

Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας

Στην παρούσα μελέτη γίνεται προσπάθεια ανασκόπησης της «ποιότητας» στην ιατρική πράξη και στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η ποιότητα στον τομέα της υγείας ταυτίζεται κυρίως με την παροχή των αναγκαιών και πλεόν αποτελεσματικών υπηρεσιών και με την ικανοποίηση των «πελατών» και των εργαζομένων. Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας εξασφαλίζεται με την εφαρμογή του κύκλου ποιότητας. Σύμφωνα με τον κύκλο αυτόν, πραγματοποιείται καταρχήν εκτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης και εντοπισμός των προβλημάτων. Στη συνέχεια, επιλέγονται ή διαμορφώνονται κριτήρια, πρότυπα, οδηγίες και πρωτόκολλα καλής πρακτικής για τους τομείς που έχουν επιλεγεί, τα οποία και αποτελούν μέτρα σύγκρισης για την αποτίμηση της ποιότητας, αλλά και οδηγούς δράσης για τη βελτίωσή της. Τα αποτελέσματα των δράσεων διαμορφώνουν μια καινούργια κατάσταση, που αποτελεί αφετηρία για ένα νέο κύκλο ποιότητας. Παραδοσιακά, οι δράσεις αφορούσαν στη διενέργεια ιατρικού ή κλινικού ελέγχου (medical or clinical audit) για τον εντοπισμό ακατάλληλων ή ληθεμένων ενεργειών, ενώ τα τελευταία χρόνια οι δράσεις ποιότητας έχουν ενταχθεί σε σύγχρονα συστήματα διοίκησης ολικής ποιότητας. Τα συστήματα αυτά είναι επικεντρωμένα στον ασθενή, προσανατολισμένα στο προϊόν, στηριγμένα σε μετρήσεις και διάχυτα σε όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων. Πολλοί ευρωπαϊκοί οργανισμοί και επιχειρήσεις εφαρμόζουν –με βάση τις αρχές αυτές– το ευρωπαϊκό μοντέλο ποιότητας, που αποτελεί και βάση αξιολόγησης, βαθμολόγησης και επιβράβευσης. Σε ό,τι αφορά την αξιολόγηση, συχνά χρησιμοποιούνται τα διεθνή πρότυπα ISO-9000, για την πιστοποίηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και προϊόντων.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σύγχρονη έννοια της ποιότητας διαμορφώθηκε στη δεκαετία του 1950 στο χώρο της βιομηχανικής παραγωγής. Πολλοί αναφέρουν ως κοίτιδα την Ιαπωνία, χώρα στην οποία κλήθηκε μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο ο Αμερικανός στατιστικός W. Edwards Deming για να βοηθήσει στην αλλαγή των παραδοσιακών παραγωγικών διαδικασιών. Ανάμεσα στις προτάσεις του, που συνοψίζονται σε 14 σημεία, ξεχωρίζουν η ανάγκη για συνεχή βελτίωση του προϊόντος και της υπηρεσίας, η εξάλειψη του φόβου και η άσκηση διοίκησης ανά στόχο (management by objectives).¹

Έτερος θεμελιωτής της ποιότητας στη βιομηχανία θεωρείται ο Joseph M. Juran, ο οποίος, την ίδια περίοδο, ανέπτυξε τις έννοιες του ποιοτικού σχεδιασμού, του ποιοτικού ελέγχου και της ποιοτικής βελτίωσης.²

Στη συνέχεια, η έννοια της ποιότητας επεκτάθηκε και σε άλλες παραγωγικές δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένων και των υπηρεσιών. Ειδικότερα για τις υπηρεσίες, η ποιότητα ταυτίστηκε με την ετοιμότητα παροχής, τη δυνατότητα πρόσβασης, την καταλληλότητα, την αξιοπιστία, τη φιλικότητα και τη συνεχή υποστήριξη.³

Ο σύγχρονος ορισμός της ποιότητας έχει επιχειρηθεί με πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις, άλλοτε συνοπτικές και σύντομες, όπως «ποιότητα είναι η συμμόρφωση με απαιτήσεις και προδιαγραφές» και άλλοτε πλέον σύνθετες και αναλυτικές, όπως της Αμερικανικής Ένωσης Ποιοτικού Ελέγχου, που ορίζει την ποιότητα ως «την ολότητα των χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που επηρεάζουν την ικανότητα να ικανοποιεί δεδομένες ανάγκες».⁴

Στην πρώτη φάση ανάπτυξης των ενεργειών παρέμβασης, ο προσανατολισμός αφορούσε στον αναδρομικό

Γ. Τούντας

Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας,
Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας,
Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών,
Αθήνα

Quality issues in medical practice
and in health services

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Πιστοποίηση
Ποιότητα
Υπηρεσίες υγείας

Υποβλήθηκε 8.5.2003
Εγκρίθηκε 22.5.2003

έλεγχο των προϊόντων και των υπηρεσιών με τη μορφή του *ποιοτικού ελέγχου* (Quality Control, QC).

Επειδή ο έλεγχος της ποιότητας περιοριζόταν σε συγκεκριμένους τομείς, καταβλήθηκε προσπάθεια περαιτέρω διεύρυνσης των σχετικών δραστηριοτήτων, στο πλαίσιο μιας γενικότερης προσέγγισης που ονομάστηκε *διασφάλιση ποιότητας* (Quality Assurance, QA). Η διασφάλιση της ποιότητας, ως επέκταση του ποιοτικού ελέγχου, αποτέλεσε το θεμέλιο του κινήματος της ποιότητας μέχρι τις αρχές του 1990. Στη συνέχεια, τα συστήματα ποιότητας ανέπτυξαν σύγχρονες πολιτικές και μεθόδους, που ασκούσαν πλέον από το ανώτερο επίπεδο διοίκησης μιας υπηρεσίας ή ενός οργανισμού. Η δραστηριότητα αυτή εντάχθηκε σε νέες σύγχρονες μορφές διοίκησης, προσδίδοντάς τους τον όρο *διοίκηση ποιότητας* (Quality Management, QM).

Η διοίκηση ποιότητας είναι συνώνυμη με την καλή διοίκηση. Επιτυγχάνει τους στόχους της επιχείρησης, με τη βελτίωση των προϊόντων και της παραγωγής. Είναι αναπόσπαστο μέρος της παραγωγής και της διάθεσης των προϊόντων, γιατί η ποιότητα και το κόστος είναι τόσο αλληλοκαθοριζόμενα που δεν μπορούν να διοικηθούν ανεξάρτητα, ενώ ο στόχος της είναι η ποιοτική ωρίμανση, κατά την οποία επιτυγχάνεται αέναη βελτίωση της ποιότητας και αύξηση της παραγωγικότητας.⁵

Στο νέο αυτό πλαίσιο, η υπόθεση της ποιότητας συστηματοποιήθηκε ως *βελτίωση ποιότητας* (Quality Improvement, QI), υποδηλώνοντας ως βασική επιδίωξη πλέον τη βελτίωση της ποιότητας και όχι μόνο τον έλεγχο ή τη διασφάλισή της.

Η βασική διαφορά μεταξύ διασφάλισης της ποιότητας και βελτίωσης της ποιότητας έγκειται στην επιλογή των περιπτώσεων για την ανάληψη πρωτοβουλιών παρέμβασης. Στη διασφάλιση της ποιότητας, τίθεται συνήθως ένα προδιαγραφμένο όριο (threshold) τιμών σε σχέση με το μέσο όρο ή με καθορισμένες προδιαγραφές, πέρα από το οποίο αναλαμβάνονται δράσεις. Για παράδειγμα, η αντιμετώπιση των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων πραγματοποιείται μόνον όταν αυτές υπερβούν ένα συγκεκριμένο ποσοστό (π.χ. 15%) των περιπτώσεων. Αντίθετα, η βελτίωση της ποιότητας πραγματοποιείται στις συνολικές διεργασίες και όχι μόνο σε αυτές που θεωρούνται μη αποδεκτές. Επίσης, η διασφάλιση της ποιότητας δίνει περισσότερο βάρος στην επίτευξη προκαθορισμένων στόχων παρά στην κατανόηση των αιτιών, γεγονός που επιχειρεί η βελτίωση της ποιότητας.⁶

Η βελτίωση της ποιότητας, όταν πραγματοποιείται σε συνεχή βάση και όχι αποσπασματικά ή περιστασιακά,

χαρακτηρίζεται ως *συνεχής βελτίωση ποιότητας* (Continuous Quality Improvement, CQI).⁶ Η CQI πραγματοποιεί συνεχείς αξιολογήσεις, συνεχή αναζήτηση ευκαιριών για τη βελτίωση της ποιότητας και συνεχή εφαρμογή λύσεων για την εκμετάλλευση των ευκαιριών αυτών. Επειδή ακριβώς μια τέτοια προσπάθεια προϋποθέτει την ολόπλευρη στήριξη και συμμετοχή της διοίκησης, δεν μπορεί παρά να ασκείται συνολικά και συστηματικά στο πλαίσιο της διοίκησης ποιότητας και με έναν τέτοιο τρόπο, που να περιλαμβάνει όλο το προσωπικό και όλες τις δραστηριότητες. Στις περιπτώσεις αυτές, συχνά αναφέρεται και ως *διοίκηση ολικής ποιότητας* (ΔΟΠ) (Total Quality Management, TQM).⁷

Η υιοθέτηση της διοίκησης ολικής ποιότητας είναι εξαιρετικής σημασίας στρατηγική επιλογή από την ανώτατη διοίκηση. Η επιλογή αυτή μεταφράζεται σε ένα νέο τρόπο συμπεριφοράς και λειτουργίας με μακροχρόνιες συνέπειες για όλα τα τμήματα και τις δραστηριότητες και για όλους τους εργαζόμενους.

Σε σύγκριση με τις παραδοσιακές τεχνικές του ελέγχου ποιότητας, που έχουν στατικό χαρακτήρα και σκοπό τη διατήρηση της διαχρονικής σταθερότητας στη λειτουργία των διαφόρων διαδικασιών, η εφαρμογή της ΔΟΠ διακρίνεται για το δυναμικό χαρακτήρα της, που συνεπάγεται συνεχή εκπαίδευση και εκμάθηση νέων τεχνικών, διαρκή ανάπτυξη των εργαζομένων ως ατόμων και επιμονή στη συνεχή βελτίωση προϊόντων και διαδικασιών.

Έτσι, μέσα από τη ΔΟΠ επιχειρείται πλέον η αναζήτηση λύσεων στα προβλήματα που έχουν σχέση, όχι μόνο με τη διασφάλιση και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και με την οργάνωση των ίδιων των μονάδων παραγωγής, τη διανομή τους, την αποτελεσματικότητά τους, τη συγκράτηση του κόστους λειτουργίας τους κ.ά.

Σήμερα, στον ευρύτερο χώρο της παραγωγής προϊόντων και υπηρεσιών, η ποιότητα αποτελεί βασικό κριτήριο κάθε καταναλωτικής, αλλά και επιχειρηματικής συμπεριφοράς. Η διασφάλιση-βελτίωσή της επιτυγχάνεται με σύνθετες μεθοδολογικές προσεγγίσεις, οι οποίες αναπτύχθηκαν σε συνάρτηση και αλληλεξάρτηση με τις σημαντικές αλλαγές που επήλθαν στην παραγωγική διαδικασία τα τελευταία περίπου 50 χρόνια.

Τα οφέλη από την ανάπτυξη των συστημάτων ποιότητας είναι πολλά, επειδή, εκτός από τη βελτίωση των προϊόντων και υπηρεσιών, υπολογίζεται ότι χάρη στα συστήματα αυτά επιτυγχάνεται μείωση των λειτουργικών εξόδων κατά 30-50%. Αρκεί να αναφερθεί ότι το

¼ περίπου του προσωπικού μιας επιχείρησης που δεν εφαρμόζει συστήματα ποιότητας, απασχολείται με τη διόρθωση σφαλμάτων.⁸

2. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η ποιότητα στον τομέα της υγείας είναι περισσότερο σύνθετη υπόθεση απ' ό,τι στο χώρο της βιομηχανίας. Γι' αυτό και η βασική της μεθοδολογία και τα αντίστοιχα εργαλεία της, που διαμορφώθηκαν κατά κύριο λόγο για τις ανάγκες της βιομηχανίας, θα πρέπει να τροποποιούνται κατάλληλα πριν από την εφαρμογή τους στην υγεία.

Η μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των τομέων της βιομηχανίας και της υγείας έγκειται στον προσδιορισμό της ποιότητας και, συνακόλουθα, στον τρόπο επίτευξής της. Στη βιομηχανία, η ποιότητα ταυτίζεται με την απόλυτη τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος. Στόχος είναι η ύπαρξη μηδενικών αποκλίσεων/ελαττωμάτων στη διαδικασία και στο αποτέλεσμα. Στην υγεία, όμως, από τη στιγμή που οι ασθενείς μεταξύ τους παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στους παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας τους, είναι αναμενόμενο η στατιστική ανάλυση να αναδεικνύει σημαντικές αλλά αναγκαίες διαφορές στην αντιμετώπισή τους. Γι' αυτό και η έννοια του μηδενικού ελαττώματος στην υγεία ταυτίζεται με την παροχή στους ασθενείς αυτού ακριβώς που έχουν ανάγκη και που επιθυμούν. Η ελαχιστοποίηση των αποκλίσεων/ελαττωμάτων στην υγεία, στην πράξη σημαίνει βελτίωση ή εξάλειψη της «κακής» πρακτικής και ενθάρρυνση της «καλής». Η εξασφάλιση της καταλληλότερης και πλέον επιθυμητής θεραπευτικής αγωγής αποτελεί ένα περισσότερο δύσκολο εγχείρημα από ό,τι η επίτευξη μηδενικών αποκλίσεων στη βιομηχανία.

Επιπρόσθετα, οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ιδιαίτερη μορφή προσωπικών υπηρεσιών, ο αποδέκτης-χρήστης των οποίων αναμένει πολύ περισσότερα από ό,τι σε οποιαδήποτε άλλη προσωπική υπηρεσία. Εκτός από την ετοιμότητα παροχής, τη δυνατότητα πρόσβασης, την καταλληλότητα και την αξιοπιστία, παράγοντες που σχετίζονται με την έγκαιρη και σωστή διάγνωση, την άμεση και αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση, την υψηλή τεχνολογία, τον άμεσο επαγγελματισμό και την αξιοπρέπεια του «πελάτη» αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα, αποτελώντας άμεση προτεραιότητα.

Ο Avedis Donabedian, καθηγητής στη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan, ήταν από τους πρώτους που επικέντρωσαν την προσοχή τους σε θέματα ποιότητας στο χώρο της υγείας. Πρωταρχική μέ-

θοδός του ήταν ο διαχωρισμός της περίθαλψης σε δομή, διαδικασία και αποτέλεσμα και η επιδίωξη της ποιότητας και στους τρεις αυτούς τομείς, ώστε να επιτυγχάνεται το μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο κόστος για τον ασθενή.⁹ Σύμφωνα με τον Donabedian, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται ως η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης.¹⁰

Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών ορίζει την ποιότητα ως το βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς και είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση.¹¹

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής.¹²

Με βάση τους παραπάνω ορισμούς, είναι φανερό ότι η ποιότητα στην υγεία ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών και με τον έλεγχο του κόστους.

Η προσπάθεια αυτή εστιάστηκε αρχικά στις εργαστηριακές εξετάσεις, στην κλινική μεταβλητότητα και στις ανεπιθύμητες ενέργειες. Η αξιοπιστία και η επαναληψιμότητα των ιατρικών εξετάσεων αποτέλεσαν αντικείμενα των πρώτων ποιοτικών ελέγχων. Τα ιατρικά μηχανήματα και ιδιαίτερα οι διαγνωστικές συσκευές πρέπει να ελέγχονται και να ρυθμίζονται σωστά και τακτικά, ώστε οι ενδείξεις να μην αποκλίνουν σημαντικά από τις πραγματικές τιμές.

Η εκτεταμένη μεταβλητότητα, που χαρακτηρίζει πολλές ιατρικές πράξεις, είναι επίσης δείγμα «κακής» πρακτικής, ιδιαίτερα όταν δεν αντιστοιχεί σε επιδημιολογικές διαφορές, όπως συνέβαινε με χειρουργικές επεμβάσεις που διενεργούνταν με πολλαπλάσια συχνότητα σε κάποιες περιοχές των ΗΠΑ σε σχέση με κάποιες άλλες.¹³ Η αντιμετώπιση της μεταβλητότητας αυτής, η οποία παρατηρείται κυρίως ανάμεσα σε γιατρούς διαφορετικών περιοχών και όχι τόσο ανάμεσα σε γιατρούς της ίδιας περιοχής, αποτέλεσε επίσης αντικείμενο των πρώτων ποιοτικών μελετών στην υγεία.¹⁴

Στη συνέχεια, εκτός από τη μεταβλητότητα, το ενδιαφέρον εστιάστηκε και στην αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών, ιδιαίτερα στα αμερικανικά νοσοκομεία, στα οποία η συχνότητά τους κυμαινόταν από 2,9–3,7% στο σύνολο των νοσηλευόμενων. Οι μισές τουλάχιστον από τις ανεπιθύμητες αυτές ενέργειες οφείλονταν σε ανθρώπινο λάθος, ενώ ένα ποσοστό περίπου 10% κατέληγε σε θάνατο. Σχετικές μελέτες εκτιμούν ότι οι αποτρέψιμοι θάνατοι ασθενών κυμαίνονται τα τελευταία χρόνια στις ΗΠΑ από 44.000–98.000 κάθε χρόνο.¹⁵

Παραδοσιακά, τουλάχιστον στη Β. Αμερική, ο έλεγχος της ποιότητας είχε συνδεθεί με τον αναδρομικό έλεγχο της ιατρικής φροντίδας μέσω επιθεωρήσεων γνωστών και ως *ιατρικών ελέγχων* (Medical Audit, MA). Οι επιθεωρήσεις αυτές, που τις διενεργούσαν κατά κανόνα επιλεγμένοι γιατροί είτε του νοσοκομείου είτε εκτός του νοσοκομείου, περιορίζονταν συνήθως σε αποσπασματικό ή τυχαίο αναδρομικό έλεγχο των ιατρικών φακέλων, με σκοπό την επισήμανση λαθμένων επιλογών του ιατρικού προσωπικού.¹⁶ Οι ελεγκτές, εσωτερικοί ή εξωτερικοί, αφού συμφωνούσαν στο τι συνίσταται η άριστη πρακτική και τα κριτήρια αξιολόγησης του αποτελέσματος και των διαδικασιών, έκριναν και αξιολογούσαν. Η επιδιωκόμενη όμως βελτίωση ήταν περιορισμένη, γιατί οι ευθύνες αναζητούνταν μόνο στους γιατρούς, απουσίαζε η ανάλυση τάσεων και η διαμόρφωση προτύπων ώστε να εντοπίζονται με αντικειμενικότητα τα βαθύτερα αίτια και δεν υπήρχαν διαδικασίες και συστήματα επανόρθωσης των λαθών και αξιολόγησης της βελτίωσης.⁵

Ο ιατρικός έλεγχος ήταν επίσης μια δραστηριότητα αξιολόγησης που περιοριζόταν σε έναν κυρίως τομέα, τον ιατρικό, χωρίς να επεκτείνεται συνήθως στους άλλους τομείς δραστηριότητας του νοσοκομείου.

Τα τελευταία χρόνια, ο ιατρικός έλεγχος ως όρος αλλά και ως περιεχόμενο έχει ενσωματωθεί σε μια ευρύτερη προσπάθεια *κλινικού ελέγχου* (clinical audit), η οποία χρησιμοποιείται σε πολλά νοσοκομεία που δεν έχουν ακόμα υιοθετήσει περισσότερο ολοκληρωμένα συστήματα ποιότητας. Στις περιπτώσεις αυτές επιχειρείται συνήθως η ανάπτυξη σύγχρονων μορφών κλινικού ελέγχου με τη χρήση κριτηρίων, προτύπων ή πρωτοκόλλων ως μέτρο σύγκρισης.¹⁷ Ανάλογα με τη μεθοδολογία, οι κλινικοί αυτοί έλεγχοι ταξινομούνται σε τέσσερις κατηγορίες, στον αναδρομικό έλεγχο με εσωτερικούς ελεγκτές, που είναι και ο απλούστερος, στον αναδρομικό έλεγχο με εξωτερικούς ελεγκτές, στον έλεγχο κατά τη διάρκεια νοσηλείας με βάση τα κλινικά πρωτόκολλα και

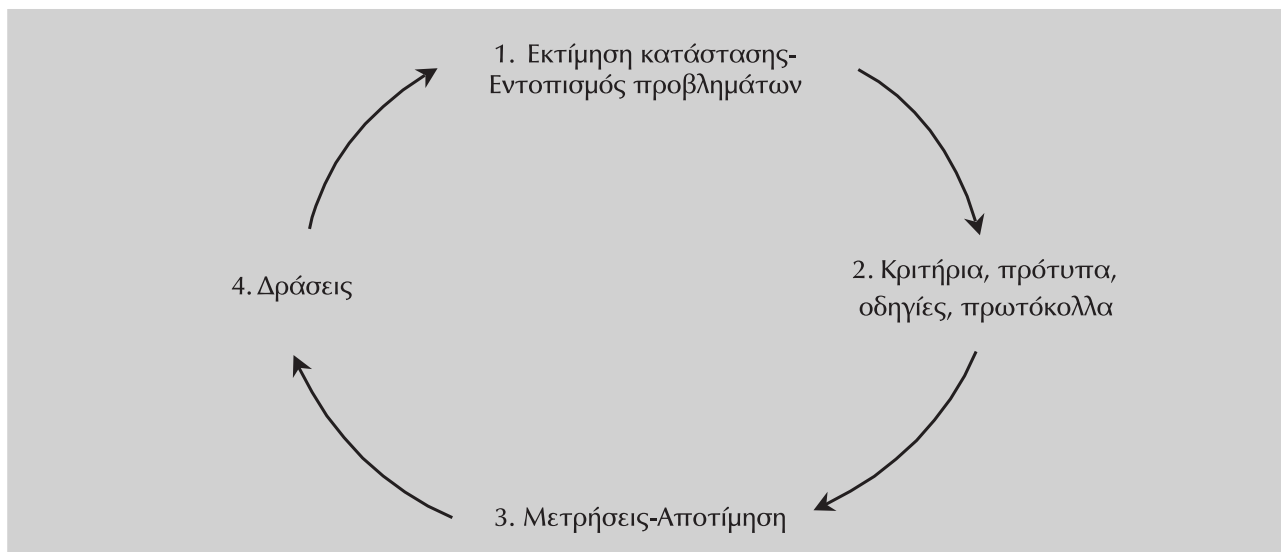
στον έλεγχο με βάση κριτήρια καλής πρακτικής, που αποτελούν το μέτρο σύγκρισης.

Η επιδίωξη της ποιότητας στην υγεία αφορά στη λειτουργία των συστημάτων υγείας, στη λειτουργία υπηρεσιών υγείας, νοσοκομείων, εργαστηρίων κ.ά. και στην παροχή μεμονωμένης φροντίδας. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, η ποιότητα στην υγεία δεν αφορά μόνο στο ιατρικό έργο, αλλά επεκτείνεται σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών και φροντίδων.¹⁸ Γι' αυτό άλλωστε, τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα δεν αποσκοπεί μόνο στην ικανοποίηση του ασθενούς, αλλά όλων των «πελατών» των υπηρεσιών υγείας, στους οποίους περιλαμβάνονται, εκτός από τους ασθενείς, οι συγγενείς, οι επισκέπτες, ο κοινωνικός περίγυρος κ.λπ. Οι εργαζόμενοι, επίσης, πρέπει να θεωρούνται ως «εσωτερικοί πελάτες» των υπηρεσιών.¹⁹

Η σύγχρονη επανάσταση στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, με τον προσανατολισμό τους στην ποιότητα, οφείλεται κυρίως στην κρίση αποτελεσματικότητας, στη συνεχή αύξηση του κόστους, καθώς και στη συνεχώς αυξανόμενη απαίτηση των πολιτών για καλύτερη αντιμετώπιση, πληροφόρηση και διαχείριση των υγειονομικών τους προβλημάτων. Στο πλαίσιο αυτό, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είχε θέσει το 1980 ως στόχο την εγκατάσταση από όλα τα κράτη-μέλη μέχρι το 1990 μηχανισμών εξασφάλισης της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.¹²

3. Ο ΚΥΚΛΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Στη διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας, καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει ο κύκλος ποιότητας, που απεικονίζει διαγραμματικά τα βασικά στάδια της όλης διαδικασίας. Σύμφωνα με την εικόνα 1, αρχικά πραγματοποιείται η εκτίμηση της τρέχουσας κατάστασης και ο προσδιορισμός των προβλημάτων και των στοιχείων, τα οποία διαμορφώνουν το υπάρχον επίπεδο της ποιότητας. Στη συνέχεια, διαμορφώνονται ή επιλέγονται κριτήρια, πρότυπα, οδηγίες και πρωτόκολλα, με βάση τα οποία θα επιδιωχθεί η βελτίωση της ποιότητας. Το επόμενο βήμα αφορά στη διενέργεια μετρήσεων για την αποτίμηση του υπάρχοντος επιπέδου ποιότητας συγκρινόμενου με τα διαμορφωμένα ή επιλεγμένα κριτήρια, πρότυπα, οδηγίες και πρωτόκολλα που συνοδεύονται από την ανάλυση και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων και, τέλος, αναλαμβάνονται δράσεις για τη βελτίωση της ποιότητας σε αντιστοιχία με τα ευρήματα των μετρήσεων. Τα αποτελέσματα των δράσεων δημιουργούν μια νέα πραγματικότητα, που αποτελεί αφετηρία ενός νέου κύκλου ποιότητας.



Εικόνα 1. Κύκλος ποιότητας.¹⁷

3.1. Εντοπισμός προβλημάτων

Ο εντοπισμός των προβλημάτων ποιότητας επιτυγχάνεται με τους ακόλουθους βασικούς μηχανισμούς:

- Με τη συστηματική ανασκόπηση της παρεχόμενης περίθαλψης ή των ίδιων των περιστατικών νοσηλείας
- Με την παρακολούθηση δεικτών συχνότητας ανεπιθύμητων γεγονότων
- Με τη συστηματική καταγραφή των απόψεων και των προτάσεων των ασθενών και των εργαζομένων
- Με τις εκθέσεις συμβάντων, περιλαμβανομένων των παραπόνων των ασθενών και των δικαστικών διώξεων
- Με ειδικές μελέτες ποιοτικού ελέγχου
- Με τεχνικές ομαδικής επίλυσης προβλημάτων που εντάσσονται στους κύκλους ποιότητας.

Από τους μηχανισμούς αυτούς, οι τρεις πρώτοι θεωρούνται οι πλέον σημαντικοί, γι' αυτό και συνιστάται η χρήση τουλάχιστον δύο από τους μηχανισμούς αυτούς.⁵

Ο αναδρομικός εντοπισμός των φακέλων των περιστατικών που παρουσιάζουν δυνητικά προβλήματα ποιότητας πραγματοποιείται είτε με την πληθυσμιακή διαλογή (screening) των περιστατικών, είτε με την απλή διαλογή των περιστατικών. Η διαλογή σε πληθυσμιακό επίπεδο εντοπίζει τους προμηθευτές υπηρεσιών που παρουσιάζουν υψηλότερη ή χαμηλότερη συχνότητα απόδοσης από ένα επιθυμητό όριο ή αυτούς που η απόδοσή τους βρίσκεται στα άνω ή κάτω άκρα της καμπύλης κατανομής συχνότητων. Η απλή διαλογή στηρίζεται στην επιλογή

ενός τυχαίου δείγματος περιστατικών προς έλεγχο. Η πρώτη μέθοδος θεωρείται περισσότερο αποτελεσματική. Και στις δύο περιπτώσεις, η διαλογή ακολουθείται από τον έλεγχο και την ανάλυση των δεδομένων, προκειμένου να διατυπωθούν τεκμηριωμένες κρίσεις για την κάθε περίπτωση.

3.2. Κριτήρια, πρότυπα, οδηγίες, πρωτόκολλα

3.2.1. Κριτήρια. Το δεύτερο βήμα του κύκλου ποιότητας αφορά στην επιλογή ή τη διαμόρφωση κριτηρίων, προτύπων, οδηγιών και πρωτοκόλλων. Τα *κριτήρια* (criteria) αποτελούν μεταβλητές που εκφράζουν δείκτες ποιότητας και οι οποίες λειτουργούν ως συγκριτικά δεδομένα. Τα κριτήρια πρέπει να είναι μετρήσιμα, εξειδικευμένα, λεπτομερή, κατανοητά, εφικτά και επανεξετάσιμα.²⁰ Συνήθως χωρίζονται σε κριτήρια που αφορούν στις υποδομές (περιβάλλον, εξοπλισμός, προσωπικό κ.ά.), σε κριτήρια που αφορούν στις διαδικασίες (τρόποι ιατρικής ή νοσηλευτικής φροντίδας, διαγνωστικές διαδικασίες κ.ά.) και σε κριτήρια κλινικού αποτελέσματος (επιτυχία εγχειρήσεων, βελτίωση υγείας ασθενών κ.ά.). Επίσης, τα κριτήρια μπορεί να είναι ρητά καθορισμένα (explicit), οπότε δεν παρέχουν περιθώρια προσωπικών κρίσεων στον εκάστοτε κριτή, συχνά όμως μπορεί να μην ορίζονται επακριβώς ή να υπονοούνται (implicit), οπότε αφήνονται στην προσωπική κρίση του εκάστοτε εκτιμητή, ο οποίος διαθέτει, λόγω πείρας και εξειδίκευσης, ικανότητα σωστής κρίσης.

Όταν τα κριτήρια χρησιμοποιούνται ως σημεία σύγκρισης, χαρακτηρίζονται ως *συγκριτικά κριτήρια*

(comparative criteria) ή *κριτήρια ανασκόπησης* (review criteria).²¹ Τα κριτήρια αυτά είναι ιδιαίτερα χρήσιμα όταν συγκρίνονται δεδομένα έκβασης, π.χ. σύγκριση δεικτών θνητότητας για μια συγκεκριμένη επέμβαση μεταξύ νοσοκομείων ή για τη μελέτη παρατηρούμενων αποκλίσεων, πρακτική ιδιαίτερα διαδεδομένη στην περίπτωση διασφάλισης ποιότητας εργαστηριακών εξετάσεων.

Οι *δείκτες* (indicators), με βάση τους οποίους διαμορφώνονται τα κριτήρια, είναι ένας καθαρός αριθμός, που ορίζεται ως μια ποσοστιαία αναλογία συχνότητας ενός συγκεκριμένου γεγονότος. Οι δείκτες μπορούν να υποδείξουν βασικά ποιοτικά χαρακτηριστικά, όπως είναι η καταλληλότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των διαγνωστικών και θεραπευτικών διαδικασιών, καθώς και των υπολοίπων παροχών μιας μονάδας ή υπηρεσίας υγείας. Είναι επίσης απαραίτητοι για την αξιολόγηση κάθε προσπάθειας βελτίωσης της ποιότητας των παροχών αυτών.

Επειδή τόσο ο αριθμητής όσο και ο παρονομαστής ενός δείκτη εκφράζουν αριθμητικά δεδομένα, έχει μεγάλη σημασία τα δεδομένα αυτά να είναι αξιόπιστα, δηλαδή να έχουν συλλεγεί με ιδιαίτερα προσεκτικό και σχεδιασμένο τρόπο.

Οι δείκτες, όπως και τα κριτήρια, μπορεί να αφορούν στην υποδομή, τη διαδικασία ή το αποτέλεσμα. Όταν οι δείκτες εκφράζουν τη συχνότητα ενός γεγονότος που αποτελεί μέρος της θεραπευτικής αγωγής, ονομάζονται *κλινικοί δείκτες* (clinical indicators), ενώ μπορεί και να σχετίζονται με άλλες δραστηριότητες των υπηρεσιών υγείας, όπως είναι η ξενοδοχειακή φροντίδα, η διοίκηση κ.ά.

Στους δείκτες υποδομής περιλαμβάνονται δείκτες επάρκειας κλινών, εκπαίδευσης προσωπικού, αντικατάστασης ιατρικού εξοπλισμού κ.ά., ενώ στους δείκτες διαδικασίας περιλαμβάνονται δείκτες παραγωγικότητας που αφορούν στη διάρκεια παραμονής, το ποσοστό κάλυψης των κλινών, τις λίστες αναμονής, την εγκυρότητα και αξιοπιστία των διαγνωστικών εξετάσεων, το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας κ.ά.²²

Οι δείκτες αποτελέσματος ή έκβασης εκφράζουν την αλλαγή στην κατάσταση υγείας του ασθενούς ως αποτέλεσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Κλασικό παράδειγμα είναι ο δείκτης θνητότητας (θάνατοι ανά ασθενή) ενός νοσοκομείου συνολικά ή κατά κατηγορίες νοσημάτων.

Ο Hopkins, το 1990, πρότεινε ορισμένους δείκτες αποτελέσματος, μεταξύ των οποίων ξεχωρίζουν οι εξής:²³

- Ανεπιθύμητες ενέργειες
- Μη προγραμματισμένες επανεπεμβάσεις
- Νοσοκομειακές λοιμώξεις
- Ανεπιθύμητες αντιδράσεις σε φάρμακα
- Μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές
- Προβλήματα από μεταγίσεις.

Το Αμερικανικό Κολλέγιο Χειρουργών έχει προκρίνει ως βασικούς δείκτες ποιότητας τους δείκτες θνητότητας (έκβαση), διάρκειας νοσηλείας και συνολικής χρέωσης περιστατικού (διαδικασία).²⁴

Το Αυστραλιανό Συμβούλιο Προτύπων Ιατρικής Φροντίδας υλοποιεί από το 1989 ένα πρόγραμμα αποτίμησης της φροντίδας υγείας, που σκοπεύει στην ανάπτυξη κλινικών δεικτών με τη συνδρομή των διαφόρων ιατρικών συλλόγων της Αυστραλίας. Κλασικά παραδείγματα τέτοιων δεικτών είναι οι μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές, οι σειρές αναμονής, οι μετεγχειρητικές λοιμώξεις, οι ρήξεις αναστομών κ.ά., καθώς και οι δείκτες θνητότητας.²⁵ Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, συχνά αναφέρονται ως δείκτες το ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού, η αποφυγή οξέων επεισοδίων σε χρόνιους ασθενείς, όπως το κόμα σε διαβητικούς, κ.ά.¹⁷

3.2.2. Πρότυπα. Τα πρότυπα (standards) ορίζονται σε σχέση με τα κριτήρια. Πρότυπο είναι ο αποδεκτός βαθμός απόκλισης από ένα κριτήριο.²⁶ Τα πρότυπα μπορούν επίσης να οριστούν ως ο ακριβής προσδιορισμός του επιπέδου ενός δείκτη.²⁷

Ωστόσο, τα κλινικά πρότυπα αποτελούν προσυμφωνημένα επίπεδα εκτέλεσης κλινικού έργου, για συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγορία ασθενών. Τα κλινικά πρότυπα πρέπει να είναι κατανοητά, αποδεκτά, εφικτά, παρατηρήσιμα και μετρήσιμα.¹⁷

Για τη διαμόρφωσή τους ακολουθούνται συνήθως 4 στάδια, που περιλαμβάνουν την επιλογή του θέματος, τη συγκρότηση ομάδας εργασίας από 8-10 άτομα, τη διαμόρφωση προτάσεων και τη δοκιμαστική εφαρμογή-αξιολόγηση. Η επιλογή του θέματος στηρίζεται σε εκτιμήσεις συχνότητας, βαρύτητας, εφαρμοσιμότητας, κόστους και προσδοκώμενων βελτιώσεων.

3.2.3. Οδηγίες. Οι οδηγίες (guidelines), που αναφέρονται και ως «προτυπωμένες οδηγίες κλινικής πρακτικής», συνήθως είναι κλινικές (clinical guidelines) και αποτελούν προδιαγραφές κλινικής πρακτικής (practice ή process specifications) ή παραμέτρους κλινικής πρακτικής (practice parameters), που προσδιορίζουν το τι

πρέπει οι προμηθευτές να κάνουν για τους ασθενείς και τι να περιμένουν ως αποτέλεσμα, καθώς και πώς πρέπει να εφαρμόζονται τα πρότυπα.

Για την εξυπηρέτηση του σκοπού αυτού, οι οδηγίες πρέπει να χαρακτηρίζονται από εγκυρότητα, αξιοπιστία, εφαρμοσιμότητα και ευελιξία ως προς το περιεχόμενό τους, η διαδικασία διαμόρφωσής τους να στηρίζεται στη διαφάνεια, στη διεπιστημονική συνεργασία και στη συστηματική αναθεώρηση και, τέλος, θα πρέπει να έχουν υποβληθεί στη διαδικασία της δημόσιας κρίσης.²⁰

Με τη χρήση των οδηγιών επιτυγχάνεται περιορισμός της μεταβλητότητας και των ανεπιθύμητων ενεργειών. Επίσης, οι οδηγίες βελτιώνουν την επικοινωνία και την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ επαγγελματιών υγείας και μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών, ενώ διευκολύνουν την αποτελεσματικότερη χρήση των πόρων και την αξιολόγηση του κόστους νοσηλείας. Τέλος, αποτελούν σημεία αναφοράς και σύγκρισης για την αξιολόγηση της ποιότητας της υπάρχουσας πρακτικής.

3.2.4. Κλινικά πρωτόκολλα. Τα κλινικά πρότυπα και οι κλινικές οδηγίες, όταν συνδυάζονται με ένα συστηματικό τρόπο για να προσδιορίσουν μια συνολικότερη διαγνωστική ή θεραπευτική διαδικασία, αποτελούν *κλινικά πρωτόκολλα* (clinical protocols), που ορισμένοι τα ονομάζουν και *πρωτόκολλα ενδονοσοκομειακής πορείας των ασθενών ή πρωτόκολλα περίθαλψης*. Στα αγγλικά αποδίδονται και με τους όρους *critical paths, care paths, anticipated recovery pathways, collaborative care plans*.²⁰ Πιο συγκεκριμένα, θα μπορούσαν να οριστούν ως «ένα πλήρες και εξαντλητικό χρονοδιάγραμμα ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών, που οφείλουν να παρασχεθούν κατά τη νοσηλεία ενός ασθενούς με μια συγκεκριμένη νόσο σε κάποιο δεδομένο νοσοκομείο».²⁸ Τα κλινικά πρωτόκολλα αποσκοπούν στην παροχή της πλέον αποτελεσματικής, περισσότερο οικονομικής και συντομότερης περίθαλψης. Τα πρώτα συστηματικά κλινικά πρωτόκολλα εφαρμόστηκαν στα τέλη της δεκαετίας του 1980, ενώ υπάρχουν στη βιβλιογραφία και ορισμένες παλαιότερες αναφορές.²⁹

Τα κλινικά πρωτόκολλα αποτελούνται από πρότυπα και οδηγίες για το στάδιο πριν από τη θεραπεία ή την παρέμβαση, για το στάδιο κατά τη διάρκεια της θεραπείας ή της παρέμβασης και για το στάδιο μετά τη θεραπεία ή την παρέμβαση. Συνήθως, περιλαμβάνουν και διάφορες υποπεριπτώσεις προκειμένου να καλύψουν απρογραμμάτιστα συμβάντα, όπως μια επιπλοκή, ενώ αρχικά συνιστάται η περιορισμένη ή πιλοτική εφαρμογή τους, καθώς και ο σταδιακός εμπλουτισμός τους με όλο και πλέον λεπτομερείς οδηγίες.

Συχνά επίσης συνιστάται η διαμόρφωση των κλινικών πρωτοκόλλων από το ίδιο το προσωπικό του νοσοκομείου, ώστε να μην εκλαμβάνονται ως μια έξωθεν επιβολή οδηγιών, που κατά κανόνα δεν διευκολύνει την υιοθέτησή τους. Αντίθετα, όταν διαμορφώνονται από το ίδιο το προσωπικό, αντανακλούν κατεστημένες γνώσεις και πρακτικές και ταυτόχρονα δημιουργούν ένα αίσθημα «πατριωτισμού» για την αποτελεσματική εφαρμογή τους.

Επειδή η δημιουργία των πρωτοκόλλων είναι επίπονη και χρονοβόρα, θα πρέπει να περιορίζεται σε νοσήματα που είναι συχνά και σοβαρά και που έχουν μια σχετική ομοιογένεια. Για τους ίδιους λόγους, σε ό,τι αφορά την κατασκευή τους, είναι σκόπιμο να συγκροτείται μια ολιγομελής ομάδα από αντιπροσώπους κάθε εμπλεκόμενης ειδικότητας για τη διαμόρφωση ενός αρχικού διαγράμματος με 10 περίπου βήματα. Στη συνέχεια, συγκροτούνται υποομάδες, η καθεμιά από τις οποίες αναλαμβάνει να σχεδιάσει ένα διάγραμμα ροής με τα απαραίτητα βήματα του τομέα ευθύνης της και ένα διάγραμμα αιτιότητας, που να συνδέει αιτιολογικά τα διάφορα βήματα μεταξύ τους και με τον τελικό στόχο.³⁰ Στο τέλος, εκπρόσωποι κάθε υποομάδας αναλαμβάνουν το δύσκολο έργο της σύνθεσης του τελικού πρωτοκόλλου. Η ομάδα διατηρεί τη λειτουργία της και μετά την εφαρμογή του πρωτοκόλλου, προκειμένου να το αξιολογεί και να το βελτιώνει. Οι αλλαγές όμως δεν πρέπει να είναι πολύ συχνές, για να μη δυσχεραίνεται η εφαρμογή του. Ύστερα από την αρχική βελτίωση, συνιστάται περιοδική ανανέωση κάθε 2-4 χρόνια.

Ο Οργανισμός Υγείονομικής Πολιτικής και Έρευνας των ΗΠΑ έχει κυκλοφορήσει περισσότερα από 20 διαφορετικά πρωτόκολλα, που διατίθενται σε έκδοση γιατρού και έκδοση καταναλωτή, ενώ πολλές ιατρικές εταιρείες, όπως το Αμερικανικό Κολλέγιο Χειρουργών, έχουν εκδώσει τα δικά τους κλινικά πρωτόκολλα.⁶ Πρόσφατα, διάφοροι οργανισμοί έχουν εκδώσει τα δικά τους πρωτόκολλα, που διατίθενται και διαμέσου του διαδικτύου.

Πολλά από τα πρωτόκολλα αυτά διαπερνούν τις παραδοσιακές δομές των τμημάτων και ξεφεύγουν από τις καθιερωμένες διαδικασίες, διευκολύνοντας μια περισσότερο ευέλικτη και αποτελεσματική διαχείριση του ασθενούς στα διάφορα τμήματα ή υπηρεσίες του νοσοκομείου. Για παράδειγμα, τα καρδιολογικά κλινικά πρωτόκολλα μπορεί να περιλαμβάνουν κλινικές οδηγίες από την Καρδιολογία, την Επεμβατική Καρδιολογία, την Καρδιοχειρουργική, την Καρδιακή Αναισθησιολογία και την αποκατάσταση.⁶

3.3. Μέτρηση ποιότητας

Σύμφωνα με την Palmer, μέτρηση είναι «η απόδοση μιας ποσότητας σε μια ιδιότητα ή ένα φαινόμενο, μέσω συλλογής παρατηρήσεων και σύγκρισης των παρατηρηθέντων στοιχείων προς αντικειμενικά κριτήρια».³¹ Εάν λοιπόν ποιότητα είναι ο βαθμός τελειότητας της φροντίδας, τότε κάθε διαπιστούμενη απόκλιση από αυτόν συνιστά *μέτρηση ποιότητας* (quality measurement), που συχνά αναφέρεται και ως *αποτίμηση ποιότητας* (quality assessment),⁵ όπου «τελειότητα» ή αντικειμενικά κριτήρια είναι τα πρότυπα, οι οδηγίες και τα πρωτόκολλα, τα οποία αποτελούν μέτρο σύγκρισης με την τρέχουσα πραγματικότητα, όπως αυτή καταγράφεται στους δείκτες ή στα αποτελέσματα άλλων μετρήσεων, προκειμένου να εντοπίζονται τα λάθη ή να διαπιστώνονται οι βελτιώσεις.

Η μέτρηση της ποιότητας εμπεριέχει λοιπόν την έννοια της σύγκρισης με ένα προκαθορισμένο μέγεθος, ενώ όταν παρατηρείται μια δραστηριότητα σε σχέση με κάποια κριτήρια ή πρότυπα, τότε πρόκειται για *επιτήρηση* (monitoring), όπως για παράδειγμα όταν τίθεται το ερώτημα κατά πόσο η νοσηλεύτρια ακολούθησε τις καθορισμένες διαδικασίες ή αν συμβαίνουν μετεγχειρητικές λοιμώξεις.¹⁷ Η επιτήρηση, δηλαδή, απαντά στο ερώτημα «ναι ή όχι», ενώ η μέτρηση στο ερώτημα «πόσο πολύ».

Η μέτρηση ποιότητας περιλαμβάνει την καταγραφή της χρονικής εξέλιξης της διαδικασίας, τον εντοπισμό των εμπλεκόμενων μερών, την περιγραφή των ποιοτικών ελλειμμάτων και την επισήμανση αιτιολογικών σχέσεων. Τα δύο βασικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται στην εκτίμηση της πραγματικότητας είναι τα διαγράμματα ροής και τα διαγράμματα αιτιότητας.³⁰ Τα διαγράμματα ροής απεικονίζουν τη χρονική εξέλιξη μιας διαδικασίας, ενώ τα διαγράμματα αιτιότητας αποτυπώνουν την αιτιολογική αλληλουχία μεταξύ των μεταβλητών, προκειμένου να διερευνηθούν την εμφάνιση των προβλημάτων.

Επίσης, σύμφωνα με τον Donabedian, οι μετρήσεις πραγματοποιούνται σε τρεις τομείς:

- α. *Δομή* (structure): Κτίρια, εξοπλισμό, υλικά, πόρους, αριθμό εργαζομένων, οργανωτική δομή. Η δομή αποτελεί εύκολα αναγνωρίσιμη και μετρήσιμη διάσταση της ποιότητας, δεν μπορεί όμως να θεωρηθεί και ως ασφαλές εργαλείο μέτρησης, αφού από μόνη της η κατάλληλη δομή δεν επαρκεί για την παροχή άριστων φροντίδων υγείας.
- β. *Διαδικασία* (process): Όλες οι ενέργειες περίθαλψης, η μέση διάρκεια νοσηλείας, η μέση διάρκεια αναμο-

νής, η χρησιμοποίηση αντιβιοτικών υψηλού κόστους κ.ά.

- γ. *Αποτελέσματα* (outcome): Η έκβαση, η μεταβολή στο επίπεδο υγείας του ασθενούς, η ικανοποίησή του και ο βαθμός ενημέρωσης και συμμόρφωσής του. Σε μερικές περιπτώσεις, λόγω δυσκολίας προσδιορισμού των αποτελεσμάτων, η διαδικασία παροχής υπηρεσιών μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μόνη, κατά προσέγγιση, παράμετρος αξιολόγησης της ποιότητας.

Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ αυτών των μεταβλητών μπορεί να αποτελούν τον πλέον καθοριστικό παράγοντα στην παραγωγή των αποτελεσμάτων. Μια αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση (διαδικασία) μεταβάλλει τον ασθενή (εισροή). Η μεταθεραπευτική υγεία του ασθενούς (αποτελέσμα) είναι καλύτερη από ό,τι θα ήταν χωρίς τη θεραπεία. Η συσχέτιση του αποτελέσματος με τη διαδικασία είτε υποθέεται είτε συνεπάγεται. Η δύναμη της συνεπαγωγής εξαρτάται από τη δύναμη των δεδομένων. Όσο μεγαλύτερη είναι η χρονική περίοδος μεταξύ παρέμβασης και μέτρησης, τόσο περισσότερο αβέβαιη καθίσταται η συσχέτιση του αποτελέσματος με την παρέμβαση. Συνήθως όμως η μέτρηση των αποτελεσμάτων από μόνη της δεν παρέχει αναμφισβήτητες αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, γι' αυτό και δεν μπορεί να υποκαταστήσει τις τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές ή άλλες πειραματικές μεθόδους.⁵

Για τη συλλογή των απαραίτητων δεδομένων, προκειμένου να πραγματοποιηθούν οι αναγκαίες μετρήσεις, χρησιμοποιούνται διάφορα εργαλεία, όπως είναι τα φύλλα συλλογής δεδομένων, τα φύλλα ελέγχου δεδομένων, οι συνεντεύξεις, οι έρευνες γνώμης κ.ά., ενώ στην ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιούνται τα διαγράμματα ανάλυσης συνεχών μεταβλητών, όπως είναι ο χρόνος και το κόστος, ή ασυνεχών μεταβλητών, όπως είναι η συχνότητα προγραμματιστών επανεισαγωγών, καθώς και σύνθετες γραφικές συσχετίσεις, όπως είναι τα διαγράμματα διασποράς ή τα σύνθετα ιστογράμματα για τη μελέτη της αλληλεπίδρασης δύο μεταβλητών. Συχνά, επίσης, χρησιμοποιούνται και οι στατιστικές συσχετίσεις δύο ή περισσότερων μεταβλητών. Σε περιπτώσεις στατιστικών συσχετίσεων, όπου η μια μεταβλητή είναι ο χρόνος, τα αποτελέσματα καταγράφονται σε τακτική βάση σε διαγράμματα ελέγχου, στα οποία εφαρμόζονται κανόνες ροής, προκειμένου να εντοπίζονται εύκολα οι αποκλίσεις από τη μέση τιμή που ξεπερνούν κάποιο προκαθορισμένο αποδεκτό όριο τιμών.³²

3.3.1. Ικανοποίηση ασθενών. Μια ιδιαίτερη κατηγορία μετρήσεων αφορά στην *ικανοποίηση ασθενών* (patient satisfaction), η οποία αποτελεί διαδικασία μέ-

τρησης με ειδικά ερωτηματολόγια των απόψεων, των παρατηρήσεων και των προτάσεων των ασθενών σχετικά με την παραχθείσα σε αυτούς νοσηλεία κατά την έξοδό τους ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Στις μετρήσεις αυτές, εκτός από παραδοσιακούς τομείς αξιολόγησης, όπως είναι η πρόσβαση, η ανταπόκριση, η πληροφόρηση και το κόστος, τα τελευταία χρόνια περιλαμβάνονται νέοι τομείς, όπως οι συνθήκες μεταχείρισης στο επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων με τους επαγγελματίες υγείας, ο σεβασμός των ατομικών δικαιωμάτων και της προσωπικότητας των ασθενών, οι συνθήκες διαβίωσης, διατροφής και περιβάλλοντος, καθώς και κάθε άλλος παράγοντας που επιδρά στην ποιότητα ζωής των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.³

Προκειμένου τα ερωτηματολόγια να είναι έγκυρα, θα πρέπει να περιλαμβάνουν όλους εκείνους τους παράγοντες που θεωρούνται καθοριστικοί για την ικανοποίηση των ασθενών και θα πρέπει να προσδιορίζουν την έκταση των τιμών μέσα στις οποίες τα αποτελέσματα αντιστοιχούν σε πραγματικές αξίες. Επίσης, τα ερωτηματολόγια θα πρέπει να είναι αξιόπιστα, ώστε τα αποτελέσματα να είναι επαναλήψιμα με διαφορετικά εργαλεία ή σε διαφορετικές καταστάσεις και να είναι απλά και κατανοητά ακόμα και από ένα παιδί 11-12 ετών. Το δείγμα της έρευνας, εάν δεν περιλαμβάνει όλους τους ασθενείς, θα πρέπει να είναι αντιπροσωπευτικό και να διερευνάται καλά η ομάδα όσων δεν απάντησαν. Συνήθως, ο μέσος όρος συμμετοχής στις έρευνες ικανοποίησης ασθενών κυμαίνεται από 35-45%.⁶

Η συνεχής μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, ενταγμένη σε ένα πρόγραμμα βελτίωσης της ποιότητας του νοσοκομείου, πρώτα απ' όλα οικοδομεί σχέσεις εμπιστοσύνης με τους «πελάτες» και αυξάνει το κύρος και την αξιοπιστία της υπηρεσίας. Μπορεί επίσης να αποτελέσει ένα πρώτο βήμα στην έρευνα αγοράς, βοηθά στον εντοπισμό των προβλημάτων, βελτιώνει τη δυνατότητα διαχείρισης του κινδύνου και στηρίζει το ηθικό των εργαζομένων.³³ Επίσης, βοηθά στην τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων και των επιπέδων απόδοσης. Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, κάθε ικανοποιημένος πελάτης θα μιλήσει για την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας σε άλλους 3, ενώ κάθε δυσαρεστημένος θα παραπονεθεί σε 11 γνωστούς τους.¹⁹ Τα προβλήματα που καταγράφονται ως παράπονα αφορούν συνήθως στο χρόνο αναμονής, την παροχή πληροφοριών, την ποιότητα των γευμάτων και την καθαριότητα.

Από την άλλη, ορισμένοι αμφισβητούν τη χρησιμότητα αυτών των μετρήσεων, υποστηρίζοντας ότι οι ασθε-

νείς δεν έχουν τις γνώσεις για να κρίνουν, ό,τι επιθυμούν δεν είναι πάντα αυτό που χρειάζονται, δεν είναι πολλές φορές ειλικρινείς γιατί είναι εξαρτημένοι από τους γιατρούς και το νοσοκομείο και ότι η ψυχολογική και σωματική τους κατάσταση επηρεάζει την κρίση τους. Έχει επίσης υποστηριχθεί ότι υπάρχει μεγαλύτερο όφελος ανά κόστος με τις άμεσες προσωπικές συνεντεύξεις ορισμένων ασθενών ή με ομάδες εντοπισμού προβλημάτων (focus groups), παρά με τις έρευνες ερωτηματολογίων.¹⁷

3.3.2. Επαγγελματική ικανοποίηση. Εκτός από την ικανοποίηση των ασθενών, ιδιαίτερης σημασίας παράμετρος ποιότητας είναι και η *επαγγελματική ικανοποίηση* (job satisfaction) των επαγγελματιών υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας και το νοσοκομείο ειδικότερα είναι χώροι έντασης εργασίας, που η απόδοσή τους εξαρτάται άμεσα από τους ανθρώπινους πόρους. Το πολύτιμο αυτό ανθρώπινο κεφάλαιο, για να είναι παραγωγικό, πρέπει να επιλέγεται σωστά, να εντάσσεται σε αποτελεσματικά οργανωτικά σχήματα και να είναι ικανοποιημένο από την εργασία του. Η ικανοποίηση εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, η σημασία των οποίων διαφέρει από περίπτωση σε περίπτωση. Οι βασικότεροι από τους παράγοντες αυτούς είναι οι οικονομικές απολαβές, το φυσικό εργασιακό περιβάλλον, η αίσθηση ασφάλειας, η επαγγελματική εξέλιξη και οι ανθρώπινες σχέσεις, ενώ συχνά αναφέρονται η συμπεριφορά της διοίκησης, οι ψυχαγωγικές και πολιτιστικές δραστηριότητες, οι ευκαιρίες κατάρτισης, η απόσταση και η μεταφορά από τον τόπο κατοικίας κ.ά. Η επαγγελματική ικανοποίηση μετριέται και αυτή με ειδικά ερωτηματολόγια, που περιλαμβάνουν ερωτήσεις και σταθμισμένες κλίμακες σε αντιστοιχία με λίγες ή περισσότερες από τις προαναφερθείσες παραμέτρους.³⁴

3.4. Δράσεις

Οι παρεμβάσεις και οι πολιτικές για τη βελτίωση της ποιότητας περιλαμβάνουν ένα μεγάλο εύρος δραστηριοτήτων και δράσεων, που εντάσσονται σε τέσσερις βασικές κατηγορίες:¹⁷

- *Στρατηγική ποιότητας* (quality strategy), που αποτελεί ένα γενικό μακροπρόθεσμο σχέδιο (3-5 ετών) για την αλλαγή συμπεριφορών, κουλτούρας και συστημάτων, προκειμένου να προσφερθεί αυτό που επιθυμούν οι πελάτες στο χαμηλότερο δυνατό κόστος, με τη χρήση της φιλοσοφίας και των μεθόδων της ποιότητας.
- *Σχέδιο ποιότητας* (quality programme), που αποτελεί ένα συντομότερο χρονικά σχέδιο (1-2 χρόνια) για

την επίτευξη των στρατηγικών στόχων (π.χ. καθιέρωση τακτικών δελτίων καταγραφής).

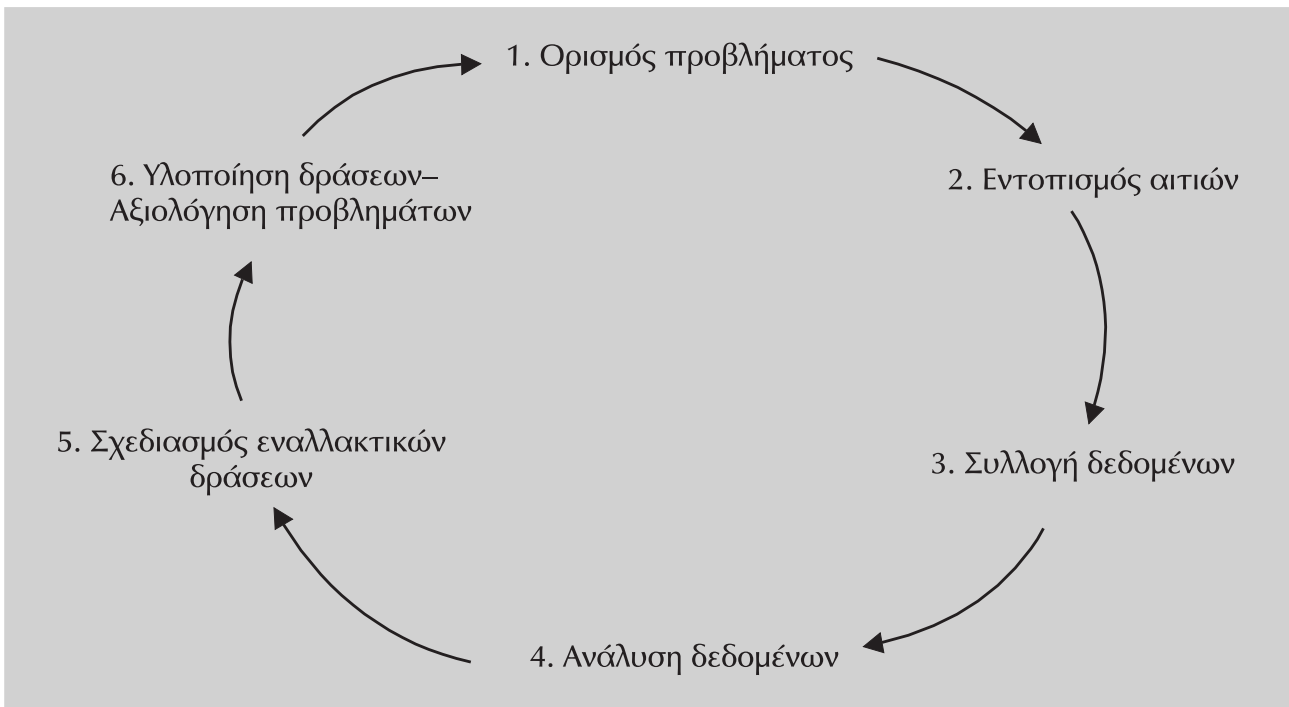
- *Πρόγραμμα ποιότητας* (quality project), που αποτελεί σχεδιασμένη βελτίωση υπηρεσίας για την επίτευξη συγκεκριμένου στόχου εντός 2 ετών, στο πλαίσιο του σχεδίου ποιότητας.
- *Πολιτική ποιότητας* (quality policy), που αποτελεί ένα γενικό οδηγό για το πώς μια υπηρεσία ή ένα τμήμα μπορεί να εφαρμόσει δραστηριότητες για τη βελτίωση της ποιότητας, καθώς και για τους στόχους αυτών των δραστηριοτήτων.³⁵

Σχετικά με τις διαφαινόμενες εξελίξεις, η υπόθεση της ποιότητας στο προσεχές μέλλον αποκτά ακόμα μεγαλύτερη συνεκτικότητα και συστηματικότητα στο πλαίσιο της *συνεχούς βελτίωσης ποιότητας* (Continuous Quality Improvement, CQI). Η συνεχής ποιοτική βελτίωση αποσκοπεί κυρίως στη συνεχή βελτίωση της συμμόρφωσης ή προσαρμοστικότητας (conformance), σύμφωνα με τον κύκλο ποιότητας (εικ. 1), καθώς και στη συνεχή βελτίωση των προδιαγραφών. Δηλαδή, να παράγει κάποιος σύμφωνα με όλο και καλύτερες προδιαγραφές. Κατά κανόνα, η συνεχής βελτίωση ποιότητας υλοποιείται με τη συνεχή επιχειρησιακή διασύνδεση του κύκλου της ποιότητας με τη συνεχή βελτίωση των προδιαγραφών. Η βελτίωση των προδιαγραφών αποσκοπεί

στη διαμόρφωση καλύτερων προδιαγραφών των προϊόντων και των υπηρεσιών, δηλαδή των κριτηρίων, οδηγιών, προτύπων και πρωτοκόλλων στις οποίες βασίζεται ο κύκλος ποιότητας. Είναι επίσης μια προσπάθεια που εστιάζεται στις διεργασίες και όχι στα άτομα.³⁶ Η συνεχής ποιοτική βελτίωση στη βιβλιογραφία αναφέρεται και ως *δομημένη βελτίωση ποιότητας* (Structured Quality Improvement, SQI).⁵

Όταν οι δράσεις που αναλαμβάνονται στο πλαίσιο του κύκλου ποιότητας αποσκοπούν στην αντιμετώπιση ενός σύνθετου προβλήματος, τότε είναι σκόπιμη η χρήση του *κύκλου διορθωτικής προσαρμογής ποιότητας* (quality correction cycle), σύμφωνα με την εικόνα 2. Ο κύκλος διορθωτικής προσαρμογής ποιότητας δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων, προκειμένου να αναδειχθούν τα αίτια του προβλήματος, καθώς και στο σχεδιασμό εναλλακτικών λύσεων, που θα πρέπει να αξιολογούνται με την επισήμανση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων κάθε λύσης. Έχει επίσης ιδιαίτερη σημασία η πραγματοποίηση της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων της δράσης, προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός επίλυσης του προβλήματος.

Ευνόητο είναι ότι, σε περίπτωση αντιμετώπισης ενός σύνθετου προβλήματος, απαιτείται ανατροφοδότηση του συστήματος και επανεκτίμηση με νέα δεδομένα και επα-



Εικόνα 2. Κύκλος διορθωτικής προσαρμογής ποιότητας.¹⁷

νασχεδιασμός της δράσης, οπότε και κρίνεται η ετοιμότητα του συστήματος να ανταποκριθεί σε νέες ανάγκες και απαιτήσεις. Στο χώρο της υγείας, τέτοιου είδους διορθωτικές παρεμβάσεις είναι συχνές, κυρίως λόγω αύξησης των αναγκών και της ζήτησης και λόγω ανάπτυξης της τεχνολογίας, οπότε τα δεδομένα αλλάζουν πολύ γρήγορα.

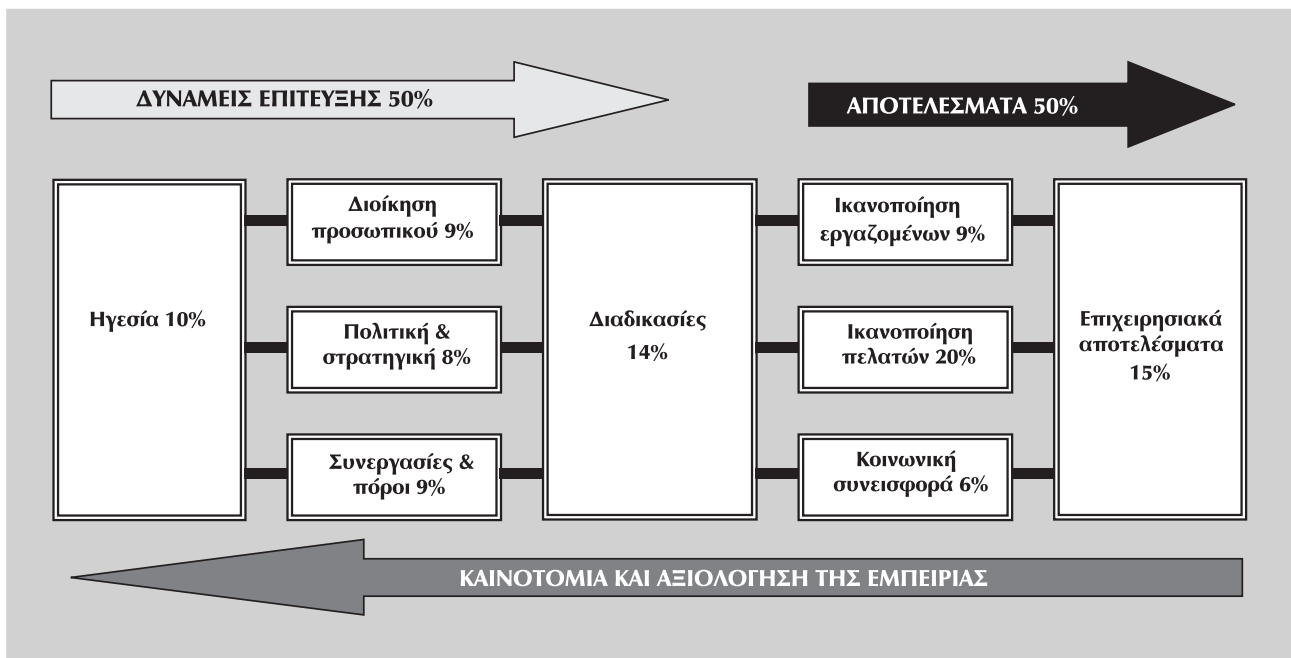
Σημαντικό ρόλο στην επιτυχία των δράσεων ποιότητας διαδραματίζουν, σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Μοντέλο Ποιότητας του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Διοίκηση Ποιότητας (European Foundation for Quality Management), οι δυνάμεις επίτευξης (enablers) (εικ. 3).³⁴ Σύμφωνα με το μοντέλο, οι δυνάμεις επίτευξης ή προϋποθέσεις επιτυχίας περιλαμβάνουν την ηγεσία, τη διοίκηση του προσωπικού, την πολιτική και τη στρατηγική, τη διαχείριση των υπόλοιπων πόρων και συνεργασιών, καθώς και τις διαδικασίες. Στα αποτελέσματα περιλαμβάνονται, εκτός από τα επιχειρησιακά αποτελέσματα, η ικανοποίηση πελατών, η ικανοποίηση εργαζομένων και η κοινωνική συνεισφορά. Τα αποτελέσματα αυτά καθορίζονται από τις δυνάμεις επίτευξης. Η συνολική αξιολόγηση-βαθμολόγηση των οργανισμών, με βάση το Ευρωπαϊκό Μοντέλο Ποιότητας, επιμερίζεται στις δυνάμεις επίτευξης και στα αποτελέσματα σε ποσοστιαία αναλογία, σύμφωνα με τις τιμές που αναγράφονται στην εικόνα 3.

3.4.1. Πιστοποίηση. Μια ιδιαίτερη μορφή παρέμβασης αποτελεί η *πιστοποίηση* (accreditation), που αποτελεί την

αναγνώριση-αξιολόγηση από έναν ειδικό εξωτερικό φορέα πιστοποίησης ότι ένα άτομο ή ένας οργανισμός ικανοποιεί ορισμένα κριτήρια ή πρότυπα που έχει θέσει ο ίδιος ο φορέας πιστοποίησης. Η διαδικασία της πιστοποίησης διαφέρει από τη διαδικασία αδειοδότησης στο ότι τα κριτήρια ή πρότυπα που θέτει αφορούν στην οικονομική ευρωστία, την οργανωτική επάρκεια, την καταλληλότητα του προσωπικού, τη λειτουργική αποτελεσματικότητα, την ποιότητα κ.ά. και όχι νομοθετικές προδιαγραφές. Διαφέρει επίσης στο ότι είναι μια διαδικασία προαιρετική. Πρόκειται, δηλαδή, για μια εθελοντική υποβολή στην αξιολόγηση από εξωτερικούς φορείς.³⁷

Διεθνώς, τα πρότυπα οργάνωσης και τεκμηρίωσης που έχουν τη μεγαλύτερη εφαρμογή είναι τα πιστοποιητικά ISO-9000. Πιστοποιητικά ISO-9000 έχουν αποδοθεί μέχρι σήμερα σε περισσότερες από 250.000 επιχειρήσεις σε όλο τον κόσμο. Η έκδοση του 1994 ήταν περισσότερο προσανατολισμένη προς τη συμμόρφωση στις προδιαγραφές και την τεκμηρίωση, ενώ η τελευταία έκδοση του 2000 δίνει μεγαλύτερη έμφαση στις διαδικασίες (processes) και στην αυτοαξιολόγηση (self-assessment).¹⁹ Την ευθύνη για την εφαρμογή του θεσμού στη χώρα μας την έχει ο Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης (ΕΛΟΤ), με περιορισμένες όμως εφαρμογές στο χώρο των υπηρεσιών υγείας.³⁸

Στην Ευρώπη, για τις ανάγκες πιστοποίησης εφαρμόζεται και το προαναφερθέν Ευρωπαϊκό Μοντέλο Ποιότητας



Εικόνα 3. Ευρωπαϊκό μοντέλο ποιότητας.

τητας, το οποίο χρησιμοποιείται και για τη βράβευση των καλύτερων εταιρειών κάθε χρόνο.

Αντί για τον όρο πιστοποίηση, ορισμένοι μεταφράζουν το accreditation ως διαπίστευση.³⁰ Άλλοι πάλι χρησιμοποιούν τον όρο διαπίστευση μόνο για το ανώτατο όργανο, στην κορυφή της πυραμίδας (π.χ. Εθνικό Συμβούλιο Διαπίστευσης), το οποίο ελέγχει και βεβαιώνει ότι ένα νομικό ή φυσικό πρόσωπο ασκεί ως διαπιστευμένος φορέας συγκεκριμένο έργο, με αμεροληψία και επάρκεια.²⁷ Ίσως θα ήταν σωστότερο ο όρος διαπίστευση να αντιστοιχεί στον αγγλικό όρο *credentialing*, που ως έννοια περιορίζεται στον έλεγχο των τυπικών και ουσιαστικών προσόντων (βαθμός ικανότητας) για την επιτέλεση ενός έργου.

Η διαδικασία πιστοποίησης αξιολογεί το βαθμό συμμόρφωσης προσυμφωνημένων τομέων με συγκεκριμένα κριτήρια ή πρότυπα. Συνήθως τα κριτήρια αυτά ταξινομούνται στις τρεις προαναφερθείσες κατηγορίες: σε κριτήρια υποδομής, σε κριτήρια διαδικασιών και σε κριτήρια αποτελέσματος. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται είτε με μεθόδους περιοδικού ελέγχου είτε με τη συνεχή παρακολούθηση. Οι περιοδικοί έλεγχοι πραγματοποιούνται συνήθως κάθε 2-3 χρόνια, ενώ η συνεχής παρακολούθηση εφαρμόζεται με συνεχείς κλινικές μετρήσεις και με συνεχή καταγραφή δεικτών.

Μια τρίτη διαδικασία μετρήσεων αφορά στην καταγραφή των συμβάντων επαγρύπνησης, τα οποία ορίζονται ως περιπτώσεις θανάτου ή απώλειας μιας φυσιολογικής λειτουργίας, η οποία δεν σχετίζεται με τη φυσική εξέλιξη της νόσου ή την υποκειμενική κατάσταση του ασθενούς.³⁰ Περιλαμβάνουν ακόμα περιστατικά πλημμελούς τήρησης των κανόνων ασφαλείας, βιασμούς, ανθρωποκτονίες κ.ά., καθώς και περιστατικά μειωμένης επίβλεψης, όπως αυτοκτονίες. Για τα περιστατικά αυτά, ο φορέας πιστοποίησης ζητά αιτιολογική ανάλυση του συμβάντος και σχέδιο δράσης για την αντιμετώπιση των αιτιών του.

Σε κάθε περίπτωση, η πιστοποίηση καταγράφεται σε ένα λεπτομερές πόρισμα αξιολόγησης, που συχνά καταλήγει σε βαθμολόγηση. Εάν, σύμφωνα με το πόρισμα αυτό, υπάρχει ευρεία συμμόρφωση με τα κριτήρια, τότε αποδίδεται καθεστώς πιστοποίησης. Εάν υπάρχει μερική μόνο συμμόρφωση, τότε αποδίδεται καθεστώς προσωρινής πιστοποίησης, υπό τον όρο της διευθέτησης των προβλημάτων σε συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα. Εάν δεν διαπιστώνεται συμμόρφωση προς τα κριτήρια, τότε δεν πιστοποιείται ο οργανισμός. Συχνά υφίστανται και διάφορες άλλες ενδιάμεσες βαθμίδες.

Η πιστοποίηση καθιερώθηκε στα αμερικανικά νοσοκομεία εδώ και έναν αιώνα και στη συνέχεια, μέχρι τις μέρες μας, η διαδικασία της πιστοποίησης επεκτάθηκε σε όλο σχεδόν το φάσμα των υπηρεσιών υγείας.³⁹ Παρά την ανάπτυξή της, η πιστοποίηση από μόνη της δεν μπορεί να υποκαταστήσει τη διασφάλιση-βελτίωση της ποιότητας, γι' αυτό και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως σημαντική μεν αλλά συμπληρωματική διαδικασία, που εντάσσεται στις σύγχρονες αντιλήψεις για τη διοίκηση ποιότητας. Επίσης, θα πρέπει να εφαρμόζεται με προσοχή, για να μην εκλαμβάνεται ως εξωτερική απειλή, που μπορεί να καταστέλλει την ανάπτυξη της πρωτοβουλίας και της καινοτομίας.⁴⁰

Οι φορείς που την ασκούν μπορεί να είναι κρατικοί και να ασκούν ρυθμιστικό ρόλο ή να αποτελούν πρωτοβουλία ενός αριθμού ή ένωσης προμηθευτών στο πλαίσιο ενός αυτορρυθμιστικού ελέγχου. Ο παλαιότερος φορέας πιστοποίησης είναι η Μικτή Επιτροπή για την Πιστοποίηση Οργανισμών Περίθαλψης (Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO), που ιδρύθηκε το 1951 στις ΗΠΑ. Στον Καναδά λειτουργεί το Συμβούλιο για την Πιστοποίηση Υπηρεσιών Υγείας (Canadian Council on Health Facilities Accreditation, CCHFA), στην Αυστραλία το Συμβούλιο Νοσοκομειακών Προτύπων (Australian Council on Hospital Standards, ACHS) και στη Γαλλία ο Εθνικός Φορέας Πιστοποίησης και Αξιολόγησης στην Υγεία (Agence National d'Accreditation et d'Evaluation en Sante).²⁶

Στην Ελλάδα δεν λειτουργεί φορέας πιστοποίησης, παρόλο που έχει νομοθετηθεί από το 1997 η ίδρυση Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου της Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας (Ν. 2519/97), ενώ με το νόμο 2231 του 1994 θεσμοθετείται ως προαιρετική η διαδικασία της πιστοποίησης.

4. ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Στις υπηρεσίες υγείας, η διοίκηση ποιότητας είναι επικεντρωμένη στον ασθενή, προσανατολισμένη στο προϊόν, στηριγμένη σε μετρήσεις και διάχυτη σε όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων.

Τα νοσοκομεία, που αποτελούν τις βασικές υπηρεσίες υγείας, θα πρέπει να διαθέτουν ένα ολοκληρωμένο σύστημα διοίκησης ποιότητας, που να περιλαμβάνει μηχανισμούς βελτίωσης της ποιότητας πριν, κατά και μετά την παροχή της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Για το σκοπό αυτόν, οι παραπάνω μηχανισμοί θα πρέπει αφενός να παράγουν τις αναγκαίες πληροφορίες για την

καταγραφή, παρακολούθηση και αξιολόγηση των προφερόμενων υπηρεσιών και αφετέρου να μπορούν να διαχειρίζονται και να βελτιώνουν την ίδια τη διοίκηση ποιότητας. Έτσι, ο βασικός στόχος της διοίκησης ποιότητας, που είναι η μείωση της μεταβλητότητας στην παραγωγή, επιτυγχάνεται στο νοσοκομειακό περιβάλλον με τη μείωση των διαφοροποιήσεων ανάμεσα σε αυτό που οι ασθενείς χρειάζονται και επιθυμούν και σε αυτό που εισπράττουν. Η ομογενοποίηση των διαδικασιών, όπως των εγχειρήσεων, διευκολύνει την ομογενοποίηση των αποτελεσμάτων, μειώνοντας έτσι τις διαφοροποιήσεις, που αποτελούν απειλή για την υγεία των ασθενών.⁵

Μια βασική στρατηγική για τη μείωση των διαφοροποιήσεων σε διαδικασίες και αποτελέσματα είναι η *συγκριτική αξιολόγηση ή συγκριτική βελτιστοποίηση* (performance benchmarking). Η διαδικασία της σύγκρισης ενός οργανισμού ή μιας διαδικασίας με άλλους παρόμοιους οργανισμούς και διαδικασίες, που λέγονται σημείο αναφοράς, επιτρέπει τις εξωτερικές καθώς και τις εσωτερικές συγκρίσεις για τον εντοπισμό των καλύτερων από αυτές και για την κατανόηση των επιδόσεών τους. Το σημείο αναφοράς συχνά ονομάζεται και βέλτιστη πρακτική.⁴¹ Τα δεδομένα των συγκρίσεων μπορεί να περιλαμβάνονται σε βάσεις δεδομένων, πολλές από τις οποίες είναι διαθέσιμες για συγκρίσεις μεταξύ νοσοκομείων. Στις συγκρίσεις αυτές, πολλές φορές, εγείρονται θέματα εγκυρότητας και αξιοπιστίας των δεδομένων ή συγκρισιμότητας διαφορετικών ιδρυμάτων.

Η βελτίωση ποιότητας στα νοσοκομεία που ασκούν διοίκηση ποιότητας περιλαμβάνει, εκτός από τη *συγκριτική αξιολόγηση*, και τις πλέον παραδοσιακές μεθόδους του ιατρικού ελέγχου, την *ανασκόπηση χρησιμοποίησης υπηρεσιών* (Utilization Review, UR) και τη *διαχείριση κινδύνου* (Risk Management, RM). Η ανασκόπηση χρήσης διερευνά εάν οι προσφερόμενες υπηρεσίες είναι αναγκαίες και κυρίως αν παρέχονται στην κατάλληλη ποσότητα και με τη σωστή κατανάλωση πόρων.⁴² Δηλαδή, την καταλληλότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Η ακαταλληλότητα χρήσης μπορεί να οδηγεί σε υπερκατανάλωση (over-utilization) ή σε υποκατανάλωση (under-utilization). Στην πρώτη περίπτωση παρουσιάζεται σπατάλη πόρων και αυξημένος ιατρογενής κίνδυνος, ενώ στη δεύτερη περίπτωση εμφανίζεται μείωση της αποτελεσματικότητας, με αρνητικές επιπτώσεις στην επιδιωκόμενη βελτίωση της υγείας.

Η διαχείριση κινδύνου αποσκοπεί στη μείωση των κινδύνων του νοσοκομείου σε οικονομικές απώλειες από την παρεχόμενη περίθαλψη.⁵ Οι κίνδυνοι αυτοί ταξινομούνται σε επαγγελματική υπαιτιότητα, σε προβλήματα

εργασιακής υγιεινής και ασφάλειας, σε περιβαλλοντικές βλάβες και σε επιχειρηματικά ρίσκα. Κάθε νοσοκομείο πρέπει να αξιολογεί περιοδικά τους κινδύνους που διατρέχει και να σχεδιάζει ανάλογα την πρόληψη του κινδύνου, τον έλεγχο της βλάβης και τη μεταφορά του ρίσκου (π.χ. ασφάλιση). Οι διαδικασίες πιστοποίησης, αλλά και οι μετρήσεις ικανοποίησης ασθενών, μπορούν να περιορίσουν σημαντικά τους κινδύνους.

Επειδή η διοίκηση ολικής ποιότητας αναπτύχθηκε σε τομείς με υψηλές ποιοτικές απαιτήσεις, που χρησιμοποιούν σύνθετες παραγωγικές διαδικασίες, η εφαρμογή της στο χώρο της υγείας επιχειρήθηκε κυρίως στα μεγάλα νοσοκομεία στις αρχές της δεκαετίας του 1990. Μέχρι σήμερα, λίγα μόνο νοσοκομεία διεθνώς την εφαρμόζουν με συστηματικό τρόπο. Όπου εφαρμόζεται, δεν περιορίζεται μόνο στη διασφάλιση-βελτίωση της ποιότητας του κλινικού έργου, αλλά επεκτείνεται και σε άλλες συνιστώσες της περίθαλψης, όπως είναι η σκοπιμότητα, η καταλληλότητα, η διαθεσιμότητα, η συνέχεια, η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια όλων των προσφερόμενων υπηρεσιών.^{43,44}

Για την εξυπηρέτηση όλων αυτών των αναγκών, ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα διοίκησης ποιότητας περιλαμβάνει τις εξής οργανωτικές δομές:

- Επιτροπή διοίκησης ποιότητας
- Διευθυντή ποιότητας
- Τμήμα ποιότητας
- Κατάλληλο πληροφοριακό σύστημα
- Σύνδεση με το ευρύτερο πλαίσιο οργάνωσης.

Ο διευθυντής ποιότητας είναι αμέσως κάτω από το γενικό διευθυντή και πρέπει να διαθέτει τα κατάλληλα προσόντα. Για τα μικρά νοσοκομεία, μέχρι 100-150 κλινικών, είναι δύσκολη η εφαρμογή όλων των προτεινόμενων δομών. Στα νοσοκομεία αυτά μπορεί να υπάρξει συνεργασία για τα θέματα ποιότητας με άλλα ανάλογα νοσοκομεία, ώστε ορισμένες δραστηριότητες, όπως η διαπίστευση των γιατρών, τα πληροφοριακά συστήματα, τα πρωτόκολλα κ.ά., να αντιμετωπίζονται από κοινού.

Σε ό,τι αφορά το χρονοδιάγραμμα εφαρμογής τους σε ένα νέο νοσοκομείο, θα πρέπει πριν από την έναρξη λειτουργίας του να έχει προσληφθεί ο διευθυντής ποιότητας, να έχει συγκροτηθεί το τμήμα ποιότητας, να έχει διαμορφωθεί η πολιτική ποιότητας και να έχουν ξεκινήσει τα προγράμματα κατάρτισης στην ποιότητα. Τον πρώτο χρόνο θα πρέπει να εφαρμοστούν οι μηχανισμοί ποιότητας και οι μετρήσεις ικανοποίησης των ασθενών, να

πραγματοποιηθεί ανασκόπηση των αναγκών, να αναπροσαρμοστεί το τμήμα ιατρικών αρχείων ανάλογα με τις πρώτες εμπειρίες και να εφαρμοστούν επιμέρους έρευνες ποιότητας. Το δεύτερο χρόνο θα πρέπει να έχει μορφοποιηθεί ο μηχανισμός διαχείρισης κινδύνου, να έχει δρομολογηθεί η διαδικασία πιστοποίησης, να έχει αναβαθμιστεί το τμήμα ποιότητας, να έχει διευρυνθεί η έρευνα, η αποτίμηση και η παρακολούθηση της ποιότητας και να έχει αξιολογηθεί η συντελούμενη πρόοδος.

Συμπερασματικά, αναμένεται ότι η διαδικασία εισαγωγής και εφαρμογής της διοίκησης ολικής ποιότητας σε ένα νοσοκομείο θα απαιτήσει χρόνο, πόρους και υποδομές υποστήριξης (π.χ. κατάλληλο πληροφοριακό σύστημα).

5. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Με βάση τα παραπάνω, είναι φανερό ότι ένα νοσοκομείο που διαθέτει σύστημα διασφάλισης-βελτίωσης της ποιότητας αυξάνει την παραγωγικότητά του, εξοικονομώντας πόρους από την αποφυγή σφαλμάτων και αναποτελεσματικών χειρισμών. Έστω και μια μικρή αύξηση της παραγωγικότητας μπορεί να απελευθερώσει σημα-

ντικό αριθμό ανθρώπων και κεφαλαίου, για να χρησιμοποιηθούν σε νέους τομείς και άλλες δραστηριότητες. Επιπλέον, αυξάνει τα έσοδά του προσελκύοντας περισσότερους ασθενείς που μένουν ικανοποιημένοι από υψηλής ποιότητας παροχές, ενώ το κόστος παραγωγής μειώνεται, καθώς δεν σπαταλούνται πόροι, είτε υλικοί είτε πολύτιμος χρόνος εργασίας του προσωπικού, για διόρθωση ή επανάληψη ενεργειών/διαδικασιών που δεν έγιναν σωστά από την πρώτη φορά. Σημαντικά είναι και τα κέρδη από τη μείωση των ιατρικών λαθών, που, εκτός από τον κίνδυνο που προκαλούν στην υγεία των ασθενών, συχνά συνεπάγονται και ποινικές διώξεις για το νοσοκομείο και για τους γιατρούς, με δυσάρεστες πολλές φορές συνέπειες.

Και όλα αυτά αποκτούν ιδιαίτερη σημασία, αν ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι, σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, το 91,7% των νοσοκομείων αναφέρει ότι δεν έχει θέσει την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει ως συγκεκριμένο, διακριτό στόχο ούτε ως χωριστά χρηματοδοτούμενο σκοπό. Από το σύνολο των διοικήσεων, μόνο το 16,6% εφαρμόζει εργαλεία διαχείρισης της ποιότητας, ενώ το 41,7% αρκείται σε εμπειρική προσέγγιση.⁴⁵

ABSTRACT

Quality issues in medical practice and in health services

Y. TOUNTAS

Center for Health Services Research, Department of Hygiene and Epidemiology, Medical School, University of Athens, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2003, 20(5):532-546

This paper reviews "quality" in medical practice and in the provision of health services. Quality in the health sector can be defined as the provision in an efficient way of necessary and effective health care which satisfies both the clients and health services employees. The main tool for quality assurance and quality improvement is the implementation of the quality cycle. According to the quality cycle, the first step involves the evaluation of the present situation and the identification of problematic areas. The second step comprises with the selection or creation of criteria, standards, guidelines and protocols of good practice, which serve for comparison and for action planning. In the third step measurements are made for the assessment of the existing level of quality which will be targeted for improvement with the actions taken, which constitute the fourth step. The results of these actions create a new situation which is the beginning of a new quality cycle. Traditionally, quality actions dealt with medical and clinical audit with a view to identifying and correcting "poor" quality practices. In recent years quality issues have been intergrated in the new concept of Total Quality Management (TQM) which is focused on the patient, based on measurements and included in every health services activity. Many European organizations have adopted in their management approach the European quality model, which serves also as a basis for evaluation and distinction. For accreditation purposes, most organizations worldwide use the ISO-9000 quality standards.

Key words: Accreditation, Health services, Quality

Βιβλιογραφία

1. DEMING WE. *Out of the crisis*. MA, Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, Cambridge, 1986
2. JURAN JM, GRZYNA FM (eds). *Juran's Quality Control Handbook*. 4th ed. McGraw-Hill, New York, 1988
3. ΣΙΓΑΛΑΣ Ι. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας* 1999, 10:45–50
4. BICKING C. Process control by statistical methods. In: *The Quality Control Handbook*. McGraw-Hill, New York, 1979
5. WILSON L, GOLDSCHMIDT P. *Quality management in health care*. McGraw-Hill, New York, 1995
6. COOPER MR. Διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας. Στο: Wolper LF (Συντ.) *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας*. Τόμος 2. Mediforce, Αθήνα, 2001
7. WEAVER C. *Management ολικής ποιότητας*. Anubis, Αθήνα, 1996
8. GAUCHER EJ, COFFEY RJ. *Total quality in health care. From theory to practice*. Jossey-Bass, San Francisco, 1993
9. DONABEDIAN A. The quality of care: how can it be assessed. *J Am Med Inform Ass* 1988, 260:1743–1748
10. DONABEDIAN A. *The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press, Ann Arbor, 1980
11. NELSON AR. *Measuring performance and improving quality*. Sterling, London, 1996
12. WHO. Continuous quality development: A proposal national policy. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1993
13. LEAPE L, PARK R, SOLOMON D. Relation between surgeons' practice volumes and geographic variation in the rate of carotid endarterectomy. *N Engl J Med* 1989, 321:653–657
14. WENNBURG J, GITTELSON A. Variation in medical care among small areas. *Sci Am* 1982, 264:120–134
15. KOHN L, CORRIGAN J, DONALDSON M. *To Err is human: Building a safer health care system*. National Academy Press, US, 2000
16. BERWICK D. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med* 1989, 330:53–56
17. OVRETVIT J. *Health service quality*. Blackwell, London, 1992
18. ΝΙΑΚΑΣ Δ. Management στις υπηρεσίες υγείας και η εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία* 1993, 2:3–12
19. ΑΥΛΩΝΑΣ Ν. Η σωστή διαχείριση των παραπόνων και η ανάπτυξη δεικτών ποιότητας, στις υπηρεσίες υγείας, ως μέσο ικανοποίησης των αναγκών του ασθενή και βελτίωσης της ποιότητας. Εισήγηση στο συνέδριο Quality Forum, Αθήνα, 1999
20. ΣΚΑΛΚΙΔΗΣ Γ. *Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας*. Εκπαιδευτικές Σημειώσεις, Αθήνα, 2000
21. FIELD M, LOHR KN (eds). *From development to use*. National Academy Press, Washington, DC, 1992
22. ΣΚΛΑΒΟΣ Γ. Μεταβλητές εκτίμησης της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας* 2001, 12:48–50
23. HOPKINS A. *Measuring the quality of medical care*. Royal College of Physicians, London, 1990
24. NAYDUCH D, MOYLAN J, SNYDER BL, ANDREWS L, RUTLEDGE R, CUNNINGHAM P. American College of Surgeons trauma quality indicators: an analysis of outcome in a state-wide trauma registry. *J Trauma* 1994, 37:565–573
25. COLLOPY BT. Δείκτες μέτρησης της απόδοσης της κλινικής πρακτικής. *Επιθεώρηση Υγείας* 1999, 10:41–42
26. ΟΙΚΟΝΟΜΟΠΟΥΛΟΥ ΧΒ, ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ ΛΛ, ΔΟΥΣΣΙΟΣ ΑΘ. Αξιολόγηση ποιότητας υπηρεσιών υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας* 2000, 11:35–37
27. ΑΘΑΝΑΣΟΥΛΗΣ Τ. Ποιοτικό νοσοκομείο: μια «πρόκληση» που πρέπει ν' αποδεχτούμε. *Επιθεώρηση Υγείας* 2003, 14:6–7
28. KOST G, HAGUE C. The current and future status of critical care testing and patient monitoring. *Am J Clin Pathol* 1995, 104:S2–S17
29. SHOEMAKER W. Protocol medicine. *Crit Care Med* 1974, 2:279
30. ΚΕΔΙΚΟΓΛΟΥ ΣΙ. Εφαρμοσιμότητα διαδικασιών διαπίστευσης στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Διδακτορική Διατριβή. Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, 2002
31. PALMER HR. Considerations in defining quality of health care. In: Palmer HR, Donabedian A, Povar GJ (eds) *Striving for quality in health care. An inquiry into policy and practice*. Health Administration Press, Ann Arbor, 1991
32. PLSEK P. Introduction to control charts. *Qual Man Health Care* 1992, 1:65–74
33. ΛΑΖΑΡΟΥ ΠΝ. Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. *Επιθεώρηση Υγείας* 2001, 12:23–24
34. ΜΟΥΜΤΖΟΓΛΟΥ Α. *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Management, Αθήνα, 2001
35. HUTCHINS D. *In pursuit of quality*. Pitman, London, 1990
36. DECKER MD. Beyond infection control: the new hospital epidemiology: continuous quality improvement. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1992, 13:165–169
37. SCRIVENS E. *Accreditation protecting the professional or the consumer*. Open University Press, Milton Keynes, 1995
38. ΕΛΟΤ. *ISO 9000: Ελληνικό Πρότυπο*. Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης ΑΕ, Αθήνα, 2003
39. SCRIVENS E. Widening the scope of accreditation issues and challenges in community and primary care. *Int J Qual Health Care* 1998, 10:191–197
40. BERWICK DM. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med* 1989, 320:53–56
41. CAMP R, TWEET A. Benchmarking applied to health care. *J Comm J Qual Improv* 1994, 20:229–238
42. ERMANN D. Hospital utilization review: past experience, future directions. *J Health Polit Policy Law* 1990, 5:683–704
43. ΔΕΡΒΙΤΣΙΩΤΗΣ Κ. *Διοίκηση ολικής ποιότητας*. Αθήνα, 1993
44. CLEARY P, EDGMAN-LEVITAN S. Health care quality: Incorporating consumer perspectives. *JAMA* 1997, 278:1608–1612
45. THEODORAKIOGLOU Y, TSIOTRAS G. The need for the introduction of quality management into Greek healthcare. *J Tot Qual Manag* (in press)

Corresponding author:

Y. Tountas, Center for Health Services Research, Department of Hygiene and Epidemiology, Medical School, University of Athens, 25 Alexandroupoleos street, GR-115 27 Athens, Greece