

Μέθοδοι αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Ποιότητας και Στρατηγικές βελτίωσης

Evaluating techniques for Nursing quality and strategies for its improvement

Author: Andreas Charalambous

Nursing Officer (Limassol GH) BSc (Hons) Nursing Science (U.K.) MSC WBL (Developing Services - U.K.) (Candidate)

Περίληψη

Το πρόβλημα της ποιότητας στην παροχή των Νοσηλευτικών υπηρεσιών έχει απασχολήσει διαχρονικά τη Νοσηλευτική επιστήμη, πριν ακόμη η Florence Nightingale με την καθοδήγηση της την οργανώσει σε επάγγελμα. Η δυσκολία στον ορισμό της ποιότητας καθώς και οι ιδιαιτερότητες στην επιλογή της καταλληλότερης μεθόδου για την διασφάλιση της, είναι μερικά μόνο από τα προβλήματα στη Νοσηλευτική.

Η ανάγκη λήψης μέτρων για βελτίωση της ποιότητας οδηγείται από την πιθανή αδυναμία των υπηρεσιών φροντίδας να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες. Για να εντοπιστεί όμως αυτή η πραγματικότητα, θα πρέπει πρώτα να αξιολογηθεί η παρεχόμενη φροντίδα. Μερικές από τις διαδεδομένες μεθόδους μέτρησης (αξιολόγησης) της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αναλύονται στην εργασία αυτή.

Ακολουθεί η παράθεση διάφορων στρατηγικών που έχουν αναπτυχθεί με σκοπό την βελτίωση των παρεχομένων νοσηλευτικών υπηρεσιών, καθώς και ο τρόπος με τον οποίο αυτές μπορούν να εφαρμοστούν στην πράξη.

Abstract

The problem of quality nursing care has troubled nursing science through time even before Florence Nightingale has developed nursing into a profession.

The difficulties in providing a consensus term for quality in nursing and the various factors that influence the choice for methods that ensure quality are only some of the problems of the profession faces.

The need for taking measures that ensure quality improvement is probably driven by the weakness of the health services to provide quality care. In order to evaluate the presence of the problem the nurse professional has to measure the level of the providing care. Some of the most popular methods of evaluating nursing care are provided by this scientific work.

The strategies that had been developed over the years to deal with the problem of quality care are provided here along with the available way to implement these in action.

Εισαγωγή

Η ανάπτυξη της Νοσηλευτικής σε επιστήμη μέσα από ένα συνεχή αυξανόμενο όγκο γνώσεων έχει οδηγήσει στην ανάδειξη έντονου ενδιαφέροντος για την βελτίωση

της ποιότητας της Νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται από τους Νοσηλευτές σε παγκόσμια βάση. Το ενδιαφέρον αυτό εντοπίζεται στην πρωταρχική δέσμευση των Νοσηλευτών προς τους

ασθενείς, γεγονός που διαφαίνεται στα ποικίλα προγράμματα που στοχεύουν στην διατήρηση και προαγωγή της υγείας και γενικά της ευεξίας του ατόμου.

Αν δεχθούμε ότι η παροχή ποιοτικής φροντίδας ανάγεται στην ευθύνη του Νοσηλευτικού προσωπικού, υπονοείται ότι πρέπει να υπάρχουν και οι ανάλογες συνθήκες ώστε η επαγγελματική και η επιστημονική μορφή της Νοσηλευτικής να μπορεί να εφαρμοσθεί. Σύμφωνα με τους ορισμούς της αξιολόγησης της Νοσηλευτικής φροντίδας, η πρακτική πρέπει να βασίζεται πάνω σε μια φιλοσοφία που να αντανακλά την ποιοτική φροντίδα που προσφέρεται στους ασθενείς και στις οικογένειές τους. Η αναζήτηση και επίτευξη ποιοτικής φροντίδας υγείας είναι συνεχής και αδιάκοπη από την αρχή της σύλληψης της ιδέας της Νοσηλευτικής μέχρι και σήμερα. Οι παράμετροι που συνδέουν το πρόβλημα είναι πολλές και σύνθετες.

Οι ραγδαίες οικονομικές και τεχνολογικές αλλαγές που λαμβάνουν χώρα στον τομέα της υγείας πιέζουν για επαναξιολόγηση των αξιών εκείνων που συνθέτουν το σύστημα υγείας και επανεκτίμηση του τρόπου καθορισμού της ποιοτικής φροντίδας. Καθώς αυτές οι διαδικασίες εξελίσσονται, η Νοσηλευτική μπορεί να αποκτήσει ένα κεντρικό ρόλο στον καθορισμό του μελλοντικού συστήματος υγείας και του ρόλου που θα έχει να διαδραματίσει σε αυτό το σύστημα η Νοσηλευτική. Για να γίνει όμως εφικτό χρειάζεται όραμα, δημιουργικότητα και θέληση για την λήψη αποφάσεων για τις αξίες εκείνες που αντιτίθενται καθώς και αποφασιστικότητα για την αντιμετώπιση των ρίσκων που συνεπάγονται μέσα από τις αποφάσεις αυτές. Η Νοσηλευτική διοίκηση είναι σε θέση να συμβάλουν στην δημιουργία ποιοτικής Νοσηλευτικής και ενός συστήματος υγείας για το αύριο (Donabue, 1992).

Στρατηγικές που έχουν επιστρατευτεί για την επίλυση των διαφόρων προβλημάτων της ποιότητας φροντίδας

Στρατηγική Διοκράλισης ποιότητας στη βάση της Νοσηλευτικής μονάδας

Στο πρόσφατο παρελθόν υπήρξαν σημαντικές αλλαγές στα κοινωνικά προγράμματα διασφάλισης της ποιότητας. Η κυριότερη από αυτές τις αλλαγές ήταν η φιλοσοφία της μετακίνησης από ένα συγκεντρωτικό σύστημα σε ένα σύστημα αποκέντρωσης, συνθέτοντας έτσι την προσέγγιση για διασφάλιση της ποιότητας στην βάση της Νοσηλευτικής μονάδας. Στη συγκεντρωτική προσέγγιση της ποιότητας, ο έλεγχος διενεργείτο ανά άτομο. Αυτό δημιούργησε διάφορα προβλήματα. Σύμφωνα με τον Beyerman (1987) αν και τα δεδομένα που συγκεντρώνονται από τέτοιες συγκεντρωτικές δραστηριότητες μπορεί να είναι χρήσιμα εντούτοις, πιθανόν τα άτομα που εκτελούν τον έλεγχο ποιότητας να αδυνατούν να παρεμβούν με διορθωτικές ενέργειες. Η Reiley (1992) υποστηρίζει ότι η στρατηγική αυτή έρχεται να εξουδετερώσει το συγκεκριμένο πρόβλημα, αλλά και άλλα που δεν αναφέρονται ο' αυτήν την εργασία. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι, στη στρατηγική αυτή τα άτομα που ασκούν τον έλεγχο ποιότητας είναι και τα ίδια που φροντίζουν τους ασθενείς. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η αναγνώριση των στοιχείων εκείνων που χρειάζεται έλεγχο, ενώ αποφασίζονται ποιες ενέργειες θα ήταν κατάλληλες για την βελτίωση της ποιότητας. *Αυτή η προσέγγιση ενισχύει τον ρόλο του Νοσηλευτή και γενικά την εικόνα της Νοσηλευτικής (Reiley, 1992).*

Οι Formella & Shroeder (1984) επένδυσαν σε αυτές τις απόψεις της Reiley (1992) τονίζοντας ότι με την διαδικασία αυτή οι Νοσηλευτές μαθαίνουν τα στοιχεία που συνθέτουν τη υψηλή ποιότητα φροντίδας, ενώ οι δικές τους ενέργειες συνεισφέρουν στην βελτίωση αυτής της ποιότητας. Το μεγαλύτερο δυναμικό μειονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι η εστίαση της σε επίπεδο μιας νοσηλευτικής μονάδας και όχι στο σύνολο του οργανισμού. Αυτό εμποδίζει

την γενίκευση των αποτελεσμάτων καθώς και των διορθωτικών ενεργειών που αποφασίστηκαν στην πραγματικότητα μιας συγκεκριμένης μονάδας. Η Reiley (1992) προτείνει για παράκαμψη του προβλήματος αυτού μια συγκεκριμένη δομή του προγράμματος.



Διάγραμμα 1 : Πρόγραμμα για Στρατηγική Διασφάλισης ποιότητας στη βάση της νοσηλευτικής μονάδας (πηγή Johnson & McCloskey, 1992:78)

Πώς ορίζεται η ποιότητα;

Πρόκειται για μια αφηρημένη έννοια που καθορίζει το σημείο διάκρισης ανάμεσα στο επιθυμητό και το πραγματικό, ανάμεσα στο ιδανικό και το εφικτό. Είναι η προκαθορισμένη «ποιότητα» σε αντιπαράθεση με την επιθυμητή (Van Maanen, 1979). Ποιότητα... γνωρίζεις τι είναι, εντούτοις δεν γνωρίζεις τι είναι. Αυτό όμως αποτελεί σχήμα οξύμωρο. Όμως μερικά πράγματα είναι καλύτερα από τα άλλα, αυτό είναι, έχουν καλύτερη ποιότητα. Όμως όταν προσπαθήσεις να καθορίσεις τι είναι η ποιότητα, εκτός από τα πράγματα που την κατέχουν, όλα θολώνουν και γίνονται περίπλοκα. Δεν υπάρχει τίποτα για συζήτηση. Όμως αν δεν μπορείς να καθορίσεις τι είναι η ποιότητα, πως γνωρίζεις τι είναι; Ή ακόμη πως γνωρίζεις ότι πράγματι υπάρχει; (Pirsig 1974:163).

Πολλή έμφαση εξακολουθεί να τονίζεται στον καθορισμό ενός ευρέως αποδεκτού ορισμού για την ποιοτική φροντίδα υγείας και την ανάπτυξη τεχνικών αξιολόγησης (μέτρησης) της (Wyszewianski, 1988;

Ραγιά, 1995). Αυτή η πρόθεση δεν αποτελεί καταστροφική τακτική από μόνη της, καλλιεργεί όμως το κατεστημένο (*status quo*) παρά να υπηρετεί την βελτίωση της ποιότητας φροντίδας.

Είναι κάτι περισσότερο από εμφανές ότι η ποιότητα της φροντίδας περιβάλλεται από διάφορα προβλήματα (Dickinson, 1998, Darling, 1998). Υπάρχουν οι ισχυρισμοί ότι κανείς δεν μπορεί πραγματικά να ορίσει τι είναι η ποιοτική φροντίδα, πόσο μάλλον να την μετρήσει. Ίσως αυτός ο ισχυρισμός να παρέρχεται από την δυσκολία που περικλείει την αξιολόγησή της. Η Donabue (1992) υποστήριξε ότι αυτή η άποψη έχει εισηγηθεί ακριβώς επειδή επικρατεί ανομοιότητα στις απόψεις και τις αντιλήψεις που αφορούν την σύνθεσή της. Καθώς συνεχίζουμε να ενισχύουμε την επιρροή μας στο πλευρό του ασθενή, θα πρέπει να ενισχύσουμε τις προσπάθειες μας για ολοκλήρωση του κύκλου των κλινικών επαγγελματιών παρέχοντας συγχρόνως φροντίδα στην πορεία για επίτευξη ποιοτικής βελτίωσης.

Όπως τονίζουν οι Bevis και Watson (1988), ο Νοσηλευτής του μέλλοντος θα είναι αυτός που θα μπορεί να ενεργεί και να μαθαίνει εμπειρικά με ένα μυαλό που ποτέ δεν θα παύει να διερευνά και να επεκτείνεται. Διδάσκοντας για την ποιότητα σημαίνει προετοιμασία ενός μορφωμένου κλινικά επαγγελματία για ένα δυναμικό και συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον υγείας. Η πρόκληση είναι μπροστά μας. Ας την αντιμετωπίσουμε με όραμα και γενναιότητα.

«Κάθε στιγμή, όπως όλες οι στιγμές, είναι πολύ καλή στιγμή, αν εμείς γνωρίζουμε τι να κάνουμε με αυτήν» (Ralph Waldo Emerson).

Στρατηγική συνδυασμένης διασφάλισης

Στο παρελθόν, οι περισσότερες δραστηριότητες ποιοτικής διασφάλισης περιλάμβαναν την έκδοση αναδρομικών και σποραδικών ανασκοπήσεων που πρωταρχικά επικεντρώνονταν στην εφαρμογή της νοσηλευτικής διαδικασίας. Ο έλεγχος αφορούσε ουσιαστικά την παρουσία ή

απουσία στοιχείων από την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας.

Αυτή η προσέγγιση όμως υπηρετεί ως σκιά της ποιότητας και δεν διασφαλίζει την πραγματική παρουσία της (Reiley, 1992). Το αναδρομικό σύστημα που εφαρμόζεται, αδυνατεί να βελτιώσει την ποιότητα φροντίδας των υφιστάμενων ασθενών, αφού η αξιολόγηση της ποιότητας γίνεται μετά το γεγονός και δεν αποτελεί μια συνεχή και ενεργή διαδικασία. Η σποραδική αξιολόγηση της ποιότητας συνεισφέρει ελάχιστα για βελτίωση της άσκησης, αφού απαραίτητη προϋπόθεση για κάτι τέτοιο είναι η παρουσία συνεχούς αξιολόγησης, σχεδιασμού και εφαρμογής διορθωτικών μέτρων.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής η ενωμένη επιτροπή (Joint Commission) έχει δώσει τις λύσεις στα μειονεκτήματα της μεθόδου αυτής. Η επιτροπή έχει εξουσιοδοτήσει τον κάθε οργανισμό να καθορίζει τους πρωταρχικούς δείκτες φροντίδας για κάθε έλεγχο και εισηγείται οι έλεγχοι να αφορούν μεταβλητές υψηλού κινδύνου καθώς και προβληματικές περιπτώσεις.

Οι εκτεταμένες περιπτώσεις αναγνωρίζονται εύκολα από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες. Ένας τρόπος αξιολόγησης των περιπτώσεων αυτών είναι η ανάλυση των στατιστικών δεδομένων του νοσοκομείου (Reiley, 1992). Αν η ανάλυση δείξει ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των ασθενειών εισάγεται για καρδιολογικά προβλήματα, τότε είναι λογικό να ασκηθεί έλεγχος για την φροντίδα των καρδιολογικών ασθενών. Σύμφωνα με την Reiley (1992) ένας άλλος τρόπος αξιολόγησης των εκτεταμένων περιπτώσεων είναι ο εντοπισμός των νοσηλευτικών διεργασιών που εκτελούνται συχνά άσχετα από τον τύπο του ασθενή. Η διδασκαλία και ο σχεδιασμός της εξαγωγής των ασθενών είναι δύο νοσηλευτικές διαδικασίες που εκτελούνται συνεχώς για όλους τους ασθενείς και κατά συνέπεια θεωρούνται εκτεταμένες (El beck, 1987).

Οι παράμετροι της φροντίδας που περικλείουν κινδύνους για τους ασθενείς πρέπει πάντα να ελέγχονται. Για παράδειγμα, οι πτώσεις των ασθενών, η χορήγηση λάθος φαρμάκων και η αποδιασώληνωση στις εντατικές μονάδες (Maibisch, 1984). Αν και

η έκταση των περιπτώσεων αυτών δεν είναι σημαντική, ο κίνδυνος τραυματισμού των ασθενών είναι τόσο μεγάλος που ο έλεγχος καθίσταται απαραίτητος. Η Reiley (1992) τονίζει την ανάγκη για έλεγχο των παραμέτρων εκείνων της φροντίδας όπου προβλήματα έχουν αναγνωριστεί ή οι υπηρεσίες υποψιάζονται τον κίνδυνο εμφάνισή τους. Αυτά μπορεί να προκύψουν από την αποτυχία εκπλήρωσης των προτύπων ή πρωτοκόλλων.

Ενδονοσοκομειακή διασφάλιση ποιότητας (Interdisciplinary Quality Assurance)

Αποτελέσματα ερευνών στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής έχουν δείξει ότι οι ενδο-νοσοκομειακοί ασθενείς σήμερα είναι περισσότερο άρρωστοι και χρειάζονται άμεσα μια πιο εξειδικευμένη φροντίδα (Reiley, 1992:86). Αυτή η εξειδικευμένη φροντίδα απαιτεί τον αρμονικό συνδυασμό πολλών επαγγελματιών υγείας. Η Reiley (1992) υποστηρίζει ότι μια εκτίμηση της ολικής φροντίδας των ασθενών πρέπει να καταδεικνύει τις υπευθυνότητες, ελλείψεις και επιτυχίες όλων των μελών της ομάδας υγείας.

Στις Η.Π.Α. η ενωμένη επιτροπή αναγνώρισε εδώ και χρόνια ότι η καλύτερη φροντίδα υγείας βασίζεται σε διάφορες πειθαρχικές κατευθύνσεις, ενώ απαιτεί από τις εξειδικευμένες μονάδες να ασκούν πειθαρχικές δραστηριότητες διασφάλισης της ποιότητας. Ωστόσο, υπάρχει η ανάγκη για επέκταση των δραστηριοτήτων αυτών σε όλους τους τομείς φροντίδας των ασθενών. Η Reiley (1992) έχει αναγνωρίσει την περιορισμένη βιβλιογραφία στον τομέα των πολύ-πειθαρχικών προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας, τονίζοντας την ανάγκη για περισσότερες συνδυασμένες προσπάθειες για την δημιουργία προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας. Δεν υπάρχει αμφιβολία ανάμεσα σε όλες τις πειθαρχικές κατευθύνσεις ότι ο στόχος που ενώνει όλους τους επαγγελματίες υγείας είναι η υψηλή ποιότητα φροντίδας.

Μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την μέτρηση της ποιότητας φροντίδας

I) Μερική αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας:

Σύμφωνα με την Jacquerye (1984) κάποιος μπορεί να παρατηρήσει τις ακόλουθες δύο τάσεις:

- A. Τη δημιουργία μιας προσωπικής μεθόδου αξιολόγησης, υιοθέτηση δηλαδή του μοντέλου νοσηλευτικού ελέγχου (Nursing audit pattern).
- B. Εφαρμόζοντας μια υπάρχουσα μέθοδο, όπως αυτές που εισηγούνται ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτικής (A.N.A.) και Σύνδεσμος εγγεγραμμένων Νοσηλευτών της Βρετανικής Κολούμπια (Registered Nurses' Association of British Columbia).

A) Νοσηλευτικός έλεγχος ποιότητας

Κάθε νοσηλευτικό τμήμα που επιθυμεί να δημιουργήσει το δικό του πρόγραμμα αυτοαξιολόγησης μπορεί να υιοθετήσει το πρόγραμμα νοσηλευτικού ελέγχου ποιότητας (Rubin et al, 1972). Σύμφωνα με την Jacquerye, (1984), Gordon, (1980) το πρόγραμμα περιλαμβάνει τις ακόλουθες διεργασίες (ή στάδια με διαδικασίες):

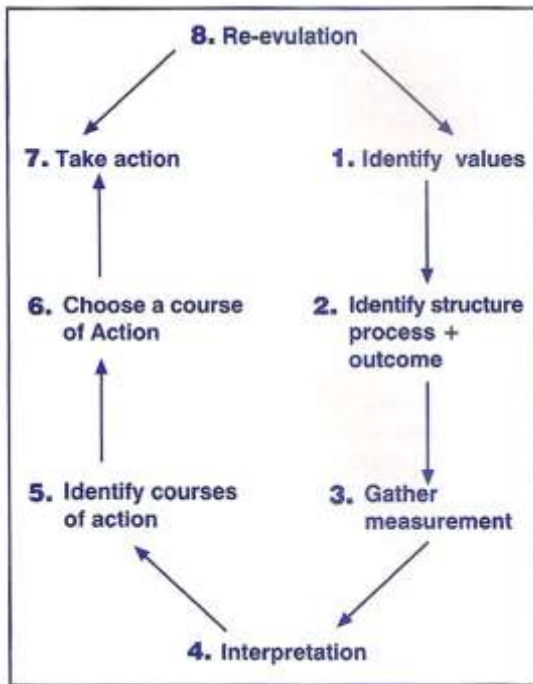
- Μια επιτροπή ελέγχου που απαρτίζεται από Νοσηλευτές (διοικητικές θέσεις είναι ουσιαστικές) πρέπει να συσταθεί ενώ πρέπει να έχει συγχρόνως την υποστήριξη της Διεύθυνσης.
- Η επιτροπή αυτή αναγνωρίζει ένα γνωστό θέμα που συγκαταλέγεται στα προβλήματα της νοσηλευτικής φροντίδας:
- Η επιτροπή θέτει στόχους σχετικά με το θέμα του ελέγχου αναπτύσσοντας και επικυρώνοντας κριτήρια μέτρησης, εξασφαλίζοντας τη συγκατάθεση των Νοσηλευτών που θα πάρουν μέρος στο πρόγραμμα. Το πρότυπο (0-100%) πρέπει να καθορίζεται και να συγκεκριμενοποιείται.
- Για να αξιολογηθεί η πρακτική εφαρμογή σε σχέση με το πρότυπο, η λίστα ελέγχου χρησιμοποιείται σαν φύλλο εργασίας και συμπληρώνεται επιτόπου από ένα μέλος της επιτροπής.

- Τα δεδομένα που συλλέγονται, αξιολογούνται και αναλύονται. Η επιτροπή αποφασίζει το είδος της έλλειψης (γνώση, πρακτική άσκηση, οδηγίες).
- Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο νοσηλευτικό προσωπικό, και αν αυτό ευθύνεται για τα λάθη, τότε γίνονται συστάσεις και εισηγήσεις για επίλυση του προβλήματος. Το χρονοδιάγραμμα για εφαρμογή των διορθωτικών ενεργειών πρέπει να προκαθορίζεται.
- Ένα νέος έλεγχος μπορεί να προγραμματιστεί, πάνω στο ίδιο θέμα, για να εκτιμηθούν οι διορθωτικές ενέργειες.
- Τα αποτελέσματα του ελέγχου παρουσιάζονται στη Διεύθυνση του νοσοκομείου και ακολούθως στο αρμόδιο τμήμα του Υπουργείου Υγείας (Breuil, 1981, deVillermay, 1982).

Η Jacquerye (1984) υποστηρίζει ότι η μέθοδος αυτή μπορεί να εφαρμοσθεί σε σχετικά μικρό χρόνο, διότι ο αριθμός των κριτηρίων που χρησιμοποιούνται για το κάθε θέμα είναι μικρός (20 με 30). Τα αποτελέσματα είναι σχετικά εύκολο να υπολογισθούν ενώ η επιτροπή ελέγχου μπορεί να πάρει ανάλογα μέτρα, σε σύντομο χρονικό διάστημα. Τα θέματα συχνά προσανατολίζονται σε διαδικασίες και βασίζονται σε μια ερευνητική προσέγγιση. Το κόστος εφαρμογής της μεθόδου είναι σχετικά λογικό, ενώ δεν προϋποθέτει αύξηση στον αριθμό του προσωπικού ή στον εξοπλισμό. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται εκτεταμένα στην Ευρώπη και ιδιαίτερα στην Γαλλία.

B) Μέθοδος του Αμερικανικού Συνδέσμου Νοσοκόμων (A.N.A.) και του Συνδέσμου εγγεγραμμένων Νοσηλευτών της Βρετανικής Κολούμπια

Ο ANA, σε διάφορες δημοσιεύσεις, ανέπτυξε εισηγήσεις για να βοηθήσει στην υλοποίηση των πρωταρχικών στόχων του επαγγέλματος για παροχή ποιοτικής υπηρεσίας φροντίδας υγείας. (ANA, 1976a, 1976b, Gordon, 1980). Οι εισηγήσεις αυτές παρουσιάζουν πρότυπα της νοσηλευτικής άσκησης καθώς επίσης και ένα μοντέλο για ποιοτική διασφάλιση στην Νοσηλευτική. Τα στοιχεία του μοντέλου παρουσιάζονται στο ακόλουθο κυκλικό διάγραμμα.



Διάγραμμα 2: Το μοντέλο διασφάλισης ποιοτικής Νοσηλευτικής φροντίδας του Αμερικανικού Συνδέσμου Νοσοκόμων (πηγή: Willis & Linwood, 1984:109)

Η αναγνώριση των αξιών υποδηλώνει ότι τα πρότυπα και τα κριτήρια που αντανακλούν τις κοινωνικές και επαγγελματικές αξίες πρέπει να θεμελιωθούν.

1. Αναγνώριση προτύπων και κριτηρίων κατασκευής, διαδικασίας και έκβασης. Επιτροπές κριτικής πρέπει να συσταθούν μέσα στα πλαίσια της δομής του οργανισμού (νοσοκομείου) εφαρμόζοντας διοικητικές εγκρίσεις. Αυτές οι επιτροπές πρέπει να αποφασίσουν τους τύπους των κριτηρίων που θα χρησιμοποιηθούν ανάλογα με το σκοπό και το στόχο του προγράμματος.
2. Συγκέντρωση των σχετικών μετρήσεων που είναι απαραίτητες για καθορισμό του βαθμού επίτευξης των προτύπων και κριτηρίων. Μέθοδοι όπως παρατήρηση των ασθενών, συνεντεύξεις, ερωτηματολόγια είναι μερικές και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για το σκοπό αυτό.
3. Ερμηνεία των δυνατών και ασθενών σημείων του προγράμματος.
4. Αναγνώριση πιθανών οδών δράσης:

συνεχής εκπαίδευση, ενδονοσοκομειακή εκπαίδευση, διοικητικές αλλαγές, σε προσωπικό επίπεδο κτλ.

5. Επιλογή του κατάλληλου σχεδίου δράσης.
6. Εφαρμογή Σχεδίου δράσης.
7. Επανεκτίμηση. Σε αυτό το σημείο ο κύκλος επαναρχίζει. Κάθε φορά που λαμβάνονται κάποια σχέδια δράσης ή βελτίωσης της νοσηλευτικής άσκησης πρέπει να επαναξιολογείται (Jacquerye, 1984).

Η μέθοδος αυτή ανταποκρίνεται σε δύο βασικές ανάγκες. Παρουσιάζει ένα απλό πλαίσιο, χρήσιμο για τους επαγγελματίες Νοσηλευτές ενώ συγχρόνως, ανταποκρίνεται στις επαγγελματικές και νομικές προϋποθέσεις.

II) Παγκόσμια – αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας

Στο σημείο αυτό αναφέρονται ενδεικτικά διάφορες μέθοδοι για αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας σε παγκόσμιο επίπεδο. Μερικές από αυτές περιλαμβάνουν σύμφωνα με την Jacquerye (1984):

- Το νοσηλευτικό έλεγχο του Phaneuf (1972,76).
- Η κλίμακα ποιότητας φροντίδας ασθενών (QUALPACS) των Wandelt & Ager (1974).
- Το μοντέλο Zush-Medicus (Jelinek et al, 1974).
- Η ανάπτυξη κριτηρίων μέτρησης της ποιότητας φροντίδας (Horn & Swain 1977).
- Methode d' appreciation de la Qualite des soins Infermiers (MAQSI) η οποία δημοσιεύτηκε από τις νοσηλεύτριες του Quebec (Chagnon et al, 1982a, 1982b).

Αναζήτηση των στοιχείων που καθοδηγούν την επιλογή της κατάλληλης μεθόδου για διασφάλιση της ποιότητας

Εξετάζοντας τις μεθόδους αυτές, είναι ξεκάθαρο ότι με την μελέτη των έμφυτων πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων της κάθε μιας, η επιλογή της κατάλληλης μεθόδου

πρέπει να λαμβάνει υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε οργανισμού (Jacquerye, 1984, Reiley, 1992). Η Jacquerye (1984) υποστηρίζει ότι τα στοιχεία που καθοδηγούν την επιλογή είναι πολυάριθμα. Παράλληλα υποστηρίζει ότι τα ακόλουθα στοιχεία διαδραματίζουν το σημαντικότερο ρόλο:

- Οι αντικειμενικοί στόχοι της Διεύθυνσης και το μέγεθος του οργανισμού
- Ο χρόνος που απαιτείται για έναρξη της μεθόδου
- Οι πιθανότητες για εξασφάλιση κάποιας επένδυσης

Επιχειρώντας την αλλαγή

Η εφαρμογή των διαφόρων παρεμβάσεων σπάνια αποτελεί μια απλή διαδικασία. Μάλλον περιλαμβάνει ένα καλοσχεδιασμένο και περιεκτικό πλάνο, καθώς και μια σαφή διαδικασία που περιλαμβάνει μια ποικιλία στρατηγικών και παρεμβάσεων (Grol & Grimshaw, 1999). Είναι ουσιώδες το μέρος της αξιολόγησης της διαδικασίας να συμπεριληφθεί στο σχεδιασμό εφαρμογής. Μια δυσκολία που σχετίζεται με τις μεθόδους πολλαπλών παρεμβάσεων και προγραμμάτων CQI είναι η αδυναμία εντοπισμού της δράσης εκείνης που προκάλεσε τις μεγαλύτερες βελτιώσεις (Reynolds, 1995).

Όταν η παρέμβαση ποιοτικής βελτίωσης (CQI) επιλεγεί, τότε η διαδικασία αλλαγής πρέπει να σχεδιαστεί προσεκτικά λαμβάνοντας υπόψη όλες τις παραμέτρους καθώς και τις δυνητικές δυσκολίες (Strom, 2001). Συνήθως δεν είναι επιθυμητό να επιχειρηθούν όλες οι παρεμβάσεις συγχρόνως, αλλά είναι προτιμότερο να εφαρμοσθούν σε μια σειρά μικρής κλίμακας παρεμβάσεις ώστε να μπορούν να ολοκληρωθούν και να αξιολογηθούν σε μικρό χρονικό διάστημα. Αποτελεσματική παροχή πληροφοριών σε ευρεία κλίμακα θα πρέπει να προηγηθεί οποιασδήποτε πρακτικής εφαρμογής. Ενδιάμεσοι στόχοι καθώς και ένα χρονοδιάγραμμα θα πρέπει να καθοριστούν, ενώ η διαδικασία αλλαγής πρέπει να σχεδιαστεί και προγραμματιστεί ανάλογα. Οι στόχοι παρέχουν ένα στοιχείο συνεχούς αξιολόγησης της βελτίω

σης ενώ, τυχόν αλλαγές που επιβάλλονται στο σχέδιο αλλαγής μπορούν να εντοπιστούν και αντιμετωπιστούν ευκολότερα (Grol & Grimshaw, 1999).

Σύμφωνα με τις παρατηρήσεις της Strom (2001) το πρώτο βήμα είναι απαραίτητα η πρόθεση για βελτίωση της ποιότητας. Όσο πιο συγκεκριμένος είναι ο στόχος, τόσο πιο πολύ αυξάνεται η πιθανότητα επιτυχίας. Ο ηγέτης κάθε οργανισμού είναι υπεύθυνος για την αναγνώριση των πιθανών στόχων. Προσπάθειες για βελτίωση μπορούν εύκολα να καταστούν χασοκές, εκτός αν κάποιος καθοδηγήσει τις προσπάθειες γύρω από περιορισμένους και συγκεκριμένους στόχους. Είναι χαρακτηριστική η παρατήρηση από τον Berwic (1996a) ότι, οι στρατιώτες δεν κατακτούν με δική τους πρωτοβουλία, πρέπει πρώτα κάποιος να τους διατάξει να «Καταλάβουν αυτόν τον λόφο».

Μια σημαντική πρόκληση για εφαρμογή των διαφόρων τεχνικών εντοπίζεται στην υιοθέτηση και εφαρμογή της γνώσης που προκύπτει από την έρευνα στην κλινική άσκηση, για βελτίωση της ποιότητας φροντίδας, διασφαλίζοντας ότι «*εκτελούμε τα σωστά βήματα με τον καλύτερο τρόπο*» (Dickinson, 1998). Οι Shortell et al (1998) είναι πεπεισμένοι ότι προγράμματα όπως τα CQI θα μπορούσαν να ανταποκριθούν στις υψηλές προσδοκίες τους μόνο, αν αντιμετωπιστούν ως προϋπόθεση για την βελτίωση της ποιότητας φροντίδας για άτομα και ικανότητες. Ο απώτερος στόχος είναι η βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας θέτοντας σαν βάση ερευνητικά αποδεδειγμένα στοιχεία, μια προσέγγιση που ο Dickinson (1998) χαρακτηρίζει «*γέφυρα για την υγεία*».

Οι περισσότερες προσπάθειες για βελτίωση της ποιότητας φροντίδας μέχρι σήμερα βασιζόταν σε περιορισμένες και δύσκαμπτες «μονό-επίπεδες» αλλαγές στα προγράμματα. Οι αλλαγές αυτές σύμφωνα με τους ερευνητές αποδείχθηκαν αποτυχία. Οι Shortell et al (2001) υποστηρίζουν ότι για μια επιτυχημένη μεταμόρφωση, αυτοί που κάνουν την πολιτική υγείας αλλά και οι ίδιοι επαγγελματίες, πρέπει να συγκεντρωθούν σε τέσσερα επίπεδα αλλαγής:

Το άτομο - νοσηλευτής ή άλλος επαγγελματίας υγείας

Η ομάδα - μια μικρή ομάδα ατόμων μέσα σε μια νοσοκομειακή μονάδα ή ένα οργανισμό μπορεί να συγκεντρώνει, οικονομικές και τεχνολογικές πηγές για εκπλήρωση των στόχων του

Ο οργανισμός - για παράδειγμα, νοσοκομείο ή ομάδες νοσηλευτών, ιατρών

Το ευρύτερο σύστημα ή περιβάλλον στο οποίο τα άτομα ή οι οργανισμοί ανήκουν

Ανεξάρτητα από τις προσεγγίσεις που κάθε χώρα εφαρμόζει για βελτίωση της ποιότητας φροντίδας - είτε από την κορυφή στην βάση ή αντίθετα, ήπια ή δραστική - είναι ουσιώδεις τέτοιες πολιτικές να εφαρμόζονται λαμβάνοντας υπόψη το περιεχόμενο και των 4 επιπέδων αλλαγής, και όχι μεμονωμένα το καθένα. Οι πιθανότητες επιτυχίας αυξάνονται όταν η αλλαγή που επιχειρείται σε ένα επίπεδο, γίνεται σε συνδυασμό με το περιεχόμενο των άλλων 3 επιπέδων. Αυτό θα σημαίνει σύμφωνα με τους Shortell et al (2001), για παράδειγμα ότι οι προτεινόμενες αλλαγές στην κυριότερη πολιτική οικονομία της επιδότησης, πληρωμές και ρυθμιστικής πολιτικής θα είναι συνυφασμένη και συνάμα υποστηρικτική για τους στόχους των οργανισμών υγείας για προσφορά ποιοτικότερης φροντίδας. Συγχρόνως, οι οργανισμοί θα συγκεντρώσουν τις προσπάθειες τους για προαγωγή και όχι αναστολή της εργασίας των ομάδων - το σημείο όπου η φροντίδα παρέχεται. Οι ομάδες που επιθυμούν να εφαρμόσουν νέες αλλαγές θα πρέπει να λάβουν υπόψη τις ποικίλες ανάγκες, επιδεξιότητες και ιδιαιτερότητα του κάθε ατόμου και να κτίσουν την προσπάθεια για αλλαγή, πάνω στο μεγαλύτερο πλεονέκτημα του καθ'ενός. Σύμφωνα με τους Shortell et al (2001) για μια επιτυχημένη βελτίωση της ποιότητας, η πολύ-επίπεδη προσέγγιση θα πρέπει να αναγνωρίζει την σημασία των ακόλουθων 4 πυρήνων δράσης:

1) Ηγεσία με όλα τα επίπεδα

Τόσο οι Η.Π.Α. όσο και το Ηνωμένο Βασίλειο χρειάζονται να αναπτύξουν προγράμματα υγιεινής, τα οποία να εστιάζονται στην προαγωγή της ποιότητας. Οι

Shortell et al (2001) υποστηρίζουν ότι μια αποτελεσματική προσέγγιση θα πρέπει να περιλαμβάνει ένα ενιαίο πρόγραμμα εκπαίδευσης που θα αποτελείται από ομάδες ιατρών, νοσηλευτών, διευθυντών και άλλων μελών του διοικητικού συμβουλίου.

2) Προαγωγή της μάθησης μέσω των διαδικασιών φροντίδας

Η πρόκληση είναι να πεισθούν οι νοσηλευτές, ιατροί καθώς και άλλοι επαγγελματίες υγείας να υιοθετήσουν μια πραγματική φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή. Νεότερες έρευνες έχουν δείξει ότι προσεγγίσεις με επίκεντρο την ομάδα που προάγουν την σύνδεση, ομαδική δουλειά, συντονισμό και συμμετοχή σχετίζεται με επιτυχημένες προσπάθειες για συνεχή βελτίωση της ποιότητας.

3) Έμφαση στην ανάπτυξη αναποτελεσματικών ομάδων

Η ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να εργασθούν σε ομάδες είναι ουσιώδεις για την προαγωγή της ποιότητας (Shortell et al, 2001). Αυτή όμως η προσπάθεια περιπλέκεται από διάφορους παράγοντες: η διαφοροποίηση των στόχων και ευθυνών σαν αποτέλεσμα νέων τεχνολογικών επιτευγμάτων και τεχνικών θεραπείας, νέων τρόπων πληρωμής, καθώς και άλλες αλλαγές αποτελούν πρόκληση για τους παραδοσιακούς ρόλους και ευθύνες ανάμεσα σε διαφορετικούς προμηθευτές υγείας.

4) Ευρύτερη χρήση της πληροφορικής για συνεχή βελτίωση της εργασίας

Ο τομέας της υγείας έχει μείνει πίσω σε σχέση με άλλες βιομηχανίες όσον αφορά τη χρήση πληροφοριακών συστημάτων. Τα συστήματα αυτά έχουν όμως την ικανότητα να βελτιώσουν την ποιότητα της φροντίδας, προάγοντας συγχρόνως την υπευθυνότητα του οργανισμού υγείας στους καταναλωτές και άλλους.

Επίλογος

Ο απώτερος στόχος για οποιαδήποτε πρόγραμμα που σχετίζεται με την ποιότητα της φροντίδας στον τομέα της υγείας, θα πρέπει να είναι η ενδυνάμωση αυτών που ασκούνται μέσα στα πλαίσια κάποιου οργανισμού υγείας, ώστε να βελτιώνουν

την φροντίδα και τις υπηρεσίες που αποσκοπούν στην ευημερία των ασθενών. Σε αυτό τον τομέα θα πρέπει να μελετήσουμε τους τρόπους για να δημιουργήσουμε μια συναγωνιστική προσέγγιση στην ποιότητα, χωρίς όμως να χάνεται η αυτονομία και οι μοναδικές συνεισφορές των επαγγελματιών. Δεν μπορούμε και δεν πρέπει να σταματήσουμε να εργαζόμαστε για την ανάπτυξη προγραμμάτων διασφάλισης της ποιότητας αλλά θα πρέπει να δώσουμε έμφαση στην ανάπτυξη των συστατικών εκείνων που προάγουν και υποστηρίζουν την πραγματική συνεργασία. Οι οργανισμοί υγείας θα πρέπει να δεσμευθούν στον αγώνα για επίτευξη της ποιότητας δεσμεύοντας τα διευθυντικά στελέχη αλλά και το προσωπικό (σε όλα τα επίπεδα) στην σημασία αυτής της επίδιξης. *Εκπαίδευση που αφορά την ποιότητα και τις διαδικασίες αξιολόγησης της θα πρέπει να παρέχεται σε όλα τα επίπεδα.*

Οι ανάγκες των ασθενών και τα αποτελέσματα της φροντίδας θα πρέπει να είναι πρώτη σημασία, δεδομένου της αποστολής του οργανισμού και της επαγγελματικής δέσμευσης των επαγγελματιών υγείας.

Ως Νοσηλευτές έχουμε προχωρήσει πολύ όσον αφορά την ικανότητα μας να ορίσουμε, μετρήσουμε και βελτιώσουμε την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουμε. Αν και πολλά είναι αυτά που πρέπει να γίνουν ακόμη σχετικά με την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας, δεν θα ήταν ορθό να αγνοήσουμε τα φλέγοντα θέματα που μπορούν να επουλωθούν μόνο με την αποτελεσματική συνεργασία με πολλούς επαγγελματίες υγείας. Ο χρόνος είναι κατάλληλος για προώθηση της ποιοτικής νοσηλευτικής στο επόμενο.

Βιβλιογραφία

- American Nurses' Association (ed) 1976a Quality Assurance workbook. Kansas City: ANA
- American Nurses' Association (ed) 1976b Guidelines for review of nursing care at the local level. Kansas City: ANA
- Berwick, D.M (1996b) Harvesting knowledge from improvement. *Journal of the American Medical Association*, 275: pp 877-878
- Breuil, M.T (1981) Le nursing audit ou l'évaluation des soins infirmiers a l'Hopital americain de Paris. *Soins* 26(6): pp 40-48
- Darling, H (1998) Continuous quality improvement: does it make a difference? *The Milbank Quarterly*/ 76(4): pp 755-757
- Dicknson, E (1998) Clinical effectiveness for health care quality improvement. *Journal of quality in clinical practice*, 19(1): pp 3746
- Donabue, P.M. (1992) Health care values and Quality in Johnson & McCloskey (Eds) *The Delivery of Quality Health Care*. St. Louis: Mosby Year book.
- Formella, N. M. & Schroeder, P. S. (1984) The unit-based system in: P.S. Shoeder & R. M. Mabusch (Eds) *Nursing Quality Assurance: A unit-based approach*. Rockville. Aspen.
- Grol, R & Grimshaw, J (1999) Evidence-based implementation of evidence-based medicine. *The joint commission Journal on quality improvement*, 25:pp 503-513
- Jacquerye, A. (1984) Choosing an appropriate method of quality assurance in: Willis & Linwood (Eds) *Measuring the Quality of Care*. London: Churchill Livingstone.
- Johnson M. & McCloskey, C. U (1992) *The Delivery of Quality of Health Care*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Van Maanen, H. M. (1979) The nursing profession: ritualized, routinized or research - based? *Journal of Advanced Nursing* 4 (1): pp 81 - 89.
- Phaneuf, M. C (1972) *The nursing audit-profile for excellence*. New York: Appleton-Century-Crofts.

- Phaneuf, M.C. (1976) *The nursing audit-self-regulation in nursing practice* (2nd ed). New York: Appieton-Century-Crofts.
- Pirsing, R. M. (1974) *Zen and the art of motorcycle maintenance*. New York: Bantam Books.
- Ραγιά, Α (1994) Ποιότητα στη Νοσηλευτική. *Επιθεώρηση Υγείας*, 5(30): pp. 317-320
- Reiley, P. (1992). Quality assurance programs in: Johnson & McCloskey (Eds) *The delivery of Quality Health Care*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Reynolds, J.L (1995). Reducing the frequency of episiotomies through a continuous quality improvement program. *Canadian medical association journal*, 153:pp 275-282.
- Shortel M.S., Heinold W.J, Ferlie B.E. (2001) Improving the Quality of Health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. *Milbank Quarterly* 79(2):pp 281-315.
- Strom K.L. (2001). Quality: the improvement intervectine: What Works? *Journal of Health Quality* (2): pp 210-213.
- Wandelt, M.A & Ager, J.W (1974) *Quality patient care scale*. New York: Appieton-Century-Crofts.
- Wills, D. L. & Linwood E. M (1984) *Measuring the Quality of care*. London: Churchill Living stone.
- Wyszewiariski, L. (1988) Quality of care: Past achievements and future challenges. *Inquiry* 25, 13-22.