



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε τμήμα ατυχημάτων
και επειγόντων περιστατικών

Φιλίππου Νέαρχος

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ Ραφτόπουλος Βασίλειος

Ιούνιος, 2016

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε τμήμα ατυχημάτων
και επειγόντων περιστατικών: συστηματική ανασκόπηση

Φιλίππου Νέαρχος

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ Ραφτόπουλος Βασίλειος

Ιούνιος, 2016

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου για την υπομονή τους και στήριξη τους στη διάρκεια της προσπάθειας αυτής και την αδιάκοπη αγάπη τους. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον καθηγητή μου όχι μόνο για την αποδοχή του θέματος και την έγκριση του ως αντικειμένου εργασίας, μα κυρίως για την έμπνευση και γενικότερη βοήθεια και πολύτιμες υποδείξεις, χωρίς τις οποίες η εκπόνηση του έργου αυτού δεν θα ήταν δυνατή.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

| | |
|--|----|
| ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ..... | 3 |
| Περίληψη..... | 6 |
| Κεφάλαιο 1 –Επείγουσα ιατρική φροντίδα | 8 |
| 1.1 Ορισμοί..... | 9 |
| 1.2 Ιστορική αναδρομή..... | 11 |
| 1.3 Μοντέλα παροχής υπηρεσιών | 13 |
| Κεφάλαιο 2 | 16 |
| Κατηγοριοποίηση ΤΑΕΠ (κλίμακες διαλογής) –στόχοι και χαρακτηριστικά λειτουργίας -οργάνωση και λειτουργία –triage και ειδικοί τρόποι | 16 |
| 2.1 Εισαγωγή στη λειτουργία των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών..... | 17 |
| 2.2 Ιστορική εξέλιξη της Διαλογής | 17 |
| 2.3 Η Δομή του ΤΑΕΠ | 17 |
| 2.4 Η Διαλογή των ασθενών..... | 18 |
| 2.5 Κατηγοριοποίηση της Διαλογής –Triage | 18 |
| 2.6 Ένα εννοιολογικό πλαίσιο για τη διαλογή | 20 |
| 2.6.2 Η έννοια του επείγοντος..... | 21 |
| 2.6.3 Αξιολόγηση της διαλογής και λήψη αποφάσεων..... | 21 |
| Κεφάλαιο 3 - Ποιότητα | 22 |
| 3.1 Εισαγωγή | 23 |
| 3. 2 Ποιότητα στις υπηρεσίες γενικά..... | 23 |
| 3.3 Ιστορική αναδρομή..... | 26 |
| 3.4 Τι ακριβώς είναι η ποιότητα στην υγεία; | 29 |
| 3. 5 Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας..... | 33 |
| Κεφάλαιο 4 - Αξιολόγηση στις υπηρεσίες υγείας | 38 |
| 4.1 Εισαγωγή στην αξιολόγηση στις υπηρεσίες υγείας..... | 39 |
| 4.2 Βασικές έννοιες στην αξιολόγηση στις υπηρεσίες υγείας..... | 40 |

| | |
|--|----|
| 4.3 Συσχέτιση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας με την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας ενός νοσοκομείου | 43 |
| 4.4 Νέα εργαλεία αξιολόγησης..... | 44 |
| 4.5 Η ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα υγείας..... | 45 |
| Κεφάλαιο 5- Αξιολόγηση της ποιότητας υπηρεσιών στο τμήμα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών | 48 |
| 5. 1 Συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας..... | 49 |
| 5. 2 Αξιολόγηση της ποιότητας των ΤΑΕΠ - Προτάσεις /Συμπεράσματα | 56 |
| Βιβλιογραφία | 58 |

Περίληψη

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ- Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών) σε ένα νοσοκομείο είναι πρωταρχικής σημασίας λόγω του ρόλου του, συνιστώντας βασική αρχή ανάπτυξης όλων των συστημάτων υγείας διεθνώς. Ο σκοπός της εργασίας ήταν η ανασκόπηση πάνω στις εργασίες για την αξιολόγηση της ποιότητας στις υπηρεσίες των ΤΑΕΠ. Υλικό-μέθοδος. Ακολουθήθηκε η μέθοδος της συστηματικής ανασκόπησης σε βάσεις δεδομένων και λέξεις ευρετηριασμού ‘quality of care in emergency department’ και ‘assurance of quality in emergency department’ με κριτήρια την αγγλική γλώσσα, δημοσίευση σε 5 πρόσφατα έτη και τις λέξεις ευρετηριασμού στον τίτλο. Αποτελέσματα. Βρέθηκαν 7 άρθρα τα οποία και αναλύονται διεξοδικά. Τα άρθρα μελετούν παράγοντες όπως η ύπαρξη εύκολης πρόσβασης στα ΤΑΕΠ, τον ρόλο των συνοδών των ασθενών που επηρεάζουν την παρεχόμενη ποιότητα, μετρούν την επίπτωση της βίας στο χώρο των ΤΑΕΠ και της επίδρασης της στο προσωπικό των τμημάτων αυτών, αλλά ακόμη κοιτούν και το αποτέλεσμα της επιτυχούς μείωσης του χρόνου αναμονής των ασθενών στην παρεχόμενη φροντίδα. Μία εργασία ανέφερε τη σημαντικότητα της ύπαρξης ηλεκτρονικών μέσων όπως τα συστήματα παρακολούθησης ασθενών και ηλεκτρονικών φακέλων αλλά και της ορθής επικοινωνίας και διαλειτουργικότητας αυτών για την αποτελεσματική και άμεση παροχή φροντίδας στους πάσχοντες. Μελέτη πάνω στο άγχος και την ψυχική επιβάρυνση των εργαζομένων στα ΤΑΕΠ έδειξε τη σημασία του υγιούς περιβάλλοντος για την εργασία αλλά και της ισχυρής διοίκησης που φροντίζει για το προσωπικό και τις ανάγκες του. Συμπεράσματα: Οι παραπάνω παράγοντες δηλαδή, ο συνωστισμός των ΤΑΕΠ, η βία στο προσωπικό, η μείωση του χρόνου αναμονής των πασχόντων, η προσβασιμότητα των ΤΑΕΠ, η χρήση ηλεκτρονικών μέσων όπως ο ηλεκτρονικός φάκελος ασθενή, αλλά και η παροχή υγιούς περιβάλλοντος και δυνατής, αποτελεσματικής ηγεσίας και διοίκησης μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στα τμήματα των επειγόντων περιστατικών. Αντίστοιχες μελέτες θα ήταν σημαντικές και για τον Κυπριακό χώρο, για τον οποίο ελλείπουν.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην εργασία θα ορίσουμε την ποιότητα στον χώρο της παροχής υγείας και θα αναπτύξουμε τους ποιοτικούς και ποσοτικούς δείκτες ποιότητας στο τμήμα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών (ΤΑΕΠ), όπως ορίζονται και εφαρμόζονται σε ανεπτυγμένες χώρες.

Για την κατανόηση των διαφόρων παραμέτρων, γίνεται μία περιγραφή των όρων και των εννοιών αλλά και μία ανάλυση της ποιότητας και της παροχής υπηρεσιών στο χώρο της υγείας. Γίνεται επίσης μία αναλυτική περιγραφή των τμημάτων Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών, καθώς και μία ιστορική αναδρομή θα γίνει επίσης και μία περιγραφή των ιδιαιτεροτήτων του ΤΑΕΠ, καθώς σε αυτό ισχύουν συγκεκριμένες καταστάσεις σε ό,τι αφορά τους ασθενείς, που διαφοροποιούνται από την συνήθη περίθαλψη και παροχή φροντίδας που ισχύει σε άλλους τομείς του νοσοκομείου.

Το κεφάλαιο 1 περιγράφει την Επείγουσα ιατρική φροντίδα δίνοντας και μία ιστορική αναδρομή, ενώ το κεφάλαιο 2 περιγράφει την διαλογή και τις παραμέτρους που την επηρεάζουν, τις κατηγορίες της και την ιστορία της. Στα κεφάλαια 3 και 4 περιγράφεται και αναλύεται η ποιότητα γενικά αλλά και στις υπηρεσίες υγείας, ενώ ακολουθεί η περιγραφή της αξιολόγησης στις υπηρεσίες υγείας (κεφάλαιο 4) όπως και οι βασικές έννοιες στην αξιολόγηση στις υπηρεσίες υγείας. Τέλος, στο κεφάλαιο 5 γίνεται η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας πάνω στην αξιολόγηση της ποιότητας στα ΤΑΕΠ και αναλύονται τα άρθρα που επιλέχθηκαν. Η εργασία στο τελευταίο τμήμα περιγράφει τα συμπεράσματα γύρω από την αξιολόγηση της ποιότητας με βάση την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Κεφάλαιο 1 –Επείγουσα ιατρική φροντίδα

1.1 Ορισμοί

Η παροχή επείγουσας και κατάλληλης φροντίδας είναι εκείνη που μπορεί να περιορίσει την πιθανότητα μόνιμων βλαβών αλλά και να σώσει την ζωή, σε περιπτώσεις απειλής της ζωής, είτε εμφάνισης αιφνίδιας νόσου, είτε εμφάνισης βίαιων εξωτερικών αιτίων. Έτσι, κάθε σύστημα υγείας προβλέπει την παροχή επείγουσας φροντίδας «στον κατάλληλο χρόνο, στον κατάλληλο τόπο και από το κατάλληλο προσωπικό». Η Επείγουσα Ιατρική (E.I.-Emergency medicine) περιέχει εκείνες τις δράσεις της ιατρικής που ανταποκρίνονται σ' αυτή την ανάγκη και ασχολείται με τη διάγνωση και τη θεραπεία απειλητικών καταστάσεων που απαιτούν άμεση λήψη αποφάσεων και ανάληψη των απαραίτητων ενεργειών ώστε να αποφευχθεί ο θάνατος ή η περαιτέρω επιδείνωση της υγείας των ασθενών. Αναμενόμενα, οι στόχοι και της Επείγουσας Ιατρικής (E.I.) είναι:

- Η παροχή ενδοολοκληρωμένου συστήματος προνοσοκομειακής & διανοσοκομειακής επείγουσας φροντίδας.
- Η τυποποίηση και η βελτίωση της ποιότητας της επείγουσας ιατρικής φροντίδας.
- Η μέωση της θνητότητας, νοσηρότητας, αναπηρίας και του πόνου που σχετίζονται με τον τραυματισμό και την αιφνίδια νόσο.
- Η φροντίδα και η θεραπεία των επείγουσων ασθενών.
- Η συλλογή επιδημιολογικών δεδομένων που συνδέονται με την πρόληψη των ατυχημάτων και την προαγωγή της υγείας.

Η παροχή της επείγουσας φροντίδας για να είναι έγκαιρη και άρα αποτελεσματική πρέπει να βασίζεται σε ένα προεγκατεστημένο σύστημα με υψηλό επίπεδο οργάνωσης, χωρίς κενά ή αδυναμίες, ενώ παράλληλα για να είναι κατάλληλη και σωστή, δηλαδή για να παρέχει την αποτελεσματική παρέμβαση, πρέπει να βασίζεται σε ένα επαρκές και καλά εκπαιδευμένο προσωπικό αλλά και σύγχρονες υποδομές, εξοπλισμό, σωστά σχεδιασμένο και κατάλληλο περιβάλλον εργασίας. Όλα τα παραπάνω πρέπει να συνδέονται με αποτελεσματικούς και έξυπνους τρόπους για να παρέχεται η άμεση φροντίδα στον ασθενή. Έτσι για την αντιμετώπιση της υποκειμενικής ή αντικειμενικής ανάγκης του επείγοντος και προκειμένου να εξασφαλιστεί η παροχή ταχείας και αποτελεσματικής Ιατρο-νοσηλευτικής Φροντίδας σε αυτές τις απειλητικές περιπτώσεις, απαιτείται ένα σύγχρονο και Ολοκληρωμένο Σύστημα Επείγουσας Ιατρικής Φροντίδας (Ο.Σ.Ε.Ι.Φ.) για την οργανωμένη

παροχή του συνόλου της άμεσης προνοσοκομειακής, ενδονοσοκομειακής και διανοσοκομειακής φροντίδας.

Πιο αναλυτικά λοιπόν, μία Επείγουσα Ιατρική Υπηρεσία (EΙΥ, Emergency Medical Service) μπορεί να οριστεί ως «ένα ολοκληρωμένο σύστημα το οποίο παρέχει τις απαραίτητες ρυθμίσεις σε επίπεδο στελεχών και προσωπικού, εγκαταστάσεων και εξοπλισμού για την αποτελεσματική, συντονισμένη και έγκαιρη παράδοση των υπηρεσιών υγείας και της ασφάλειας στα θύματα μίας αιφνίδιας ασθένειας ή τραυματισμού" (Moore, 1999). Ο σκοπός της EΙΥ επικεντρώνεται στην παροχή έγκαιρης φροντίδας σε θύματα των αιφνιδίων και απειλητικών για τη ζωή τραυματισμών ή καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, προκειμένου να αποφευχθεί άσκοπη θνησιμότητα ή μακροπρόθεσμη νοσηρότητα. Η λειτουργία της EΙΥ μπορεί να απλοποιηθεί σε τέσσερις βασικές συνιστώσες, την πρόσβαση σε επείγουσα περίθαλψη, την φροντίδα στην κοινότητα, την φροντίδα καθ' οδόν, και την φροντίδα κατά την άφιξή του ασθενή για να λάβει φροντίδα στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Razzak and Kellermann, 2002).

Οι πολίτες των οικονομικά προηγμένων χωρών θεωρούν αναφαίρετο δικαίωμά τους την κρατική προστασία από κάθε αιφνίδια απειλή για τη ζωή τους ή τον κίνδυνο πρόκλησης αναπηρίας. Ένα καλά οργανωμένο πλέγμα προστασίας κινητοποιείται στον ταχύτερο δυνατό χρόνο από τον τόπο του συμβάντος έως τον κατάλληλο υγειονομικό σχηματισμό όπου και διακομίζεται ο αιφνιδίως πάσχων. Το πλέγμα αυτό συνιστά την αποκαλούμενη διεθνώς αλυσίδα επιβίωσης που ταυτίζεται με την έννοια της Επείγουσας Ιατρικής.

Η Επείγουσα Ιατρική διακρίνεται στο Προνοσοκομειακό σκέλος (Pre-Hospital), το Νοσοκομειακό (In-Hospital) και το Διανοσοκομειακό (Inter Hospital). Στην Ελλάδα, δυστυχώς, η E.I. δεν είναι ανεπτυγμένη όπως στις τυπικές Δυτικές χώρες (Δυτική Ευρώπη, Βόρειος Αμερική) και σε αντίθεση με την προσπάθεια που καταβάλλουν οι χώρες αυτές για το σκέλος της Νοσοκομειακής Επείγουσας Ιατρικής, που ουσιαστικά δρα μέσα από τα Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ), ουσιαστικά είναι ανύπαρκτο από πλευράς επιστημονικής οριοθέτησης, οργάνωσης και παροχής συστηματοποιημένων υπηρεσιών προς τους πολίτες- χρήστες των υπηρεσιών υγείας (Karabinis and Koukoulitsios, 2006).

1.2 Ιστορική αναδρομή

Η σημερινή παγκόσμια ΕΙΥ έχει προχωρήσει τόσο πολύ ώστε να συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στη συνολική λειτουργία των συστημάτων υγειονομικής φροντίδας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θεωρεί τα συστήματα ΕΙΥ ως αναπόσπαστο μέρος της αποτελεσματικής λειτουργίας ενός συστήματος υγειονομικής φροντίδας καθώς συνιστούν το πρώτο σημείο επαφής με μια υγειονομική υπηρεσία για την πλειοψηφία των ανθρώπων σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης και τραυματισμού που απειλούν τη ζωή τους και παράλληλα ενεργούν σαν θύρες πρόσβασης σε δευτερογενείς και τριτογενείς υπηρεσίες (Sasser et al., 2005). Οι πάροχοι επείγουσας ιατρικής σε όλο τον κόσμο έχουν αναπτύξει ένα εκτεταμένο ρόλο για την αντιμετώπιση των ιατρικών εκτάκτων αναγκών αλλά και τραυματισμών χρησιμοποιώντας προηγμένη τεχνολογία για το κλινικό επίπεδο. Σε πολλές χώρες όπου υπάρχει κατάλληλο σύστημα ΕΙΥ, οι πάροχοι μπορούν να διαχειριστούν ελεγχόμενα φάρμακα όπως η μορφίνη και η επινεφρίνη, να εκτελούν επεμβατικές διαδικασίες, για παράδειγμα, διασωλήνωση και τοποθέτηση ενδοφλέβιας γραμμής, και να κάνουν σύνθετη κλινική εκτίμηση ή ακόμα και να ορίσουν ώρα θανάτου (Martinez, 1998, Roudsari et al., 2007). Η ταχεία ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας έχει επίσης μεταρρυθμίσει τα διεθνή συστήματα ΕΙΥ με την εισαγωγή των πολυλειτουργικών συστημάτων ολικής παρακολούθησης που κάνει το καθήκον της παρακολούθησης ασθενών διαχειρίσιμο σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον σε επίπεδο πριν το νοσοκομείο.

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή διακήρυξη (Manifesto) του 1998 για την Ε.Ι. «επείγουσες ιατρικές φροντίδες υψηλών προδιαγραφών πρέπει να είναι διαθέσιμες για κάθε άτομο που τις χρειάζεται σε οποιοδήποτε χώρο ή χρόνο» (CoE, 1998) και αυτό γιατί έχει αναγνωριστεί ότι «οι έγκαιρες και καλά συντονισμένες φροντίδες περιορίζουν τόσο την άμεση όσο και την απώτερη θνητότητα (για παράδειγμα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας-ΜΕΘ) ενώ μειώνουν τη διάρκεια και τη βαρύτητα της νοσηρότητας από αφνίδιο νόσο ή κάκωση» (CoE, 1998), αυξάνοντας τις πιθανότητες επιβίωσης των πασχόντων και παράλληλα μειώνοντας το τεράστιο κοινωνικό και οικονομικό κόστος (Deloos, 1992, Hedges, 1990).

Όλο και περισσότεροι γιατροί τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, διαπιστώνουν πως στο αντικείμενο της Επείγουσας Ιατρικής αλλά και της Εντατικής Ιατρικής, πως η απόδοση της Εντατικής Ιατρικής και θεραπείας έχει φτάσει στο

μέγιστο της και δεν υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης, οπότε το ‘μυστικό’ για τη βελτίωση της έκβασης της κατάστασης του οξέως και βαρέως πάσχοντα πρέπει πλέον να αναζητηθεί στην E.I (Hillman et al., 1996).

Οι ανάγκες για την αντιμετώπιση του ιατρικού επείγοντος βασίζονται σε μία αλυσίδα φροντίδων υψηλού επιπέδου που συνήθως αρχίζουν από το Προνοσοκομειακό και ολοκληρώνονται στο Νοσοκομειακό επίπεδο. Αυτά τα δύο επίπεδα είναι που αποτελούν τους δύο βασικούς κρίκους στην Αλυσίδα Επιβίωσης του Επείγοντος, οι οποίοι αλληλοεπηρεάζονται και είναι στενά συνδεδεμένοι ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια στην αντιμετώπιση των επειγόντων.

Η Αλυσίδα Επιβίωσης του Επείγοντος απαιτεί ένα σύστημα υπηρεσιών καθορισμένο και αφιερωμένο στις επείγουσες φροντίδες για κάθε αιφνίδια ή οξεία νόσο ή κάκωση. Παρά τη σημασία των παραπάνω, τα δεδομένα για τους πάσχοντες από οξείες ή επείγουσες καταστάσεις ή τραυματικές κακώσεις στα οποία είναι απαραίτητο να βασιστεί η οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας τόσο την Ελλάδα, Κύπρο όσο και διεθνώς είναι σε βασικές γραμμές ελλιπή όσον αφορά το είδος τους, τα χρονικά πλαίσια και το επίπεδο αντιμετώπισης τους, ενώ γίνονται ακόμη πιο αποσπασματικά σε σχέση με την τελική έκβαση ή ανικανότητα του ασθενή, την επιβάρυνση των Υπηρεσιών υγείας και το κοινωνικο-οικονομικό κόστος που επιφέρουν. Το επείγον έχει περιγραφεί σαν «η παραμελημένη νόσος της σύγχρονης κοινωνίας». Σε αντίθεση με το τραύμα, που έχει από παλιά ευαισθητοποιήσει τον κόσμο, για τα άλλα επείγοντα δεν υπάρχουν διαθέσιμες συστηματικές μελέτες, για να μπορούν να βασιστούν οι απαιτήσεις σε υποδομές, προσωπικό, χώρους, εξοπλισμό. Διεθνώς η προσέγγιση του επείγοντος, τόσο σε κλινικό όσο και σε οργανωτικό επίπεδο διαφέρει και μεταβάλλεται, μα σίγουρα το σύστημα των επειγόντων ιατρικών φροντίδων οφείλει να είναι κλινικά, οργανωτικά και οικονομικά ανεξάρτητο (CoE, 1998).

Από το 1970, η κατάσταση έκτακτης ανάγκης παροχής υγειονομικής φροντίδας σε προ-νοσοκομειακό περιβάλλον εξελίχθηκε γύρω από δύο βασικά μοντέλα EΙΥ με διακριτά χαρακτηριστικά. Αυτά είναι το αγγλο-αμερικανικό και το γαλλο-γερμανικό μοντέλο. Αυτή η κατηγορηματική διάκριση ήταν εμφανής κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 μέχρι τα τέλη του 20ου αιώνα. Σήμερα όμως, τα περισσότερα συστήματα EΙΥ σε όλο τον κόσμο έχουν ποικίλες συνθέσεις από κάθε μοντέλο.

1.3 Μοντέλα παροχής υπηρεσιών

Η παράδοση των υπηρεσιών έκτακτης ιατρικής βοήθειας σε προ-νοσοκομειακό επίπεδο, δηλαδή πριν καταφτάσει ο ασθενής σε οργανωμένη σταθερή μονάδα υγειονομικής φροντίδας, μπορούν να ταξινομηθούν σε γενικές γραμμές σε γαλλο-γερμανικά ή αγγλο-αμερικανικά πρότυπα σύμφωνα με τη φιλοσοφία της παροχής υγειονομικής φροντίδας στο επίπεδο αυτό, το προ-νοσοκομειακό. Μια άλλη μέθοδος ταξινόμησης της ΕΙΥ είναι ανάλογα με το επίπεδο της φροντίδας που παρέχεται στον ασθενή και χωρίζεται σε Βασική Υποστήριξη της Ζωής (Basic Life Support BLS) και Προκεχωρημένη Υποστήριξη της Ζωής (Advanced Life Support, ALS) σύμφωνα με το παρεχόμενο επίπεδο φροντίδας (Moore, 1999).

Το γαλλο-γερμανικό μοντέλο παράδοσης ΕΙΥ βασίζεται στην φιλοσοφία "μείνετε εκεί και σταθεροποιήστε τον ασθενή" (Huiyi, 2007). Το κίνητρο αυτού του μοντέλου είναι να φέρει το νοσοκομείο στον ασθενή στον τόπο που βρίσκεται. Το σύστημα λειτουργεί συνήθως με γιατρούς με εκτεταμένο πεδίο εφαρμογής της πρακτικής και της γνώσης τους και με πολύ προηγμένη τεχνολογία. Το μοντέλο χρησιμοποιεί περισσότερο από άλλα τις μεθόδους μεταφοράς, παράλληλα με το κλασικό ασθενοφόρο, όπως ελικόπτερα και παράκτια ασθενοφόρα (Dick, 2003). Αυτό το μοντέλο είναι συνήθως ένα υποσύνολο του ευρύτερου συστήματος υγείας. Αυτή η φιλοσοφία έχει εφαρμοστεί ευρέως στην Ευρώπη, στην οποία η ειδικότητα της Επείγουσας Ιατρικής είναι σχετικά ένας νέος τομέας. Συνεπώς στην Ευρώπη, η φροντίδα έκτακτης προ-νοσοκομειακής ανάγκης είναι σχεδόν πάντα παρεχόμενη από γιατρούς έκτακτης ανάγκης. Οι παριστάμενοι γιατροί έκτακτης ανάγκης έχουν την εξουσία να προβούν σε περίπλοκες κλινικές κρίσεις και σε θεραπεία των ασθενών στα σπίτια τους ή στον τόπο του ατυχήματος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα πολλοί χρήστες ΕΙΥ να αντιμετωπίζονται στη θέση του συμβάντος και λιγότερο να μεταφέρονται σε νοσοκομεία. Οι ελάχιστοι ασθενείς μεταφέρονται συνήθως άμεσα για εισαγωγή σε νοσοκομειακό θάλαμο από τον θεράποντα ιατρό παρακάμπτοντας το τμήμα επειγόντων περιστατικών. Χώρες όπως η Γερμανία, η Γαλλία, η Ελλάδα, η Μάλτα και η Αυστρία έχουν καλά ανεπτυγμένη γαλλο-γερμανική φροντίδα ΕΙΥ (Adnet and Lapostolle, 2004, Papaspyrou et al., 2004, Roessler and Zuzan, 2006, Spiteri, 2008, Weninger et al., 2005).

Σε αντίθεση με το γαλλο-γερμανικό μοντέλο, το αγγλο-αμερικανικό μοντέλο βασίζεται γύρω από τη φιλοσοφία του "μάζεψτε γρήγορα και τρέχα" (Dick, 2003). Ο σκοπός

αυτού του μοντέλου είναι να φέρει γρήγορα τους ασθενείς στο νοσοκομείο με όσο το δυνατόν λιγότερες προ-νοσοκομειακές παρεμβάσεις. Το σύστημα αυτό συνήθως έχει συμμαχήσει με τις δημόσιες υπηρεσίες ασφαλείας, όπως η αστυνομία ή οι πυροσβεστικές υπηρεσίες και όχι τόσο με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και τα νοσοκομεία (Pozner et al., 2004). Το εκπαιδευμένο παραϊατρικό προσωπικό και οι τεχνολόγοι Επείγουσας Ιατρικής λειτουργούν το σύστημα με κλινική επίβλεψη. Το σύστημα στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό σε κλασικά ασθενοφόρα γης και σε μικρότερο βαθμό σε αεροϊατρική μεταφορά και παράκτια ασθενοφόρα. Στις χώρες που ακολουθούν το συγκεκριμένο μοντέλο, η επείγουσα ιατρική είναι καλά ανεπτυγμένη και γενικά αναγνωρίζεται ως ξεχωριστή ιατρική ειδικότητα. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς στο αγγλο-αμερικανικό μοντέλο μεταφέρονται από το προσωπικό στα ανεπτυγμένα τμήματα επειγόντων περιστατικών και όχι σε πτέρυγες του νοσοκομείου. Οι χώρες που χρησιμοποιούν το μοντέλο αυτό της παράδοσης ΕΙΥ περιλαμβάνουν τις Ηνωμένες Πολιτείες, τον Καναδά, τη Νέα Ζηλανδία, Σουλτανάτο του Ομάν και την Αυστραλία (Al-Shaqsi, 2009, Hay, 2000, Pozner et al., 2004, Symons and Shuster, 2004, Trevithick et al., 2003). Πράγματι, σε αυτές τις χώρες όπως για παράδειγμα οι ΗΠΑ και ο Καναδάς, η Ε.Ι. αποτελεί ξεχωριστή αναγνωρισμένη ιατρική ειδικότητα από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 και η διάρκεια εκπαίδευσης των ιατρών που θα αποκτήσουν την ειδικότητα αυτή (Emergency Medicine Physician), ανέρχεται σε 5 έτη (Curry, 2008).

Πολλές χώρες έχουν τροποποιήσει το ένα ή το άλλο μοντέλα, και τα έχουν ενσωματώσει στην δική τους πρακτική (Gomes et al., 2004). Επιπλέον, καθώς οι ανάγκες για επείγουσα φροντίδα αλλάζουν, τίθεται μεγαλύτερη έμφαση και προσοχή στην ασφάλεια των ασθενών, στην ταυτοποίηση των κινδύνων και στην ενίσχυση της αποδοτικότητας (Graff et al., 2002, Ho and Heslin, 2003, Hoffer, 1979). Οι παρεμβάσεις της Επείγουσας Νοσηλευτικής Φροντίδας μπορούν να αφορούν σε άτομα κάθε ηλικίας με σωματικά ή ψυχολογικά προβλήματα υγείας που δεν είναι διαγνωσμένα, δηλαδή δεν συνιστούν χρόνιο εύρημα και τα οποία χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών, μπορεί να χρειάζεται ελάχιστη φροντίδα αλλά μπορεί να χρειάζεται και η μέγιστη δυνατή φροντίδα, καθώς και μέτρα υποστήριξης των ζωτικών λειτουργιών, εκπαίδευση των ασθενών καθώς και ατόμων του περιβάλλοντός τους.

Ιστορικά, η επείγουσα νοσηλευτική έχει τις ρίζες της στην εποχή της Florence Nightingale (Karimi and Masoudi Alavi, 2015), μα μόνο κατά τα τελευταία 40 χρόνια έχουμε την εξάσκηση της (Haller, 1990).

Πίνακας 1: Σύγκριση του Γαλλογερμανικού και του Αγγλοαμερικανικού μοντέλου ΕΙΥ

| Μοντέλο | Γαλλογερμανικό | Αγγλοαμερικανικό |
|-------------------------------------|---|--|
| Αριθμός ασθενών | Περισσότεροι επί τόπου Λιγότεροι στο νοσοκομείο | Λιγότεροι επί τόπου Περισσότεροι στο νοσοκομείο |
| Πάροχος φροντίδας | Ιατροί υποστηριζόμενοι από παραϊατρικό προσωπικό | Παραϊατρικό προσωπικό με ιατρική επίβλεψη |
| Κύριο κίνητρο | Να φέρει το νοσοκομείο στον ασθενή | Να φέρει τον ασθενή στο νοσοκομείο |
| Προορισμός του μεταφερόμενου ασθενή | Άμεση μεταφορά σε μονάδα νοσοκομείου, παρακάμπτοντας το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών | Άμεση μεταφορά στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών |
| Οργάνωση | Η ΕΙΥ είναι κομμάτι του δημόσιου συστήματος υγείας | Η ΕΙΥ είναι τμήμα του δημόσιου συστήματος για την ασφάλεια |

Κεφάλαιο 2

**Κατηγοριοποίηση ΤΑΕΠ (κλίμακες διαλογής) –στόχοι και
χαρακτηριστικά λειτουργίας -οργάνωση και λειτουργία –triage και
ειδικοί τρόποι**

2.1 Εισαγωγή στη λειτουργία των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών

Η λειτουργική αποστολή ενός σύγχρονου ΤΑΕΠ περιλαμβάνει πρωτίστως την υποδοχή, την σταθεροποίηση, την θεραπευτική αντιμετώπιση και την έξοδο των ασθενών που προσέρχονται στο τμήμα. Βασικό εργαλείο προς το σκοπό αυτό είναι η υιοθέτηση διαδικασιών, οι οποίες συνολικά ονομάζονται διαδικασίες *Κατηγοριοποίησης-Διαλογής* των περιστατικών.

2.2 Ιστορική εξέλιξη της Διαλογής

Η έννοια της διαλογής (triage) χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά σε καιρούς πολέμου (Somerson and Markonchick, 1997). Καταγράφεται στην βιβλιογραφία ότι η διαλογή (triage) εφαρμόστηκε κατά τους Ναπολεόντειους πολέμους, αν και πιθανολογείται ότι μπορεί να είχε χρησιμοποιηθεί και παλαιότερα (Nocera and Garner, 1999, Gilboy et al., 1999). Ο Dominique Jean Larrey, γενικός χειρουργός, ο οποίος συμμετείχε στις μάχες αυτές, εφάρμοσε τη διαλογή (triage), με σκοπό την αντιμετώπιση των τραυματιών του πολέμου και την παροχή άμεσης φροντίδας, κατά προτεραιότητα, σε εκείνους που είχαν τις πιο επείγουσες ανάγκες, ανεξάρτητα από την θέση τους στην στρατιωτική ιεραρχία (Nocera & Garner 1999).

Με το πέρασμα όμως τον χρόνων παρατηρήθηκε ότι η ζήτηση για παροχή υπηρεσιών υγείας παρουσίαζε αυξητική τάση, η οποία δεν μπορούσε να καλυφθεί από τις υπάρχουσες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) και άρχισε να γίνεται αντιληπτό πως το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, λόγω κυρίως της 24ωρης λειτουργίας του, είναι πολύ σημαντικό (Λάμπρου, 2005).

Λόγω της αυξημένης ζήτησης για υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας, η διαλογή εξελίχθηκε διαχρονικά και αναδείχθηκε ως μέθοδος διαλογής περιστατικών στον τομέα αυτό, με αποτέλεσμα να παρατηρηθεί το πρόβλημα της συμφόρησης (ED saturation), οπότε και εισήχθη επίσημα η διεργασία της διαλογής στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών ως άμεση αντίδραση με σκοπό την επίλυση του σοβαρού αυτού προβλήματος (Somerson & Markonchick 1997).

2.3 Η Δομή του ΤΑΕΠ

Το ΤΑΕΠ συνιστά ένα αυτοτελές και αυτόνομο Τμήμα αμέσου ετοιμότητας του Νοσοκομείου, το οποίο:

- α) Υποδέχεται, διαγιγνώσκει και προβαίνει σε άμεση διαλογή (triage) με κριτήριο την βαρύτητα των προσερχόμενων ασθενών,
- β) Παρέχει άμεση πολυδύναμη και υψηλής ποιότητας περίθαλψη σε Επείγουσες Περιπτώσεις πασχόντων από οξείες ή απειλητικές καταστάσεις για τη ζωή,
- γ) Νοσηλεύει σε δικούς του χώρους: ασθενείς, αμφίβολες περιπτώσεις ως προς την διάγνωση, έως ότου διευκρινισθεί και αποφασισθεί η περαιτέρω πορεία τους, αντιμετωπίζει ασθενείς που χρειάζονται άμεση και προωθημένη αντιμετώπιση
- δ) Προβαίνει σε διαχωρισμό των περιστατικών που κρίνονται ότι έχουν ανάγκη νοσηλείας,
- ε) Σε πλήρη ανάπτυξη το ΤΕΠ νοσηλεύει περιστατικά από τους ήδη νοσηλευόμενους των Κλινικών του Νοσοκομείου τα οποία διακομίζονται όταν κατά την διάρκεια της νοσηλείας των εμφανίζουν οποιαδήποτε αιφνίδια απειλητική για τις ζωτικές τους λειτουργίες κατάσταση (interHospital Emergency) (Karabinis and Koukoulitsios, 2006)

2.4 Η Διαλογή των ασθενών

Η λέξη *διαλογή* ή διεθνώς *Triage* προέρχεται από το γαλλικό ρήμα *Trier* που σημαίνει διαλέγω - ταξινομώ. Στο χώρο της υγείας και συγκεκριμένα στο χώρο των ΤΑΕΠ, η διαλογή (triage) έχει την έννοια της διαδικασίας καθορισμού της προτεραιότητας αντιμετώπισης και θεραπείας των πολλών ασθενών, οι οποίοι ζητούν φροντίδα ταυτόχρονα, όπως για παράδειγμα συμβαίνει κατά τη διάρκεια πολεμικών συγκρούσεων.

Για την σωστή διαλογή απαιτείται έμπειρο ή ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό του ΤΑΕΠ που θα δράσει σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο και βασισμένο σε συγκεκριμένα σαφή *πρωτόκολλα* διαλογής (*Triage protocols*). Η διαδικασία περιλαμβάνει: *την λήψη ιστορικού Διαλογής* από τον ίδιο τον ασθενή ή τον συνοδό του, *την Λήψη και Εκτίμηση των Ζωτικών Σημείων* (αναπνοές, σφυγμός, αρτηριακή πίεση, θερμοκρασία, επίπεδο συνείδησης). Τα στοιχεία αυτά καταγράφονται σε ειδικό έντυπο δελτίο διαλογής του ασθενούς (*Triage Record*) και ο ασθενής κατατάσσεται ανάλογα με την βαρύτητα της κατάστασής του σε επίπεδα προτεραιότητας (*priority levels*).

2.5 Κατηγοριοποίηση της Διαλογής –Triage

Από τον περασμένο αιώνα η διαλογή τροποποιήθηκε με επιστημονικές και μοντέρνες μεθόδους και είναι πλέον βασισμένη στις φυσιολογικές ανάγκες των ασθενών (Iserson and Moskor, 2007). Η πρόσβαση, η κατηγοριοποίηση και η μεταφορά είναι οι βάσεις της διαλογής. Υπάρχουν διαφορετικά είδη διαλογής, όπως για παράδειγμα η ‘Απλή διαλογή’ που χρησιμοποιείται σε τόπους μαζικής καταστροφής για να ξεχωρίσει τους ασθενείς που απαιτούν άμεση φροντίδα (PAHO, 1995). Περαιτέρω κατηγορίες είναι οι κατηγορίες ‘ομαδική διαλογή’ (Group), εκεί όπου η ιατρική καταστροφή υπερβαίνει τις δυνατότητες της τοπικής κοινότητας για παροχή υπηρεσίας, η ‘ατομική’ διαλογή (Individual) στην οποία παρέχεται η υπηρεσία από ειδικούς να εκτιμηθεί σωστά η κατάσταση των θυμάτων σε μία μαζική καταστροφή. Ακόμη υπάρχει και η ‘εξελιγμένη’ διαλογή, στην οποία το προσωπικό μπορεί να αποφασίσει να χρησιμοποιήσει τους πόρους του σε έναν πιο σταθερό ασθενή που όμως έχει ελπίδες να ζήσει, παρά σε έναν ασθενή για τον οποίο οι υπάρχοντες πόροι δεν αρκούν για να σωθεί (το παράδειγμα αυτό αφορά περιπτώσεις στις οποίες οι πόροι είναι πραγματικά πολύ λίγοι ή ανύπαρκτοι). Άλλη μέθοδος είναι η ‘αντίστροφη’ διαλογή, στην οποία το προσωπικό και οι πόροι διανέμονται στους ασθενείς ανάλογα με τις ανάγκες τους (Wikipedia, 2012).

Γενικότερα το TRIAGE διακρίνεται στα παρακάτω είδη ανάλογα με τον πληθυσμό που εξυπηρετεί (Chirman et al., 1980)

- 1) Triage καταστροφών
- 2) Triage στρατιωτικό που έχουν ως στόχο την παροχή φροντίδας σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών και
- 3) Triage νοσοκομειακό, για την καθημερινή λειτουργία του ΤΕΠ. Στο ΤΕΠ, η διαλογή εισήχθη επίσημα στα τέλη της δεκαετίας του 1950 και στις αρχές του 1960, ενώ το 1980 η ομοσπονδιακή κυβέρνηση των ΗΠΑ απαίτησε την εφαρμογή της διαλογής στο ΤΕΠ από όλα τα νοσοκομεία που είχαν συμβληθεί με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς Medicare και Medicaid, μέσω του νόμου EMTALA (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act). Σήμερα ελάχιστα τμήματα επειγόντων δεν χρησιμοποιούν κάποιο είδος διαλογής.

Τα επίπεδα που υπάρχουν χαρακτηριστικά στη διαλογή είναι:

- Επίπεδο 1 Αναζωογόνηση (Προτεραιότητα (P) 1): Άμεση προτεραιότητα, με ιδιαίτερη προσοχή και μέγιστη αξιοποίηση των πόρων για την πρόληψη της απώλειας της ζωής, της σωματικής ακεραιότητας ή της όρασης.

- Επίπεδο 2 Αναδυόμενη προτεραιότητα (Προτεραιότητα (P) 2): Υψηλός κίνδυνος για ταχεία επιδείνωση, ή απώλεια της ζωής, της σωματικής ακεραιότητας ή της όρασης εάν η θεραπεία ή οι παρεμβάσεις καθυστερήσουν.
- Επίπεδο 3 Επείγουσα (Προτεραιότητα (P) 3): Τα συμπτώματα κι οι παράγοντες κινδύνου για ασθένεια δεν υποδηλώνουν κάποια πιθανότητα για ταχεία επιδείνωση στο εγγύς μέλλον. Σε αυτήν την κατηγορία, οι ζωτικοί δείκτες είναι εκείνοι που μπορεί να αναβαθμίσουν ή να υποβαθμίσουν το επίπεδο στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής εάν είναι φυσιολογικοί ή ανώμαλοι αντίστοιχα.
- Επίπεδο 4 Λιγότερο επείγουσα (Προτεραιότητα (P) 4): Χρόνια παράπονα, ιατρική συντήρηση, ή ιατρικές παθήσεις που δεν παρουσιάζουν κανένα κίνδυνο για την απώλεια της ζωής, της σωματικής ακεραιότητας ή της όρασης.
- Επίπεδο 5 Μη Επείγουσα (Προτεραιότητα (P) 5): Ασθενείς σε αυτήν την κατηγορία είναι σήμερα σταθεροί και δεν απαιτούν πόρους, όπως εργαστήρια ή x-ray.

Ο στόχος αυτής της διαλογής είναι να εντοπίσει γρήγορα τις σοβαρές εκείνες καταστάσεις και τις απειλητικές για τη ζωή συνθήκες και να μιώσει την κυκλοφοριακή συμφόρηση στο τμήμα επειγόντων.

2.6 Ένα εννοιολογικό πλαίσιο για τη διαλογή

2.6.1 Οι αρχές της διαλογής

Ο κύριος σκοπός της διαλογής στο ΤΑΕΠ είναι να εξασφαλιστεί ότι ο ασθενής λαμβάνει το επίπεδο και την ποιότητα της φροντίδας που είναι κατάλληλα για την κλινική του ανάγκη (ο όρος αυτός ονομάζεται Κλινική δικαιοσύνη) και ότι οι πόροι είναι κατανομημένοι ορθά ως προς την επίτευξη αυτού του στόχου (Rogers et al., 1999). Η αυξανόμενη ανάγκη για φροντίδα υγείας που συσχετίζεται και με την συμφόρηση που παρατηρείται στα ΤΑΕΠ αυξάνει την ανάγκη για μία καλύτερη περιγραφή του φόρτου εργασίας μέσα στο ΤΑΕΠ αλλά και της ανάγκης χρήσης των διαθέσιμων πόρων. Η οργανωτική αποτελεσματικότητα επιτυγχάνεται με την εφαρμογή των πόρων σε καίριο και κατάλληλο τρόπο και διαμέσου της παροχής πληροφόρησης πάνω στην διαφορετικότητα του φόρτου εργασίας αλλά και για το σχεδιασμό, την πολιτική, τον προγραμματισμό και τη διαχείριση των επιδόσεων, παρέχοντας ένα μέσο για την εξασφάλιση ποιοτικού ελέγχου.

2.6.2 Η έννοια του επείγοντος

Η έννοια του επείγοντος είναι κεντρικής σημασίας για τη διαλογή στην Επείγουσα Ιατρική. Η έννοια του επείγοντος ενσωματώνει τις έννοιες της έγκαιρης δράσης και διαφέρει από την έννοια της σοβαρότητας. Οι επείγουσες συνθήκες δεν είναι απαραίτητο να είναι σοβαρές (π.χ., ένα εξάρθρωμένο άκρο) ενώ σοβαρές ασθένειες (π.χ. τερματική νεοπλασία) δεν είναι απαραίτητα επείγουσες. Κλινικοί, περιβαλλοντικοί, κοινωνικοί και οργανωτικοί παράγοντες επηρεάζουν την έννοια του επείγοντος.

2.6.3 Αξιολόγηση της διαλογής και λήψη αποφάσεων

Οι προσπάθειες για την βελτίωση της συνέπειας στη διαλογή είναι γενικά τριών προσεγγίσεων

- η συνταγή της προσέγγισης όπου χρησιμοποιείται ένας συνδυασμός στοιχείων αξιολόγησης με έναν προκαθορισμένο τρόπο. Για παράδειγμα, στο σύστημα Glasgow Coma Score συσσωρεύονται πολλές φυσιολογικές παράμετροι σε μία μέτρηση
- η προσέγγιση του λεξικού όπου ο αξιολογητής χρησιμοποιεί ένα προκαθορισμένο συμφωνημένο αποτέλεσμα για να ορίσει την επείγουσα κατάσταση. Για παράδειγμα το έμφρακτο του μυοκαρδίου μπορεί να καταχωρηθεί σαν επείγον περιστατικό σε 'επίπεδο 2' ενώ ένα σπασμένο χέρι μπορεί να καταχωρηθεί σαν 'επίπεδο 3'
- η χρήση αλγορίθμων που καθοδηγούν τον αξιολογητή μέσω ενός δέντρου αποφάσεων το οποίο στηρίζεται σε σειρά προκαθορισμένων ερωτήσεων. Ένα τέτοιο σύστημα είναι στάνταρντ σε επείγουσες κλήσεις προς τα κέντρα αποστολής ασθενοφόρων

Υπάρχει το σύστημα της κόκκινης σημαίας, που δεν είναι άλλο από τις περιστάσεις εκείνες που ενισχύουν την εγρήγορση.

Καμία από αυτές τις προσεγγίσεις δεν είναι απόλυτα σωστή ή συνεπής στην αξιολόγηση του επείγοντος μίας κατάστασης για κάθε ασθενή. Η περίπλοκη αλληλεπίδραση των κλινικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων καθιστούν δύσκολη την ταυτοποίηση της σωστής απάντησης για το κάθε άτομο και την κάθε περίπτωση (FitzGerald et al., 2010).

Κεφάλαιο 3 - Ποιότητα

3.1 Εισαγωγή

Για την αποτελεσματική λειτουργία ενός οργανισμού υγείας, είναι αναγκαίο να έχει καλλιεργήσει μία κουλτούρα οργάνωσης και ποιότητας αλλά και μία στρατηγική για την εκπαίδευση του προσωπικού του ως προς την ανάγκη επίτευξης ποιητικών υπηρεσιών (μεταξύ άλλων στόχων). Οι διοικήσεις των οργανισμών αυτών είναι υπεύθυνες αρχικά για την δημιουργία δομών και προϋποθέσεων που θα επιτρέπουν την σωστή λειτουργία του οργανισμού αλλά για τη διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών. επιπλέον, η κουλτούρα που θα επιτρέπει αυτήν την αντίληψη από το προσωπικό, πρέπει να καλλιεργείται ακόμη κι όταν αρχικά είναι απύσχα, διότι είναι απαραίτητο συστατικό για τις δραστηριότητες του κάθε εργαζομένου στον οργανισμό και εν γένει στο συνολικό σύστημα της υγείας. όταν κανείς μιλά για ποιότητα, αλλά και την αξιολόγηση της στα πλαίσια ενός οργανισμού υγείας μιλά για τις πρακτικές εκείνες που κύρια ελαχιστοποιούν το ιατρικό και νοσηλευτικό λάθος ενώ επίσης αυξάνουν την ασφάλεια του ασθενή, με στόχο τον περιορισμό του κόστους και την αύξηση της αποδοτικότητας των επαγγελματιών.

Σημαντικό όμως είναι να οριστεί και να παρουσιαστεί η ποιότητα και σε ένα γενικότερο πλαίσιο.

3. 2 Ποιότητα στις υπηρεσίες γενικά

Η ποιότητα είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο. Όμως τα στοιχεία που την καθορίζουν, δεν είναι εκείνα με τα οποία πρέπει να αποτιμάται και να μετρείται. Αλλιώς, τα συστατικά της ποιότητας διαφέρουν από τους δείκτες της ποιότητας, καθώς τα συστατικά είναι εκείνα τα οποία προκύπτουν από την ανάγκη των ατόμων που λαμβάνουν την όποια υπηρεσία (και άρα αποζητούν την ποιότητα στην υπηρεσία αυτή), ενώ οι δείκτες, είναι εκείνα τα εργαλεία με τα οποία οι ειδικοί θεωρούν πως μπορούν να την ποσοτικοποιήσουν. Για τον τομέα γενικά των υπηρεσιών, χωρίς να αναφέρεται κανείς ειδικά μόνο στο χώρο της υγείας, υπήρξαν διάφορες προσεγγίσεις/απόψεις πάνω στην ποιότητα και αυτές παρουσιάζονται παρακάτω, με τον τρόπο που συνοψίστηκαν από τον Ραφτόπουλο (2009).

Οι Swartz & Brown προσπαθώντας να ομαδοποιήσουν τις απόψεις των Grönroos, Lehtinen και Parasuraman, για τις διαστάσεις της ποιότητας, καταλήγουν σε δυο ομάδες: η μια αφορά το «τι» παρέχει η υπηρεσία το οποίο αξιολογείται μετά την παροχή της και αντιπροσωπεύει την διάσταση που χαρακτηρίστηκε ως «ποιότητα αποτελέσματος» από τον Parasuraman, «τεχνική ποιότητα» από τον Grönroos και «ποιότητα του φυσικού περιβάλλοντος» από τον Lehtinen (Brown and Swartz, 1989). Η άλλη ομάδα αφορά το «πως» η υπηρεσία παρέχεται και αξιολογείται κατά την διάρκεια της παροχής της υπηρεσίας και χαρακτηρίστηκε ως «ποιότητα διαδικασίας» από τον Parasuraman, «λειτουργική ποιότητα» από τον Grönroos και «διαδραστική ποιότητα» από τον Lehtinen. Πιο ειδικά:

Σύμφωνα με τον Grönroos (2001), όπως αναφέρει ο Ραφτόπουλος (2009) η ποιότητα στις υπηρεσίες είναι τρισδιάστατη:

1. Η τεχνική διάσταση της ποιότητας της έκβασης (technical quality of outcome): αναφέρεται στην ποιότητα του τελικού αποτελέσματος από την παροχή μιας υπηρεσίας και μπορεί να αφορά την διαθεσιμότητα, την έγκαιρη παροχή της υπηρεσίας κ.α.
2. Η λειτουργική διάσταση της υπηρεσίας (functional quality): αναφέρεται στην αλληλεπίδραση προμηθευτή, χρήστη και περιβάλλοντος. Αυτό σημαίνει ότι εμπεριέχει υποκειμενικά χαρακτηριστικά, τα οποία σχετίζονται με το περιβάλλον παροχής της υπηρεσίας, την ποσότητα της πληροφόρησης που δόθηκε στον χρήστη, την αμοιβαία συνεχιζόμενη επικοινωνία κ.α.
3. Η συνολική εικόνα (corporate image): που αποκομίζει ο χρήστης για ολόκληρο τον Οργανισμό και η οποία εξαρτάται από τα δυο προηγούμενα, την τιμή, την τοποθεσία, την συμπεριφορά και ανταπόκριση του προσωπικού κ.α.

Οι Lehtinen & Lehtinen (1991) όπως αναφέρει ο Ραφτόπουλος (2009) περιγράφουν 3 διαστάσεις, διαχωρίζοντας την ποιότητα σε ποιότητα διαδικασίας και έκβασης:

1. Η ποιότητα του φυσικού περιβάλλοντος (Physical quality): αναφέρεται στην κατάσταση των κτιρίων και του εξοπλισμού.
2. Η διαδραστική ποιότητα (Interactive quality): αναφέρεται στην αλληλεπίδραση προμηθευτή και χρήστη.
3. Η συνολική εικόνα (corporate image): αφορά την εικόνα και το προφίλ του Οργανισμού.

Οι Parasuraman, Berry et al. (1991) όπως αναφέρει ο Ραφτόπουλος (2009) αναλύουν 11 διαστάσεις της ποιότητας:

1. Αξιοπιστία (Reliability): Η διάσταση αυτή, αναφέρεται στην ικανότητα παροχής της υπηρεσίας με τρόπο έγκαιρο, ακριβή και αξιόπιστο.
2. Ανταπόκριση (Responsiveness): Αναφέρεται στην ικανότητα επίλυσης των παραπόνων με αποτελεσματικό τρόπο, στην πρόθεση της υπηρεσίας να παρέχει στήριξη στους πελάτες και στην ταχεία απάντηση στα αιτήματά τους.
3. Εξυπηρέτηση των πελατών (Customization): Η πρόθεση και ικανότητα της υπηρεσίας να ικανοποιεί τις ανάγκες των πελατών, ακόμη και όταν είναι εξεζητημένες.
4. Εμπιστευτικότητα (Credibility): Οι παράγοντες που επηρεάζουν την εμπιστευτικότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας είναι η φήμη του προμηθευτή και τα ατομικά χαρακτηριστικά του προσωπικού.
5. Επαγγελματική επάρκεια (Competence): Το προσωπικό πρέπει να χρησιμοποιεί τις απαραίτητες δεξιότητες, γνώση και πληροφόρηση για την αποτελεσματική παροχή μιας υπηρεσίας.
6. Προσβασιμότητα (Access): Εύκολη προσέγγιση και επικοινωνία με την υπηρεσία.
7. Αβρότητα (Courtesy): Η ευγένεια, ο σεβασμός και η φιλικότητα που εκδηλώνεται στους πελάτες από το προσωπικό με το οποίο έρχονται σε επαφή.
8. Επικοινωνία (Communication): Διατήρηση ενημερωμένων πελατών αναφορικά με την παρεχόμενη υπηρεσία, με μια γλώσσα κατανοητή και προσιτή.
9. Ασφάλεια (Security): Η απουσία κινδύνων και αμφιβολιών. Η ασφάλεια που παρέχει η υπηρεσία, αναφέρεται στην φυσική και οικονομική ασφάλεια.
10. Ορατά χαρακτηριστικά (Tangibles): Περιλαμβάνει τις συνθήκες παροχής της υπηρεσίας, την κτιριακή υποδομή, το περιβάλλον, την εμφάνιση του προσωπικού και την κατάσταση του εξοπλισμού. Τα χαρακτηριστικά αυτά, διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο στις υπηρεσίες που παρέχουν άμεσες υπηρεσίες.
11. Κατανόηση και γνώση του πελάτη (Understanding / knowing the customer): Περιλαμβάνει την κατανόηση των αναγκών των πελατών, των απαιτήσεών τους και την παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών.

Ο Gaster (1995) ορίζει 4 διαστάσεις της ποιότητας:

1. αξιοπιστία,
2. ταχύτητα παροχής της υπηρεσίας,
3. προσβασιμότητα και
4. αποδοχή.

Για τον Marek (1997) οι διαστάσεις της ποιότητας μιας υπηρεσίας είναι:

- η αξιοπιστία: καταλληλότητα, προθυμία,
- η έγκαιρη παροχή: ταχύτητα ανταπόκρισης,
- η προσβασιμότητα: διαθεσιμότητα, εύκολη πρόσβαση,
- η ανθρώπινη ατμόσφαιρα: ευχάριστη στην χρήση και
- η δυνατότητα επιλογής.

Το Βρετανικό Εθνικό Συμβούλιο για τον Καταναλωτή όπως αναφέρει ο Ραφτόπουλος (2009), ορίζει 6 διαστάσεις της ποιότητας για την παροχή υπηρεσιών από μη κερδοσκοπικούς Οργανισμούς:

- αξιοπιστία,
- ταχύτητα,
- πρόσβαση: διαθεσιμότητα, παροχή πληροφόρησης,
- επικοινωνία με το προσωπικό,
- αποκατάσταση προβλημάτων και
- ασφάλεια.

3.3 Ιστορική αναδρομή

Η αξιολόγηση και η βελτίωση της ποιότητας απασχολούσαν τους ανθρώπους από την αρχαιότητα, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τον Όρκο του Ιπποκράτη (5ος αιώνας π.Χ.), ενός κώδικα καλής πρακτικής, ηθικής και δεοντολογίας (Madhok, 2002).

Η Αγγλίδα Florence Nightingale, η οποία θεμελίωσε τη σύγχρονη Νοσηλευτική, ήταν πρωτοπόρος στην αξιοποίηση επιδημιολογικών στοιχείων (στοιχεία θνητότητας των τραυματιών κατά τη διάρκεια του Πολέμου της Κριμαίας) για τη βελτίωση της περίθαλψης, στα τέλη του 19ου αιώνα, αν και συνάντησε αντιστάσεις στο περιβάλλον της. Πράγματι, Florence Nightingdale μίλησε για ποιότητα όταν μίλησε για τα 'πρότυπα διαδικασίας της νοσηλευτικής πρακτικής' μέσα στο βιβλίο της 'Σημειώσεις στη Νοσηλευτική'. Εκεί ισχυρίστηκε πως ο πρώτος κανόνας στη Νοσηλευτική είναι η διατήρηση καθαρού του αέρα που αναπνέουν οι ασθενείς και υπέδειξε στους νοσηλευτές πως πρέπει να κάθονται όταν μιλούν με τους ασθενείς τους για να τους δίνουν την απαιτούμενη προσοχή. Μέσα στο 1863, πρότεινε ένα σύστημα που συσχετίζει την χρήση των νοσοκομειακών κρεβατιών με τους διάφορους δείκτες υγείας έτσι ώστε να γίνεται πιο αποτελεσματικά η χρήση των κρεβατιών. Πήρε λοιπόν τα δεδομένα πάνω στον αριθμό των ασθενών που εισήχθησαν στο νοσοκομείο, των

ασθενών που πέθαναν, που πήραν εξιτήριο με το χαρακτηρισμό της ασθένειας τους σαν ανίατης, που έφυγαν με τη θέληση τους. Με τον τρόπο αυτό, πρακτικά έκανε για πρώτη φορά μία στατιστική ανάλυση παρόμοια με αυτήν που γίνεται στις μέρες μας για την ορθή χρήση των υποδομών στην υγεία. Παράλληλα, συσχέτισε την παρεχόμενη φροντίδα με την κατηγορία στην οποία ανήκει ο ασθενής διαγνωστικά αλλά και με τη θνησιμότητα που παρατηρήθηκε στο νοσοκομείο. Ακόμη, η πρωτοπόρος αυτή νοσηλεύτρια κατέγραψε και λεπτομέρειες πάνω στα διάφορα πράγματα που συχνά δεν προσέχει κανείς και τις συσχέτισε με την επίδραση τους στον ασθενή. Για παράδειγμα, μίλησε για τον αερισμό των δωματίων λέγοντας πως οι ασθενείς δεν κρυώνουν στα κρεβάτια τους, οπότε τα παράθυρα πρέπει να ανοίγουν από το νοσηλευτικό προσωπικό, μίλησε ακόμη για την κακή επίδραση του θορύβου πάνω στον ασθενή, συχνά και από ιατρούς που μιλούν στους διαδρόμους αλλά και από γυναίκες που περπατάνε στους διαδρόμους με τακούνια. Τόνισε τη σημασία των χρωμάτων και των αντικειμένων μέσα στο δωμάτιο του ασθενή, αλλά όρισε και τη σημασία να ταΐζεται ο ασθενής ανά τρίωρο και τη σημασία να μη φαίνεται το φαγητό του κάθε ασθενή από τους άλλους. Παρατήρησε τη σημασία του φωτισμού, της καθαριότητας των δωματίων, της ατομικής καθαριότητας και της συμβουλευτικής που πρέπει να υιοθετεί ο νοσηλευτής. Τέλος, όρισε την ανάγκη της παρατήρησης από τους νοσηλευτές προς τους ασθενείς και ξεκαθάρισε πως ο ασθενής δεν είναι σε θέση να απαντήσει κλειστές ερωτήσεις με προκαθορισμένες απαντήσεις, όπως 'πώς είσαι; ή ερωτήσεις του στυλ 'είσαι καλύτερα;'. Τα σχόλια της διατυπώθηκαν σαν κλινικές οδηγίες και είναι διαχρονικά και ακόμη εφαρμόσιμα μέχρι και τις ημέρες μας (Nightingale and Goldie, 1987).

Στις αρχές του 20ού αιώνα, ο Ernest Avery Codman, γενικός χειρουργός στο Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, έδωσε έμφαση στο «τελικό αποτέλεσμα» της περίθαλψης. Επανεξέταξε τους ασθενείς του ένα έτος μετά το χειρουργείο για να αξιολογήσει το όφελος και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας. Ήταν ο πρώτος που εισήγαγε την πρακτική της παρακολούθησης των ασθενών μετά από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις (follow-up) (Neuhauser, 2002). Στη συνέχεια, ο A. Flexner πρότεινε την καθιέρωση προτύπων λειτουργίας των ιατρικών σχολών, καθώς ήταν αντιληπτό ότι η ποιότητα της εκπαίδευσης των ιατρών έχει αντίκτυπο στην παρεχόμενη φροντίδα (Beck, 2004). Παράλληλα, το 1918, θεσπίστηκε το Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Τυποποίησης (Hospital Standardization Program) από το Αμερικανικό Κολέγιο Χειρουργών, πρόδρομος της Επιτροπής Διαπίστευσης των Νοσοκομείων

(Joint Commission on Accreditation of Hospitals), που ιδρύθηκε το 1952, ως ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός για την αξιολόγηση της λειτουργίας των νοσοκομείων (Roberts et al., 1987).

Τη δεκαετία 1960–1970, στην Αμερική, θεωρείται ότι καθιερώθηκε η συστηματική αξιολόγηση μέσω ενός πλαισίου διασφάλισης της ποιότητας, και μάλιστα με υποχρεωτικό χαρακτήρα, καθώς ήταν απαραίτητη η πιστοποίηση των οργανισμών από την Joint Commission on Accreditation of Health Organizations για τον έλεγχο της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, με δείκτες τις νέες εισαγωγές και τη διάρκεια νοσηλείας. Ήταν ένα γραφειοκρατικό σύστημα για τον έλεγχο του κόστους των αποζημιώσεων Medicare, που περιόρισε σημαντικά την αυτονομία των ιατρών. Έως τα τέλη του 1970 έγινε η μετάβαση από την επιθεώρηση μεμονωμένων περιπτώσεων στη στατιστική ανάλυση μοντέλων παροχής φροντίδας, με σημαντική καθυστέρηση σε σχέση με το βιομηχανικό τομέα που ήδη εφαρμοζόταν από το 1930. Μέχρι τότε, η διασφάλιση της ποιότητας στην υγεία είχε περισσότερο ακαδημαϊκό-ερευνητικό χαρακτήρα. Ο Avedis Donabedian, σε μια ανασκόπηση μελετώντας περίοδο 1954–1984, κατέγραψε τις προηγούμενες προσπάθειες και διαμόρφωσε το πλαίσιο διασφάλισης ποιότητας στο τρίπτυχο “sound structures, good processes and suitable outcomes” (σωστές δομές, καλές διαδικασίες και κατάλληλα αποτελέσματα) (Donabedian, 1988, Donabedian, 1992).

Να σημειώσουμε ότι στις αρχές του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, ο Αμερικανικός στρατός εφάρμοσε στατιστικές μεθόδους. Κεντρικό ρόλο στη διάδοση της στατιστικής μεθοδολογίας για τον ποιοτικό έλεγχο της γραμμής παραγωγής διαδραμάτισαν οι Edwards W. Deming και Joseph M. Juran. Μετά τον Πόλεμο, τα ηνία πήραν Ιάπωνες ερευνητές, όπως ο Kaoru Ishikawa του Πανεπιστημίου του Τόκιο, ο οποίος εισήγαγε επτά εργαλεία για το σχεδιασμό και τη διαχείριση της ποιότητας, που χρησιμοποιούνται έως σήμερα (και που αναφέρονται παρακάτω). Τα ιαπωνικά προϊόντα έγιναν τόσο ανταγωνιστικά, τόσο σε τιμή όσο και σε ποιότητα, ώστε έως τα τέλη του 1970 εκτόπισαν μεγάλους τομείς της αμερικανικής βιομηχανίας, όπως των ηλεκτρονικών και των αυτοκινήτων. Αυτό που διαφοροποίησε τους Ιάπωνες ήταν ότι προέκτειναν την έννοια της ποιότητας από τις στατιστικές μετρήσεις της παραγωγής στη διαμόρφωση μιας ολόκληρης κουλτούρας που αφορούσε σε όλους τους εργαζόμενους στον οργανισμό (Pawlicki and Mundt, 2007). Σε αυτό πιθανά να βοήθησε και η γενικότερη κουλτούρα του λαού αυτού.

Σήμερα, η ποιότητα συνδέεται κύρια με δείκτες υλικοτεχνικής υποδομής, τεχνικών θεμάτων, όπως για παράδειγμα η ύπαρξη μοντέρνου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, ύπαρξη προσωπικού και γενικότερα ανθρωπίνων πόρων. Όμως, η έννοια της ποιότητας είναι σαφώς ευρύτερη των υλικών θεμάτων αλλά και των ανθρωπίνων πόρων και σχετίζεται και με σειρά άλλων ζητημάτων, όπως για παράδειγμα η διοίκηση και η οργάνωση των τμημάτων, τα πρωτόκολλα εξάσκησης της κλινικής πράξης, αλλά και συμπεριφοράς, πάντα με γνώμονα την ανάγκη και την καλύτερη παροχή υπηρεσίας προς τον ασθενή. Για αυτό το λόγο, τυχόν προσπάθειες βελτίωσης μονοδιάστατα της μίας ή της άλλης παραμέτρου, δεν οδηγούν ποτέ σε βέλτιστη παροχή υπηρεσίας για τον ασθενή, ούτε φυσικά εξασφαλίζουν τη λειτουργία ενός τμήματος με σωστό τρόπο.

3.4 Τι ακριβώς είναι η ποιότητα στην υγεία;

Για να γίνει αντιληπτός ο όρος της ποιότητας στην υγεία, πρέπει να γίνουν αντιληπτά τα δυνατά σημεία, οι αδυναμίες αλλά και οι παρεξηγημένες έννοιες γύρω από την ποιότητα στην υγεία. Μία απλή ερώτηση σε επαγγελματίες υγείας γύρω από το τί εκείνοι πιστεύουν πως είναι η ποιότητα στην υγεία, θα δώσει διαφορετικές απαντήσεις. Αυτές οι διαφορετικές απαντήσεις είναι που πρακτικά δημιουργούν διαφορές στις προτεραιότητες που ο κάθε επαγγελματίας υγείας θέτει στην εξάσκηση του επαγγέλματος του αλλά και στους στόχους που θέτει (Donabedian, 1988).

Ο διαχρονικός ορισμός για την ποιότητα στην υγεία είναι εκείνος που δόθηκε από το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine (IOM)) το 1990. Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, η ποιότητα αποτελείται από τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για μεμονωμένα άτομα αλλά και πληθυσμούς αυξάνει την πιθανότητα για επιθυμητά αποτελέσματα υγείας τα οποία είναι και συμβατά με την παρούσα επαγγελματική γνώση (Lohr et al., 1992). Ένας άλλος ορισμός, κάπως εκτεταμένος σε σχέση με τον αρχικό του IOM, ορίζει πως η ποιότητα αποτελείται από τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για μεμονωμένα άτομα αλλά και πληθυσμούς ατόμων αυξάνει την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας (βασική αρχή της ποιότητας), είναι συμβατός με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση (επαγγελματική δεξιότητα) και επιπλέον ικανοποιεί τις προσδοκίες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (αγορά) (Buttell et al., 2008).

Η ποιότητα αποτελεί ή καλύτερα πρέπει να αποτελεί το διακύβευμα της εποχής μας, η οποία χαρακτηρίζεται από ρευστότητα και πολυπλοκότητα. Ειδικά σε ό,τι αφορά την υγεία, η ποιότητα είναι ένας αμφιλεγόμενος όρος καθώς έχει μία δυναμική και είναι ιδιαίτερα δύσκολο να την ορίσει κανείς. Ανάλογα και με το επίπεδο και το σκοπό της εκτίμησης που ενσωματώνει, η ποιότητα μπορεί να έχει έναν διαφορετικό ορισμό. Για να ορίσουμε την ποιότητα, θα μπορούσαμε να χρησιμοποιήσουμε τον ακόλουθο συμβολισμό: η ποιότητα μπορεί να είναι η νόμιμη σύζυγος και η ποιότητα της φροντίδας να είναι ο εραστής. Πρακτικά δηλαδή, τα δύο αυτά στοιχεία έχουν τέτοια σχέση ώστε να μπορεί η κοινωνία να την κατακρίνει (σύζυγος-εραστής) εκτός εάν υφίστανται ελαφρυντικά, όπως για παράδειγμα να είναι και τα δύο στοιχεία σε μία μεταβατική περίοδο ώστε να δικαιολογείται η μεταξύ τους σχέση. Η μεταβατική αυτή περίοδος μπορεί να είναι η περίοδος διασφάλισης της ποιότητας, η οποία μπορεί να είναι και εξελισσόμενη αλλά και συνεχής (Ραφτόπουλος, 2009).

Με τα χρόνια, το κοινό έχει αναγνωρίσει τον ρόλο της ποιότητας στην παροχή φροντίδας στον τομέα της υγείας. Οι αποτυχίες στην περιφρούρηση της ασφάλειας των ασθενών είχαν σημαντικό αντίκτυπο στην εξέλιξη της συνείδησης πάνω στην ποιότητα της φροντίδας από το κοινό. Η ασφάλεια των ασθενών διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην απόδοση της ποιότητας, αλλά είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η ποιότητα και η ασφάλεια δεν είναι το ίδιο πράγμα. Η ασφάλεια των ασθενών είναι απλά ένα υποσύνολο του πολύ μεγαλύτερου και πολύ πιο σύνθετου συνόλου που αφορά στην ποιότητα. Η μεγάλη δημοσιότητα γύρω από περιπτώσεις αποτυχίας στην παροχή φροντίδας έχει συχνά ενοχλήσει και απασχολήσει τις διοικήσεις της υγειονομικής περίθαλψης.

Στις 3 Δεκεμβρίου 1994, ένας 39χρονος ασθενής με καρκίνο πέθανε στη Βοστώνη, από επιπλοκές μιας υπερδοσολογίας κυκλοφωσφαμίδης, ενός χημειοθεραπευτικού παράγοντα που χορηγείται για τη θεραπεία του ευρέως μεταστατικό καρκίνου του μαστού. Στο ίδιο κέντρο της Βοστώνης, ένας άλλος ασθενής έλαβε επίσης υπερβολική δόση της κυκλοφωσφαμίδης και παρουσίασε σοβαρή βλάβη της καρδιάς. Η διοίκηση του κέντρου αυτού έθεσε ζήτημα εποπτείας των ασκουμένων, των αρμόδιων νοσηλευτών και των εκτελούντων εντολών (Conway and Weingart, 2005). Καθώς η ασθενής που πέθανε ήταν δημοσιογράφος στον τομέα της υγείας, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης κάλυψαν το θέμα με 28 πρωτοσέλιδα μέσα σε τρία συνεχόμενα έτη.

Ενδιαφέρον είχε το γεγονός πως παρά το γεγονός ότι έγινε γνωστό για το ιατρικό προσωπικό εκείνου του κέντρου πως έκανε θανατηφόρα λάθη, το κοινό αντέδρασε στα γεγονότα στο συγκεκριμένο νοσοκομείο με σοκ και δυσπιστία. Το κοινό επιθυμεί ένα ασφαλές περιβάλλον για το ίδιο και τις οικογένειες του, και αυτά τα περιστατικά ήταν σαφή παραδείγματα ότι τα νοσοκομεία είναι συχνά ανασφαλή ακόμη και σε απολύτως σεβαστά ιδρύματα. Ανεξάρτητα από το μέγεθος των σφαλμάτων ή την ικανότητα των μέσων ενημέρωσης να μεταδίδουν το μήνυμα σε μια τοπική κοινότητα ή ένα ολόκληρο έθνος, αυτά τα περιστατικά και τα ιατρικά λάθη θέτουν την ποιότητα και την ασφάλεια των ασθενών στην μπροστινή σελίδα της κάθε εφημερίδας στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Σε απάντηση των συμβάντων στο νοσοκομείο της Βοστώνης το IOM ξεκίνησε μία έρευνα πάνω στην ασφάλεια των ασθενών και αυτή η μελέτη οδήγησε σε μία έκθεση με τίτλο : «Τα λάθη είναι ανθρώπινα: οικοδόμηση ενός ασφαλέστερου συστήματος Υγείας» (Kohn et al., 1999). Η έκθεση αυτή έφερε την ασφάλεια του ασθενή στον κύριο κορμό της υγειονομικής περίθαλψης σε ακαδημαϊκά κέντρα, κοινοτικά νοσοκομεία, στους γιατρούς, και το νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και στην πρώτη σελίδα της κάθε εφημερίδας στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η έκθεση αυτή είχε τεράστια επίπτωση στην ασφάλεια της υγειονομικής περίθαλψης που παράσχεται στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ο αντίκτυπος της δεν ήταν τόσο μεγάλος όσο θα μπορούσε κανείς να ελπίζει, αλλά η έκθεση άλλαξε τον τρόπο που οι άνθρωποι σκέφτονται για την υγειονομική περίθαλψη και τις θεμελιώδεις αντιλήψεις τους πάνω στην ασφάλεια της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Η έκθεση αυτή ήταν η πρώτη από μια σειρά εκθέσεων που παράχθηκαν σε σχέση με την ποιότητα της φροντίδας Υγείας στην Αμερική. Ένα ακόμη έργο πάνω στο Επιχειρησιακό κομμάτι της Υγείας ξεκίνησε από το Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM) τον Ιούνιο του 1998 με το στόχο να αναπτύξει μια στρατηγική που θα οδηγήσει σε βελτίωση της ποιότητας στην υγεία μέσα σε μία δεκαετία (Kohn et al., 1999). Οι συντάκτες της έκθεσης πρότειναν πως 44.000 έως 98.000 Αμερικανοί πεθαίνουν κάθε χρόνο ως αποτέλεσμα των ιατρικών λαθών στα νοσοκομεία. Αυτός ο αριθμός προήλθε από δύο παράλληλες μελέτες, μία εκ των οποίων διεξήχθη στα νοσοκομεία του Κολοράντο και της Γιούτα και η άλλη ήταν μια μελέτη βασισμένη σε δεδομένα από κρατικά νοσοκομεία της Νέας Υόρκης. Οι αριθμοί ήταν συγκλονιστικοί και ισοδύναμοι με την πτώση ενός γεμάτου με ασθενείς αεροπλάνου 747 να συντρίβεται κάθε μέρα. Η ανάλυση της μελέτης της Νέας Υόρκης έδειξε ότι οι σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες συμβαίνουν σε 3,7 τοις εκατό του συνόλου των νοσηλείων (Brennan et al., 1991). Η ανάλυση αυτή έγινε και στα

δεδομένα των νοσοκομείων του Κολοράντο και Γιούτα και διαπίστωσε ότι οι σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανίστηκαν σε 2,9 τοις εκατό των νοσηλίων (Thomas et al., 2000).

Η αναφορά του IOM έκανε τις ακόλουθες συστάσεις για αναθεώρηση σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών:

1. Να βελτιωθεί η ηγεσία και η γνώση στα ιδρύματα παροχής φροντίδας
2. Να προσδιορίζονται τα λάθη και να μαθαίνει το προσωπικό από αυτά
3. Να εφαρμόζονται πρότυπα επιδόσεων και προσδοκιών για την ασφάλεια
4. Να εφαρμόζονται συστήματα ασφαλείας σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης

Αυτές οι συνιστώμενες ενέργειες είναι κρίσιμης σημασίας για την ανάπτυξη ασφαλούς περιβάλλοντος στην υγειονομική περίθαλψη. Η σταθερή και συνεχόμενη επικέντρωση στην επίτευξη αυτών των στόχων θα συμβάλει στη δημιουργία μιας βιομηχανίας που έχει σαν γνώμονα την ποιότητα και θα οδηγήσει σε ένα πολύ ασφαλέστερο περιβάλλον στο οποίο οι ασθενείς μπορούν να λάβουν περίθαλψη.

Παρόλα αυτά, δεν έχουν γίνει αρκετά για να αλλάξει η κουλτούρα της ασφάλειας του ασθενή στην υγεία συνολικά. Η ηγεσία και η διοίκηση είναι εκείνες που θα καθοδηγήσουν για να βελτιωθεί η απόδοση σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή. Οι ηγέτες μπορούν να διαμορφώσουν την ατζέντα έτσι ώστε να φύγει η μονοδιάστατη νοοτροπία την οποία μοιράζεται η πλειοψηφία των ανθρώπων και των συμμετεχόντων στην υγεία. Ο στόχος πρέπει να είναι εκτός από την ασφάλεια του ασθενή και η συμπληρωματική γνώση και εκπαίδευση ως προς εκείνα τα στοιχεία που μπορούν να προωθούν την ασφάλεια των ασθενών. Επιπλέον είναι σημαντικό να ταυτοποιούνται τα διάφορα λάθη στην παροχή φροντίδας και να ανακαλύψουμε τις αιτίες που τα δημιουργούν. Ακόμη, τα συμβάντα που σχεδόν οδηγούν σε ατύχημα, μα τελικά ο ασθενής τη γλυτώνει, παρουσιάζουν ένα ακόμη σημείο για να ταυτοποιούνται εν δυνάμει λάθη από τα οποία μπορεί κανείς να μάθει πολλά. Δυστυχώς στην κοινωνία μας, είναι δύσκολο να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον χωρίς κατηγορίες και επακόλουθη ποινική ευθύνη για αμέλεια. Η θεωρία της ασφάλειας σε άλλες βιομηχανίες όπως εκείνη της αεροπλοΐας και της πυρηνικής ενέργειας υποδηλώνει πως το ανθρώπινο λάθος συχνά συνδέεται με προβλήματα μέσα στο σύστημα και σε μοτίβα

συμπεριφορών παρά σε λάθη που κάνουν συγκεκριμένα άτομα λόγω έλλειψης γνώσης ή από αμέλεια.

Οι πάροχοι της υγειονομικής φροντίδας έχουν μια επαγγελματική και ανθρωπιστική ευθύνη για την ανθρώπινη ζωή. Στην ευθύνη αυτή, το να μην κάνει κανείς ζημία είναι μία βασική ηθική αρχή. Εάν δούμε ένα παράδειγμα, σε ένα άτομο που είναι υπεύθυνο να κάνει ταριχευμένα ζώα. Αν αυτό το άτομο κάνει ένα λάθος, οι επιπλοκές είναι λίγες, πιθανά μόνο χαμηλότερη παραγωγικότητα και ένας δυσαρεστημένος πελάτης. Στην υγειονομική περίθαλψη όμως, τα λάθη μπορεί να προκαλέσουν απώλεια της ζωής. Η δημιουργία ενός περιβάλλοντος που αγκαλιάζει το σφάλμα σαν μια ευκαιρία για βελτίωση και όχι σαν ευκαιρία για επίπληξη, κατηγορία και τελικά τιμωρία είναι απαραίτητη για την προώθηση της ασφάλειας των ασθενών και την παροχή ασφαλέστερης υγειονομικής περίθαλψης τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους εργαζόμενους στην υγειονομική περίθαλψη. Στην έκθεση του IOM, οι συντάκτες αναγνωρίζουν την ικανότητα για συγχώρεση.

Σύμφωνα με την ίδια έκθεση, η θέσπιση προτύπων επιδόσεων αλλά και προτύπων προσδοκιών είναι ένα άλλο ουσιώδες στοιχείο για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών. Τα θέματα αυτά έχουν μείνει κάπως ανοργάνωτα, καθώς το κάθε ίδρυμα ήταν υπεύθυνο για τον καθορισμό του δικού του πρωτοκόλλου ως προς την ασφάλεια των ασθενών με αποτέλεσμα την μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ των διαφορετικών ιδρυμάτων υγείας.

3. 5 Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα μπορεί να οριστεί ως «μια δυναμική κατάσταση η οποία συνδέεται με τα προϊόντα, τις υπηρεσίες, τους ανθρώπους, τις διαδικασίες και το περιβάλλον και η οποία ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη». Σε ένα χώρο όπως είναι το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών υπάρχει απαίτηση για ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών. Από τα αποτελέσματα της έρευνας των Parasuraman και συνεργατών φάνηκε ότι καθοριστικοί παράγοντες για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αποτελούν η αξιοπιστία που περιλαμβάνει έννοιες όπως την σταθερότητα της φροντίδας, την συνέπεια εκτέλεσης και την διάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών, η ανταπόκριση και η ετοιμότητα του προσωπικού να εξυπηρετήσουν το χρήστη, η ικανότητα του προσωπικού, η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, η ευγένεια η

κατανόηση και επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας σε συνάφεια με τον επαγγελματισμό του, την ασφάλεια, καθώς και το περιβάλλον εργασίας (Parasuraman et al., 1988). Παράγοντες που υποθάλπουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο χώρο του ΓΑΕΠ είναι η ανυπαρξία ηλεκτρονικών συστημάτων διαχείρισης του ασθενή, η ανεπαρκής στελέχωση, τα προβλήματα επικοινωνίας και σύγκρουσης ρόλων που δυσχεραίνουν την οριζόντια ενδο-υπηρεσιακή συνεργασία και την ομαδική εργασία, η απουσία οργάνωσης σε θέσεις εργασίας, καθηκοντολογίου και περιγραφών θέσεων εργασίας, τα ιατρικά και νοσηλευτικά λάθη, η βία στον εργασιακό χώρο καθώς και η μη ικανοποίηση του προσωπικού. Όλα τα προηγούμενα οδηγούν σε αδυναμία στοχοθεσίας, παρακολούθησης και μέτρησης των αποτελεσμάτων αλλά και σε αδυναμία αξιολόγησης της απόδοσης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η παγκόσμια ανάγκη για διασφάλιση της ποιότητας των συστημάτων υγείας σε διεθνές επίπεδο απαιτεί την μετατόπιση του κέντρου βάρους από το μονομερές μοντέλο της ασθένειας σε εκείνο που προσεγγίζει το θέμα ολιστικά, λαμβάνοντας υπόψη τις υπηρεσίες των οργανισμών, την χρηματοδότηση, την απόδοση, την κλινική επάρκεια των επαγγελματιών υγείας, την ικανοποίηση των ασθενών, την ασφάλεια και προστασία και τη χρήση αλληλοσυνδεόμενων δεικτών για την παρακολούθηση όλων των παραπάνω. Στο πλαίσιο των συστημάτων υγείας το επίκεντρο είναι οι ασθενείς, η δημόσια υγεία, η ενημερωμένη κοινότητα αλλά και η ανταγωνιστική αγορά. Για να θεωρηθεί ότι η ιατρική περίθαλψη διακρίνεται για την ποιότητά της πρέπει να ικανοποιεί μια σειρά κριτηρίων, όπως να βελτιώνει τη φυσική, νοητική και συναισθηματική λειτουργία του ασθενή, να προλαμβάνει τη νόσο ή την αναπηρία, να παρέχεται χωρίς καθυστερήσεις και να ενθαρρύνει τη συμμετοχή του ασθενή στη λήψη αποφάσεων. Σύμφωνα με τον John Onretveit, η ποιότητα συμπεριλαμβάνει το τι χρειάζεται ο πελάτης, το βαθμό στον οποίο οι προσφερόμενες υπηρεσίες ικανοποιούν τις ανάγκες του και την ίδια την άποψη του πελάτη σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών του ενώ σύμφωνα με τον Parasuraman οι βασικές διαστάσεις της ποιότητας περιλαμβάνουν τις έννοιες αξιοπιστία, ανταπόκριση, ασφάλεια, ακρίβεια, μοναδικότητα. Αξιοπιστία είναι η ικανότητα να παρέχεται ακριβώς η υποσχόμενη υπηρεσία π.χ. η τήρηση των προθεσμιών και των προβλεπόμενων διαδικασιών. Ανταπόκριση είναι η προθυμία και θέληση της εταιρίας να εξυπηρετήσει πλήρως τον πελάτη. Ασφάλεια είναι η κατάρτιση των εργαζομένων και η προθυμία που εμφανίζουν απέναντι στην ικανοποίηση του πελάτη. Ακρίβεια είναι η εκτέλεση της υπηρεσίας ορθά με την πρώτη φορά. Μοναδικότητα είναι η παραγωγή μίας υπηρεσίας

διαφορετική για κάθε πελάτη. Ο Donabedian όρισε την ποιότητα ως τη «μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς, δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στα κέρδη και στις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης». Ο ίδιος ανέπτυξε τρία κριτήρια για την εκτίμηση της ποιότητας. Τα κριτήρια διακρίνονται σε αυτά που αφορούν στη δομή, στη διεργασία και στην έκβαση της πράξης ή ενός συνόλου ενεργειών.

Η κλίμακα των Parasuraman et al. χρησιμοποιήθηκε και σταθμίστηκε στον τομέα παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Parasuraman et al., 1988). Έτσι, προσδιορίστηκαν 5 διαστάσεις της ποιότητας, εναρμονισμένες με το περιεχόμενο αυτού του είδους των υπηρεσιών:

1. Ορατά χαρακτηριστικά (Tangibles): καθαριότητα του δωματίου, ποιότητα φαγητού,
2. Αξιοπιστία (Reliability)
3. Ανταπόκριση (Responsiveness)
4. Διασφάλιση (Assurance): η διασφάλιση συμπεριέλαβε την επικοινωνία, την εμπιστευτικότητα, την ασφάλεια, την επαγγελματική επάρκεια και την αβρότητα.
5. Ενσυναίσθηση (Empathy): η ενσυναίσθηση συμπεριέλαβε την κατανόηση του ασθενή και την προσβασιμότητα.

Ο Doll ισχυρίστηκε ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας πρέπει να αξιολογείται με βάση 3 κριτήρια:

1. τα αποτελέσματα της φροντίδας υγείας (medical outcomes),
2. την οικονομική αποδοτικότητα (economic efficiency),
3. και την κοινωνική αποδοχή (social acceptability).

Το τελευταίο κριτήριο αποτελεί μια εναλλακτική έκφραση της ικανοποίησης του ασθενή. Ο Mooney G. (2000) με τη σειρά του, παρουσιάζει 6 διαστάσεις με βάση τις οποίες πρέπει να εκτιμήσουμε την ποιότητα, που είναι:

1. η πρόσβαση (access),
2. η σχετικότητα με την ανάγκη (relevance to need),
3. η αποτελεσματικότητα (effectiveness),
4. η ισότητα (equity),
5. η αποδοτικότητα (efficiency),
6. και η κοινωνική αποδοχή (social acceptability).

Με τις απόψεις αυτές ευθυγραμμίστηκαν και άλλοι ερευνητές. Το Advisory Council on

Health Research, ορίζει 26 διαστάσεις της ποιότητας της φροντίδας, από την οπτική των ασθενών:

(1) αποτελεσματικότητα: βελτίωση του επιπέδου υγείας του ασθενή, (2) επαγγελματική επάρκεια: κατάλληλη γνώση και δεξιότητες, (3) διορατικότητα του επαγγελματία φροντίδας υγείας, (4) καταλληλότητα της φροντίδας, (5) ασφάλεια, (6) ακρίβεια, (7) ανθρωπιά, (8) πληροφόρηση, (9) εχεμύθεια, (10) συνεργασία, (11) υπευθυνότητα του επαγγελματία φροντίδας υγείας, (12) συνέχεια, (13) διαθεσιμότητα, (14) αποδοτικότητα, (15) ολοκληρωμένη φροντίδα, (16) προσβασιμότητα: φυσική και γεωγραφική, (17) ικανοποίηση του ασθενή, (18) οικονομική δυνατότητα πρόσβασης στην φροντίδα, (19) υποδοχή, (20) προστασία προσωπικών δεδομένων, (21) υγιεινή: περιορισμός του επιπολασμού των νοσοκομειακών λοιμώξεων, (22) διατροφή, (23) ενσυναίσθηση, (24) βάρος: ο αντίκτυπος της φροντίδας στην συνολική λειτουργικότητα του ασθενή, (25) αυτονομία του ασθενή: στην λήψη αποφάσεων που αφορούν την φροντίδα του, (26) πρόληψη της παροχής πλεονάζουσας περιττής φροντίδας (Ραφτόπουλος, 2009).

Όπως διαπιστώνουμε, η ικανοποίηση του ασθενή συνιστά μια διάσταση της ποιότητας της φροντίδας. Διάφορες θεωρίες έχουν διατυπωθεί σχετικά. Μία εξ αυτών, ισχυρίζεται ότι στον τομέα της φροντίδας υγείας η ποιότητα αποτελεί ένα πολύπλοκο φαινόμενο και συμπληρώνει πως εάν η ποιότητα είναι αυτό που προσλαμβάνουν οι ασθενείς, τότε είναι δυσδιάστατη: η μια είναι η τεχνική διάσταση του αποτελέσματος και η άλλη είναι η λειτουργική διάσταση της διαδικασίας. Ωστόσο ακόμη και σε αυτό το δισδιάστατο μοντέλο δύσκολα αποφεύγονται οι επικαλύψεις. Έτσι, η κοινωνική επαφή της νοσηλεύτριας με τον μοναχικό ηλικιωμένο σαν μέρος της λειτουργικής διαδικασίας, τελικά αποτελεί μια τεχνική διάσταση σε όρους έκβασης της φροντίδας. Με την ίδια λογική είναι δύσκολο να διαφοροποιηθεί η ποιότητα μιας παρεχόμενης υπηρεσίας από την ικανοποίηση του χρήστη της (Mahon, 1996).

Άλλη θεωρία, ορίζει την ποιότητα σε 4 επίπεδα, τα οποία περιγράφονται από μια σειρά κριτηρίων και προτύπων (Owens and Batchelor, 1996):

1. τα βασικά συστατικά της φροντίδας: επικοινωνία, απόρρητο και άλλα χαρακτηριστικά που αφορούν το προσωπικό φροντίδας υγείας, τους ασθενείς και τους φροντιστές των ασθενών,
2. γενικά χαρακτηριστικά της φροντίδας,
3. κλινικά χαρακτηριστικά και

4. ειδικές συνθήκες: που αφορούν συγκεκριμένες ομάδες ασθενών.

Τέλος, μία ακόμη θεωρία υποστηρίζει πως η ληφθείσα από τον ασθενή ποιότητα της φροντίδας, σηματοδοτείται από 6 ειδοποιούς διαστάσεις όπως αυτές προκύπτουν από την παραγοντική ανάλυση (Spreng and MacCoy, 1996):

1. η ιατρική φροντίδα και πληροφόρηση,
2. το φαγητό και το φυσικό περιβάλλον νοσοκομείου,
3. η ατμόσφαιρα του τμήματος,
4. η νοσηλευτική φροντίδα,
5. η ποσότητα του φαγητού,
6. η υποδοχή κατά την εισαγωγή.

Κεφάλαιο 4 - Αξιολόγηση στις υπηρεσίες υγείας

4.1 Εισαγωγή στην αξιολόγηση στις υπηρεσίες υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας δείχνουν όπως προείπαμε ένα αυξημένο ενδιαφέρον για την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν (Groene et al., 2010). Όλο και περισσότερο, οι εκτιμήσεις που βασίζονται στην οπτική γωνία που βλέπει τα πράγματα ο ασθενής γίνονται πιο σημαντικές από τις εκτιμήσεις που βασίζονται μόνο στο κλινικό αποτέλεσμα (Zuidgeest et al., 2009). Πρακτικά δηλαδή, η γνώμη που σχηματίζει ο ασθενής γίνεται πιο σημαντική από την περίθαλψη που λαμβάνει και το αποτέλεσμα της. Διεθνείς οργανισμοί, όπως ο Οργανισμός για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ) αλλά και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) δίνουν μεγάλη έμφαση στην σημασία που έχει το πρίσμα κάτω από το οποίο βλέπει την συνολική κατάσταση ο ασθενής σε σχέση με την εκτίμηση της παροχής φροντίδας στην υγεία. Εθνικές αλλά και δι-εθνικές συγκρίσεις των εμπειριών που έχουν οι ασθενείς είναι σημαντικές για να ταυτοποιηθούν οι περιοχές εκείνες που χρήζουν βελτίωσης. Οι γνώμες των ασθενών είναι εκείνες που θα παρέχουν πληροφορίες πάνω στις οποίες τόσο οι επαγγελματίες υγείας αλλά και οι ασφαλιστικές εταιρείες θα μπορούν να βασιστούν ώστε να εξάγουν καίρια συμπεράσματα και αποφάσεις. Επιπλέον, οι γνώμες των ασθενών είναι σημαντικές για την παρακολούθηση της ποιότητας της φροντίδας στην υγεία. Η μέτρηση των εμπειριών των ασθενών επιτρέπει την αξιολόγηση της έρευνας αλλά και των αποτελεσμάτων της.

Τελευταία, κρίνεται σημαντικό να αξιολογούνται οι εμπειρίες των ασθενών, παρά η ικανοποίηση τους. Αυτό γίνεται γιατί έχει βρεθεί πως η μέτρηση των εμπειριών είναι πιο αντικειμενική από τη μέτρηση της ικανοποίησης και μπορεί να δώσει πιο λεπτομερειακές πληροφορίες για την βελτίωση της ποιότητας (Cleary and Edgman-Levitan, 1997). Μία θεωρία είναι πως η ικανοποίηση είναι μια πολυπαραγοντική ιδέα που εν μέρει βασίζεται στις προσδοκίες και τις προσωπικές προτιμήσεις. Έτσι, η αντικειμενική μέτρηση της ποιότητας στην φροντίδα περιπλέκεται. Εάν το προϊόν δεν ικανοποιεί τις προσδοκίες, τότε η ποιότητα κρίνεται μη ικανοποιητική (Sixma et al., 1998).

Πώς όμως γίνεται η αξιολόγηση στις υπηρεσίες υγείας και σε τι συνίσταται; η **Αξιολόγηση** κατά τους St Leger, Schieden και Walsworth-Bell είναι « η κριτική εκτίμηση, με όσο το δυνατό αντικειμενικότερο τρόπο του βαθμού με τον οποίο το

σύνολο ή το μέρος των υπηρεσιών (διαγνωστικές εξετάσεις, θεραπεία) ανταποκρίνονται στους σκοπούς που έχουμε θέσει» (St Leger et al., 1992). Επίσης, ένας άλλος ορισμός αποδίδει την αξιολόγηση με διαφορετικό τρόπο και λέει πως «ο προσδιορισμός της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της αποδοχής του σχεδιασμένου παρεμβάσεων που συμβάλλουν στην επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων». Τέλος, ένας τρίτος ορισμός θέτει ως «αξιολόγηση την εκτίμηση με συστηματικό τρόπο, του βαθμού επίτευξης προσχεδιασμένων και προκαθορισμένων σκοπών και στόχων σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Επιδιώκεται η επιβεβαίωση της επίτευξης των στόχων αυτών, καθώς και της επάρκειας των χρησιμοποιούμενων μέσων και διεργασιών. Στόχο της αξιολόγησης, αποτελεί η βελτίωση στον (βαθμό στον οποίον αυτή ορίζεται) των προσφερόμενων Υπηρεσιών Υγείας» (Ραφτόπουλος, 2009).

4.2 Βασικές έννοιες στην αξιολόγηση στις υπηρεσίες υγείας

Το ινστιτούτο ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας επιστημών ορίζει την **ποιότητα** ως το βαθμό στον οποίο υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς , και παράλληλα είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση.

Για να είναι όμως η αξιολόγηση εφικτή πρέπει να υπάρχει και να είναι προσυνηνομημένες οι βασικές έννοιες πάνω στις οποίες μπορεί κανείς να βασιστεί για να αξιολογήσει τους σκοπούς αλλά και τη λειτουργία του νοσοκομείου είναι. Αυτές οι έννοιες, αν και αυτονόητες, είναι σημαντικό να προκαθορίζονται, σαν τα κριτήρια εκείνα, που όταν πληρούνται σε ικανοποιητικό βαθμό, τότε επιτυγχάνεται και η ποιότητα. Αυτές οι έννοιες είναι η (α) επάρκεια, (β) η αποτελεσματικότητα, (γ) η αποδοτικότητα, (δ) η αποδοχή των παρεχομένων ιατρικών φροντίδων, (ε) η επιστημονική και τεχνική ποιότητα ή αλλιώς και η τεχνική ικανότητα, (στ) η ασφάλεια, (ζ) η προσβασιμότητα, (η) η συνέχεια της φροντίδας και (θ) οι διαπροσωπικές σχέσεις (Arah et al., 2003, McGlynn, 1998).

Επάρκεια είναι ο βαθμός που ανταποκρίνονται οι πόροι του συστήματος στις υγειονομικές ανάγκες και τη ζήτηση ενός καθορισμένου πληθυσμού , σε σχέση με τους στόχους που έχουμε θέσει και περιλαμβάνει τις έννοιες της καταλληλότητας , ισότητας και αποδοχής. Η σπατάλη και η άσκοπη επανάληψη θα πρέπει να εξαλειφθούν, καθώς αυξάνονται οι απαιτήσεις για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σε ένα περιβάλλον περιορισμένων διαθέσιμων πόρων. Για να επιτευχθεί αυτό απαιτούνται τεκμηριωμένοι

στόχοι και κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, που καλούνται κάθε φορά να παρέχουν καλύτερες υπηρεσίες και να ανταποκριθούν στις καθημερινές προκλήσεις, τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών και της κοινότητας. Σύμφωνα με τον Κυριόπουλο η επάρκεια συνδέεται με την ανά μονάδα κόστους εκροή (Arah et al., 2003). Οι πόροι χρησιμοποιούνται επαρκώς εάν μια δοσμένη εκροή παράγεται με το λιγότερο κόστος ή εάν με δεδομένο κόστος επιτυγχάνεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα (λειτουργική επάρκεια). Στον υγειονομικό τομέα ένα πρόγραμμα κρίνεται επαρκές εάν τα αποτελέσματά του είναι ανάλογα με τις απαιτήσεις που έχουν τεθεί.

Αποτελεσματικότητα (efficiency) είναι η σχέση μεταξύ των προκαθορισμένων στόχων που θέτει ο προγραμματισμός των ιατρικών φροντίδων και των στόχων που επιτεύχθηκαν τελικά από την εφαρμογή αυτών των παρεμβάσεων και διαδικασιών. Η αποτελεσματικότητα είναι ο βασικότερος δείκτης της ποιότητας των φροντίδων υγείας. Ένας ακόμη ορισμός της αποτελεσματικότητας είναι : «Ο βαθμός επιτυχίας μιας συγκεκριμένης παραγωγικής διαδικασίας ή μιας παρέμβασης φροντίδας υγείας σε σχέση με τους προκαθορισμένους σκοπούς και στόχους, οι οποίοι μπορούν να αποβλέπουν στη μείωση των διαστάσεων ενός προβλήματος, στη βελτίωση μιας νοσηρής κατάστασης.

Αποδοτικότητα (effectiveness) είναι η σχέση μεταξύ εισροών / αποτελεσμάτων – εκροών, δηλαδή με ποιά οικονομική επιβάρυνση, με ποιους χρησιμοποιούμενους πόρους και με ποια ποσότητα παραγωγικών συντελεστών επιτυγχάνονται κάποια αποτελέσματα. Στην αποδοτικότητα συγκρίνουμε δύο ή περισσότερες διαδικασίες που επιφέρουν το ίδιο ή διαφορετικό αποτέλεσμα. Η αποτελεσματικότητα είναι όρος περισσότερο κοινωνικό – ιατρικός, ενώ η αποδοτικότητα είναι έννοια οικονομική. Όσο αναφορά την αποδοτικότητα ο Κυριόπουλος τονίζει ότι οι πόροι χρησιμοποιούνται αποδοτικά όταν μια δεδομένη ποσότητα προϊόντος παράγεται με το ελάχιστο δυνατό κόστος ή όταν με δεδομένο το κόστος παράγεται η μέγιστη ποσότητα προϊόντος (η μέγιστη ποσότητα προϊόντος) (Jensen, 1991, Binns, 1991). Η αποδοτικότητα μιας υπηρεσίας θεωρείται άριστη όταν με δεδομένη τη ποσότητα και τη ποιότητα των παραγωγικών συντελεστών (κεφάλαια , μηχανήματα , ανθρώπινο δυναμικό κλπ.) επιτυγχάνεται το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά.

Αποδοχή είναι η μέτρηση του βαθμού που οι πολίτες , οι ασθενείς , οι επαγγελματίες υγείας κάνουν αποδεκτή μία ιατρική διαδικασία (πχ. Ευθανασία), μια ιατροοργανωτική μεταρρύθμιση (πχ. Αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών), μιας θεραπευτικής μεθόδου (πχ. Μετάγγιση αίματος) ή μιας διοικητικής μεταρρύθμισης (πχ. Αλλαγή της ιεραρχικής δομής στο νοσοκομείο).

Ασφάλεια (safety). Όσον αφορά στις απαιτήσεις ασφάλειας, εκτός από τον προφανή και μη αποδεκτό κίνδυνο ατυχημάτων, τη σωματική και την ψυχική βλάβη των ατόμων και τις δικαστικές αντιδικίες, η έλλειψη ασφάλειας είναι αντιπαραγωγική καθώς χρόνος (και χρήμα) αφιερώνεται για την αντιμετώπιση των συνεπειών (παράπονα, μηνύσεις, αντιμετώπιση σωματικών βλαβών). Ταυτόχρονα, διακυβεύεται η φήμη του οργανισμού και χάνεται η εμπιστοσύνη.

Προσβασιμότητα των υπηρεσιών (**accessibility**) και ανάπτυξή τους με επίκεντρο τον ασθενή (patient-centered healthcare). Η έννοια της προσβασιμότητας των υπηρεσιών περιλαμβάνει την οικονομική, την πνευματική και την κοινωνικο-πολιτισμική διάσταση. Το σύστημα υγείας οφείλει να βρίσκεται κοντά στο χρήστη, χωρίς διακρίσεις. Καθώς ο ασθενής έρχεται στο επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας, η φροντίδα που του παρέχεται θα πρέπει να σέβεται την προσωπικότητά του και να ανταποκρίνεται στις ιδιαιτερότητες, στις προτιμήσεις, στις ανάγκες και στις αξίες του.

Συνέχεια της φροντίδας (continuity). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προϋποθέτει μια συνεχή διαδικασία αξιολόγησης, βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς. Επίσης, η συνέχεια των υπηρεσιών αφορά στη μετάβαση του ασθενούς από το ένα τμήμα στο επόμενο, ανεξάρτητα από το χρόνο ή τον τόπο. Σε κατακερματισμένα και αποσυνδεδεμένα συστήματα υγείας δεν μπορούν να επιτευχθούν οι στόχοι ποιότητας.

Διαπροσωπικές σχέσεις (interpersonal relations). Οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις και η συνεργασία του προσωπικού είναι σημαντικές για το συντονισμό των δράσεων. Μέσα από μια καλή ομάδα μπορεί να επιτευχθεί η ποιότητα. Τέλος, δεν μπορεί να παραλειφθεί ότι πάντα είναι προτιμότερο να εργάζεται κάποιος ή να προσφέρονται υπηρεσίες σε ένα αισθητικά αποδεκτό περιβάλλον. Όπου υπάρχει φροντίδα για την άνεση και την ευεξία των ανθρώπων, εκεί υπάρχει ποιότητα (Al-Assaf and Sheih, 2004).

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 , στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης , η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο , καθώς και στην μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από άποψη διαδικασιών , αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής. Με βάση τους ορισμούς αυτούς , είναι φανερό πως η ποιότητα στην υγεία ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών , με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών , καθώς και με τον έλεγχο του κόστους.

4.3 Συσχέτιση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας με την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας ενός νοσοκομείου

Αδιαμφισβήτητα η ποιότητα είναι μία από τις βασικές έννοιες με τις οποίες αξιολογούμε τους σκοπούς, τους στόχους και την λειτουργία του νοσοκομείου. Η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι ένα στάδιο το οποίο σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα των αξιολογήσεων των υπολοίπων εννοιών όπως της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας κλπ. καταλήγουμε στο αποτέλεσμα της γενικής αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου.

Με τον όρο ποιότητα νοείται ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, μέσα από την πληρότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Επομένως, αυτή η ικανοποίηση θα πρέπει να πηγάζει από κριτήρια δομικά (αρτιότητα υλικοτεχνικής υποδομής, κλίνες, προσωπικό, διατροφή), κριτήρια διαδικασιών (ενέργειες για διάγνωση, θεραπεία), κριτήρια αποτελεσμάτων (αξιολόγηση αποτελέσματος θεραπείας).

Η αξιολόγηση της ποιότητας των νοσοκομείων επιτυγχάνεται με βάση τα παραπάνω κριτήρια. Με τα κριτήρια αυτά κρίνεται η βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη επίδραση των ιατρικών φροντίδων στη βελτίωση, σταθεροποίηση ή επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του ασθενούς. Σήμερα σύμφωνα με διάφορες αξιολογήσεις, η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών από τα δημόσια νοσοκομεία, εκτιμώμενη με τα παραπάνω κριτήρια, είναι χαμηλή και δεν ανταποκρίνεται στις αυξανόμενες προσδοκίες των πολιτών. Ο χαμηλός βαθμός ικανοποίησης των πολιτών καταγράφεται με στοιχεία του Ευρωβαρομέτρου το 1999, όπου η Ελλάδα κατείχε την τελευταία θέση σε έρευνα ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας, αφού μόλις το 19% των ερωτηθέντων δήλωσαν ικανοποιημένοι με το σύστημα υγείας.

Για να μπορέσουμε να αποδείξουμε ότι ένα νοσοκομείο διαθέτει ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας του, θα πρέπει η ποιότητα να έχει πιστοποιηθεί από ένα φορέα πιστοποίησης. Η Πιστοποίηση, μια ιδιαίτερη μορφή παρέμβασης, αποτελεί την αναγνώριση – αξιολόγηση από έναν ειδικό εξωτερικό φορέα πιστοποίησης ότι ένας οργανισμός, μια επιχείρηση ή ένα νοσοκομείο ικανοποιεί τα κριτήρια που έχει θέσει ο ίδιος ο φορέας πιστοποίησης.

Διεθνώς τα πρότυπα πιστοποίησης που έχουν την μεγαλύτερη εφαρμογή είναι τα πιστοποιητικά ISO - 9000. Πιστοποιητικά ISO - 9000 έχουν αποδοθεί μέχρι σήμερα σε πάνω από 250000 επιχειρήσεις σε όλο τον κόσμο. Την ευθύνη για την εφαρμογή του

θεσμού στην χώρα μας την έχει ο Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης (ΕΛΟΤ), με περιορισμένες όμως εφαρμογές στο χώρο των υπηρεσιών υγείας.

Η διαδικασία πιστοποίησης αξιολογεί το βαθμό συμμόρφωσης προσυμφωνημένων τομέων σε συγκεκριμένα κριτήρια ή πρότυπα. Τα κριτήρια αυτά ταξινομούνται σε κριτήρια υποδομής, κριτήρια διαδικασιών και κριτήρια αποτελέσματος. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται, είτε με μεθόδους περιοδικού ελέγχου είτε με συνεχή παρακολούθηση. Οι περιοδικοί έλεγχοι πραγματοποιούνται κάθε 2 -3 χρόνια ενώ η συνεχής παρακολούθηση εφαρμόζεται με συνεχείς κλινικές μετρήσεις και με συνεχή καταγραφή δεικτών. Η πιστοποίηση καταγράφεται σε ένα λεπτομερές πόρισμα αξιολόγησης, που συχνά καταλήγει σε βαθμολόγηση. Εάν, σύμφωνα με το πόρισμα, υπάρχει συμμόρφωση με τα κριτήρια τότε αποδίδεται καθεστώς πιστοποίησης, σε αντίθετη περίπτωση δεν πιστοποιείται ο οργανισμός.

Η πιστοποίηση καθιερώθηκε στα αμερικάνικα νοσοκομεία εδώ και έναν αιώνα, στη συνέχεια επεκτάθηκε σε όλο το σχεδόν το φάσμα των υπηρεσιών υγείας. Η πιστοποίηση δεν μπορεί από μόνη της να υποκαταστήσει τη διασφάλιση – βελτίωση της ποιότητας, γι' αυτό αντιμετωπίζεται ως συμπληρωματική διαδικασία που εντάσσεται στις σύγχρονες αντιλήψεις της διοίκησης ποιότητας.

Στην Ελλάδα δεν λειτουργεί φορέας πιστοποίησης, παρόλο που έχει νομοθετηθεί από το 1997 η ίδρυση Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας.

4.4 Νέα εργαλεία αξιολόγησης

1. Μία Ολλανδική ομάδα έστησε ένα νέο εργαλείο μέτρησης ικανοποίησης του καταναλωτή που ονομάστηκε 'The consumer quality index (CQ-index)' και είναι σχεδιασμένο για την εφαρμογή του σε ΤΑΕΠ (Bos et al., 2012).

Το εργαλείο αυτό αναπτύχθηκε για να μετρά την ποιότητα στην υγειονομική φροντίδα από την πλευρά του ασθενή. Εισήχθη το 2006 για να προωθήσει την ασθενοκεντρική φροντίδα. Είναι έγκυρο και πρέπει να περάσει μία πιλοτική φάση λειτουργίας. Χαρακτηρίζεται από τον συνδυασμό των εμπειριών του ασθενή με την σχετική σημασία της κάθε εμπειρίας που έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία μίας λίστας προτεραιοτήτων αλλά και υπηρεσιών για την κοινότητα όπως για παράδειγμα η ύπαρξη ειδικών ερωτηματολογίων για ασθενείς με ρευματοπάθειες, καταρράκτη κλπ. Διαφορετικές ομάδες ασθενών θα έχουν διαφορετικές ανάγκες και προτεραιότητες και αυτό απαιτεί ειδικά ερωτηματολόγια (de Boer et al., 2010). Στα ΤΑΕΠ, υπάρχουν δύο

δείκτες για τους γενικούς ιατρούς και ένας ειδικός δείκτης για τις υπηρεσίες μητρότητας, καθώς και δείκτες για τις υπηρεσίες ασθενοφόρου και παράδοσης ασθενή στο ΤΑΕΠ.

4.5 Η ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα υγείας

Μετά την ανασκόπηση των μεθοδολογιών που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες ικανοποίησης του ασθενή υπήρξε η ακόλουθη κατηγοριοποίηση από τους ερευνητές:

- Συνολική ικανοποίηση (overall satisfaction).
- Ικανοποίηση από την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες (satisfaction with access).
- Ικανοποίηση από το κόστος (satisfaction with cost).
- Ικανοποίηση από την συνολική ποιότητα της φροντίδας (satisfaction with overall quality).
- Ικανοποίηση από την ανθρωπιστική διάσταση της φροντίδας (satisfaction with humaneness): που περιλαμβάνει τον σεβασμό, την θέρμη, την ευγένεια, την έγνοια και η αποτελεσματική μη λεκτική επικοινωνία.
- Ικανοποίηση από την ικανότητα / απόδοση του προσωπικού (satisfaction with competence): αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει την τεχνική απόδοση της φροντίδας.
- Ικανοποίηση από την ποσότητα της πληροφορίας που παρέχεται από το προσωπικό φροντίδας υγείας: που περιλαμβάνει την αποσαφήνιση της θεραπευτικής αγωγής και των διαγνώσεων.
- Ικανοποίηση από τις γραφειοκρατικές διαδικασίες: όπως ο χρόνος αναμονής.
- Ικανοποίηση από την υλικοτεχνική υποδομή: όπως το πάρκινγκ και η καταλληλότητα του εξοπλισμού και των εργαστηρίων.
- Ικανοποίηση από το ενδιαφέρον που επιδεικνύουν οι επαγγελματίες υγείας για τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών.
- Ικανοποίηση από την συνέχεια στην φροντίδα.
- Ικανοποίηση από το αποτέλεσμα της φροντίδας.

Μια ομάδα χειρουργών, όπως αναφέρει ο Ραφτόπουλος (2009) προέβη στην ακόλουθη κατηγοριοποίηση:

- οι προσδοκίες,
- η κατανόηση,
- η συμμετοχή στην φροντίδα,
- η πληροφόρηση,
- η πληροφορημένη συναίνεση,

- η αντίληψη των κινδύνων που ενέχει η θεραπεία και
- οι προτιμήσεις των ασθενών.

Όταν κάποτε ζητήθηκε από τους εξωτερικούς ασθενείς ενός επαρχιακού Νοσοκομείου των ΗΠΑ να ιεραρχήσουν τις διαστάσεις της φροντίδας κατά σειρά σημαντικότητας, κατέληξαν στα εξής:

- η συμπεριφορά των γιατρών και των νοσηλευτών,
- τα αποτελέσματα της κλινικής πρακτικής,
- ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες εκπλήρωσαν τις ληφθείσες ανάγκες των ασθενών,
- η στάση του βοηθητικού προσωπικού,
- η προσβασιμότητα στις ανέσεις και
- οι ώρες αναμονής.

Η παραγοντική ανάλυση (factor analysis) από την Συμβουλευτική Επιτροπή Υγειονομικού Σχεδιασμού των ΗΠΑ έδειξε ότι η ικανοποίηση των ασθενών συναρτάται με τις ακόλουθες έξι διαστάσεις της:

- ιατρική φροντίδα και πληροφόρηση,
- φαγητό και υλικοτεχνικός εξοπλισμός,
- μη ορατό περιβάλλον,
- ποσότητα του φαγητού,
- νοσηλευτική φροντίδα και
- ξενοδοχειακή υποδομή.

Στην Ελλάδα (Ραφτόπουλος, 2009) στην ΠΦΥ, οι 6 παράγοντες οι οποίοι ερμηνεύουν το 74,15% της παρατηρούμενης διακύμανσης και αποτελούν τις διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα της ΠΦΥ είναι:

1. ο σεβασμός από τη νοσηλεύτρια,
2. ο σεβασμός από τον γιατρό,
3. οι τεχνικές δεξιότητες του γιατρού,
4. οι παράγοντες δομής του ιατρείου (τήρηση των ραντεβού, άνεση και ησυχία του χώρου αναμονής),
5. εμπιστοσύνη και επαγγελματική συνέπεια του γιατρού και
6. επάρκεια του ρόλου του γιατρού.

Δεν είναι εύκολο να αποσαφηνιστεί η πολυδιάστατη φύση της ικανοποίησης. Έτσι, παρόλο που το Εθνικό Συμβούλιο των Καταναλωτών ορίζει 7 διαστάσεις: πρόσβαση, επιλογή, πληροφόρηση, επανόρθωση, ασφάλεια, αποδοτικότητα και ισότητα, η εφαρμογή τους στον τομέα της φροντίδας υγείας φαίνεται προβληματική και όπως ισχυρίζεται ο Hill (1997) οι έρευνες για την ικανοποίηση είναι ακατάλληλες για να

αναζητήσουν ερωτήσεις πάνω στην ισότητα, ή σε θέματα επιλογής, ασφάλειας, επανόρθωσης, έκβασης και της ψυχικής σφαίρας.

Επιδιώκοντας μια αναλυτικότερη περιγραφή των συστατικών στοιχείων της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα, παραθέτουμε τις ακόλουθες διαστάσεις:

Μεγάλη σημασία έχει και η «προσβασιμότητα», δηλαδή η δυνατότητα πρόσβασης στο Νοσοκομείο, το σύστημα των ραντεβού, τα χαρακτηριστικά της γραμματείας, οι κατ' οίκον επισκέψεις, την δυνατότητα αλλαγής του θεράποντα γιατρού και οι λίστες αναμονής.

Επίσης, σημασία έχει και η διαπροσωπική διάσταση της φροντίδας αλλά και η κοινωνική δράση επαγγελματία φροντίδας υγείας και ασθενή που εξαρτάται από την κοινωνικότητα και των δυο. Η μη λεκτική επικοινωνία, για παράδειγμα, είναι ο πρότερος τρόπος για την μεταφορά και μεταβίβαση μηνυμάτων και αισθημάτων, που θα μπορούσαν δύσκολα να εκφραστούν λεκτικά.

Φυσικά, μεγάλη είναι η επίδραση της τεχνικής διάσταση της φροντίδας στην ικανοποίηση του ασθενή, καθώς πολλοί ασθενείς επηρεάζονται θετικά από την ποσότητα των διαδικασιών της φροντίδας που λαμβάνουν (technical process), καθώς όσο περισσότερες είναι οι νοσηλευτικές και ιατρικές παρεμβάσεις, τόσο υψηλότερη είναι και η ικανοποίηση των ασθενών.

Τέλος, η επικοινωνία με το προσωπικό παίζει σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών και ειδικά η δυνατότητα του ιατρού να αφουγκραστεί τον ασθενή, αλλά και να τον συμβουλέψει.

Τέλος, το δικαίωμα του ασθενή στην πληροφόρηση, συνιστά μια από τις πιο σημαντικές διαστάσεις της αγωγής του. Αυτό το δικαίωμα, έχει νομική υφή, ειδικότερα όταν εκφράζεται ως «πληροφορημένη συναίνεση». Η αγωγή του ασθενή έχει πρακτικά οφέλη για την κοινωνία, αφού εκφράζεται με την μειωμένη διάρκεια νοσηλείας στο Νοσοκομείο, με την αναγκαία χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών, με μειωμένη συχνότητα απουσιών από την εργασία και με μείωση των ατυχημάτων. Ραφτόπουλος (2009)

**Κεφάλαιο 5- Αξιολόγηση της ποιότητας υπηρεσιών στο τμήμα
ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών**

5. 1 Συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Μεθοδολογία

Η μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν η τυπική μέθοδος για ανεύρεση άρθρων σε συστηματική ανασκόπηση.

Έγινε αναζήτηση των δημοσιευμένων άρθρων στη βάση δεδομένων PUBMED και MEDLINE με τα παρακάτω κριτήρια. Τα άρθρα ήταν μόνο πρωτότυπα άρθρα και όχι ανασκοπήσεις, τα άρθρα ήταν μόνο στην Αγγλική γλώσσα, είχαν δημοσιευτεί κατά την τελευταία πενταετία, δηλαδή από 2011-2016. Οι λέξεις ευρετηριασμού που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής

1. quality of emergency care και
2. emergency department quality assurance.

Ένα επιπλέον κριτήριο που τέθηκε ήταν να υπάρχει περίληψη για το άρθρο, ώστε να είναι δυνατός ο έλεγχος του.

Η αναζήτηση με τους παραπάνω όρους έδωσε συνολικά 26 άρθρα, εκ των οποίων επιλέχθηκαν τα 26 καθώς ορισμένα μιλούσαν για εφαρμογή πρωτοκόλλων (δηλαδή θεραπειών), ορισμένα δεν είχαν περίληψη για να κριθούν και άλλα ήταν ανασκοπήσεις.

Ο αλγόριθμος της αναζήτησης απεικονίζεται στο σχήμα 1.

n=26 με ευρητηριασμό λέξεων
quality of care in emergency department
quality of care assurance in emergency department

n= 26

n= 19 αφορούσαν πρωτόκολλα
θεραπειών, ήταν άνευ περίληψης ή
ήταν ανασκοπήσεις

n= 7

Τα ανευρεθέντα άρθρα ήταν από διαφορετικές χώρες και συγκεκριμένα από Αιθιοπία, Ισραήλ, Μεγάλη Βρετανία, Καναδά, Κύπρο, Γαλλία, Γερμανία.

Μία πρώτη παρατήρηση από τα διάφορα άρθρα που ανευρέθησαν ήταν πως ανάλογα και με τη χώρα προέλευσης, το κάθε άρθρο τόνιζε μία διαφορετική παράμετρο της ποιότητας της υπηρεσίας των ΤΑΕΠ. Για παράδειγμα, το άρθρο από την Αιθιοπία (χώρα με έλλειψη συγκοινωνιών στην περιφέρεια) (Austin et al., 2015) ασχολήθηκε με το πρόβλημα της πρόσβασης, ενώ το άρθρο από την Κύπρο (χώρα με ισχυρούς οικογενειακούς δεσμούς) ασχολήθηκε με το φαινόμενο της επίθεσης από –κυρίως- συνοδούς/μέλη της οικογένειας του πάσχοντα. Παρόμοιο προσανατολισμό είχε και το άρθρο από το Ισραήλ, που ασχολήθηκε με το ρόλο που μπορεί να παίζει η οικογένεια των ασθενών με εγκεφαλικό

Η πρόσβαση αναδείχθηκε σαν μείζον πρόβλημα που επηρεάζει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στα ΤΑΕΠ, όπως φάνηκε από τη μελέτη των Austin et al. στην Αιθιοπία, μια χώρα με προβληματικές/έλλειπείς συγκοινωνίες στην περιφέρεια. Εκεί φάνηκε πως ενώ στην πρωτεύουσα Αντίς Αμπέμπα οι περισσότερες γυναίκες γεννούν μέσα σε υγειονομικά ιδρύματα και κατάλληλες δομές σε ποσοστό 82%, που είναι σαφώς υψηλότερο από τον αντίστοιχο εθνικό μέσο όρο (11%), οι γυναίκες στην περιφέρεια δεν κατάφερναν να φτάσουν σε δομές υγειονομικής φροντίδας για να γεννήσουν, όπως έδειξαν οι συνεντεύξεις σε 111 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού. Η μελέτη αυτή ανέδειξε τρία σαν τα σημαντικότερα προβλήματα που εμπόδιζαν την παροχή ποιοτικής μαιευτικής φροντίδας στα ΤΑΕΠ. Το πρώτο ήταν η έλλειψη συγκοινωνιών και δομών επικοινωνίας του ΤΑΕΠ με την υπόλοιπη περιοχή, το δεύτερο ήταν ο συνωστισμός στο τμήμα και η ανεπαρκής εκπαίδευση του προσωπικού και η απουσία επικουρικής εποπτείας από άλλα μέλη του προσωπικού (Austin et al., 2015).

Δύο μελέτες ασχολήθηκαν με την επίδραση της παρουσίας οικογένειας/συνοδών στα ΤΑΕΠ. Όπως αναφέρθηκε, οι μελέτες πρήλθαν από χώρες με ισχυρούς οικογενειακούς δεσμούς, την Κύπρο και το Ισραήλ. Ο στόχος της μελέτης όμως διέφερε μεταξύ των δύο αυτών εργασιών. Στη μελέτη της Κύπρου, οι ερευνητές εστίασαν στην ταυτοποίηση της επίπτωσης, των χαρακτηριστικών και των παραμέτρων που οδηγούν στην εκδήλωση βίας στο χώρο των ΤΑΕΠ σε εννέα δημόσια Κυπριακά νοσοκομεία,

ενώ στη μελέτη του Ισραήλ, οι ερευνητές έλεγξαν την επίδραση της παρουσίας συνοδών στην έκβαση ασθενή με εγκεφαλικό που παρουσιάζεται στο ΤΑΕΠ και το ρόλο που μπορεί να παίζει η παρουσία αυτή. Η βία που εκδηλώνεται σε χώρους εργασίας είναι συχνό φαινόμενο στα ΤΑΕΠ νοσοκομείων, μα δεν είχε μελετηθεί στα Κυπριακά νοσοκομεία μέχρι την δημοσίευση της μελέτης αυτής. Η συγκεκριμένη έρευνα ήταν μία αναδρομική περιγραφική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 220 από το σύνολο των 365 ιατρών και νοσηλευτών/τριών που εργάζονται στα ΤΑΕΠ των δημόσιων νοσοκομείων στην Κύπρο, καλύπτοντας το 85,7% του συνολικού νοσηλευτικού προσωπικού και το 14,3% του συνολικού ιατρικού προσωπικού. Εκ των συμμετεχόντων, το 62% ήταν γυναίκες. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν την Ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου Violent Incident Form. Επιπρόσθετες ερωτήσεις αφορούσαν τη συχνότητα, την ενθάρρυνση να αναφέρει το προσωπικό ένα περιστατικό, την ικανοποίηση από διορθωτικά μέτρα και συστάσεις για βελτίωση. Η ανάλυση έγινε με περιγραφική στατιστική, τεστ χ^2 και ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης για τον συσχετισμό των παραμέτρων με την εμφάνιση των περιστατικών. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 12 μηνών η μεγάλη πλειοψηφία νοσηλευτικού και ιατρικού (76,2%) είχε εκτεθεί σε φραστική επίθεση (88,8%) κυρίως από τους συγγενείς ή τους φίλους του πάσχοντα (59,1%). Οι πιο άπειροι κλινικοί ήταν σε μεγαλύτερο κίνδυνο. Ο σημαντικότερος παράγοντας που συνεισέφερε στην εκδήλωση του φαινομένου ήταν ο αυξημένος χρόνος αναμονής. Η μέθη, η χρήση ουσιών και η ψυχική ασθένεια ήταν μεμονωμένοι παράγοντες εμφάνισης βίας. Μεγάλο ήταν το ποσοστό των περιστατικών που δεν αναφέρονταν (72,2%) από το προσωπικό, αλλά και της αντίληψης πως τέτοια περιστατικά συνοδεύουν το επάγγελμα (74,1%). Η βία στον χώρο της εργασίας συσχετίστηκε σημαντικά με αρκετούς παράγοντες όπως την έλλειψη ενθάρρυνσης του προσωπικού να αναφέρει τα περιστατικά βίας, την προϋπάρχουσα αίσθηση/αντίληψη πως ένα περιστατικό βίας θα συμβεί ούτως ή άλλως και πως ο καθένας/καθεμία οφείλει να το αντιμετωπίσει προσωπικά. Οι προτάσεις για βελτίωση αφορούσαν την αύξηση των μέτρων ασφαλείας (26,7%), την δημόσια εκπαίδευση πάνω στην ορθή χρήση των τμημάτων επειγόντων περιστατικών (15,2%). Το συμπέρασμα των συγγραφέων ήταν πως το κλινικό προσωπικό ανησυχεί με αυξανόμενο ρυθμό για τις σωματικές επιθέσεις στο χώρο των ΤΑΕΠ και πως απαιτείται να ενισχυθεί η εκπαίδευση των ατόμων, να αυξηθούν τα μέτρα ασφαλείας και να υπάρχει υποστήριξη του προσωπικού ώστε να αναφέρει τα περιστατικά (Vezyridis et al., 2011).

Η μελέτη του Ισραήλ, από την άλλη, έδειξε πως υπάρχει επίδραση από την παρουσία συνοδών του πάσχοντα στην έκβαση της κατάσταση τους όταν προσέρχονται με εγκεφαλικό επεισόδιο στα ΤΑΕΠ. Η φροντίδα των ατόμων που παθαίνουν εγκεφαλικό επεισόδιο εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ικανότητα να αναγνωριστεί το επεισόδιο εγκαίρως και να γίνει άμεση κλινική και απεικονιστική εκτίμηση. Η μελέτη κατέγραψε τα κλινικά, επιδημιολογικά και χρονικά δεδομένα (έναρξη συμπτωμάτων, χρόνος άφιξης στο ΤΑΕΠ, αξονική τομογραφία και χρήση αντιπηκτικών) αλλά και τον αριθμό των συνοδών σε ένα σύνολο 610 (από 724 ασθενείς) για τους οποίους υπήρχαν δεδομένα περί του αριθμού των συνοδών. Οι ερευνητές έδειξαν πως ο αριθμός των συνοδών σχετίστηκε με αύξηση στο σκορ της κλίμακας για το εγκεφαλικό επεισόδιο και τη διαταραχή ομιλίας. Παράλληλα, όμως ο αριθμός των συνοδών σχετίστηκε και με ταχύτερη εκτέλεση της αξονικής τομογραφίας, μεγαλύτερα ποσοστά αναγνώρισης του εγκεφαλικού επεισοδίου από το προσωπικό του ΤΑΕΠ, υποδεικνύοντας πως τα συγγενικά πρόσωπα και άλλοι συνοδοί μπορούν να χρησιμεύσουν σαν διαμεσολαβητές για την ταχύτερη και αποτελεσματικότερη διαχείριση ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο στο ΤΑΕΠ, βελτιώνοντας πιθανώς την έκβαση τους (Ashkenazi et al., 2015).

Μόνο μία μελέτη ανευρέθηκε που ασχολήθηκε με την επίδραση του χρόνου αναμονής στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στο ΤΑΕΠ. Η έρευνα προέρχονταν από τον Καναδά, όπου είχε εισαχθεί η στρατηγική για μείωση των χρόνων αναμονής (που ονομαζόταν στρατηγική Ontario) και έλεγξε εάν οι ασθενείς με μειωμένους χρόνους αναμονής είχαν και αυξημένες πιθανότητες να δεχτούν βελτιώσεις και σε άλλα μέτρα ποιότητας στην φροντίδα στο τμήμα επειγόντων. Ο έλεγχος έγινε αναδρομικά με την μελέτη των ιατρικών φακέλων με ανάλυση των διαφορών μεταξύ των, προκειμένου να γίνει η σύγκριση των αλλαγών στην απόδοση των δεικτών για την ποιότητας σε μία περίοδο 3 ετών μεταξύ 11 νοσοκομείων στο Οντάριο του Καναδά, όπου η μέση περίοδος αναμονής στα ΤΑΕΠ μεταξύ των ετών 2008-2010 είχε βελτιωθεί και άλλων 13 αντίστοιχων σημείων, όπου όμως είτε δεν είχε μειωθεί είτε είχε αυξηθεί ο χρόνος αναμονής. Οι ασθενείς που ελέγχθηκαν είχαν είτε καρδιακό επεισόδιο, είτε άσθμα, είτε περιστατικά σε παιδιά ή ενήλικες με κατάγματα στα άνω άκρα. Η περίοδος που ελέγχθηκε ήταν το 2008 και το 2010 και μαζί ελέγχθηκαν και 18 δείκτες ποιότητας σχετικά με το κατά πόσο ήταν καιρία η επέμβαση και η παροχή φροντίδας αλλά και την ασφάλεια και αποδοτικότητα της φροντίδας στα ΤΑΕΠ. Επίσης, ελέγχθηκε και ο συνωστισμός στο ΤΑΕΠ κατά την διάρκεια της επίσκεψης του ασθενή. Τα

αποτελέσματα έδειξαν πως ο μέσος χρόνος αναμονής βελτιώθηκε κατά 26% (63 λεπτά) από το 2008 στο 2010 στα νοσοκομεία όπου υπήρξε βελτίωση και χειροτέρευσε έως και 47% (91 λεπτά) στα μη βελτιωμένα σημεία. Με τον έλεγχο 4319 και 4498 φακέλλων πασχόντων αντίστοιχα στα δύο είδη νοσοκομείων φάνηκε πως η μείωση του χρόνου αναμονής δεν οδήγησε και σε βελτίωση άλλων δεικτών ποιότητας για την ίδια χρονική περίοδο. Σε δευτερογενή ανάλυση, φάνηκε πως ο συνωστιμός στα ΤΑΕΠ συσχετίστηκε μόνο με την μη απόδοση φροντίδας στον καίριο χρόνο. Τα αποτελέσματα αυτά υποδεικνύουν πως η απομονωμένη πολιτική που στοχεύει μόνο στη μείωση του χρόνου αναμονής στα ΤΑΕΠ δεν μπορεί να οδηγήσει σε ευρύτερη βελτίωση της ποιότητας (Vermeulen et al., 2015).

Τέλος, η δημοσίευση των Weigl et al. (2015) ασχολήθηκε με την επίδραση των πολλών παράλληλων εργασιών που πρέπει να γίνονται στο ΤΑΕΠ και την επίπτωση τους στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Έγινε μελέτη που παρατηρούσε το ρυθμό των διακοπών και τις παράλληλες εργασίες (multitasking) από το προσωπικό των ΤΑΕΠ. Επίσης, μελετήθηκε σε περιόδους των 20 ημερών, ο αριθμός των αναφορών του προσωπικού για παράλληλες εργασίες και πνευματική κόπωση. Οι τιμές συσχετίστηκαν με 2 δείκτες ποιότητας, συγκεκριμένα τις εκτιμήσεις των ασθενών των ΤΑΕΠ για την παρεχόμενη φροντίδα και επίσης με την διαλογή των ασθενών ανάμεσα σε διαφορετικά νοσοκομεία, σύμφωνα με την αξιολόγηση του προσωπικού. Η μελέτη έγινε σε σύνολο 16.600 επισκέψεων και την καταγραφή των απόψεων 76 επαγγελματιών σε ΤΑΕΠ, 293 πασχόντων και 205 μεταφορών ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η επιβαρυνόμενη πνευματική κόπωση του προσωπικού έχει αρνητική επίπτωση στην παρεχόμενη φροντίδα. Αντίθετα οι διακοπές στη ροή της εργασίας του προσωπικού συσχετίστηκαν θετικά με την παροχή πληροφοριών για έξοδο των ασθενών από το τμήμα και τη συνολική ποιότητα της μεταφοράς τους (Weigl et al., 2015).

Μία εργασία από τους Bellagamba et al. (2015) μελέτησε την επίδραση της σχέσης μεταξύ του στρες των εργαζομένων στο νοσοκομείο και της επίδρασης των οργανωτικών μοντέλων του ΤΑΕΠ σε ένα δημόσιο Γαλλικό νοσοκομείο, μέσω ερωτηματολογίου που δόθηκε στους εργαζομένους. Ανάμεσα σε 145 συμμετέχοντες, το 59,3% ανέφερε στρες σχετιζόμενο με την εργασία τους και το 54,4% εξ αυτών είχαν χαμηλό σκορ στο επίπεδο ψυχικής ποιότητας ζωής. Οι περισσότεροι ανέφεραν πως εργάζονταν πάνω από δύο Σαββατοκύριακα μέσα στο μήνα, πως η υπηρεσία τους καλούσε συχνά για έκτακτη βάρδια, πως εργάζονταν σε μη λειτουργικά περιβάλλοντα,

δεν συμμετείχαν στις τακτικές συναντήσεις. Τα δε άτομα με τον χαμηλό δείκτη ψυχικής ποιότητας ζωής ανέφεραν πως εργάζονταν πιο συχνά σε δυσλειτουργικά περιβάλλοντα, είχαν σημαντικά παράπονα για τις προσπάθειες των εργοδοτών να προάγουν την επικοινωνία ή να παρέχουν επαρκές προσωπικό σε σχέση με τους εργαζομένους που είχαν υψηλότερο δείκτη ψυχικής ποιότητας ζωής (Bellagamba et al., 2015). Τα συμπεράσματα της έρευνας ήταν πως πρέπει να αντιμετωπίζεται το στρες του προσωπικού στις μονάδες ΤΑΕΠ μέσω οργανωμένων διαγραμμάτων από τη διοίκηση που θα εγγυώνται την ισορροπία μεταξύ της εργασίας και της προσωπικής ζωής. Παράλληλα, μεγάλη σημασία πρέπει να δίνεται και στο σωστό σχεδιασμό του περιβάλλοντος εργασίας με εργονομία, λειτουργικότητα και βελτιωμένη επικοινωνία.

Η μελέτη των Heigl et al. (2011) ασχολήθηκε με την διερεύνηση αφενός της εφαρμογής των ηλεκτρονικών μέσων παρακολούθησης πασχόντων στο ΤΑΕΠ αλλά και των παραγόντων που πρέπει να πληρούνται προκειμένου τα συστήματα αυτά να είναι λειτουργικά και αποδοτικά. Τα ηλεκτρονικά εργαλεία και μέσα με τα οποία ασχολήθηκε η έρευνα αφορούσαν την ηλεκτρονική καταγραφή εισόδου, την υποστήριξη της κλινικής απόφασης, την εισαγωγή του ηλεκτρονικού φακέλλου ασθενή και την ροή-παρακολούθηση ασθενούς (στα τμήματα). Οι παράγοντες που ταυτοποιήθηκαν σαν σημαντικοί προκειμένου να είναι αποτελεσματικά τα μέσα αυτά και να αυξάνουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και της φροντίδας ήταν η επικοινωνία των διαφόρων συστημάτων, η εισαγωγή τους στην ροή των ασθενών αλλά και στην κλινική εργασία, η αλληλεπίδραση των διαφόρων συστημάτων πληροφορίας, η επικαιροποίηση τους και η υποστήριξη των συστημάτων σε πραγματικό χρόνο. Συγκεκριμένα η μελέτη εισηγήθηκε (1) να αυξηθεί η διαλειτουργικότητα και η ανταλλαγή της πληροφορίας για κάθε ασθενή μεταξύ των διαφόρων νοσοκομείων να είναι ευκολότερη για την αύξηση της ποιότητας αλλά και της ασφάλειας του, (2) να βελτιωθεί η ροή των ασθενών μέσω και της χρήσης των ηλεκτρονικών φακέλλων ασθενούς, για την καλύτερη απόδοση ποιοτικής φροντίδας, (3) να υποστηρίζεται η απόφαση για την κατάσταση του ασθενούς μέσω των ηλεκτρονικών μέσων, (4) να προωθείται η ασφάλεια των ασθενών μέσω των ηλεκτρονικών μέσων. Εάν όλα τα παραπάνω τεθούν σε ισχύ, τότε θα υπάρχει και σωστή διαλειτουργικότητα των ηλεκτρονικών μέσων και συστημάτων με επακόλουθο (Handel et al., 2011).

5.3 Αξιολόγηση της ποιότητας των ΤΑΕΠ - Προτάσεις /Συμπεράσματα

Η έλλειψη βιβλιογραφίας πάνω στο θέμα της αξιολόγησης της ποιότητας στα ΤΑΕΠ των νοσοκομείων της Κύπρου σηματοδοτεί την ανάγκη για μία τέτοια έρευνα, για να διαπιστωθεί σε ποιο βαθμό τα τμήματα αυτά επιτελούν έργο που αξιολογείται θετικά από τους ασθενείς-λήπτες της υπηρεσίας. Μία τέτοια μελέτη μπορεί να δράσει σαν υποστηρικτικό εργαλείο για τη διοίκηση των νοσοκομείων, αλλά ακόμη και της προϊσταμένης τους αρχής, δηλαδή του Υπουργείου Υγείας. Παρόμοια μελέτη με βάση τις αναζητήσεις δεν υπάρχει ούτε για την Ελλάδα, από όπου πιθανά θα μπορούσαν να αντληθούν χρήσιμα συμπεράσματα. Παράλληλα, η εκπόνηση μίας τέτοιας έρευνας στην Κύπρο και η ακόλουθη δημοσίευση των αποτελεσμάτων της θα είχε αντίκτυπο και στην Ελλάδα και θα μπορούσε να διατεθεί σαν εργαλείο βελτίωσης των αντίστοιχων τμημάτων και εκεί. Μία τέτοια μελέτη θα μπορούσε επίσης να χρησιμοποιηθεί σαν εργαλείο και για την αξιολόγηση του προσωπικού, αλλά και για την συγκριτική απόδοση του.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται πως οι σημαντικοί δείκτες για την εκπόνηση μίας έρευνας ώστε να αποτιμηθεί η παρεχόμενη ποιότητα στα ΤΑΕΠ πρέπει να είναι τόσο ποσοτικοί όσο και ποιοτικοί. Οι ποσοτικοί δείκτες που πρέπει να οριστούν και χρησιμοποιηθούν έχουν να κάνουν με (α) τους αριθμούς των ημερήσιων και ετήσιων ασθενών που περνούν από τα ΤΑΕΠ, (β) τον αριθμό των ασθενών που ακόλουθα γίνονται δεκτοί στο νοσοκομείο λόγω της κατάστασης τους, (γ) το μέσο χρόνο παραμονής στο ΤΑΕΠ, το ποσοστό των ασθενών που παραμένουν στο ΤΑΕΠ για πάνω από 180 λεπτά, (δ) την ακρίβεια της διαλογής, δηλαδή κατά πόσο δόθηκε προτεραιότητα στον ασθενή ανάλογα και με τη σοβαρότητα της κατάστασης του, (ε) το ποσοστό % ορθής διάγνωσης, δηλαδή κατά πόσο η διάγνωση μετά την εισαγωγή συμπίπτει με την διάγνωση κατά την είσοδο στα ΤΑΕΠ, (στ) τον αριθμό ασθενών που αποχωρούν χωρίς περαιτέρω ανάγκες, (ζ) τον αριθμό των ασθενών που επανέρχονται λόγω επιπλοκών, (η) τον αριθμό αποχωρούντων ασθενών ενάντια στις ιατρικές οδηγίες, (θ) τον αριθμό θανάτων στο σύνολο αλλά και ανά διαγνωστική μονάδα.

Οι ποιοτικοί δείκτες, από την άλλη πλευρά θα πρέπει να ελέγχουν χαρακτηριστικά τα οποία δεν μπορούν μεν να μετρηθούν μα συνεισφέρουν στην ικανοποίηση των ασθενών και των συνοδών τους σε κάθε επίπεδο. Αυτοί οι δείκτες μπορεί να είναι και να ελέγχουν (α) την προσβασιμότητα των ασθενών και την εύκολη εύρεση θέσης στάθμευσης, (β) την αξιοπρεπή μεταχείριση των ασθενών, (γ) την διακριτική

μεταχείριση των ασθενών, για παράδειγμα μέσω απομόνωσης σε ειδικό κρεβάτι, (δ) την ποιότητα του φαγητού (εάν ο ασθενής πρέπει να παραμείνει στη μονάδα για κάποιες μέρες), (ε) την καθαριότητα τόσο των ΤΑΕΠ όσο και των υπολοίπων χώρων συμπεριλαμβανομένων και των κοινόχρηστων, (στ) την ορθή λειτουργία του εξοπλισμού αλλά και την ύπαρξη σωστού και μοντέρνου εξοπλισμού για το τμήμα, (ζ) τις εντυπώσεις, τα παράπονα και τη δυνατότητα συλλογής των εντυπώσεων/παραπόνων των ασθενών στο τμήμα, (η) την απόδοση των επαγγελματιών υγείας στο χώρο (που γίνεται μέσω συστήματος αξιολόγησης του προσωπικού), (θ) τους ειδικούς δείκτες αποτίμησης των διεργασιών ανάλογα και με τη διαγνωστική μονάδα (όπως για παράδειγμα τραύματα, θωρακικοί πόνοι κλπ), (ι) η σωστή και καίρια ενημέρωση των ασθενών και των συνοδών τους, καθώς επίσης και η (ι) η ασφάλεια τους κατά τη διάρκεια της παραμονής στο ΤΑΕΠ.

Βιβλιογραφία

- ADNET, F. & LAPOSTOLLE, F. 2004. International EMS systems: France. *Resuscitation*, 63, 7-9.
- AL-ASSAF, A. & SHEIH, M. 2004. Quality improvement in primary health care. A practical guide. Series 26. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. Cairo: WHO.
- AL-SHAQSI, S. Z. 2009. EMS in the Sultanate of Oman. *Resuscitation*, 80, 740-2.
- ARAH, O. A., KLAZINGA, N. S., DELNOIJ, D. M., TEN ASBROEK, A. H. & CUSTERS, T. 2003. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *Int J Qual Health Care*, 15, 377-98.
- ASHKENAZI, L., TOLEDANO, R., NOVACK, V., E, E. I., ABU-SALAMAE, I. & IFERGANE, G. 2015. Emergency department companions of stroke patients: implications on quality of care. *Medicine (Baltimore)*, 94, e520.
- AUSTIN, A., GULEMA, H., BELIZAN, M., COLACI, D. S., KENDALL, T., TEBEKA, M., HAILEMARIAM, M., BEKELE, D., TADESSE, L., BERHANE, Y. & LANGER, A. 2015. Barriers to providing quality emergency obstetric care in Addis Ababa, Ethiopia: Healthcare providers' perspectives on training, referrals and supervision, a mixed methods study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, 74.
- BECK, A. H. 2004. STUDENTJAMA. The Flexner report and the standardization of American medical education. *Jama*, 291, 2139-40.
- BELLAGAMBA, G., GIONTA, G., SENERGUE, J., BEQUE, C. & LEHUCHER-MICHEL, M. P. 2015. Organizational factors impacting job strain and mental quality of life in emergency and critical care units. *Int J Occup Med Environ Health*, 28, 357-67.
- BINNS, G. S. 1991. The relationship among quality, cost, and market share in hospitals. *Top Health Care Financ*, 18, 21-32.
- BOS, N., STURMS, L. M., SCHRIJVERS, A. J. & VAN STEL, H. F. 2012. The Consumer Quality index (CQ-index) in an accident and emergency department: development and first evaluation. *BMC Health Serv Res*, 12, 284.
- BRENNAN, T. A., LEAPE, L. L., LAIRD, N. M., HEBERT, L., LOCALIO, A. R., LAWTHERS, A. G., NEWHOUSE, J. P., WEILER, P. C. & HIATT, H. H. 1991. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*, 324, 370-6.
- BROWN, S. W. & SWARTZ, T. A. 1989. A Gap Analysis of Professional Service Quality. *Journal of Marketing*, 53, 92-98.
- BUTTELL, P., HENDLER, R. & DALEY, J. 2008. Quality in Healthcare: Concepts and Practice. The Business of Healthcare. Westport, CT: Praeger.
- CHIPMAN, M., HACKLEY, B. E. & SPENCER, T. S. 1980. Triage of mass casualties: concepts for coping with mixed battlefield injuries. *Mil Med*, 145, 99-100.
- CLEARY, P. D. & EDGMAN-LEVITAN, S. 1997. Health care quality. Incorporating consumer perspectives. *JAMA*, 278, 1608-12.
- COE 1998. Manifesto for emergency medicine in Europe. Council of the European Society for Emergency Medicine. *Eur J Emerg Med*, 5, 389-90.
- CONWAY, J. B. & WEINGART, S. N. 2005. Organizational Change in the Face of Highly Public Errors. I. The Dana-Farber Cancer Institute Experience." Agency for Healthcare Research and Quality, Morbidity and Mortality Rounds on the Web. Διαθέσιμο: <http://webmm.silverchair.com/perspective.aspx?perspectiveID=3>. Προσπέλαση 12 Φεβρουαρίου 2016.

- CURRY, C. 2008. A perspective on developing emergency medicine as a specialty. *Int J Emerg Med*, 1, 163-7.
- DE BOER, D., DELNOIJ, D. & RADEMAKERS, J. 2010. Do patient experiences on priority aspects of health care predict their global rating of quality of care? A study in five patient groups. *Health Expect*, 13, 285-97.
- DELOOZ, H. 1992. Emergency Medicine: An anaesthesiologist's concept. *Clin Anaesth*, 6, 1-23.
- DICK, W. F. 2003. Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. *Prehosp Disaster Med*, 18, 29-35; discussion 35-7.
- DONABEDIAN, A. 1988. The quality of care. How can it be assessed? *Jama*, 260, 1743-8.
- DONABEDIAN, A. 1992. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB Qual Rev Bull*, 18, 356-60.
- FITZGERALD, G., JELINEK, G. A., SCOTT, D. & GERDTZ, M. F. 2010. Emergency department triage revisited. *Emerg Med J*, 27, 86-92.
- GILBOY, N., TRAVERS, D. & WUERZ, R. 1999. Re-evaluating triage in the new millennium: A comprehensive look at the need for standardization and quality. *J Emerg Nurs*, 25, 468-73.
- GOMES, E., ARAUJO, R., SOARES-OLIVEIRA, M. & PEREIRA, N. 2004. International EMS systems: Portugal. *Resuscitation*, 62, 257-60.
- GRAFF, L., STEVENS, C., SPAITE, D. & FOODY, J. 2002. Measuring and improving quality in emergency medicine. *Acad Emerg Med*, 9, 1091-107.
- GROENE, O., KLAZINGA, N., WAGNER, C., ARAH, O. A., THOMPSON, A., BRUNEAU, C. & SUNOL, R. 2010. Investigating organizational quality improvement systems, patient empowerment, organizational culture, professional involvement and the quality of care in European hospitals: the 'Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE)' project. *BMC Health Serv Res*, 10, 281.
- HALLER, J. S., JR. 1990. The beginnings of urban ambulance service in the United States and England. *J Emerg Med*, 8, 743-55.
- HANDEL, D. A., WEARS, R. L., NATHANSON, L. A. & PINES, J. M. 2011. Using information technology to improve the quality and safety of emergency care. *Acad Emerg Med*, 18, e45-51.
- HAY, H. I. 2000. EMS in New Zealand. *Emerg Med Serv*, 29, 95-7, 109.
- HEDGES, J. R. 1990. Emergency medicine. *JAMA*, 263, 2637-8.
- HILLMAN, K., BISHOP, G. & BRISTOW, P. 1996. Expanding the role of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Update*
- HO, V. & HESLIN, M. J. 2003. Effect of hospital volume and experience on in-hospital mortality for pancreaticoduodenectomy. *Ann Surg*, 237, 509-14.
- HOFFER, E. P. 1979. Emergency medical services, 1979. *N Engl J Med*, 301, 1118-21.
- HUIYI, T. 2007. A study on prehospital emergency medical service system status in Guangzhou. Hong Kong: University of Hong Kong.
- ISERSON, K. V. & MOSKOP, J. C. 2007. Triage in medicine, part I: Concept, history, and types. *Ann Emerg Med*, 49, 275-81.
- JENSEN, J. 1991. Marketing hospital quality. *Top Health Care Financ*, 18, 58-66.
- KARABINIS, A. & KOUKOULITSIOS, G. Δημιουργία Τ.Ε.Π.- (Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών) Χώροι Υποδοχής Περιστατικών. Ημερίδα «Οδική Ασφάλεια και Ε.Κ.Α.Β. Μετά το ατύχημα τι», Αθήνα 28 Σεπτεμβρίου 2006, 2006 Athens
- KARIMI, H. & MASOUDI ALAVI, N. 2015. Florence Nightingale: The Mother of Nursing. *Nurs Midwifery Stud*, 4, e29475.
- KOHN, K. T., CORRIGAN, J. M. & DONALDSON, M. S. 1999. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, D.C.: National Academy Press.

- LOHR, K. N., DONALDSON, M. S. & HARRIS-WEHLING, J. 1992. Medicare: a strategy for quality assurance, V: Quality of care in a changing health care environment. *QRB Qual Rev Bull*, 18, 120-6.
- MADHOK, R. 2002. Crossing the quality chasm: lessons from health care quality improvement efforts in England. *Proc*, 15, 77-83.
- MAHON, P. Y. 1996. An analysis of the concept 'patient satisfaction' as it relates to contemporary nursing care. *J Adv Nurs*, 24, 1241-8.
- MARTINEZ, R. 1998. New vision for the role of emergency medical services. *Ann Emerg Med*, 32, 594-9.
- MCGLYNN, E. A. 1998. Choosing and evaluating clinical performance measures. *Jt Comm J Qual Improv*, 24, 470-9.
- MOORE, L. 1999. Measuring quality and effectiveness of prehospital EMS. *Prehosp Emerg Care*, 3, 325-31.
- NEUHAUSER, D. 2002. Ernest Amory Codman MD. *Qual Saf Health Care*, 11, 104-5.
- NIGHTINGALE, F. & GOLDIE, S. 1987. "I have done my duty": Florence Nightingale in the Crimean War, 1854-1856. .
- NOCERA, A. & GARNER, A. 1999. An Australian mass casualty incident triage system for the future based upon triage mistakes of the past: the Homebush Triage Standard. *Aust N Z J Surg*, 69, 603-8.
- OWENS, D. J. & BATCHELOR, C. 1996. Patient satisfaction and the elderly. *Soc Sci Med*, 42, 1483-91.
- PAHO. 1995. *Establishing a mass casualty management system Pan American Health Organization* [Online]. Available: <http://helid.digicollection.org/en/d/Jph24ee/5.2.2.html>. Πρόσβαση 12 Απριλίου 2016.
- PAPASPYROU, E., SETZIS, D., GROSOMANIDIS, V., MANIKIS, D., BOUTLIS, D. & RESSOS, C. 2004. International EMS systems: Greece. *Resuscitation*, 63, 255-9.
- PARASURAMAN, A., ZEITHAML, C. & BERRY, D. 1988. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality *Journal of Retailing*, Spring, 12-40.
- PAWLICKI, T. & MUNDT, A. J. 2007. Quality in radiation oncology. *Med Phys*, 34, 1529-34.
- POZNER, C. N., ZANE, R., NELSON, S. J. & LEVINE, M. 2004. International EMS systems: The United States: past, present, and future. *Resuscitation*, 60, 239-44.
- RAZZAK, J. A. & KELLERMANN, A. L. 2002. Emergency medical care in developing countries: is it worthwhile? *Bull World Health Organ*, 80, 900-5.
- ROBERTS, J. S., COALE, J. G. & REDMAN, R. R. 1987. A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. *Jama*, 258, 936-40.
- ROESSLER, M. & ZUZAN, O. 2006. EMS systems in Germany. *Resuscitation*, 68, 45-9.
- ROGERS, I. R., EVANS, L., JELINEK, G. A., JACOBS, I., INKPEN, C. & MOUNTAIN, D. 1999. Using clinical indicators in emergency medicine: documenting performance improvements to justify increased resource allocation. *J Accid Emerg Med*, 16, 319-21.
- ROUDSARI, B. S., NATHENS, A. B., CAMERON, P., CIVIL, I., GRUEN, R. L., KOEPEL, T. D., LECKY, F. E., LEFERING, R. L., LIBERMAN, M., MOCK, C. N., OESTERN, H. J., SCHILDHAUER, T. A., WAYDHAS, C. & RIVARA, F. P. 2007. International comparison of prehospital trauma care systems. *Injury*, 38, 993-1000.
- SASSER, S., VARGHESE, M., KELLERMANN, A. & LORMAND, J. 2005. Prehospital trauma care systems. *WHO*.
- SIXMA, H. J., KERSSSENS, J. J., CAMPEN, C. V. & PETERS, L. 1998. Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expect*, 1, 82-95.

- SOMERSON, S. W. & MARKOVCHICK, V. J. 1997. Development of the triage system. in: RF Salluzzo, TA Mayer, RW Strauss, P Kidd (Eds.) *Emergency Department Management Principles and Applications*. 2nd ed. Mosby-Year Book, St Louis, MO. 179-192.
- SPITERI, A. 2008. EMS systems in Malta. *Resuscitation*, 76, 165-7.
- SPRENG, R. A. & MACCOY, R. D. 1996. An empirical examination of a model of perceived service quality and satisfaction. *Journal of Retailing*, 72, 201-214.
- ST LEGER, A., SCHNEIDER, H. & WALSWORTH-BELL, J. 1992. Evaluating health services effectiveness. *Milton Keynes: Open University Press*.
- SYMONS, P. & SHUSTER, M. 2004. International EMS Systems: Canada. *Resuscitation*, 63, 119-22.
- THOMAS, E. J., STUDDERT, D. M., BURSTIN, H. R., ORAV, E. J., ZEENA, T., WILLIAMS, E. J., HOWARD, K. M., WEILER, P. C. & BRENNAN, T. A. 2000. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care*, 38, 261-71.
- TREVITHICK, S., FLABOURIS, A., TALL, G. & WEBBER, C. F. 2003. International EMS systems: New South Wales, Australia. *Resuscitation*, 59, 165-70.
- VERMEULEN, M. J., GUTTMANN, A., STUKEL, T. A., KACHRA, A., SIVILOTTI, M. L., ROWE, B. H., DREYER, J., BELL, R. & SCHULL, M. 2015. Are reductions in emergency department length of stay associated with improvements in quality of care? A difference-in-differences analysis. *BMJ Qual Saf*.
- WEIGL, M., MULLER, A., HOLLAND, S., WEDEL, S. & WOLOSHYNOWYCH, M. 2015. Work conditions, mental workload and patient care quality: a multisource study in the emergency department. *BMJ Qual Saf*.
- WENINGER, P., HERTZ, H. & MAURITZ, W. 2005. International EMS: Austria. *Resuscitation*, 65, 249-54.
- WIKIPEDIA. 2012. *Triage* [Online]. Available: <http://en.wikipedia.org/wiki/Triage>. Πρόσβαση 12 Απριλίου 2016.
- ZUIDGEEST, M., SIXMA, H. & RADEMAKERS, J. 2009. Measuring patients' experiences with rheumatic care: the consumer quality index rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int*, 30, 159-67.
- ΛΑΜΠΡΟΥ, Π. Γ. 2005. *Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών-Οργάνωση και Λειτουργία* Αθήνα, MEDIFORCE.
- ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ, Β. Γ. 2009. *Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας*, Κύπρος Open University of Cyprus.