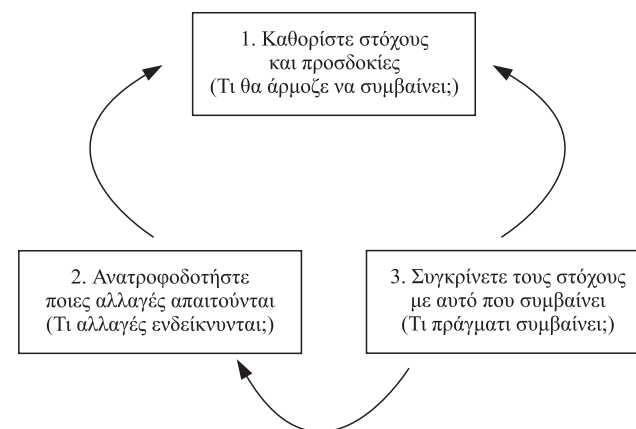
κλινική απόδοση εξετάζεται ως προς καθορισμένα πρότυπα και επίπεδα ποιότητας. Η κλινική απόδοση έχει περιγραφεί ως μια κυκλική διεργασία, η οποία προσπαθεί να δώσει απάντηση σε τρία ερωτήματα: τι θα άρμοζε να συμβαίνει; τι πράγματι συμβαίνει; τι αλλαγές ενδείκνυνται; Στην εικόνα 1, μέσα στον κύκλο διακρίνονται τα στάδια που ακολουθούνται από μια συστηματική διαδικασία καθορισμού της καλύτερης κλινικής πρακτικής, με μετρήσεις της φροντίδας ανάλογες με τα κριτήρια που έχουν τεθεί, με την ανάληψη δράσεων για τη βελτίωση της φροντίδας και με τη συνεχή παρακολούθηση και διατήρηση των βελτιώσεων στην κλινική πρακτική.⁵

Ο κλινικός έλεγχος προϋποθέτει την αξιοποίηση μιας ευρείας σειράς μεθόδων από διάφορες επιστήμες, όπως π.χ. ανάπτυξη οργανισμών, στατιστική και διαχείριση πληροφοριών. Ο έλεγχος ποιότητας μπορεί να αναληφθεί από μεμονωμένο προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης ή από ομάδες επαγγελματιών σε ενιαίες ή πολλαπλών ειδικοτήτων ομάδες, που υποστηρίζονται συνήθως από το προσωπικό του ελέγχου ποιότητας. Στην έναρξη κάθε προγράμματος ελέγχου ποιότητας, η προετοιμασία του περιβάλλοντος είναι καίρια και αποφασιστική για την τελική επιτυχία της μεθόδου.

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται πιο αναλυτικά τα βήματα του κλινικού ελέγχου ποιότητας.

Προσδιορισμός του πεδίου μελέτης και ομάδας εργασίας

- Καλό είναι να επιλέγετε ένα πεδίο ενδιαφέροντος ή ένα θέμα που σας ενδιαφέρει ή κάτι που θεωρείτε



Εικόνα 1. Ο κύκλος του κλινικού ελέγχου.¹

σημαντικό για το πεδίο εργασίας σας και που είναι επιτεύξιμο²²

- Σιγουρευτείτε ότι έχετε την υποστήριξη των συναδέλφων και καθιερώστε ένα καλό δίκτυο επικοινωνίας με τα υπόλοιπα μέλη της κλινικής ομάδας που θα πρέπει να συμμετάσχουν. Όλοι εκείνοι που θα επηρεαστούν από το πρόγραμμα ελέγχου ποιότητας χρήζουν ενημέρωσης
- Εάν υπάρχει γραφείο ποιότητας και ελέγχου στο νοσοκομείο, επιδιώξτε την έγκρισή τους για το πρόγραμμά σας
- Το στάδιο της προετοιμασίας αποτελεί ένα από τα κρισιμότερα βήματα για την τελική έκβαση. Ορίστε χρονικό πλάνο ολοκλήρωσης, με σαφείς και συνοπτικούς σκοπούς. Θυμηθείτε ότι ένας στόχος είναι μια δήλωση γι' αυτό που θέλετε να επιτύχετε.²³

Η βιβλιογραφία προτείνει και τη συμμετοχή των χρηστών (ασθενών, επισκεπτών) στη διαμόρφωση της θεματολογίας. Οι εμπειρίες των ασθενών μπορούν να προσφέρουν πλούσιο υλικό προς μελέτη και προσανατολισμό του ελέγχου ποιότητας. Ως «χρήστες» νοούνται και όσοι εργάζονται στο συγκεκριμένο χώρο-υπηρεσία. Οι γνώσεις και οι ιδιαίτερες δεξιότητες και ικανότητες των μελών της διεπιστημονικής ομάδας συνθέτουν και ενισχύουν το πρόγραμμα ελέγχου. Ο έλεγχος είναι έργο συλλογικό και μόνον ως τέτοιο πρέπει να νοείται.

Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας βρίσκονται στην καρδιά του ελέγχου ποιότητας. Οι ασθενείς αντιμετωπίζονται ως συμμετοχικοί παράγοντες και όχι μόνον ως πηγή πληροφοριών.²⁴ Πληροφορίες συλλέγονται από διάφορες πηγές, όπως αναφορές δυσμενών συμβάντων, επιστολές ασθενών, άμεση παρατήρηση κλινικής πράξης και φροντίδας, λογοδοσία και πίνακες ζωτικών σημείων, focus groups.²⁵⁻²⁷ Επιπρόσθετα, ένας χρήσιμος οδηγός στη διαμόρφωση του προγράμματος είναι και

τα αποτελέσματα από τη μελέτη των επιπέδων ικανοποίησης των ασθενών.

Ένα πρόγραμμα χωρίς σαφείς στόχους δεν μπορεί να επιτύχει τίποτα, ενώ απαιτείται μια σαφής αίσθηση αντίληψης του σκοπού, ώστε να μπορέσουν να εξεταστούν οι κατάλληλες μέθοδοι για τον έλεγχο ποιότητας. Αφότου επιλεγεί το αντικείμενο ή πεδίο μελέτης, καθορίζεται ο σκοπός του προγράμματος, έτσι ώστε να χρησιμοποιηθεί η πλέον κατάλληλη μεθοδολογία κλινικού ελέγχου.²⁸ Προτεινόμενα θέματα προς διερεύνηση παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Προσδιορισμός προτύπων και δεικτών ποιότητας

Μετά την επιλογή του πεδίου μελέτης, προτείνεται η εύρεση και μελέτη προτύπων και κριτηρίων σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο. Τα πρότυπα πρέπει να θεμελιώνονται στην εμπειρία και στα πιο πρόσφατα κλινικά στοιχεία που προκύπτουν από τη συστηματική μελέτη των πηγών. Τα πρότυπα είναι ευπροσδιόριστα και μετρήσιμα. Πρότυπο θα μπορούσε να είναι, π.χ., ότι «το 91% των χειρουργικών ασθενών που διακομίζονται από τη μονάδα ανάνηψης πρέπει να έχουν εκτιμηθεί με επίπεδα πόνου 0 ή 1». Αφού καθοριστούν τα αποδεκτά πρότυπα κλινικής άσκησης, επιλέγονται τα κατάλληλα κριτήρια ή δείκτες ποιότητας. Παραδείγματος χάρη, το κριτήριο στο προαναφερθέν πρότυπο είναι ότι «οι ασθενείς διακομίζονται στο θάλαμο με επίπεδα πόνου 0». Για κάθε πρότυπο, ένα ή δύο κριτήρια είναι ικανοποιητικά.¹

Τα κριτήρια συμβάλλουν στην προσπάθεια εκτίμησης και αξιολόγησης της απόδοσης και του επιπέδου φροντίδας που παρέχει η θεραπευτική ομάδα, ο επαγγελματίας υγείας και η υπηρεσία. Τα κριτήρια εκφράζουν πτυχές της πράξης που μπορούν να ποσοτικοποιηθούν και να μετρηθούν αντικειμενικά. Ο προσδιορισμός τέτοιων κριτηρίων αποτελεί μια χρονοβόρο διαδικασία και απαιτεί ιδιαίτερη εμπειρία. Μια εναλλακτική λύση

Πίνακας 1. Προτεινόμενα θέματα προς έλεγχο ποιότητας.²³

Πιθανός λόγος κλινικού ελέγχου	Προτεινόμενο θέμα διερεύνησης
Έλλειμμα στην παροχή φροντίδας	Ελλιπής λήψη ζωτικών σημείων (θερμοκρασία, σφύξεις, αναπνοές)
Απόψεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας	Ικανοποίηση από την παρεχόμενη υπηρεσία
Ποικιλία στην κλινική πρακτική	Αντιμετώπιση των κατακλίσεων
Παράπονα ασθενών	Απώλεια προσωπικών αντικειμένων
Παρατήρηση προσωπικού	Ανεπαρκής συμπλήρωση των εντύπων φροντίδας
Σημαντικά συμβάντα	Απροσδόκητος θάνατος

είναι να χρησιμοποιηθούν κριτήρια που έχουν αναπτυχθεί από οργανισμούς οι οποίοι δραστηριοποιούνται σε θέματα ποιότητας. Στους πίνακες 2 και 3 συμπεριλαμβάνονται ορισμοί προτύπων και κριτηρίων.

Τα κριτήρια διακρίνονται σε κριτήρια που αφορούν στη δομή, στη διεργασία και στην έκβαση μιας πράξης ή και ενός συνόλου ενεργειών. Η κατηγοριοποίηση αυτή διευκολύνει τον εντοπισμό προβλημάτων ανά κατηγορία κριτηρίων.

Τα δομικά κριτήρια αναφέρονται στους πόρους που απαιτούνται, όπως ο απαιτούμενος αριθμός προσωπικού, η ποιότητα και το επίπεδο εμπειρίας, ο εξοπλισμός και ο φυσικός χώρος. Τα κριτήρια που αφορούν στη διεργασία αναφέρονται στις ενέργειες και τις αποφάσεις που λαμβάνονται από τους επαγγελματίες υγείας και τους χρήστες των υπηρεσιών, όπως η επικοινωνία, η εκτίμηση, η εκπαίδευση, οι διαγνωστικές εξετάσεις, οι χειρουργικές και άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, η αξιολόγηση, η τήρηση αρχείων (λογοδοσία). Έχει υποστηριχθεί ότι τα κριτήρια διεργασίας είναι πιο ευαίσθητοι δείκτες ποιότητας, δεδομένου ότι μια φτωχή έκβαση δεν εμφανίζεται κάθε φορά που υπάρχει ένα λάθος ή μια παράλειψη στην παροχή φροντίδας. Παρά ταύτα, η σημασία των κριτηρίων διαδικασίας καθορίζεται από

Πίνακας 3. Κριτήρια – Ορισμοί.

- Στοιχείο ή μεταβλητή που επιτρέπει την επίτευξη ενός προτύπου... και την εκτίμηση για το αν έχει επιτευχθεί ή όχι²⁹
- Ευπροσδιόριστο και μετρήσιμο στοιχείο της υγειονομικής περίθαλψης, που περιγράφει την ποιότητα και που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να την αξιολογήσει³⁰
- Μια συστηματικά αναπτυγμένη δήλωση, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην εκτίμηση της καταλληλότητας συγκεκριμένων αποφάσεων, υπηρεσιών και εκβάσεων υγειονομικής περίθαλψης³¹

Πίνακας 4. Πρότυπα – Ορισμοί.

- Αντικειμενικός σκοπός με συνοδευτικές οδηγίες για την επίτευξή του, υπό μορφή ενός συνόλου κριτηρίων που διευκρινίζουν τους απαραίτητους πόρους, δραστηριότητες και επιθυμητές εκβάσεις²⁹
- Το επιθυμητό επίπεδο φροντίδας που αντιστοιχεί σε κάθε κριτήριο³⁰
- Το ποσοστό των γεγονότων που δηλώνει την επίτευξη του κριτηρίου³²

το βαθμό στον οποίο επηρεάζουν την έκβαση. Τα κριτήρια έκβασης είναι –ενδεικτικά– δείκτες της σωματικής αντίδρασης σε κάποια παρέμβαση, του επιπέδου υγείας, του επιπέδου γνώσεων και της ικανοποίησης. Αν και αποτελεί συχνή και αποδεκτή πρακτική ο έλεγχος ποιότητας να εστιάζει στις εκβάσεις, εντούτοις παρέχει ανεπαρκείς πληροφορίες για την ανάπτυξη ενός προγράμματος δράσης για τη βελτίωση της κλινικής άσκησης.¹

Το δείγμα και η συλλογή δεδομένων

Ο καθορισμός του αριθμού του δείγματος των ασθενών θα πρέπει να είναι αντιπροσωπευτικός της συνολικής ομάδας ασθενών που μελετάται. Η συλλογή δεδομένων μπορεί να είναι αναδρομική ή συγχρονική. Οι Buchanan & Huczynski υποστηρίζουν πως, ενδεχομένως, η μεθοδολογία μιας προοπτικής μελέτης μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο ασκούν την κλινική άσκηση τα υποκείμενα της μελέτης εάν γνωρίζουν ότι παρατηρούνται.³³ Αυτό είναι γνωστό ως επίδραση Hawthorne. Το εργαλείο συλλογής δεδομένων σχεδιάζεται σε σχέση με τους στόχους και τους σκοπούς του συγκεκριμένου κλινικού ελέγχου. Συνιστάται η πιλοτική χρήση του εργαλείου αρχικά σε ένα μικρό δείγμα δεδομένων, οπότε εντοπίζονται ελλείψεις και ασάφειες.

Ανάλυση δεδομένων: Αποτελέσματα και σύγκριση με πρότυπα

Η ανωνυμία και το απόρρητο διατηρείται σε όλα τα στάδια του ελέγχου ποιότητας. Το υλικό και τα αποτελέσματα συνοψίζονται σε μορφή κατανοητή. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στην υπόλοιπη ομάδα με τη βοήθεια γραφικών παραστάσεων ή με διαγράμματα. Στη συνέχεια, γίνεται σύγκριση των αποτελεσμάτων με τα κλινικά πρότυπα και ακολουθεί προσπάθεια ανεύρεσης των λόγων και των παραγόντων που δεν επέτρεψαν την επίτευξη των προτύπων. Παραδείγματος χάρη, αν στη μονάδα ανάνηψης έχει επιτευχθεί ο έλεγχος του μετεγχειρητικού πόνου μόνο στο 85% των ασθενών αντί για το 91%, αυτό μπορεί να υποδηλώνει την ανάγκη περαιτέρω ενημέρωσης του προσωπικού στην εκτίμηση των επιπέδων του πόνου ή το γεγονός ότι το καθορισμένο πρότυπο είναι πάρα πολύ υψηλό. Κατόπιν, προτείνεται η αναθεώρηση του επιθυμητού επιπέδου κλινικής πρακτικής ή μελετάται η δυνατότητα βελτίωσης της κλινικής πράξης.²³

Προτεινόμενες μεταβολές – Πλάνο δράσης

- Ανακοινώστε τα συμπεράσματά σας και καταγράψτε εντυπώσεις. Στο στάδιο αυτό, η ανατροφοδότηση και επικοινωνία με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας είναι καίριας σημασίας
- Ενθαρρύνετε τη συζήτηση, διαμορφώστε τις συστάσεις σας και μην ξεχάσετε να αποδώσετε έπαινο εάν έχουν επιτευχθεί πρότυπα κλινικής πρακτικής. Οι συστάσεις πρέπει να είναι ρεαλιστικές και επιτεύξιμες
- Σε αυτή τη φάση, συμφωνήστε για ένα σχέδιο δράσης, ποιος δηλαδή θα κάνει τι, πότε και πως.³⁴

Ενσωμάτωση αλλαγών

Αυτό θα μπορούσε να είναι το δυσκολότερο στάδιο στη διαδικασία του ελέγχου ποιότητας. Συχνά οι άνθρωποι αντιστέκονται στην προοπτική κάποιας μεταβολής. Η ενεργός συμμετοχή τους στον κλινικό έλεγχο θα καταστήσει την αλλαγή πιθανότερη και πιο επιτυχή. Προσδιορίστε ποια αλλαγή είναι απαραίτητη και επιλέξτε έναν κατάλληλο μηχανισμό για να την πραγματοποιήσετε.¹

Διάφορες θεωρίες προσπαθούν να ερμηνεύσουν τον τρόπο αλλαγής των ανθρώπινων συμπεριφορών, καθώς επίσης και τα αίτια που προκαλούν αλλαγή μιας δεδομένης κατάστασης. Οι θεωρίες αυτές έχουν εφαρμοστεί σε διαφορετικά πεδία δράσης, όπως στην εκπαίδευση και εκμάθηση, τη διοίκηση, τα οικονομικά, την κοινωνιολογία και την ψυχολογία. Από μόνη της, καμία θεωρία δεν εξηγεί πλήρως τη διαδικασία της αλλαγής στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης. Όμως, η εξοικείωση με μερικές από αυτές τις θεωρίες ενισχύει την κατανόηση του πλαισίου στο οποίο οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται, των παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά και της διαδικασίας εφαρμογής της αλλαγής.¹

Το ΕΣΥ έχει προσδιοριστεί ως ένας τεράστιος οργανισμός, όπου άτομα με διαφορετικά ταλέντα και στάσεις ζωής δραστηριοποιούνται επαγγελματικά.³⁵ Επιπρόσθετα, έχει περιγραφεί ως μια σύνθετη οργάνωση που διέπεται από διαφορετικές κουλτούρες, νόρμες και κανόνες που προκύπτουν από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων:

- Των ποικίλων διαδικασιών κοινωνικοποίησης των επαγγελματιών
- Των διαφορετικών αναγκών και προσδοκιών που έχουν οι διαφορετικοί πληθυσμοί χρηστών
- Της ιστορικότητας της κάθε υπηρεσίας

- Της κατανομής των πόρων και των τοπικών αναγκών.

Το ΕΣΥ λειτουργεί και εξελίσσεται μέσα σε κλίμα ισορροπίας και δυναμικής, όπως αυτό επηρεάζεται από διαφορετικούς ενισχυτικούς και αποθαρρυντικούς παράγοντες.³⁶ Η «δεδομένη κατάσταση» (status quo) πρέπει να αλλάξει, για να επιτρέψει στην αλλαγή να λάβει χώρα και να επέλθει μετά την αλλαγή η απαιτούμενη ισορροπία.

Προκειμένου να δημιουργηθεί η τάση για αλλαγή, αποδυναμώνονται ή αναιρούνται επιλεκτικά οι αρνητικοί παράγοντες. Μόνο η ενδυνάμωση των ενισχυτικών παραγόντων θα υποκινούσε μια ανάλογη αντίσταση από τους αρνητικούς παράγοντες. Η διαδικασία της αλλαγής έχει τις θετικές και αρνητικές πτυχές της και πρέπει να ρυθμιστεί. Η συνεχής επικοινωνία και υποστήριξη είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχή υιοθέτηση μιας αλλαγής. Η επανάληψη του ελέγχου ποιότητας σε εύλογο χρονικό διάστημα θεωρείται απαραίτητη, ώστε να εντοπιστούν ενδεχόμενες αλλαγές στην κλινική πρακτική και ο βαθμός επίδρασής τους στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας.^{5,36}

Η μεθοδολογία του ελέγχου ποιότητας και το «περιβάλλον» είναι άρρηκτα συνδεδεμένα. Οι λανθάνουσες δομές και οι τεχνοκρατικές εισροές στο ανοικτό σύστημα του ΕΣΥ επηρεάζουν και διαμορφώνουν έμμεσα την ποιότητα στον κλινικό χώρο. Παράλληλα, όταν η επικρατούσα κουλτούρα ενθαρρύνει τη δημιουργικότητα και απομυθοποιεί το σφάλμα και την αποτυχία, εν δυνάμει προωθεί τη μεταβολή και τη βελτίωση.³⁶

Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Εάν μια υπηρεσία επιδιώκει να βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών της, πρέπει να θεωρήσει την εμπειρία των ασθενών ως αφετηρία για την αλλαγή. Όπως υποστηρίζει η Urden, «η ποιότητα απαντάται παντού»²¹ (μετάφραση από τον ίδιο το συγγραφέα). Κατά συνέπεια, το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών θεωρείται απαραίτητος δείκτης ποιότητας σε οποιαδήποτε υπηρεσία παροχής υπηρεσιών υγείας. Η σύγχρονη βιβλιογραφία μελετά το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας. Ο Wiles προειδοποιεί ότι τα αποτελέσματα στις μελέτες επιπέδου ικανοποίησης των χρηστών συχνά παρουσιάζουν μια ψευδώς θετική εικόνα, που με δυσκολία μεταφράζεται σε κατάλληλο

πλάνο δράσης.^{37,38} Εμφανίζεται υψηλός συσχετισμός μεταξύ του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών και του επιπέδου παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, όπως και του επιπέδου ικανοποίησης και της γενικής παρεχόμενης φροντίδας.^{39,40}

Οι επαγγελματίες υγείας και οι χρήστες των υπηρεσιών εκτιμούν και αξιολογούν την ποιότητα της φροντίδας κατά τρόπο διαφορετικό. Οι επαγγελματίες υγείας είναι πιθανότερο να δώσουν μεγαλύτερη αξία στην κλινική ικανότητα και στα μετρήσιμα οφέλη στην κατάσταση υγείας του ασθενούς. Οι ασθενείς, αν και εκτιμούν την ικανότητα, μπορεί να επιθυμούν την υιοθέτηση μιας περισσότερο ολιστικής προσέγγισης στη φροντίδα που τους παρέχεται και να ενδιαφέρονται για δείκτες ποιότητας που αφορούν στη διαδικασία.¹ Οι εμπειρίες των ασθενών λαμβάνονται υπόψη και δίνεται βαρύτητα στην ιστορία που έχουν να διηγηθούν διαμέσου των εμπειριών τους.

Παρότι αποτελεί κοινή πρακτική η μέτρηση των επιπέδων ικανοποίησης, διαπιστώνεται έλλειψη συναίνεσης σχετικά με τον ορισμό της «ικανοποίησης».⁴¹ Κατά συνέπεια, έχουν αναδυθεί διαφορετικές διαστάσεις της έννοιας «ικανοποίησης», καθιστώντας τη μελέτη και μέτρησή της δύσκολη. Υπάρχουν συγκρουόμενες δημοσιεύσεις σχετικά με τις μεταβλητές που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται η προσδοκία,⁴² η κοινωνική τάξη,⁴³ το φύλο,⁴⁴ η ηλικία,^{43,45} η εθνική ταυτότητα⁴⁶ και η κατάσταση υγείας του ασθενούς.⁴³

Η ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η βελτίωση στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να επιτευχθεί χωρίς τη συμμετοχή και τη συμβολή των επαγγελματιών υγείας. Είναι προφανές ότι μια δομημένη και αντικειμενική αξιολόγηση της κλινικής πράξης καθίσταται απαραίτητη. Το σύστημα ποιότητας, διά του κλινικού ελέγχου, παρέχει τα μέσα για μια τέτοια αξιολόγηση.⁴⁷ Εντούτοις, πρόσφατη έρευνα αναφέρει ότι ενώ οι νοσηλευτές έχουν επιδείξει θετική στάση απέναντι στον κλινικό έλεγχο, ο ενθουσιασμός τους δεν μεταφέρεται πάντα στην πράξη.¹² Πράγματι, η εισαγωγή του κλινικού ελέγχου στο Βρετανικό ΕΣΥ, το 1990, βασίστηκε περισσότερο στην πίστη ότι θα επιφέρει ποιοτική βελτίωση στο σύστημα υγείας, παρά σε επιστημονικά δεδομένα που αποδεικνυαν την αξία του. Παράλληλα, υπήρξε ασυμφωνία ως προς την καταλληλότερη μεθοδολογική προσέγγιση,

γεγονός που οδήγησε σε σημαντική σύγχυση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας για την εφαρμογή του ποιοτικού ελέγχου και την ενσωμάτωσή του στην κλινική πράξη.⁴⁸

Η εμφάνιση του πλαισίου της Κλινικής Διακυβέρνησης έχει δώσει καινούργια ώθηση στην ανάγκη για αξιόπιστο και έγκυρο κλινικό έλεγχο. Η ποιότητα στον κλινικό χώρο έχει ενσωματωθεί με τον οικονομικό έλεγχο και με την απόδοση των υπηρεσιών σε όλα τα οργανωτικά επίπεδα.^{49,50} Επομένως, επιβεβαιώνεται ο κεντρικός ρόλος του κλινικού ελέγχου. Επιπλέον, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι ο κλινικός έλεγχος, ως μηχανισμός και πρόγραμμα ποιότητας, διέπεται από στοιχεία που είναι εξίσου εφαρμόσιμα και στη λήψη των κλινικών αποφάσεων και στην απόδοση της υπηρεσίας.³

Ενδεικτικά, ο κλινικός έλεγχος έχει χρησιμοποιηθεί ως οδηγός στην εφαρμογή των κλινικών οδηγιών.⁵¹⁻⁵⁸ Συχνά, τα κριτήρια του ελέγχου ποιότητας ορίζονται από τις συστάσεις που προκύπτουν από τις κλινικές οδηγίες. Κατ' αυτόν τον τρόπο, το κλινικό προσωπικό είναι σε θέση να γνωρίζει εάν οι συστάσεις των κλινικών οδηγιών εφαρμόζονται. Επίσης, αναφέρεται στη βιβλιογραφία ότι με τον κλινικό έλεγχο δίνεται ίση βαρύτητα σε όλες τις πτυχές της φροντίδας,⁵¹ η συνεργασία και η επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της κλινικής ομάδας βελτιώνονται αισθητά,^{3,59} ενώ παράλληλα βελτιώνεται και το επίπεδο ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας.³ Ο κλινικός έλεγχος που συνοδεύεται από επαρκή ενημέρωση και πλάνο δράσης συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας,⁵⁸ ενώ αντίθετα η έλλειψη κατανόησης του στόχου του κλινικού ελέγχου μπορεί να προκαλέσει φόβο και δυσπιστία.^{59,60}

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο κλινικός έλεγχος μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, το «περιβάλλον» όπου διενεργείται ο έλεγχος θα πρέπει να διέπεται από δομές και κουλτούρα με υποστηρικτικό χαρακτήρα. Σήμερα, είναι περισσότερο αντιληπτό πως η ποιότητα, κατά ένα μεγάλο μέρος, είναι απόρροια των οργανωτικών δομών και όχι τόσο της απόδοσης ενός μεμονωμένου επαγγελματία υγείας. Η δομή αποτελεί το υπόβαθρο και το επιστέγασμα στα θέματα της ποιότητας. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχία του κλινικού ελέγχου είναι η καλή ηγεσία, το υποστηρικτικό περιβάλλον, οι μηχανισμοί και οι υλικοτεχνικές

υποδομές, που καθιστούν τον κλινικό έλεγχο λιγότερο δύσκολο και εφικτό, ο καλός προγραμματισμός σε όλα τα στάδια του ελέγχου και η αντιμετώπιση προβλημάτων και θεμάτων που αποκαθιστούν την εμπιστοσύνη στα μέλη της κλινικής ομάδας.³

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ο συγγραφέας θα ήθελε να ευχαριστήσει την Ελληνική Εταιρεία για την Ποιότητα στην Υγεία (ΕΛΕΠΥ), μέλος της *European Society for Quality in Healthcare (ESQH)*, για την πρόσκληση και παρουσίαση ενός τμήματος της παρούσας μελέτης στη Διεταρική Συζήτηση «Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», στο Ετήσιο 31ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο στην Αθήνα (Μάιος 2005).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Principles for best practice in clinical audit*. Abingdon, National Institute for Clinical Excellence, Radcliffe Medical Press, 2002
2. Thomas B. *Research and audit in effective health services*. *Nurs Standard* 1999, 13:40–42
3. Johnston G, Crombie IK, Alder EM, Davies HTO, Millard A. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Quality Health Care* 2000, 9:23–36
4. Morrell C, Harvey G. *The clinical audit handbook: improving the quality of health care*. London, Baillière Tindall, 1999
5. Cooper J, Benjamin M. Clinical audit in practice. *Nurs Standard* 2004, 18:47–54, 56
6. Chambers N, Jolly A. Essence of care: making a difference. *Nurs Standard* 2002, 17:40–44
7. Currie L, Loftus-Hills A. The nursing view of clinical governance. *Nurs Standard* 2002, 16:40–44
8. Clinical governance. *Quality in the new NHS*. Leeds, Department of Health, NHS Executive, 1999
9. *Making a difference: strengthening the nursing, midwifery and health visiting contribution to health and healthcare*. London, Department of Health, The Stationery Office, 1999
10. Rycroft-Malone J, Morrell C, Bick D. The research agenda for protocol-based care. *Nurs Standard* 2004, 19:33–36
11. *Working for patients*. London, Department of Health, HMSO, 1989
12. Cheater F, Keane M. Nurses' participation in audit: a regional study. *Quality Health Care* 1998, 7:27–36
13. *A first class service: quality in the new NHS*. London, Department of Health, The Stationery Office, 1998
14. *The NHS plan: a plan for investment, a plan for reform*. London, Department of Health, The Stationery Office, 2000
15. Halligan A, Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *Br Med J* 2001, 322: 1413–1417
16. Brocklehurst N, Walshe K. Quality and the new NHS. *Nurs Standard* 1999, 13:46–53
17. *Medicare: a strategy for quality assurance*. Vol 1. Washington, DC, Institute of Medicine, National Academy Press, 1990
18. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Q* 1966, 44:166–206
19. Barnes J, Parsley K, Walshe K. *Quality matters: an introduction to quality improvement and audit in healthcare*. London, CASPE Research/Brighton Health Care, 1993
20. Maxwell RJ. Quality assessment in health. *Br Med J* 1984, 288:1470–1472
21. Urden LD. Patient satisfaction measurement: current issues and implication. *Outcomes Management* 2002, 7: 194–200
22. *Clinical audit study guide*. Bath, Department of General Practice, Royal United Hospital, 2002. www.mharris.eurobell.co.uk/resource/audit/choosing.htm (last accessed: March 8, 2004)
23. *Developing audit standards*. North Bristol NHSTrust, 2002. www.northbristol.nhs.uk/depts/clinicalgovernance/clinicalaudit/display_page.asp?id=37 (last accessed: February 16, 2004)
24. Balogh R, Simpson A, Bond S. Involving clients in clinical audits of mental health services. *Int J Qual Health Care* 1995, 7:343–353
25. Powell J, Lovelock R, Bray J, Philip I. Involving users in assessing service quality: benefits of using a qualitative approach. *Quality Health Care* 1994, 3:199–202
26. Kelson M, Ford C, Rigge M. *Stroke rehabilitation: patients' and carers' views*. London, Royal College of Physicians, 1998
27. Fitzpatrick R, Boulton M. Qualitative methods for assessing health care. *Quality Health Care* 1994, 4:107–113
28. Buttery Y. Implementing evidence through clinical audit. In: Buttery Y (ed) *Evidence-based healthcare*. Oxford, Butterworth-Heinemann, 1998:182–207
29. *Quality patient care – the dynamic standard setting system*. Harrow, Royal College of Nursing, Scutari, 1990
30. Irvine D, Irvine S. *Making sense of audit*. Oxford, Radcliffe Medical Press, 1991
31. *Guidelines for clinical practice: from development to use*. Washington, DC, Institute of Medicine, National Academic Press, 1992
32. Baker R, Fraser RC. Development of review criteria: linking guidelines and assessment of quality. *Br Med J* 1995, 311:370–373

33. Buchanan D, Huczynski A. *Organizational behaviour: an introductory text*. 5th ed. London, Prentice Hall, 1997
34. What is clinical audit? Brighton Healthcare NHS Trust, 2003. www.brighton_healthcare.nhs.uk/CESU/clinical_audit.htm (last accessed: February 16, 2004)
35. Iles V, Sutherland K. *Managing change in the NHS. Organisational change. A review for health care managers, professionals and researchers*. London, National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation, 2001
36. Rosenfield RH, Wilson DC. *Change in organizations. Managing organizations. Text, readings and cases. 2nd ed.* Maidenhead, McGraw-Hill, 1999:283–298
37. Wiles R. Quality questions. *Nurs Times* 1996, 92:38–40
38. Backhouse S, Brown Y. Using a patient satisfaction survey to close the theory practice gap. *Nurs Standard* 2000, 14: 32–35
39. Beck KL, Larrabee JH. Measuring patients' perceptions of nursing care. *Nurs Manag* 1996, 27:32B, 32D
40. Jacox AK, Bausell BR, Mahrenholz DM. Patient satisfaction with nursing care in hospitals. *Outcomes Management in Nursing Practice* 1997, 1:20–28
41. Wilkin D, Hallam L, Doggett M. *Measures of need and outcome for primary health care*. Oxford, Oxford Medical Publ, 1992
42. Kravitz RL. Patients' expectations for medical care: an expanded formulation based on review of the literature. *Med Care Res Rev* 1996, 53:3–27
43. Cohen G. Age and health status in a patient satisfaction survey. *Soc Sci Med* 1996, 42:1085–1093
44. Khayat K, Salter B. Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices. *Br J Gen Pract* 1994, 44:215–219
45. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction 1: important general considerations. *Br Med J* 1991, 302:887–889
46. Auslander WF, Thompson SJ, Dretzer D, Santiago JV. Mothers' satisfaction with medical care: perceptions of racism, family stress, and medical outcomes in children with diabetes. *Health Soc Work* 1997, 22:190–199
47. Crombie I, Davies H, Abraham S. *The audit handbook: improving health care through clinical audit*. Chichester, John Wiley & Sons, 1993
48. Ingleton C, Faulkner A. Quality assurance in palliative care: some of the problems. *Eur J Cancer Care* 1995, 4:38–44
49. *The NHS performance assessment and network*. Leeds, NHS Executive, NHSE, 1999
50. Scally G, Donaldson L. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *Br Med J* 1998, 317:61–65
51. Cooper J, Hewison A. Implementing audit in palliative care. *J Adv Nurs* 2002, 39:360–369
52. Dowsett C. Developing wound management guidelines for community nurses. *Br J Commun Nurs* 2002, 7:62–68
53. Harrow D, Foster J, Greenwood J. Evidence and leadership: the tools for change. *Contemp Nurse* 2001, 11:9–17
54. Morrell C. *The management of patients with venous leg ulcers: report of the National Sentinel Audit Pilot Project*. London, Royal College of Nursing, 2001
55. Stephens F, Bick D. *Pressure ulcer risk assessment and prevention: a National Audit Project*. London, Royal College of Nursing, 2003
56. Tinkler A, Hotchkiss J, Nelson EA, Edwards L. Implementing evidence-based leg ulcer management. *Evidence-based Nurs* 1999, 2:6–8
57. Richens Y, Rycroft-Malone J, Morrell C. Getting guidelines into practice: a literature review. *Nurs Standard* 2004, 18: 33–40
58. Rudd AG, Lowe D, Irwin P, Rutledge Z, Pearson M. National stroke audit: a tool for change? *Quali Safety Health Care* 2001, 10:141–151
59. Ward D. Self-esteem and audit feedback. *Nurs Standard* 2003, 17:33–36
60. Currie L, Morrell C. Evaluation research: a study exploring the views of staff involved in the pilot national sentinel audit for the management of venous leg ulcers. *J Clin Excell* 2001, 3:133–138

Υποβλήθηκε: 22/06/2006

Επανυποβλήθηκε: 28/10/2007

Εγκρίθηκε: 30/10/2007