



ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

«Καλές Πρακτικές για την Βελτίωση των Λειτουργιών στις
Υπηρεσίες Υγείας των Δημόσιων Νοσοκομείων στην Ελλάδα»

**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ
ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΣΕΚΕΡΤΖΗ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΤΣΙΟΤΡΑΣ**

© Θεσσαλονίκη, 2021

ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

«Καλές Πρακτικές για την Βελτίωση των Λειτουργιών στις
Υπηρεσίες Υγείας των Δημόσιων Νοσοκομείων στην Ελλάδα»

**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ
ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΣΕΚΕΡΤΖΗ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΤΣΙΟΤΡΑΣ**

© Θεσσαλονίκη, 2021

Η παρούσα εργασία υπεβλήθη ως μέρος των υποχρεώσεων για την απονομή του μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης του Προγράμματος Μεταπτυχιακού Σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» του τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Μακεδονίας και παρουσιάστηκε στην Τριμελή Επιτροπή αποτελούμενη από τους:

1. Γεώργιος Τσιότρας, Καθηγητής, Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
2. Αικατερίνη Γκοτζαμάνη, Καθηγήτρια, Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας
3. Λουκάς Τσιρώνης, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

.....
Αικατερίνη Σεκερτζή

© 2021 - Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον επιβλέπων καθηγητή ή στον συγγραφέα.

...επειδή η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί πολύπλοκο φαινόμενο, οι παράγοντες που συμβάλλουν σε πολλούς οργανισμούς σε αυτήν είναι τόσο ποικίλοι, όσο και οι στρατηγικές που απαιτούνται για την επίτευξη αυτού του δύσκολου στόχου.

Carol Huston

Ευχαριστίες

Η μελέτη αυτή διεξήχθη στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας του Προγράμματος Μεταπτυχιακού Σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» του τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Μακεδονίας.

Επιθυμώ στη παρούσα διπλωματική εργασία, να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα Καθηγητή Γεώργιο Τσιότρα για τις πολύτιμες συμβουλές του.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου για την υπομονή και τη σταθερότητα που δείχνουν, καθώς και την στήριξη που μου δίνουν τόσα χρόνια και ειδικότερα τα τελευταία δυο της τέλεσης του Μεταπτυχιακού Προγράμματος.

Περίληψη

Τα δημόσια νοσοκομεία σε εθνικό επίπεδο ανταγωνίζονται, εν μέρει, να προωθήσουν την ιδέα της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή, μια έννοια που περιλαμβάνει τα πάντα, από ασφαλέστερη και έγκαιρη φροντίδα έως ικανοποίηση ασθενών με το επίπεδο προσοχής και ανέσεων.

Στην παρούσα εργασία περιγράφουμε μια διεπιστημονική προσέγγιση που στοχεύει στην ανάπτυξη ενός πλαισίου για τον ορισμό των βέλτιστων πρακτικών στην υγειονομική περίθαλψη. Γίνεται αναφορά στην Αξιολόγηση Τεχνολογίας Υγείας (HTA), στην Ιατρική βάσει αποδεικτικών στοιχείων (EBM) και στις Οδηγίες Κλινικής Πρακτικής (CPG), καθεμία από τις οποίες είναι προσεγγίσεις που βασίζονται όλο και περισσότερο σε συστηματικές αναθεωρήσεις των καλύτερων διαθέσιμων στοιχείων.

Εκτενής προσέγγιση γίνεται και στη διαδικασία παροχής και την τεκμηρίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, που σχετίζεται με την οργάνωση και τον συντονισμό τους αλλά και με το σύνολο των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των χρηστών/αποδεκτών των υπηρεσιών. Η ποιότητα της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών εξαρτάται κατά πολύ από την τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων, την ορθή διαχείριση αλλά και την εποικοδομητική επικοινωνία μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών (χρήστες/αποδέκτες των υπηρεσιών, επαγγελματίες υγείας, κοινωνικά δίκτυα, συνεργαζόμενοι φορείς παροχής υπηρεσιών).

Ο σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιαστούν όλες εκείνες οι «καλές πρακτικές» που οδηγούν στην βελτίωση της ποιότητας φροντίδας. Η έννοια της ποιότητας σε όλες τις υπηρεσίες είναι πολυσήμαντη, πόσο μάλλον στις υπηρεσίες υγείας, καθώς η πληθώρα των παρεχόμενων υπηρεσιών απαιτεί συντονισμό και σωστή οργάνωση, ενώ οι απαιτήσεις ειδικά από τη πλευρά των ασθενών είναι συνεχώς αυξανόμενες.

Η βελτίωση της ποιότητας στους υγειονομικούς τομείς, φαίνεται μέσα από την ικανοποίηση του ασθενούς. Η βελτίωση αυτή επιτυγχάνεται μέσω της εφαρμογής διεργασιών και διασφάλισης καθώς και μέτρησης της ποιότητας που εντάσσονται μέσα στα συστήματα ποιότητας.

Abstract

Public hospitals nationwide compete, in part, to promote the idea of patient-centered care, a concept that includes everything from safer and timely care to satisfying patients with the level of care and amenities.

In this paper we describe an interdisciplinary approach aimed at developing a framework for defining best practices in healthcare. Reference is made to Health Technology Assessment (HTA), Evidence-Based Medicine (EBM) and Clinical Practice Guidelines (CPG), each of which are approaches that are increasingly based on systematic reviews of the best available data.

An extensive approach is also made to the process of providing and documenting the quality of the services provided, related to their organisation and coordination but also to all interactions between health professionals and users/recipients of the services. The quality of the service process depends to a large part on informed decision-making, sound management and constructive communication between the parties involved (users/recipients of services, health professionals, social networks, cooperating service providers).

The purpose of the work is to present all those "good practices" that lead to the improvement of the quality of care. The concept of quality in all services is very important, let alone in health services, as the plethora of services provided requires coordination and proper organisation, while the demands especially on the part of patients are constantly increasing.

The improvement in quality in the health sector is shown through patient satisfaction. This improvement is achieved through the application of processes and assurance as well as quality measurement within quality systems.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	5
Περίληψη.....	6
Abstract.....	7
Ευρετήριο Πινάκων / Διαγραμμάτων.....	9
Συντομογραφίες & Ακρωνύμια.....	10
Εισαγωγή.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Βέλτιστες Πρακτικές.....	12
1.1 Καθορισμός Ορισμού για την «Βέλτιστη Πρακτική» στον Τομέα της Υγείας.....	12
1.1.1 Ανάπτυξη πλαισίου για την ταξινόμηση πληροφοριών σχετικά με τη διατήρηση ή τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης.....	12
1.1.2 Σύνθεση βιβλιογραφίας σχετικά με δραστηριότητες και μεθόδους που σχετίζονται με την έννοια.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Ποιότητα.....	17
2.1 Ιστορική Αναδρομή Ποιότητας.....	17
2.2 Εννοιολογική Προσέγγιση.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Δραστηριότητες που Διευρύνονται και Συντονίζονται με Στόχο την Σύνθεση Βέλτιστων Πρακτικών.....	20
3.1 Αξιολόγηση Τεχνολογίας Υγείας (HTA).....	20
3.2 Ιατρική Βάσει Αποδεικτικών Στοιχείων (EBM).....	20
3.3 Οδηγίες Κλινικής Πρακτικής (CPGs).....	23
3.4 Στρατηγική για την Προτεραιότητα Οργανωτικών Δραστηριοτήτων.....	27
3.4.1 Μετασχηματιστική ηγεσία (TL): μια θεωρία για την ανάπτυξη και τη διαμόρφωση της μελλοντικής επιτυχίας.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Η Ιδέα της Φροντίδας με Επίκεντρο τον Ασθενή.....	32
4.1 Ασφαλέστερη και Έγκαιρη Φροντίδα.....	32
4.2 Ικανοποίηση Ασθενών σε Επίπεδο Προσοχής και Ανέσεων.....	33
4.3 Αφοσίωση στον Ασθενή και την Οικογένεια.....	35
4.4 Πόροι Υψηλής Τεχνολογίας.....	38
4.4.1 Υιοθέτηση της τηλε-υγείας για την ενίσχυση των επιθυμητών αποτελεσμάτων των ασθενών.....	38
4.4.2 Χρήση λογισμικού για την αποφυγή εσφαλμένων διαγνώσεων.....	42
4.5 Κύκλος Ποιοτικού Ελέγχου (Quality Circle).....	45
4.6 Το Πρότυπο ISO 9001.....	47
4.7 Η Διαδικασία Επίλυσης Προβλημάτων (problem solving).....	50
4.8 Η Ανάλυση Ριζικής Αιτίας (RCA).....	55
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	59
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	63

Ευρετήριο Πινάκων / Διαγραμμάτων

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά των οδηγιών κλινικής πρακτικής.....	25
Πίνακας 2. Διαδικασία ανάλυσης των βαθύτερων αιτίων (RCA)	56
Διάγραμμα 1. Τα τέσσερα ξεχωριστά στοιχεία που αποτελούν έναν Μετασχηματιστικό ηγέτη του Bass	29
Διάγραμμα 2. Κλινικά μικροσυστήματα όπως περιγράφεται από τους Nelson et al.....	41
Διάγραμμα 3. Ο κύκλος του Deming.....	46
Διάγραμμα 4. Το διάγραμμα αιτίας - αποτελέσματος	57

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

AT&T	Αμερικανικό τηλέφωνο και τηλέγραφος (American Telephone & Telegraph)
HTA	Αξιολόγηση Τεχνολογίας Υγείας (Health Technology Assessment)
LMICs	Χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (Low - and Middle-Income Countries)
EBM	Ιατρική Βάσει Αποδεικτικών Στοιχείων (Evidence-Based Medicine)
ACE	Μοντέλο Μετασχηματισμού της Γνώσης
CPGs	Οδηγίες Κλινικής Πρακτικής (Clinical Practice Guidelines)
IOM	Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine)
AHCPR	Οργανισμός Πολιτικής και Έρευνας Υγειονομικής Περίθαλψης (Agency for Health Care Policy and Research)
AHRQ	Οργανισμός Έρευνας και Ποιότητας Υγειονομικής Περίθαλψης (Agency for Healthcare Research and Quality)
TL	Μετασχηματιστική ηγεσία (Transformational Leadership)
AEs	Ανεπιθύμητα Συμβάντα (Adverse Events)
HMPS	Μελέτη Ιατρικής Πρακτικής του Χάρβαρντ (Harvard Medical Practice Study)
GTT	Καθολικό Εργαλείο Ενεργοποίησης (Global Trigger Tool)
ICT	Τεχνολογία Πληροφοριών και Επικοινωνιών (Information and Communication Technology)
HCPs	Επαγγελματίες Υγείας (Healthcare Professionals)
TAM model	το μοντέλο αποδοχής τεχνολογίας
ICSQCC	Κινεζικοί Κύκλοι Ποιοτικού Ελέγχου (Chinese Quality Circles Society)
QCFI	Φόρουμ Κύκλου Ποιότητας της Ινδίας (Quality Circle Forum of India)
ISO	Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (International Organization of Standardization's)
QM	Διαχείριση Ποιότητας (Quality Management)
QM-activities	Δραστηριότητες Διαχείρισης Ποιότητας
EFQM	Ευρωπαϊκό Ίδρυμα Διαχείρισης Ποιότητας (European Foundation for Quality Management)
PBL training	Εκμάθηση βάσει έργου (Project Based Learning)
RCA	Ανάλυση των Βαθύτερων Αιτιών (Root Cause Analysis)
RCCF	Παράγοντες που Συμβάλουν στην Ανάλυση Βαθύτερων Αιτιών (Root Cause Contributing Factors”
CMTF	Καναδική Ομάδα Κρούσης Υποσιτισμού (Canadian Malnutrition Task Force)
KTA	Διαδικασία γνώσης προς δράση (knowledge-to-action process)

Εισαγωγή

Η υγειονομική περίθαλψη είναι ένα από τα πιο πολύπλοκα αλλά και σημαντικότερα ανθρώπινα συστήματα. Μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις του υγειονομικού συστήματος είναι η πραγματοποίηση του συντονισμού των δραστηριοτήτων και της ενσωμάτωσης νεότερων με παλαιότερους τρόπους θεραπείας των ασθενών, ενώ παράλληλα παρέχετε υψηλής ποιότητας ασφαλή φροντίδα. Αξίζει να σημειωθούν τρεις εκθέσεις ορόσημο με επικεφαλής την Lancet Global Health Commission, τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), τον οργανισμό οικονομικής συνεργασίας και ανάπτυξης και την παγκόσμια τράπεζα και τέλος τις εθνικές ακαδημίες επιστημών, μηχανικών και της ιατρικής των Ηνωμένων Πολιτειών όπου προτείνουν, ότι τα συστήματα υγείας θα πρέπει να αντιμετωπίζουν την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών, να δημιουργούν λιγότερες βλάβες ως προς το σύστημα υγείας και να παρέχουν καθολική κάλυψη για την υγεία των ανθρώπων σε όλα τα έθνη, αλλά με μεγαλύτερη έμφαση στις χώρες με χαμηλό ή και μεσαίο εισόδημα.

Καθώς η εμπειρία των ασθενών συνδέεται με την πληρωμή του παρόχου φροντίδας τόσο σε ιδιωτικό επίπεδο όσο και σε δημόσιο μέσω των κρατήσεων, η αποτελεσματικότητα και η υπηρεσία υγείας, συχνά διαφοροποιούνται μεταξύ των νοσοκομείων και των παρόχων υγείας, και έτσι οι προσδοκίες των ασθενών εξελίσσονται. Η προσδοκία των ασθενών δεν παύσει να είναι η καλή κλινική φροντίδα, οι άνθρωποι αναζητούν υγειονομική περίθαλψη και υποστηρικτικά συστήματα που πάνω από όλα σέβονται τα άτομα.

Στην παρούσα εργασία θα μελετηθούν και θα αναφερθούν οι σημαντικότερες πρακτικές, που διαμορφώνουν την υγειονομική περίθαλψη και την πορεία προς ένα προσωποκεντρικό μοντέλο φροντίδας. Μέσα από τις σημαντικότερες και σύγχρονες έρευνες που οδηγούν τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης σε ένα καλύτερο σύστημα υγείας. Συγκεκριμένα, αναγνωρίζετε ότι η βελτίωση της πρόσβασης υγείας και ο προγραμματισμός απαιτεί μετασχηματισμό σε επίπεδο συστήματος και αυτός ο μετασχηματισμός μπορεί να μας αποκαλύψει διάφορα στοιχεία και μη αναγνωρισμένους πόρους ώστε να βελτιώσει όλες τις πτυχές της παροχής φροντίδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Βέλτιστες Πρακτικές

1.1 Καθορισμός Ορισμού για την «Βέλτιστη Πρακτική» στον Τομέα της Υγείας

Οι δραστηριότητες, οι κλάδοι και οι μέθοδοι που είναι διαθέσιμες για τον εντοπισμό, την εφαρμογή και την παρακολούθηση των στοιχείων στην υγειονομική περίθαλψη ονομάζονται «βέλτιστες πρακτικές». Παράλληλα, ορίζουμε τις βέλτιστες πρακτικές στην υγειονομική περίθαλψη ως τον «καλύτερο τρόπο» για τον εντοπισμό, τη συλλογή, την αξιολόγηση, τη διάδοση και την εφαρμογή πληροφοριών σχετικά με, καθώς και για την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης για ασθενείς / ομάδες πληθυσμού και καθορισμένες ενδείξεις ή καταστάσεις. Οι βέλτιστες πρακτικές είναι ένα σύνολο οδηγιών, ηθικής ή ιδεών που αντιπροσωπεύουν την πιο αποτελεσματική ή συνετή πορεία δράσης σε μια δεδομένη επιχειρηματική κατάσταση. Οι βέλτιστες πρακτικές μπορούν να καθιερωθούν από τις ρυθμιστικές αρχές ή τα διοικητικά όργανα, ή μπορούν να αποφασίζονται εσωτερικά από μια ομάδα διαχείρισης (Perleth, 2001).

Ένας ορισμός από το πεδίο της βρετανικής τέχνης αναφέρει ότι για να ολοκληρωθεί μια διαδικασία ή να αποδειχθεί ότι λειτουργεί καλά και να μας δώσει αποτελέσματα, εν συντομία, συνίσταται να χρησιμοποιηθεί ως μοντέλο. Τα περισσότερα προγράμματα βέλτιστων πρακτικών συνδυάζουν δύο βασικά και συμπληρωματικά στοιχεία: τη ρητή γνώση, όπως μια βάση δεδομένων βέλτιστων πρακτικών (σύνδεση ατόμων με πληροφορίες) και μεθόδους ανταλλαγής σιωπηρών γνώσεων, όπως κοινότητες πρακτικής (σύνδεση ατόμων με άτομα) (Perleth, 2001).

1.1.1 Ανάπτυξη πλαισίου για την ταξινόμηση πληροφοριών σχετικά με τη διατήρηση ή τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, η δημόσια υγεία και η πολιτική υγείας θα πρέπει να είναι ενημερωμένες σχετικά με τα τρέχοντα αλλά και διαθέσιμα στοιχεία. Είναι σημαντικό μια ιδέα να μπορεί να ενσωματωθεί σε τρεις βασικές δραστηριότητες όπως είναι: η αξιολόγηση της ιατρικής τεχνολογίας (HTA), οι οδηγίες κλινικής πρακτικής (CPGs) και η ιατρική βάσει αποδεικτικών στοιχείων (EBM). Τα στοιχεία αυτά λοιπόν κουμπώνουν μεταξύ τους είτε ως βάση αποδεικτικών στοιχείων (EBM και HTA) είτε με την μορφή συστάσεων (CPGs και HTA) για την λήψη αποφάσεων στο σύστημα

υγειονομικής περίθαλψης. Οι δραστηριότητες αυτές έχουν αποτέλεσμα κυρίως μέσω τεσσάρων κλάδων. Οι κλάδοι αυτοί είναι η κλινική έρευνα, η κλινική επιδημιολογία, η οικονομία της υγείας και τέλος η έρευνα των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο οι τέσσερις αυτοί κλάδοι είναι άμεσα συσχετισμένοι με τρεις τομείς όπως είναι η εισαγωγή, η διάδοση- εφαρμογή και η παρακολούθηση- αποτελέσματα. Όλοι αυτοί οι τομείς και οι κλάδοι παρέχουν σημαντικά στοιχεία σε σχέση με τις πιθανές επιπτώσεις αλλά και τις παρεμβάσεις της υγειονομικής περίθαλψης, τόσο για τους τρόπους εφαρμογής του αλλά και για τους τρόπους παρακολούθησης του πραγματικού αποτελέσματος. Καμία από τις παραπάνω προσεγγίσεις και δραστηριότητες δεν μας δίνει αποκλειστικά μια σωστή αλλά και επιτυχημένη στρατηγική για την πραγματοποίηση της βέλτιστης πρακτικής. Στην πραγματικότητα θα πρέπει να δοθούν πόροι για την αύξηση της ποιότητας και της ποσότητας τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στην δευτεροβάθμια έρευνα, με στόχο την δημιουργία σωστών δικτύων για τη σύνθεση, τη διάδοση, την εφαρμογή και την παρακολούθηση των βέλτιστων πρακτικών (Perleth, 2001).

Το σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης από πολλούς χαρακτηρίζεται αρκετά κοστοβόρο και περιέχει πολλά κενά στην ποιότητα, την ασφάλεια, την ισότητα και την πρόσβαση των πολιτών. Ο στόχος των πολιτικών φορέων και των ιδιωτών είναι η μείωση των αποβλήτων, η αύξηση της αναποτελεσματικότητας στους φορείς υγείας και η διάθεση πόρων για την βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης (Fraser, 2008).

Ένας οργανισμός υγείας προτού αποφασίσει το πρόγραμμα βελτίωσης της ποιότητάς του, οι υπεύθυνοι διαχείρισης του οργανισμού μπορεί να αξιολογήσουν πρώτα όλα αυτά τα οφέλη που θα μπορούσαν να έχουν μειώνοντας την αναποτελεσματικότητα του οργανισμού. Στο άρθρο τους οι Valdmanis, Rosko και Mutter (2008), ερεύνησαν και προσδιόρισαν την ανεπάρκεια σε 1.377 νοσοκομεία σε 34 πολιτείες της Αμερικής με στόχο να ελέγξουν την ασφάλεια των ασθενών. Τα αποτελέσματα της έρευνας τους έδειξαν πως κατά μέσο όρο τα νοσοκομεία θα μπορούσαν σε ποσοστό 26% να αυξήσουν την παραγωγή έτσι ώστε να καταπολεμήσουν την αναποτελεσματικότητά τους. Το 3% της αναποτελεσματικότητας οφειλόταν κυρίως στην απώλεια της παραγωγικότητας που σχετίζεται άμεσα με την ασφάλεια των ασθενών. Το σημαντικό είναι πως και τα νοσοκομεία με υψηλό δείκτη ποιότητας αλλά με χαμηλά ποσοστά ασφάλειας των ασθενών, έχουν μεγάλη αναποτελεσματικότητα η οποία οφείλεται κυρίως στο αδρανές προσωπικό. Η απόδειξη λοιπόν πως και τα καλύτερα νοσοκομεία έχουν αναποτελεσματικότητα αναφορικά με τις υπηρεσίες του προσωπικού τους, δημιουργεί ερωτήσεις για περεταίρω έρευνα.

1.1.2 Σύνθεση βιβλιογραφίας σχετικά με δραστηριότητες και μεθόδους που σχετίζονται με την έννοια

Πολλές έρευνες αναφέρουν πως υπάρχουν προοπτικές βελτίωσης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Το να μπορεί η διοίκηση του νοσοκομείου να εφαρμόσει νέες τεχνολογίες στο σύστημα υγείας, έχει αποδειχτεί ότι βελτιώνει τις επιδόσεις στα νοσοκομεία και έτσι μειώνονται τα ιατρονοσηλευτικά λάθη και δημιουργείται ένα αίσθημα ασφάλειας προς την υγεία των ασθενών (Keller, 2015; Canadian Patient Safety Institute, 2011; Field, 2014). Ένας άλλος τρόπος βελτίωσης της ποιότητας εκτός από τις διάφορες τεχνολογίες, είναι και η χρήση προγραμμάτων που βοηθάει στην διεκπεραίωση των εσωτερικών διαδικασιών. Ορισμένα προγράμματα έχουν δημιουργηθεί ακριβώς για να εξυπηρετούν το σύστημα υγείας αλλά υπάρχουν και άλλα προγράμματα όπως για παράδειγμα από τον τομέα της βιομηχανίας όπου μπορούν να φανούν χρήσιμα αλλά και να χρησιμοποιηθούν για το όφελος του συστήματος υγείας (Graham, 2006). Είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί πως η αυξανόμενη ποιότητα, βελτιώνει την επιχειρησιακή απόδοση (Taylor, 2014). Συγκεκριμένα, η χρήση προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας της υγείας σχετίζονται με διάφορους τύπους επιδόσεων στα νοσοκομεία. Βρέθηκαν λοιπόν θετικά πρόσημα σε σχέση με τη βελτίωση της αποδοτικότητας, τη βελτιστοποίηση της ποιότητας, της περίθαλψης, της πρόθεσης κύκλου εργασιών, του χρόνου αναμονής και της ασφάλειας (Taylor, 2014; Rycroft-Malone, 2004; Meyers, 2012; Keller, 2015). Τέλος, η οργανωτική κουλτούρα και οι αξίες έχουν αποδειχθεί ότι επηρεάζουν την ποιότητα της φροντίδας και την ασφάλεια ενώ μειώνουν τα ιατρικά λάθη (Duerksen, 2015; Duerksen, 2014; Laur, 2015).

Παρόλο που υπήρξε αρκετή βιβλιογραφία σχετικά με την αποτελεσματικότητα των διαφόρων τεχνολογιών στον τομέα της υγείας, υπήρξαν λίγες μελέτες που αναφέρουν ουσιαστικά την χρήση αυτών αλλά και την αποτελεσματικότητά τους στην πράξη. Πολλές έρευνες εστιάζουν μόνο σε μία με δύο τεχνολογίες. Οπότε οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας αναρωτιούνται για τις καλύτερες επιλογές που θα μπορούσαν να έχουν με μόνο τροχοπέδη τους περιορισμένους πόρους. Παρακάτω παρουσιάζονται βέλτιστες πρακτικές από νοσοκομεία που εφόσον έφτασαν την ποιότητα των υπηρεσιών τους σε πολύ καλά επίπεδα αναζήτησαν δράσεις, στο πλαίσιο της διαρκούς βελτίωσης της.

Μία σημαντική μελέτη των Gaube, Fischer και Lermer (2021), σε τέσσερα νοσοκομεία της Γερμανίας, σχετικά με την βελτίωση της υγιεινής των χεριών στα νοσοκομεία, είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος για την πρόληψη λοιμώξεων που

σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη. Η συμπεριφορά υγιεινής των χεριών των ασθενών αλλά και των επισκεπτών του νοσοκομείου δεν είναι καλά διερευνημένη, αν και ενέχουν κίνδυνο μετάδοσης παθογόνων μικροοργανισμών. Ωστόσο, η παρούσα μελέτη είχε τρεις στόχους: την εύρεση ενός κατάλληλου θεωρητικού μοντέλου για την εξήγηση της πρακτικής υγιεινής των χεριών των ασθενών και των επισκεπτών στον χώρο του νοσοκομείου, τον προσδιορισμό σημαντικών προγνωστικών για τη συμπεριφορά της υγιεινής των χεριών τους και τέλος την σύγκριση των βασικών καθοριστικών παραγόντων της συμπεριφοράς υγιεινής των χεριών μεταξύ επαγγελματιών υγείας. Συνολικά, 1.605 ασθενείς και επισκέπτες ερωτήθηκαν σχετικά με την πρακτική υγιεινής των χεριών τους στα νοσοκομεία. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν βασίστηκαν σε τρία θεωρητικά μοντέλα: α) τη θεωρία της προγραμματισμένης συμπεριφοράς (TPB), β) την προσέγγιση της διαδικασίας δράσης για την υγεία (HAPA) και γ) το θεωρητικό πλαίσιο τομέα (TDF) (Gaube, 2021).

Το TDF χαρακτηρίστηκε ως το καταλληλότερο μοντέλο για να εξηγήσει τις πρακτικές υγιεινής των χεριών των ασθενών και των επισκεπτών. Οι ασθενείς και οι επισκέπτες θα πρέπει να συμπεριληφθούν στις υπάρχουσες στρατηγικές παρέμβασης για αλλαγή συμπεριφοράς. Οι νέες προγραμματισμένες παρεμβάσεις πρέπει να εστιάζονται στη στόχευση διαδικασιών αυτορρύθμισης και κοινωνικής επιρροής για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας.

Η Καναδική ειδική ομάδα που δραστηριοποιείται στο κομμάτι του υποσιτισμού (CMTF) πραγματοποίησαν έρευνα με στόχο την δημιουργία και εφαρμογή της γνώσης. Μετά από μια μελέτη κοόρτης και μια σύνθεση στοιχείων σχετικά με τις βέλτιστες πρακτικές για την ταυτοποίηση, τη θεραπεία και την πρόληψη του υποσιτισμού στα νοσοκομεία, η CMTF δημιούργησε ένα τεκμηριωμένο, βασισμένο σε συναίνεση μονοπάτι για τη διατροφική φροντίδα στα νοσοκομεία. Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι να αναλύσει λεπτομερώς τα βήματα που έγιναν σε αυτό το ερευνητικό πρόγραμμα, μέσω τεσσάρων μελετών, ως παράδειγμα της διαδικασίας γνώσης προς δράση (ΚΤΑ). Η διαδικασία ΚΤΑ περιλαμβάνει τη δημιουργία γνώσεων και κύκλους δράσης. Τα βήματα του κύκλου δράσης σε αυτό το πρόγραμμα έρευνας είναι επαναληπτικά, και μέχρι αυτό το σημείο έχουν ενημερωθεί από τρεις μελέτες, με μια τέταρτη σε εξέλιξη. Η πρώτη μελέτη διαπίστωσε το μέγεθος του προβλήματος του υποσιτισμού κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο και τον τρόπο με τον οποίο δεν ανιχνεύεται και αντιμετωπίζεται. Η δημιουργία γνώσης οδήγησε σε ένα τεκμηριωμένο μονοπάτι που δημιουργήθηκε για την

αντιμετώπιση των κενών περίθαλψης και την ανάπτυξη εργαλείων παρακολούθησης (Laur, 2015).

Η χρήση πλαισίων μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα ουσιαστικών και βιώσιμων βελτιώσεων στην πρακτική του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Το παράδειγμα αυτού του προγράμματος έρευνας καταδεικνύει πώς χρησιμοποιήθηκαν τα υπάρχοντα στοιχεία για τον εντοπισμό, τη δημιουργία και την προσαρμογή των γνώσεων και πώς έχουν χρησιμοποιηθεί πολυεπιστημονικές ομάδες για την πραγματοποίηση αλλαγών στο νοσοκομείο. Η αποτελεσματική εφαρμογή είναι απαραίτητη στη διατροφική υγειονομική περίθαλψη και αυτό το πολυτομεακό πρόγραμμα έρευνας παρέχει ένα παράδειγμα του πώς η διαδικασία ΚΤΑ μπορεί να διευκολύνει την εφαρμογή και να προωθήσει τη βιωσιμότητα (Laur, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Ποιότητα

2.1 Ιστορική Αναδρομή Ποιότητας

Με τη βιομηχανική επανάσταση και τη μαζική παραγωγή, στις αρχές του 20ού αιώνα, προέκυψε η ανάγκη ποιοτικού ελέγχου της γραμμής παραγωγής, που αρχικά περιοριζόταν στην επιθεώρηση των πρώτων υλών και των ενδιάμεσων προϊόντων. Τις προδιαγραφές όριζε ο μηχανικός παραγωγής και οτιδήποτε ήταν εκτός ορίων επανεξεταζόταν ή απομακρυνόταν. Ήταν η εποχή όπου στην Αμερική η εταιρεία τηλεπικοινωνιών AT&T (American Telephone & Telegraph) εργαζόταν για τη δημιουργία εκτεταμένου δικτύου. Για το σκοπό αυτό ίδρυσε την εταιρία Western Electric, με στόχο να την προμηθεύει πρώτες ύλες (συνδυασμός μαζικής παραγωγής και ταυτόχρονα αυξημένων απαιτήσεων ως προς την αξιοπιστία των προμηθειών και την ποιότητα των υλικών), ενώ δεύτερη θυγατρική, η Bell Telephone Laboratories (Bell Labs), ήταν προσανατολισμένη στην έρευνα και στα θέματα ποιότητας που αφορούσαν στη μαζική παραγωγή, εισάγοντας τη στατιστική μεθοδολογία. Έως τα μέσα του 1940 σημειώθηκε πρόοδος στην προσέγγιση της ποιότητας, καθώς έγινε αντιληπτό από τους ερευνητές της Bell Labs ότι δεν επαρκεί η απλή επιθεώρηση της καταλληλότητας των ενδιάμεσων προϊόντων μιας γραμμής παραγωγής, αλλά είναι σημαντικός ο έλεγχος των διαδικασιών που οδηγούν στο προϊόν και της διακύμανσής τους. Στις αρχές του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, ο αμερικανικός στρατός εφάρμοσε στατιστικές μεθόδους δειγματοληψίας για τον έλεγχο των προμηθευτών του. 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 Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, Ιάπωνες ερευνητές ανέλαβαν το ερευνητικό έργο, ένας από αυτούς ήταν ο Kaoru Ishikawa του Πανεπιστημίου του Τόκιο, ο οποίος δημιούργησε επτά εργαλεία σχεδιασμού και διαχείρισης ποιότητας που εξακολουθούν να χρησιμοποιούνται σήμερα (Arah, 2003).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι τα ιαπωνικά προϊόντα έγιναν πολύ ανταγωνιστικά όσον αφορά την τιμή και την ποιότητα. Μόνο στα τέλη της δεκαετίας του 1970 περιθωριοποίησαν την αμερικανική βιομηχανία, κυρίως στους τομείς της ηλεκτρονικής και της αυτοκινητοβιομηχανίας. Οι Ιάπωνες εμφανίστηκαν επειδή επέκτειναν την έννοια της ποιότητας από μια στατιστική μέτρηση της παραγωγής στη διαμόρφωση μιας κουλτούρας που απευθύνεται κυρίως στους υπαλλήλους του οργανισμού (Arah, 2003).

2.2 Εννοιολογική Προσέγγιση

Κατά την διάρκεια της διαδικασίας του ελέγχου (controlling), η απόδοση υπολογίζεται με βάση προκαθορισμένα πρότυπα και έτσι πραγματοποιούνται δράσεις για τη διόρθωση των αποκλίσεων της πραγματικής απόδοσης σε σχέση με τα πρότυπα. Οι υπάλληλοι που μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα των αποτελεσμάτων στο εργασιακό τους περιβάλλον με βάση την απόδοση της εργασίας τους, έχουν μεγαλύτερο κίνητρο και συναισθηματική ικανοποίηση στην εργασία τους σε πολύ μεγάλο βαθμό. Η παραγωγικότητα, η καινοτομία και τα ποιοτικά αποτελέσματα, είναι πολύ σημαντικά για έναν οργανισμό και έτσι θα πρέπει να υπάρχει έλεγχος για το αν τηρούνται όλες αυτές οι διαδικασίες. Εν κατακλείδι, ο έλεγχος δεν θα πρέπει να θεωρείται ένα μέσο προσδιορισμού της επιτυχίας ή της αποτυχίας, αλλά ως τρόπος μάθησης και ανάπτυξης τόσο σε προσωπικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο (Haberfelde, 2005).

Ο ποιοτικός έλεγχος (quality control), είναι ένας συγκεκριμένος τύπος ελέγχου που αναφέρεται σε ενέργειες που λαμβάνονται για την αξιολόγηση, την παρακολούθηση ή την τυποποίηση των υπηρεσιών που παρέχονται στους καταναλωτές. Για να είναι αποτελεσματικό οποιοδήποτε πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου, ορισμένα στοιχεία πρέπει να είναι αποτελεσματικά. Αρχικά, το σχέδιο πρέπει να υποστηρίζεται από την ανώτατη διοίκηση. Ένα σχέδιο ποιοτικού ελέγχου δεν μπορεί να είναι απλώς μια άσκηση τυπικής συμμόρφωσης με διάφορους κανονισμούς. Η χρηματοοικονομική υποστήριξη και η υποστήριξη του ανθρώπινου δυναμικού αποδεικνύουν την ειλικρινή δέσμευση του οργανισμού και θα αποτελέσουν βασικό παράγοντα για τον καθορισμό και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών (Haberfelde, 2005).

Αν και οι οργανισμοί πρέπει να είναι ρεαλιστικοί σχετικά με τις οικονομικές διαστάσεις των υπηρεσιών που παρέχουν, εάν οι νοσηλευτές επιδιώκουν την αριστεία, τότε τα πρότυπα για τον ποιοτικό έλεγχο πρέπει να είναι το καλύτερο και όχι το χαμηλότερο αποδεκτό επίπεδο. Τέλος, η διαδικασία ποιοτικού ελέγχου πρέπει να είναι συνεχής. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να αντανακλά την πεποίθηση ότι η έρευνα για τη βελτίωση των ποιοτικών αποτελεσμάτων συνεχίζεται και η φροντίδα μπορεί πάντα να βελτιωθεί (Haberfelde, 2005).

Για να κατανοήσουν τον ποιοτικό έλεγχο, οι επόπτες πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με τις διαδικασίες και την ορολογία που χρησιμοποιούνται στις ενέργειες μέτρησης και βελτίωσης της ποιότητας.

Από τη δεκαετία του 1980, η μέτρηση της ποιότητας (quality measurement) και η λογοδοσία των αποτελεσμάτων (outcomes accountability) αποτελούν «πονοκέφαλο» στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και εξακολουθούν να βρίσκονται στην πρώτη γραμμή των καθημερινών θεμάτων του συστήματος υγείας. Ο καθορισμός και η μέτρηση της ποιότητας της ιατρικής περίθαλψης είναι πολύ σημαντικός για όσους παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες για να αποδείξουν την αίσθηση ευθύνης σε ασφαλιστικές εταιρείες, ασθενείς, νομοθέτες και στελέχη. Ωστόσο, η επίτευξη ποιοτικής φροντίδας δεν είναι απλώς θέμα καλύτερης εκπαίδευσης όσων την παρέχουν ή παροχής περισσότερων ποσοτικών υπηρεσιών. Το πρόβλημα είναι πολυδιάστατο και η πολυπλοκότητά του ξεκινά με τον ορισμό της ποιοτικής φροντίδας (Huston, 2003).

Το Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM, 1994) ορίζει την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης ως *«τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για άτομα και πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα αναμενόμενων αποτελεσμάτων υγείας των ασθενών και είναι συνεπείς με τις τρέχουσες επαγγελματικές γνώσεις»*. Αν και αυτός ο ορισμός είναι ευρέως αποδεκτός, ορισμένα μέρη του αξίζουν περαιτέρω μελέτη. Το πρώτο είναι ότι η ποιότητα της αξιολόγησης υπάρχει μόνο όταν επιτευχθούν τα αναμενόμενα αποτελέσματα της κατάστασης της υγείας. Το αποτέλεσμα είναι μόνο ένας δείκτης ποιότητας. Με βάση τις διαθέσιμες πληροφορίες, μερικές φορές οι ασθενείς λαμβάνουν την καλύτερη φροντίδα, αλλά τα αποτελέσματα είναι κακά. Άλλες φορές, η μέτρια θεραπεία μπορεί να φέρει καλά αποτελέσματα. Είναι λάθος να χρησιμοποιείτε τα αποτελέσματα μόνο ως μέτρο της ποιότητας της περίθαλψης (Huston, 2003).

Η δεύτερη συνέπεια του αμφισβητούμενου ορισμού του IOM είναι ότι για να θεωρηθεί η φροντίδα υψηλής ποιότητας, πρέπει να συμμορφώνεται με την τρέχουσα εμπειρία. Ακόμη και αφοσιωμένοι υπάλληλοι, στην τρέχουσα κατάσταση των τεχνικών πληροφοριών, είναι δύσκολο να ευθυγραμμιστούν με τις επαγγελματικές γνώσεις. Εξάλλου, το προσωπικό και οι ασθενείς συχνά ορίζουν και μετρούν την ποιοτική φροντίδα διαφορετικά, γεγονός που περιπλέκει το πρόβλημα. Προφανώς, είναι δύσκολο να βρεθεί ένας γενικός ορισμός της υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης που αντιπροσωπεύει τις απόψεις όλων των ατόμων που συμμετέχουν στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Ervin, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Δραστηριότητες που Διευρύνονται και Συντονίζονται με Στόχο την Σύνθεση Βέλτιστων Πρακτικών

3.1 Αξιολόγηση Τεχνολογίας Υγείας (HTA)

Η οργάνωση και η παροχή υγειονομικής περίθαλψης αλλάζει. Κοιτάζοντας πίσω τους αιώνες, οι γιατροί και άλλοι επαγγελματίες υγείας είχαν βασικές πρακτικές, οι προσδοκίες των ασθενών δεν ήταν μεγάλες και δεν υπήρχε πραγματικό σύστημα υγείας επειδή οι κλινικοί γιατροί ήταν ανεξάρτητοι πάροχοι. Ωστόσο, μέχρι τα τέλη του 20ού αιώνα, η υγειονομική περίθαλψη είχε εξελιχθεί ώ το πιο περίπλοκο ανθρώπινο έργο. Το εύρος των τύπων και των καταστάσεων των ασθενών, των διαδικασιών, των δοκιμών, των διαθέσιμων τεχνολογιών, των φαρμάκων, των ειδικευμένων εργαζομένων και των ρυθμίσεων περίθαλψης έχει αυξηθεί εκθετικά ακόμη και σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (LMIC) με μέτριους πόρους. Αυτό απαιτεί εκτεταμένες δομές υποστήριξης και συντονισμό (Braithwaite, 2020).

Προχωρώντας λοιπόν, στην τρίτη δεκαετία του 21ου αιώνα έχουμε πλέον προηγμένη τεχνολογία πληροφοριών και τηλεπικοινωνιών, ιατρική ακριβείας, τεχνητή νοημοσύνη, προηγμένα φάρμακα και απaráμιλλο εξοπλισμό υποστήριξης φροντίδας, που αυξάνουν την ικανότητα παροχής καλύτερων θεραπειών και παρεμβάσεων. Παρόλο που οι χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα μπορούν να τις χρησιμοποιήσουν, πρέπει να μειώσουν το κόστος — για παράδειγμα, χρησιμοποιώντας τεχνολογία κινητής τηλεφωνίας και μικροδίκτυα αντί για μεγάλα συστήματα υπολογιστών. Αυτά τα νέα περιβάλλοντα περίθαλψης ωφελούν τους ασθενείς, αλλά αυξάνουν σημαντικά την πολυπλοκότητα του συστήματος και επιταχύνουν την ανάγκη για καλύτερο συντονισμό (Braithwaite, 2017).

3.2 Ιατρική Βάσει Αποδεικτικών Στοιχείων (EBM)

Από τον Archibald Cochrane (1972) που πρώτος έθεσε το ζήτημα της ποιότητας στην παροχή της ιατρικής φροντίδας, φτάσαμε στην υιοθέτηση της τεκμηριωμένης πρακτικής (EBP). Ωστόσο, τα ερωτήματα υποκινούν την όλη διαδικασία της τεκμηριωμένης πρακτικής. Η έμφαση δίνεται σε δύο σημεία: πρώτον, ακρίβεια στους όρους και σαφήνεια σε σχέση με το σκοπό της ερώτησης και δεύτερον η διαδικασία των ερωτήσεων πρέπει να εκλαμβάνεται ως επαναλαμβανόμενη (Eldredge, 2002).

Η Τεκμηριωμένη πρακτική (EBP), αποτελεί ένα από τα επαγγελματικά προσόντα του υγειονομικού προσωπικού (Greiner, 2003).

Η Krugman (2003) αναφέρει ότι η εκπόνηση του πολιτισμού στην EBP είναι ένα σχέδιο για την ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων και πιστεύει ότι η έναρξη των δραστηριοτήτων βάσει στοιχείων θα χρησιμεύσει ως πρωτοπόρος για τη μετατόπιση της καλλιέργειας για το σκοπό αυτό.

Σύμφωνα με τους Melynck et al. (2012), η απόκτηση γνώσεων σχετικά με τις μεθόδους έρευνας, που έχουν την ικανότητα να αξιολογούν τις εκθέσεις έρευνας με το μάτι ενός κριτικού, και έχοντας μια θετική στάση απέναντι στην τεκμηριωμένη πρακτική είναι μεταξύ των μεθόδων που θα οδηγήσει σε βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης.

Ως εκ τούτου, η ποιότητα αποτελείται από τρεις πτυχές: τις υπηρεσίες, με στόχο τα αποτελέσματα για την υγεία και τη συνέπεια με την τρέχουσα γνώση. Εκφράζει μια βασική πεποίθηση ότι η έρευνα παράγει την πιο αξιόπιστη γνώση σχετικά με την πιθανότητα ότι μια συγκεκριμένη στρατηγική θα αλλάξει την τρέχουσα κατάσταση της υγείας του ασθενούς σε επιθυμητά αποτελέσματα (Eldredge, 2002).

Επιπλέον, οι ηγέτες στον τομέα όρισαν την EBP ως «Ένταξη των καλύτερων ερευνητικών αποδείξεων με κλινική εμπειρία και τις αξίες των ασθενών». Ως εκ τούτου, η EBP ενοποιεί στοιχεία της έρευνας με την κλινική εμπειρία και ενθαρρύνει την εξατομίκευση φροντίδα μέσω της ένταξης των προτιμήσεων των ασθενών (Stevens, 2013).

Μια πρόσφατη έρευνα της κατάστασης των πράξεων βασισμένων σε αποδείξεις σε νοσηλευτές ανέφεραν ότι, ενώ οι νοσηλευτές είχαν θετική στάση απέναντι στην EBP και ευχήθηκαν να αποκτήσουν περισσότερες γνώσεις και δεξιότητες, όμως αυτό εξακολουθεί να αντιμετωπίζει σημαντικά εμπόδια στην πράξη (Melynck et. al., 2012).

Από την άλλη μεριά, το ACE (Μοντέλο Μετασχηματισμού της Γνώσης) αναπτύχθηκε για να προσφέρει μια απλή αλλά περιεκτική προσέγγιση για να μεταφράσει αποδείξεις στην πράξη. Όπως εξηγείται στο ACE, μία προσέγγιση για την κατανόηση της χρήσης των EBP στη κλινική πρακτική είναι να εξετάσει τη φύση της γνώσης και της γνώσης μετατροπής που και οι δύο έννοιες είναι απαραίτητες και έχουν ιδιαίτερη σημασία στη λήψη των κλινικών αποφάσεων (Stevens, 2013).

Εντούτοις, ο Muir Grey (1997) περιέγραψε πως η κλινική πράξη είναι μια διαδικασία λήψης αποφάσεων στην οποία τον πρώτο λόγο έχει ο κλινικός ο οποίος

χρησιμοποιεί τις καλύτερες διαθέσιμες ενδείξεις ώστε να τις χρησιμοποιήσει αξιολογώντας την κάθε περίπτωση – ασθενή ξεχωριστά, επιλέγοντας την κατάλληλη θεραπευτική μέθοδο.

Από την αρχή έχει δοθεί έμφαση στις ενδείξεις που προέρχονται από την έρευνα. Ωστόσο, τα αποτελέσματα κάθε έρευνας δεν μπορούν άκριτα να θεωρηθούν αξιόπιστα και να εφαρμοσθούν στην πράξη, χωρίς τουλάχιστον να εξετασθεί η μεθοδολογία της έρευνας και γενικότερα οι συνθήκες που πραγματοποιήθηκε. Για το λόγο αυτό, οι ερευνητές έχουν διαμορφώσει και προτείνουν μια ιεραρχία ενδείξεων, βασισμένη στο βαθμό αξιοπιστίας της μεθοδολογίας μιας έρευνας τα οποία κάθε φορά θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη (Guyatt et al., 1995; Long, 1996). Η μετατροπή των αναγκών του ασθενή σε συγκεκριμένα ερωτήματα προϋποθέτει ότι ο νοσηλευτής διαθέτει βασικές γνώσεις της μεθοδολογίας της έρευνας και της στατιστικής (Kanika-Lachance et al., 2006).

Αναμφίβολα, καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως ο σκοπός της νοσηλευτικής επιστήμης είναι η εξατομικευμένη φροντίδα των ασθενών συμπεριλαμβανομένων και των χρόνιων ή μη προβλημάτων που έχει ο κάθε ασθενής ξεχωριστά (Μαντζούκας, 2009).

Παρότι η εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας βασισμένη σε ενδείξεις είναι επιβεβλημένη επιστημονικά και ηθικά, ωστόσο η εφαρμογή της στην Ελλάδα παρουσιάζει δυσχέρειες σε πολλά επίπεδα.

Η ιατρική γνώση εξελίσσεται συνεχώς, έτσι ώστε κατά μέσο όρο κάθε 4-5 χρόνια, το 50 τοις εκατό και κατά τη διάρκεια 8-10 ετών, το 75 τοις εκατό της ιατρικής γνώσης γίνεται όλο και ξεπερασμένη και παρωχημένη. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο οι υπάλληλοι των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει τακτικά να είναι σε επαφή με τις νέες ιατρικές εξελίξεις κατά τη διάρκεια ολόκληρης της ζωής τους και να επικαιροποιήσουν τις γνώσεις τους. Ως εκ τούτου, η εφαρμογή των προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης είναι αναγκαία για τους νοσηλευτές (Abbaszadeh, 2011).

Συμπερασματικά θα λέγαμε πως η εφαρμογή των τεκμηρίων με βάση τα άρθρα μπορούν να εφαρμοστούν στην ελληνική πραγματικότητα παρόλο που η σοβαρή υποστελέχωση των υπηρεσιών υγείας με νοσηλευτές, δημιουργεί δυσχερείς συνθήκες για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας βασισμένης σε ενδείξεις (Καραλής, 2008).

3.3 Οδηγίες Κλινικής Πρακτικής (CPGs)

Οι οδηγίες κλινικής πρακτικής είναι δηλώσεις που περιλαμβάνουν συστάσεις για τη βελτιστοποίηση της περίθαλψης των ασθενών, οι οποίες ενημερώνονται με συστηματική εξέταση στοιχείων και αξιολόγηση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων των εναλλακτικών επιλογών φροντίδας. Εξ ορισμού, η επιτροπή καθόρισε τα βασικά χαρακτηριστικά των CPGs ως αξιόπιστες (Ινστιτούτο Ιατρικής, 2011).

Σε όλη τον κόσμο, οι επαγγελματίες υγείας κατανοούν όλο και περισσότερο ότι η υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει να βασίζεται σε ένα συνδυασμό επιστημονικών δεδομένων, γνώσεων που αποκτήθηκαν από την κλινική εμπειρία, την αξιολόγηση και των προτιμήσεων των ασθενών. Οι οδηγίες κλινικής πρακτικής (CPG) αντικατοπτρίζουν ιδανικά αυτήν την κατανόηση όταν διατυπώνονται μέσω μιας διαφανούς διαδικασίας από μια ομάδα πολυεπιστημονικών εμπειρογνομόνων (συμπεριλαμβανομένων εκπροσώπων ασθενών) που έχουν υποστηριχθεί από συστηματικές ανασκοπήσεις και έχουν ελεγχθεί για ελάχιστη πιθανή προκατάληψη και σύγκρουση συμφερόντων. Η CPG δεν πρέπει να αναλώνεται σε μια μονόπλευρη προσέγγιση στη φροντίδα των ασθενών, αλλά θα βοηθούσε τους κλινικούς γιατρούς και τους ασθενείς να λάβουν αποφάσεις περιγράφοντας και αξιολογώντας σαφώς τα αποδεικτικά στοιχεία και τη λογική για τα πιθανά οφέλη και βλάβες που σχετίζονται με συγκεκριμένες κλινικές συστάσεις. Αυτή η ενότητα παρέχει το ιστορικό υπόβαθρο της συμμετοχής του Ινστιτούτου Ιατρικής (IOM) στην ανάπτυξη CPG, μια συζήτηση για το πεδίο αυτής της έρευνας και έναν νέο ορισμό των οδηγιών κλινικής πρακτικής.

Η συμμετοχή του IOM στον τομέα της κλινικής πρακτικής ξεκίνησε με τον Νόμο περί Συνολικού Προϋπολογισμού του 1989.1, ο οποίος ίδρυσε τον Οργανισμό Πολιτικής και Έρευνας Υγείας (AHCPR), που τώρα ονομάζεται Οργανισμός Έρευνας και Ποιότητας Υγείας (AHRQ), υπεύθυνος για την έρευνα αποτελεσμάτων και αποτελεσματικότητας. Μέρος της διαδικασίας για την ίδρυση της εταιρείας ήταν «*το αυξανόμενο ιατρικό κόστος, οι μεγάλες διακυμάνσεις στα πρότυπα ιατρικής πρακτικής, που απέδειξαν ότι ορισμένες ιατρικές υπηρεσίες έχουν μικρή ή καθόλου αξία και ότι μπορούν να μειωθούν διάφορα οικονομικά, εκπαιδευτικά και οργανωτικά κίνητρα*» (IOM, 1990, σελ. 2). Ένα σχετικά μικρό μέρος του προϋπολογισμού της εταιρείας χρησιμοποιείται για τη δημιουργία και την ενημέρωση οδηγιών μέσω δημόσιων και ιδιωτικών επιχειρήσεων. Ο οργανισμός υπέγραψε σύμβαση με τον IOM για συμβουλές από εμπειρογνώμονες σχετικά με την έναρξη αυτής της λειτουργίας και το 1990, η Συμβουλευτική Επιτροπή

Δημόσιας Υγείας του IOM για την Κλινική Πρακτική εξέδωσε την έκθεσή της *"Οδηγίες για την Κλινική Πρακτική: Οδηγίες για Νέα Έργα"*. Το 1990, ο IOM καθόρισε το CPG ως *«δήλωση ανάπτυξης συστήματος για να βοηθήσει τους ασκούμενους και τους ασθενείς να λάβουν τις κατάλληλες αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης για συγκεκριμένες κλινικές καταστάσεις»* (IOM, 1990, σελ. 8).

Η πρώτη επιτροπή του IOM συνέστησε στις οδηγίες κλινικής πρακτικής (CPG) να περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- Δήλωση σχετικά με τη δύναμη των επιστημονικών στοιχείων και την κρίση των εμπειρογνομόνων.
- Μια λογική εξήγηση τυχόν αποκλίσεων από επιστημονικά δεδομένα.
- Οι κύριοι ενδιαφερόμενοι ή οι εκπρόσωποί τους ως συμμετέχοντες στη διαδικασία ανάπτυξης, μέσω συμμετοχής στην ομάδα ανάπτυξης, επίσημων μαρτυριών ή άλλων μορφών συμμετοχής.
- Έλεγχος στα θέματα εφαρμογής και αξιολόγησης από την αρχή της διαδικασίας ανάπτυξης.

Το 1990, πριν από την ολοκλήρωση της πρώτης έκθεσης AHCPR, ο IOM δημιούργησε μια δεύτερη ομάδα εμπειρογνομόνων για να αξιολογήσει την ανάπτυξη και τη χρήση των κατευθυντήριων γραμμών και να προτείνει ένα βελτιωμένο εννοιολογικό και πρακτικό πλαίσιο για μελλοντικά οδηγίες κλινικής πρακτικής. Η έκθεσή περί *"Οδηγιών κλινικής πρακτικής: Από την ανάπτυξη στη χρήση"* δημοσιεύθηκε το 1992 και επεκτάθηκε σε μια έκθεση του 1990, χρησιμοποιώντας οκτώ κατευθυντήριες γραμμές (πίνακας 1 σελ. 25) που προτάθηκαν το 1990 και τόνισε τη σημασία της αξιοπιστίας και της πρακτικότητας στη διαδικασία ανάπτυξης περιεχομένου και οδηγιών CPG. Η μελέτη εντόπισε επίσης τέσσερα προβλήματα στο έργο καθοδήγησης εκείνη τη στιγμή:

- Πολλοί οργανισμοί που αναπτύσσουν κατευθυντήριες γραμμές είναι αναποτελεσματικοί στη χρήση πόρων, με αποτέλεσμα διαφορετική και άνιση ποιότητα μεθόδων ανάπτυξης.
- Η διαδικασία ανάπτυξης κατευθυντήριων γραμμών συχνά στερείται μεθοδολογικού ποιοτικού ελέγχου. Οι χρήστες οδηγιών και προτύπων δεν μπορούν να εκτιμήσουν την ποιότητα των μεθόδων και των προϊόντων των διάφορων προγραμματιστών.
- Οι περισσότερες οδηγίες δεν ικανοποιούν τις ανάγκες πολλών ενδιαφερομένων, όπως διασφάλιση ποιότητας, έλεγχος κόστους, σύγκριση με εναλλακτικές

πρακτικές και μείωση της ιατρικής ευθύνης. Δεδομένου ότι τα στοιχεία και οι συλλογισμοί της εξήγησης συνήθως δεν παρέχονται, ενώ η εκπαιδευτική αξία της εξήγησης είναι περιορισμένη.

- Τέλος, λόγω της περιορισμένης αξιολόγησης των επιπτώσεων των οδηγιών κλινικής πρακτικής, η αποτελεσματικότητά τους στη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης δεν μπορεί να προσδιοριστεί (IOM, 1992).

Στα 20 χρόνια από τότε που το ινστιτούτο Ιατρικής επιστήμης (IOM) συμμετείχε για πρώτη φορά σε αυτόν τον τομέα, η ανάπτυξη και η εφαρμογή των οδηγιών κλινικής πρακτικής έχουν υποστεί τεράστιες αλλαγές. Επαγγελματικές ενώσεις, ομάδες υπεράσπισης ασθενειών, ομοσπονδιακές ομάδες διάσωσης, σχέδια υγείας, επιχειρήσεις και άλλοι οργανισμοί στις Ηνωμένες Πολιτείες και σε όλο τον κόσμο έχουν αναπτύξει χιλιάδες ξεχωριστές οδηγίες ποιότητας (Coates, 2010).

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά των οδηγιών κλινικής πρακτικής¹

Εγκυρότητα: Εάν η τήρηση των οδηγιών πρακτικής οδηγεί σε αποτελέσματα και κόστος υγείας, τότε οι οδηγίες πρακτικής είναι αποτελεσματικές και όλα τα άλλα είναι τα ίδια. Η προοπτική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας θα εξετάσει τα αναμενόμενα αποτελέσματα για την υγεία και το κόστος των εναλλακτικών λύσεων, τη σχέση μεταξύ στοιχείων και συστάσεων, την ουσία και την ποιότητα των επιστημονικών και κλινικών στοιχείων που αναφέρθηκαν και τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των στοιχείων.

Αξιοπιστία / Δημιουργία κατασκευής: Οι οδηγίες πρακτικής είναι αξιόπιστες και επαναλαμβανόμενες: (α) Εάν –με δεδομένη την ίδια απόδειξη και μέθοδο ανάπτυξης των κατευθυντήριων γραμμών– μια άλλη ομάδα εμπειρογνομών θα παράγει ουσιαστικά την ίδια δήλωση, (β) Εάν-υπό τους ίδιους όρους- επαγγελματίες ή άλλα συνδεδεμένα μέρη συμφωνούν να εξηγήσουν και να εφαρμόσουν τις οδηγίες. Η μελλοντική αξιολόγηση αξιοπιστίας μπορεί να ελέγξει τα αποτελέσματα ανεξάρτητων εξωτερικών αξιολογήσεων και δοκιμασμένων δοκιμών.

Κλινική εφαρμογή: Οι οδηγίες πρακτικής πρέπει να περιλαμβάνουν επιστημονικά και κλινικά στοιχεία και σαφώς καθορισμένους πληθυσμούς ασθενών που επιτρέπονται από συγκεκριμένες κρίσεις και θα πρέπει να δείχνουν σαφώς τον πληθυσμό στον οποίο ισχύει η δήλωση.

Κλινική ευελιξία: Ο οδηγός πρακτικής πρέπει να προσδιορίζει εξαιρέσεις που είναι ιδιαίτερα γνωστές ή γενικά αναμενόμενες στις συστάσεις του.

Σαφήνεια: Οι οδηγίες πρακτικής πρέπει να χρησιμοποιούν σαφή γλώσσα, να ορίζουν με ακρίβεια τους όρους και να χρησιμοποιούν λογικές και εύχρηστες μεθόδους παρουσίασης.

Πολυεπιστημονική διαδικασία: Η πρακτική καθοδήγηση πρέπει να αναπτυχθεί μέσω μιας διαδικασίας στην οποία συμμετέχουν εκπρόσωποι των βασικών ομάδων που επηρεάζονται. Η συμμετοχή μπορεί να περιλαμβάνει την υπηρεσία στην ομάδα ανάπτυξης κατευθυντήριων γραμμών, την παροχή αποδεικτικών στοιχείων και απόψεων στην ομάδα και την αναθεώρηση του σχεδίου κατευθυντήριας γραμμής.

Προγραμματισμένη κριτική: Οι οδηγίες πρακτικής πρέπει να περιλαμβάνουν μια δήλωση σχετικά με το πότε πρέπει να επανεξεταστούν για να καθοριστεί εάν χρειάζονται αναθεωρήσεις, νέα κλινικά δεδομένα ή αλλαγές στις φόρμες επαγγελματικής συγκατάθεσης.

Τεκμηρίωση: Οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν για τη διαμόρφωση των κατευθυντήριων γραμμών, τους συμμετέχοντες, τα αποδεικτικά στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν, αλλά και οι αναλυτικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν πρέπει να τεκμηριωθούν και να περιγραφούν σχολαστικά.

¹ Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines, (2011).

Πολλές τρέχουσες οδηγίες κλινικής πρακτικής περιορίζονται από τη βάση επιστημονικών στοιχείων και τις ελλείψεις στη διαδικασία ανάπτυξης κατευθυντήριων γραμμών (IOM, 2008; Shaneyfelt & Centor, 2009). Πρώτον, η βάση των στοιχείων περιορίζεται από την έλλειψη έρευνας σε σχετικά θέματα, την άνιση ποιότητα της μεμονωμένης επιστημονικής έρευνας και τη συστηματική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της αποτελεσματικότητας των ιατρικών και χειρουργικών διαδικασιών, θεραπειών, φαρμάκων και εξοπλισμού. Επομένως, οι συστάσεις CPG βασίζονται συνήθως σε δεδομένα χαμηλής ποιότητας ή σε καθοδήγηση από ειδικούς. Για παράδειγμα, στη μελέτη περίπτωσης του Αμερικανικού Κολλεγίου Μαιευτήρων και Γυναικολόγων, μόνο το 29% των συστάσεων υποστηρίχθηκε από «καλά και συνεπή επιστημονικά στοιχεία» (Chauhan et. al., 2006, σελ. 94).

Επιπλέον, τα δεδομένα κλινικών αποφάσεων για ασθενείς με σπάνιες ασθένειες ή υποομάδες (όπως ασθενείς με συννοσηρότητες και κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα) συχνά λείπουν ή είναι ανακριβή. Επομένως, πολλές οδηγίες είτε δεν έχουν επιλυθεί είτε δεν ισχύουν για μεγάλο αριθμό ασθενών (Boyd, 2010). Επιπλέον, πολλές οδηγίες κλινικής πρακτικής (CPG) αντιμετωπίζουν πολλές σημαντικές κλινικές καταστάσεις και αποφάσεις. Επομένως, υπάρχει ακόμη μια ένταση μεταξύ της ανάγκης καθοδήγησης σε συγκεκριμένους κλινικούς τομείς και της έλλειψης μιας βάσης δεδομένων που επιτρέπει την ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών υψηλής ποιότητας (IOM, 2008).

Η ποιότητα πολλών CPG μειώνεται περαιτέρω με τη διαδικασία που χρησιμοποιείται για την ανάπτυξη ορισμένων οδηγιών, συμπεριλαμβανομένου του σχηματισμού επιτροπής ανάπτυξης τέτοιων οδηγιών χωρίς επαρκή προσοχή σε συγκρούσεις συμφερόντων (π.χ. οικονομικών) ή την ισορροπία προκατάληψης, συμπεριλαμβανομένων όλων των σχετικών τοπικών και μεθοδολογικών επιστημών. Για παράδειγμα, η αδυναμία συντονισμού με τη συστηματική ομάδα κριτικών, η οποία καθιστά την κριτική αδύνατη να προσαρμοστεί σε συγκεκριμένα θέματα CPG, ενώ η έλλειψη διαφάνειας στη διατύπωση συστάσεων αφήνει ερωτηματικά. Τελικά, αυτή η έλλειψη στοιχείων και διαδικασιών έχει οδηγήσει πολλούς οργανισμούς να κάνουν πάρα πολλές συχνές αντικρουόμενες συστάσεις και υπάρχουν λίγα εργαλεία διαθέσιμα για τους πιθανούς χρήστες CPG για την αξιολόγηση της ποιότητας και τον προσδιορισμό πιο αξιόπιστων οδηγιών (Coates, 2010).

3.4 Στρατηγική για την Προτεραιότητα Οργανωτικών Δραστηριοτήτων

Το δημόσιο σύστημα υγείας έχει μεγάλη ζήτηση και φήμη σε όλη την ελληνική επικράτεια σήμερα, καθώς όπως προαναφέρθηκε κύριο χαρακτηριστικό των δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες. Επίσης, το ελάχιστο κόστος που έχει ένα δημόσιο νοσοκομείο για τον πολίτη σε συνδυασμό με την τρέχουσα οικονομική συγκυρία οδηγεί όλο και περισσότερους Έλληνες σήμερα στην αναζήτηση παροχής υπηρεσιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία. Στην σημερινή εποχή της παγκοσμιοποίησης η επιβίωση των οργανισμών καθιστά απαραίτητη την πραγματοποίηση συγκεκριμένων αλλαγών στις δομές της κοινωνίας, τόσο σε παγκόσμιο, όσο και σε εθνικό επίπεδο. Οι οργανωτικές αυτές αλλαγές που εφαρμόζουν σήμερα οι οργανισμοί έχουν απώτερο σκοπό την ανακάλυψη νέων και πιο εξελιγμένων τρόπων διαχείρισης των οικονομικών πόρων και των δυνατοτήτων, προκειμένου να επιτύχουν την αναμενόμενη αύξηση της αποτελεσματικότητας και απόδοσης στην εργασία. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο των μεγάλων αλλαγών και των ανακατατάξεων που αφορούν και τον τομέα της υγείας εντάσσεται η ανάγκη εκσυγχρονισμού του διοικητικού συστήματος των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας. Ο εκσυγχρονισμός αυτός δεν πρέπει να συνδέεται με τη φιλοσοφία της εκάστοτε κυβερνητικής πολιτικής. Στόχος του εκσυγχρονισμού πρέπει να είναι η εφαρμογή ενός σύγχρονου μοντέλου διοίκησης των νοσοκομείων, το οποίο θα είναι απαλλαγμένο από τις προκαταλήψεις και τις αδυναμίες του παρελθόντος (Thanasas, 2016).

Στο πλαίσιο του ευρύτερου προβληματισμού για την ανάγκη της βελτίωσης του τρόπου διοίκησης των δημόσιων νοσοκομείων στην σημερινή Ελλάδα η διοίκηση ολικής ποιότητας εξασφαλίζοντας την ορθολογικότερη διαχείριση και τη συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας θα μπορούσε να βοηθήσει αποτελεσματικά στη λειτουργία του σύγχρονου δημόσιου νοσοκομείου με έμφαση στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και όχι μόνο στο κόστος. Η διοίκηση ολικής ποιότητας είναι μια ολοκληρωμένη φιλοσοφία που προωθεί τον ολικό μετασχηματισμό του παραδοσιακού τρόπου διοίκησης, με την κατάργηση του γραφειοκρατικού μοντέλου διοίκησης και την ανακάλυψη – υιοθέτηση πιο εξελιγμένων τρόπων χρησιμοποίησης των πόρων και των δυνατοτήτων, με σκοπό την αύξηση της οργανωτικής ικανότητας και αποδοτικότητας του οργανισμού. Πιο συγκεκριμένα, η αλλαγή της κουλτούρας του δημόσιου νοσοκομείου από «κουλτούρα εξουσίας» σε «επιτελική κουλτούρα» και η ενθάρρυνση – συμμετοχή των εργαζομένων στην ομαδική επίλυση των προβλημάτων εργασίας

συμπεριλαμβάνονται στους κύριους στόχους εφαρμογής των προγραμμάτων διοίκησης ολικής ποιότητας. Παρόμοια, η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού στους τομείς αρμοδιότητάς του και η ικανοποίηση σε μέγιστο βαθμό των απαιτήσεων των πελατών – ασθενών πρέπει να συμπεριληφθούν στο νέο ανανεωμένο πλαίσιο διοίκησης, του οποίου η θέσπιση κρίνεται επιτακτική σήμερα για την αποτελεσματική λειτουργία των δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων (Μεγαλακάκη, 2001).

3.4.1 Μετασχηματιστική ηγεσία (TL): μια θεωρία για την ανάπτυξη και τη διαμόρφωση της μελλοντικής επιτυχίας

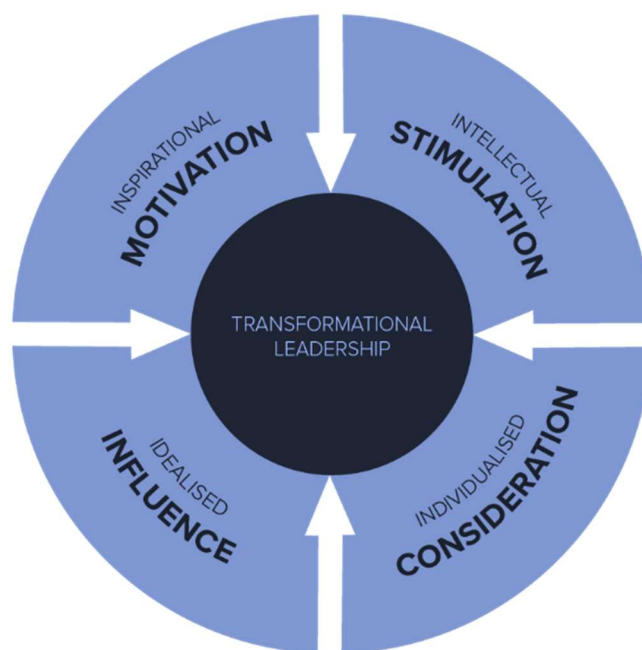
Η ηγεσία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη διοίκηση, αφού η ηγεσία αποτελεί τη βασική συνιστώσα, τόσο στην επιτυχία όσο και στην αποτυχία των κοινωνικών οργανώσεων. Ο ρόλος της ηγεσίας προσδιορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την κουλτούρα του οργανισμού (Polychronίου, 2009). Στην πραγματικότητα, η ηγεσία και η επιδίωξη αποτελεσματικής άσκησης έχουν και θα συνεχίσουν να καταλαμβάνουν όλες τις μορφές και τύπους επιστημονικής έρευνας, επιχειρήσεων και οργανισμών. Για τις εταιρείες, η ηγεσία είναι το κλειδί, διότι καθορίζει το βαθμό στον οποίο χρησιμοποιούνται οι ικανότητες των εργαζομένων, η οποία με τη σειρά της καθορίζει την ανάπτυξή τους και τη συνολική αποτελεσματικότητα του οργανισμού. Η ηγεσία αναφέρεται στην αντίληψη και επίγνωση της ύπαρξης κατευθυντήριων γραμμών (Χυτήρης, 2013).

Το θέμα της ηγεσίας καλύπτεται από διάφορους ορισμούς σε βιβλιογραφικό επίπεδο. «Αποτελεσματική ηγεσία είναι η αλληλεπίδραση μεταξύ μελών μιας ομάδας, η οποία δημιουργεί και συντηρεί αυξημένες προσδοκίες και την ικανότητα της ομάδας για την επίλυση προβλημάτων ή την επιτυχία σκοπών» (Bass, 1990). «Η ηγεσία είναι η φυσική έκφραση ενός ολοκληρωμένου ανθρώπου» (Bennis and Nanus, 2003). «Η ηγεσία είναι η φυσική αυτοέκφραση που δημιουργεί αξία» (Cushman, 2000).

Όπως αναφέρει ο Πολυχρονίου (2008), ο Fiedler ορίζει την ηγεσία ως μια προσωπική σχέση στην οποία ένα άτομο καθοδηγεί, συντονίζει και εποπτεύει τους άλλους για να επιτύχει αποτελεσματικά κοινούς στόχους. Ο Rahim (1983), επεσήμανε ότι η ηγεσία μπορεί να οριστεί ως μια διαδικασία που επηρεάζει στοχεύει να επηρεάσει τις συμπεριφορές και τις ενέργειες μιας μικρής ή μεγάλης ομάδας, ή ακόμη και μιας επίσημης ή άτυπης οργάνωσης ενός ατόμου, με τρόπο που είναι πρόθυμος να εργαστεί σκληρά για την επίτευξη των στόχων του στην οποία ανήκουν και είναι ενεργά. Τα χαρακτηριστικά της αποτελεσματικής ηγεσίας είναι σαφής κατεύθυνση, καλή

επικοινωνία, ελαχιστοποιώντας ταυτόχρονα τις συγκρούσεις, καλλιεργώντας πνεύμα συνεργασίας και οικοδόμηση σχέσεων εμπιστοσύνης (Crichton et. al., 2005)

Αρκετές απόψεις-μέθοδοι έχουν εκφραστεί σε θέματα ηγεσίας, αλληλοσυμπληρώνονται αλλά δεν αλληλεπικαλύπτονται απαραίτητα. Ο τρόπος άσκησης ηγεσίας παίζει ζωτικό ρόλο στην ανάπτυξή του. Ο ηγέτης κάθε εταιρείας είναι η πρώτη ύλη για την επιτυχία και την αποτυχία της (Χυτήρης, 2013). Σε τελική ανάλυση, η ηγεσία είναι μια ανθρώπινη δραστηριότητα που έχει σχεδιαστεί για την επίλυση υπάρχοντων προβλημάτων. Οι πεποιθήσεις, οι αξίες και οι υποθέσεις είναι τα πιο σημαντικά στοιχεία του συνολικού στυλ ηγεσίας που θα ακολουθήσουν (Polychroniou, 2009).



Διάγραμμα 1. Τα τέσσερα ξεχωριστά στοιχεία που αποτελούν έναν Μετασχηματιστικό ηγέτη του Bass²

Ο Burns ισχυρίζεται, ότι ένας ηγέτης μπορεί να είναι είτε συναλλακτικός είτε μετασχηματιστικός (Διάγραμμα 1). Ενώ ο Bass (1985), παρουσίασε ένα μοντέλο, που έχει δυο διαφορετικές διαστάσεις αλλά παράλληλα συμπληρωματικές μορφές ηγεσίας για τον οργανισμό. Δηλαδή ο ηγέτης μπορεί να χαρακτηρίζεται από στοιχεία μετασχηματιστικής ηγεσίας και από στοιχεία συναλλακτικής ηγεσίας όμως η αναλογία αυτών των στοιχείων μπορεί να διαφέρει ανάλογα με την δυναμική του περιβάλλοντος της επιχείρησης (Vera and Crossan, 2004).

² Bass, B.M. (1985), *Leadership and performance beyond expectation*, New York: Free Press.

Η ηγεσία έχει σημαντικό αντίκτυπο στη συμπεριφορά του προσωπικού για την επίτευξη των στόχων της οργάνωσης υγείας. Είναι η διαδικασία αλληλεπίδρασης μεταξύ ηγετών και υφισταμένων. Η μετασχηματιστική ηγεσία είναι ένας από τους πιο σημαντικούς τύπους ηγεσίας που χρειάζεται ο οργανισμός υγειονομικής περίθαλψης (Mohammad, 2011).

Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες περιγράφονται ως άτομα με όραμα, δημιουργικότητα και έμπνευση που μπορούν να οδηγήσουν στην αλλαγή. Οι ηγετικοί μετασχηματιστές είναι φουτουριστικοί. Αναζητούν να μεγιστοποιήσουν την ανάπτυξη και την καινοτομία ατόμων, ομάδων και οργανισμών. Αυξάνουν το επίπεδο της ανθρώπινης συμπεριφοράς και των ηθικών φιλοδοξιών των ηγετών και των υφισταμένων τους, επηρεάζοντας έτσι και τα δύο. Οι ηγέτες με αυτό το στυλ γίνονται πρότυπα για το προσωπικό τους κερδίζοντας την εμπιστοσύνη τους. Ψάχνουν για νέες και μη συμβατικές μεθόδους εργασίας. Εστιάζουν στη βελτίωση του ηθικού και την αφοσίωση. Τέτοιες συμπεριφορές αξιοποιούν στο έπακρο το προσωπικό και δύναται να ξεπεράσουν τον εαυτό τους και να γίνουν εξαιρετικοί και ως άνθρωποι. Ο μετασχηματιστής ηγέτης ενθαρρύνει τους υπαλλήλους να σκέφτονται με διαφορετικούς τρόπους, να αναζητούν νέες ευκαιρίες και να βρουν νέους τρόπους για την επίλυση προβλημάτων (Mohammad, 2011).

Η μετασχηματιστική ηγεσία είναι μια διαδραστική σχέση στην οποία οι ηγέτες και οι «ακόλουθοι» όπως χαρακτηρίζονται, αλληλοβοηθούνται για να βελτιώσουν τις ηθικές αξίες και τα κίνητρα. Επομένως, η κορυφαία αλλαγή είναι κίνητρο. Αυτό το αποτέλεσμα αποδεικνύεται όταν οι ηγέτες ενδιαφέρονται περισσότερο να αλλάξουν και να αναπτύξουν τους προσωπικούς και επαγγελματικούς ρόλους των υφισταμένων τους, παραδείγματος χάριν τέσσερις συμπεριφορές. Πρώτα απ' όλα, η εξιδανικευμένη επιρροή αναφέρεται στην ικανότητα του ηγέτη να δημιουργεί ενθουσιασμό, κοινό όραμα και αίσθηση κατεύθυνσης ως πρότυπο για να ακολουθήσουν οι εργαζόμενοι (Ghadi, 2010).

Δεύτερον, η πνευματική αφύπνιση αντιπροσωπεύει την ικανότητα του ηγέτη να κάνει ερωτήσεις και να βρει νέους τρόπους για την επίλυσή τους. Επιπλέον, οι ακόλουθοι ενθαρρύνονται να δημιουργήσουν, να καινοτομήσουν και να εξερευνήσουν νέες ιδέες προκαλώντας υποθέσεις, ανακατασκευάζοντας προβλήματα και κοιτάζοντας παλιές καταστάσεις με νέους τρόπους. Τρίτον, το κίνητρο σημαίνει ότι οι ηγέτες μπορούν να παρακινήσουν τους υφισταμένους τους να επιτύχουν τους στόχους εργασίας τους και ένα κοινό όραμα για το μέλλον, να τους δώσουν νόημα και προκλήσεις και να κάνουν τα άτομα να αισθάνονται πολύτιμα στον οργανισμό. Τέταρτον, η εξατομικευμένη σκέψη

αναφέρεται στην ικανότητα του ηγέτη να αντιμετωπίζει κάθε άτομο με έναν μοναδικό τρόπο, λαμβάνοντας υπόψη τις ειδικές ανάγκες του και να του δίνει προσωπικό ενδιαφέρον αφιερώνοντας χρόνο μαζί του για να παρέχει τόσο καθοδήγηση όσο υποστήριξη αλλά και εκπαίδευση (Imran & Ul-Hacker, 2011).

Οι κορυφαίοι «μετασχηματιστές» ενισχύουν τη συνεργασία, δημιουργούν ομάδες και συμμετέχουν ενεργά σε άλλους. Η συνεργασία είναι μια διαδικασία συνεχούς αλληλεπίδρασης και ενεργού συμμετοχής μεταξύ του προσωπικού, που συνήθως στοχεύουν στην επίτευξη ενός κοινού στόχου. Η συνεργασία είναι το κλειδί για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας ασθενών και τη δημιουργία ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος. Η αποτελεσματική συνεργασία ισχύει για τις ευθύνες και τις ικανότητες όλων των επαγγελματιών στο χώρο της υγείας. Η καλή συνεργασία βασίζεται στην εκπαίδευση που προάγει την εμπιστοσύνη και τον σεβασμό (Drenkard, 2012).

Η συνεργασία μεταξύ προϊσταμένων είναι μια ανοιχτή επικοινωνία, που περιλαμβάνει αμοιβαίο σεβασμό, δύναμη, ανταλλαγή πληροφοριών και πόρων και διαπροσωπική επικοινωνία. Οι προϊστάμενοι δύναται να ελέγχουν εύκολα τις αλλαγές στο εργασιακό περιβάλλον, παρέχοντας έτσι υψηλής ποιότητας φροντίδα ασθενών και επίλυση προβλημάτων. Η αληθινή συνεργασία είναι ουσιαστικό στοιχείο για την προώθηση ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος σε νοσηλευτικά ιδρύματα (Downe & Fleming, 2010).

Μερικοί άνθρωποι πιστεύουν ότι οι ηγέτες που παρουσιάζουν μετασχηματιστική επιρροή προσελκύουν συνήθως ολόκληρο το άτομο σε έναν κοινό στόχο και συνεργάζονται για να επιτύχουν ένα όραμα για ένα ιδανικό μέλλον. Η δέσμευση εργασίας είναι μια θετική στάση που σχετίζεται με την εργασία, με τρεις διαστάσεις: ζωτικότητα, αφοσίωση και εστίαση. Η ισχυρή διάσταση αναφέρεται σε ενέργεια υψηλού επιπέδου και ψυχολογική αντοχή, προθυμία να αφιερώσει ενέργεια και επιμονή στην εργασία. Η αφοσίωση ορίζεται ως ένα ισχυρό έργο συμμετοχής με αίσθηση αξίας, ενθουσιασμού, έμπνευσης, υπερηφάνειας και πρόκλησης (Ylitörmänen, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Η Ιδέα της Φροντίδας με Επίκεντρο τον Ασθενή

4.1 Ασφαλέστερη και Έγκαιρη Φροντίδα

Η ποιότητα της περίθαλψης και η ασφάλεια των ασθενών αναγνωρίζονται πλέον ως οι κορυφαίες προτεραιότητες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως. Αν και οι ανεπιθύμητες ενέργειες (AEs) είναι σοβαρά ζητήματα που σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών, υπάρχουν ανησυχίες σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται παγκοσμίως. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, οι ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω παρατεταμένης διαμονής στο νοσοκομείο εκτιμάται ότι κυμαίνεται στο 13-16% του κόστους. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το ετήσιο κόστος παραμονής στο νοσοκομείο λόγω AEs είναι περίπου 2 δισεκατομμύρια δολάρια (Rafter, 2014). Επιπλέον, κατά τον υπολογισμό της συνολικής χρηματοοικονομικής επιβάρυνσης των AEs, συχνά παραβλέπονται θέματα όπως ο πόνος και η ταλαιπωρία, η απώλεια ανεξαρτησίας και η παραγωγικότητα του ασθενούς ή το κόστος σε έξοδα δικαστικής διαμάχης και διακανονισμού για την λεγόμενη κακή ιατρική πρακτική. Ένας αυξανόμενος αριθμός ανεπιθύμητων ενεργειών επηρεάζει πάντα αρνητικά τους ασθενείς και τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων σωματικών και ψυχικών τραυματισμών και μειώνει την αξιοπιστία του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να προσδιορίσουμε και να μετρήσουμε τις AEs για να δώσουμε προτεραιότητα στα επαγγελματικά ζητήματα και να δημιουργήσουμε σύνθετες ιδέες για καλύτερη φροντίδα των ασθενών, διότι επιβαρύνουν τους ασθενείς και τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Παρόλο που δεν υπάρχει ένα πρότυπο εργαλείο μέτρησης, ένας μεγάλος αριθμός μελετών χρησιμοποιεί τη μέθοδο Harvard Medical Practice Research (HMPS) ως την τυπική μέθοδο για τη μέτρηση των AEs. Εργαλεία ενεργοποίησης όπως το Global Activation Tool (GTT) (που ξεκίνησε από το Ινστιτούτο Βελτίωσης Φροντίδας Υγείας) έχουν αναπτυχθεί για τον εντοπισμό και τη μέτρηση των AEs. Αυτή είναι μια απλή και λιγότερο εντατική διεργασία και είναι μια αναδρομική μέθοδος δύο βημάτων για τη «χαρτογράφηση» των ασθενών. Πρώτον, πριν λάβουν οποιεσδήποτε αποφάσεις, δύο νοσηλευτές εξετάζουν μεμονωμένα τις αναφορές ασθενών για συγκεκριμένα ερεθίσματα και επαληθεύουν τις AEs που σχετίζονται με αυτά τα ερεθίσματα πριν αποφασίσουν. Δεύτερον, οι γιατροί το επαληθεύουν μέσω τυπικών ορισμών (Naessens, 2010).

4.2 Ικανοποίηση Ασθενών σε Επίπεδο Προσοχής και Ανέσεων

Οι προσπάθειες για τη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης θα αποτύχουν εκτός εάν αντικατοπτρίζουν τις ανάγκες των ασθενών στις υπηρεσίες. Αλλά για να διασφαλιστεί ότι η έρευνα σχετικά με τις απόψεις των ασθενών είναι αποτελεσματική και επηρεάζει τη φροντίδα, οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται πρέπει να αξιολογούνται αυστηρά. Η κοινωνία αναγνωρίζει τώρα τη σημασία των απόψεων των ασθενών στην ανάπτυξη των υπηρεσιών και ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης έχει χρησιμοποιήσει μια ποικιλία μεθόδων για να καθορίσει τις απόψεις των ασθενών και του κοινού. Για παράδειγμα, ερωτηματολόγια που αξιολογούν τις ανάγκες των ασθενών πριν συμβουλευτούν κλινικούς ιατρούς, πριν λάβουν κοινές αποφάσεις, πριν διεξάγουν ομάδες εστίασης με ασθενείς για να ενσωματώσουν τις απόψεις τους σε κλινικές οδηγίες και διεξάγουν έρευνες μεταξύ ασθενών για να παρέχουν ανατροφοδότηση σε φροντιστές ή στο κοινό. Οι μέθοδοι αυτοί πρέπει να εξετάζονται με όρους εγκυρότητας, αποτελεσματικότητας και εφαρμογής (Wensing, 2003).

Η διαχείριση περιπτώσεων είναι ένας άλλος τρόπος σχεδιασμού φροντίδας για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών. Η διαχείριση περιπτώσεων ορίζεται από την Εταιρεία Διαχείρισης Περιπτώσεων της Αμερικής-CMSA ως μια διαδικασία συνεργασίας που χρησιμοποιεί την επικοινωνία και τους διαθέσιμους πόρους για να αξιολογήσει, να σχεδιάσει, να εφαρμόσει, να συντονίσει και να παρακολουθήσει επιλογές και υπηρεσίες που ανταποκρίνονται σε μεμονωμένες ανάγκες υγείας για την επίτευξη ποιότητας και κόστους (CMSA, 2006). Η κεντρική ιδέα της διαχείρισης νοσοκομειακών ασθενών κατά περίπτωση είναι ότι τα νοσοκομεία αποδίδουν καλύτερα όταν «διαχειρίζονται ανάγκες φροντίδας» παρά όταν προσπαθούν να αυξήσουν την προσφορά πόρων όπως κρεβάτια ή προσωπικό (Smith, 2003). Οι επαγγελματίες υγείας που διαχειρίζονται ασθενείς κατά περίπτωση χρησιμοποιούν κλινικά πρωτόκολλα (critical pathways) που αντιπροσωπεύουν οδηγίες βέλτιστης πρακτικής για επαγγελματίες υγείας και πολυεπιστημονικά σχέδια δράσης (MAPs) για το σχεδιασμό της φροντίδας. Το πλαίσιο σε πολλούς τομείς αφορά τον σχεδιασμό κλινικών προγραμμάτων και σχεδίων φροντίδας. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας ακολουθούν σχέδια δράσης σε πολλούς τομείς για την προώθηση των αναμενόμενων αποτελεσμάτων. Εάν ο ασθενής παρεκκλίνει από το σχέδιο, αποκλίνει από το σχέδιο. Η «προκατάληψη» αναφέρεται σε οποιαδήποτε κατάσταση που μπορεί να αλλάξει την πρόοδο του ασθενούς σύμφωνα με τις διατάξεις του κλινικού πρωτοκόλλου (Smith, 2003).

Ο Furlow (2003) πρότεινε ένα διαφορετικό είδος σχεδίου δράσης σε πολλούς τομείς για τη μείωση του χρόνου ολοκλήρωσης. Η μείωση του κύκλου χρόνου περιλαμβάνει τον έλεγχο υπάρχουσών διαδικασιών για την παροχή προϊόντων ή υπηρεσιών για την εύρεση σπατάλης χρόνου ή προσπάθειας και την ανάπτυξη βελτιωμένων και προσαρμοσμένων μεθόδων για την επίτευξη των ίδιων αποτελεσμάτων πιο αποτελεσματικά.

Οι Harrison, Nolin και Suero (2004) συνέκριναν τα νοσοκομεία με και χωρίς νοσηλευτές. Αυτά τα νοσοκομεία διαχειρίστηκαν ασθενείς κατά περίπτωση και βρήκαν σημαντικά πλεονεκτήματα. Ωστόσο, διαπίστωσαν επίσης ότι τα νοσοκομεία με το υψηλότερο ποσοστό ηλικιωμένων ασθενών είναι απίθανο να εφαρμόσουν ένα σύστημα διαχείρισης περιπτώσεων κατά περίπτωση.

Λόγω των προσδοκιών που δημιουργούνται από αυτόν τον ρόλο και το εύρος των γνώσεων που απαιτούνται για τη διαχείριση των ασθενών κατά περίπτωση, ορισμένοι εμπειρογνώμονες πιστεύουν ότι αυτός ο ρόλος πρέπει να ανατεθεί σε έμπειρους ή καλά εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας (Huston, 2002). Αν και αυτό δεν συμβαίνει στην τρέχουσα κλινική πρακτική. Ο Smith (2003), πιστεύει ότι οι αποτελεσματικοί νοσηλευτές που διαχειρίζονται ασθενείς κατά περίπτωση θα πρέπει να έχουν 3-5 χρόνια εμπειρίας κατά προτίμηση εντός του τομέα εξειδίκευσής στον οποίο καλούνται να διαχειριστούν ασθενείς. Πρέπει επίσης να είναι πολύ ευέλικτοι, να έχουν αναπτύξει διαπροσωπικές δεξιότητες, να μπορούν να εκτελούν παράλληλα πολλά καθήκοντα, να έχουν ισχυρές βάσεις στον τομέα αξιολόγησης της χρήσης και να κατανοούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ασθενή.

Αξίζει να λεχθεί ότι, οι μέθοδοι ελέγχου των ασθενειών βρίσκονται ακόμη υπό ανάπτυξη ως μέσο οργάνωσης παροχής ιατρικής περίθαλψης στους ασθενείς. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τον δημόσιο τομέα. Μέχρι τις αρχές αυτού του αιώνα, τα παραδοσιακά προγράμματα ιατρικής ασφάλισης στερούνται σχεδόν εντελώς στις υπηρεσίες διαχείρισης ασθενειών. Στις αρχές της δεκαετίας του 2000, το Medicare περιελάμβανε ένα νέο σύνολο πιλοτικών σχεδίων διαχείρισης ασθενειών, πολλά από τα οποία είναι πλέον ολοκληρωμένα, με στόχο την παροχή καλύτερων αποτελεσμάτων με χαμηλότερο κόστος (Huston, 2002).

4.3 Αφοσίωση στον Ασθενή και την Οικογένεια

Οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται ακούραστα για να φροντίζουν τους ασθενείς τους σε ένα όλο και πιο περίπλοκο, αναποτελεσματικό και αγχωτικό περιβάλλον. Ωστόσο, η δομή, τα κίνητρα και η κουλτούρα των συστημάτων που λειτουργούν συχνά - ίσως συνήθως - δεν μπορούν να υποστηρίξουν τις προσπάθειές τους να καταστήσουν την κάλυψη των αναγκών των ασθενών την πρώτη τους προτεραιότητα. Αναγνωρίζοντας την επείγουσα ανάγκη να δοθεί προσοχή στους ασθενείς, το εκπαιδευτικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι ένα σύστημα στο οποίο οι ασθενείς και οι οικογένειές τους είναι οι βασικοί παράγοντες για το σχεδιασμό και τη λειτουργία της μαθησιακής διαδικασίας. Όταν οι ασθενείς, οι οικογένειές τους, άλλοι φροντιστές και το κοινό είναι πλήρεις, οι ενεργοί συμμετέχοντες στη φροντίδα, την υγεία, την εμπειρία της φροντίδας και τα οικονομικά αποτελέσματα μπορούν να βελτιωθούν σημαντικά.

Η γεφύρωση του χάσματος της ποιότητας δίνει έμφαση στην κεντρική θέση των ασθενών ως βασικός στόχος του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, αλλά η υγειονομική περίθαλψη συχνά αποτυγχάνει να επιτύχει αυτόν τον στόχο (IOM, 2001). Παρά την έκκληση για την μείωση αυτού του ποιοτικού χάσματος πριν από δέκα χρόνια, η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή εξακολουθεί να μην είναι ο κανόνας και οι χρήστες εξακολουθούν να βρίσκουν το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης μη συντονισμένο και δύσκολο. Με την πρόοδο της επιστήμης και την αυξανόμενη πολυπλοκότητα του συστήματος, η συμμετοχή των ασθενών έγινε όλο και πιο σημαντική ως μέσο για να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς μπορούν να βρουν τη σωστή φροντίδα που ταιριάζει στα προσωπικά τους χαρακτηριστικά, τις ανάγκες, τις προτιμήσεις και τις περιστάσεις. Σε αυτές τις περίπλοκες καταστάσεις, οι ασθενείς και οι κλινικοί γιατροί πρέπει επίσης να συμμετέχουν για να λάβουν την καλύτερη φροντίδα. Οι ασθενείς, οι οικογένειές τους και άλλοι φροντιστές θα φέρουν προσωπικές γνώσεις για την καταλληλότητα (ή έλλειψη) διαφορετικών θεραπειών με βάση την κατάσταση και τις προτιμήσεις του ασθενούς. Πρέπει να σημειωθεί ότι η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή δεν σημαίνει μόνο την αποδοχή των απαιτήσεων κάθε ασθενή. Αντίθετα, συνεπάγεται εκτεταμένη συμμετοχή στις διαθέσιμες επιλογές για την κατανόηση του ασθενούς και τη δημιουργία διαλόγου μεταξύ του ασθενούς και του κλινικού για τα αποδεικτικά στοιχεία και τις αποφάσεις που μεταδίδονται (Epstein et al., 2010; Fowler et al., 2011). Η παροχή φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή μπορεί να είναι περίπλοκη και χρονοβόρα, απαιτώντας εκτεταμένη συμμετοχή του ασθενούς, της οικογένειας και της ομάδας φροντίδας για την επίλυση όλων των ζητημάτων που επηρεάζουν τη φροντίδα των ασθενών. Η απροσεξία των

ασθενών είναι ιδιαίτερα εμφανής στην επικοινωνία των ασθενών, ειδικά στον τομέα των επιλογών φροντίδας. Πρόσφατες μελέτες διαπίστωσαν ότι αυτοί οι ασθενείς συχνά δεν λαμβάνουν κρίσιμες πληροφορίες σχετικά με τους κινδύνους και τα οφέλη της θεραπείας και των επιλογών παρέμβασης (Fagerlin et al., 2010). Αυτοί οι ασθενείς ανέφεραν επίσης ότι οι γιατροί τους τόνισαν τα οφέλη των παρεμβάσεων περισσότερο από ό, τι συζητούσαν τους κινδύνους και μόνο το ήμισυ του χρόνου ρώτησαν τους ασθενείς για τις προτιμήσεις τους (Zikmund-Fisher et al., 2010). Δεδομένου ότι η σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη συνήθως παρέχει πολλαπλές παρεμβάσεις για μια συγκεκριμένη κατάσταση, κάθε παρέμβαση έχει τα δικά της οφέλη, παρενέργειες και κόστος. Επομένως, ο προσδιορισμός της πιο πολύτιμης παρέμβασης για κάθε ασθενή απαιτεί από αυτόν να κατανοήσει πλήρως τις επιλογές και οι γιατροί πρέπει να κατανοήσουν το άτομο, τις συνθήκες, τις προτιμήσεις και τις ανάγκες. Η έλλειψη προσοχής των ασθενών στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αντικατοπτρίζεται επίσης στη μετάβαση των ασθενών μεταξύ των περιβαλλόντων περίθαλψης. Οι ασθενείς αναφέρουν συχνά ότι οι μεταφορές φροντίδας, όπως το εξιτήριο από το νοσοκομείο, είναι ξαφνικό. Οι ασθενείς συχνά έχουν πολύ λίγη κατανόηση για το ποιο είναι το επόμενο βήμα στη φροντίδα τους, όταν μπορούν να συνεχίσουν τις δραστηριότητες, ποιες παρενέργειες ή επιπλοκές πρέπει να παρακολουθούν ή μπορούν να προσεγγίσουν για ερωτήσεις σχετικά με την ανάρρωσή τους. Σε άλλες περιπτώσεις, οι ασθενείς λαμβάνουν πάρα πολλές πληροφορίες σχετικά με το εξιτήριο, τονίζοντας την ικανότητά τους να θυμούνται και να εφαρμόζουν αυτές τις πληροφορίες κατά τη μεταβατική περίοδο. Λόγω της κακής μετάβασης, σχεδόν το ένα πέμπτο των ασθενών του νοσοκομείου νοσηλεύεται ξανά εντός 30 ημερών, και συνήθως χωρίς να εξετασθεί από τον πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Jencks et al., 2009). Η επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ειδικών στερείται συχνά σημαντικών πληροφοριών και τα νοσοκομεία συνήθως είτε δεν ειδοποιούν τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας ή οι πληροφορίες είναι ανεπαρκείς (Bodenheimer, 2008). Όταν οι ανάγκες των ασθενών υπερβαίνουν την παραδοσιακή υγειονομική περίθαλψη και περιλαμβάνουν ευρύτερες υπηρεσίες υγείας και ανθρώπου (όπως μακροχρόνια περίθαλψη), η μετάβαση μπορεί να είναι λιγότερο αποτελεσματική και πιο περίπλοκη όσο αναφορά την φροντίδα ψυχικής υγείας και κατάχρησης ουσιών και κοινωνικές, οικονομικές και κοινοτικές υπηρεσίες που σχετίζονται με την υγεία.

Στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η συμμετοχή των ασθενών και των οικογενειών τους στη λήψη αποφάσεων σχετίζεται με τη μείωση του πόνου και της δυσφορίας, την ταχύτερη ανάκτηση της σωματικής υγείας και τη βελτίωση της

συναισθηματικής υγείας. Ομοίως, οι ασθενείς με καρδιακή προσβολή που δεν λαμβάνουν θεραπεία με επίκεντρο τον ασθενή έχουν χειρότερη μακροπρόθεσμη πρόγνωση, όπως η συνολική υγεία και η πιθανότητα θωρακικού πόνου, από τους ασθενείς που λαμβάνουν τέτοια θεραπεία. Μια μελέτη των παρεμβάσεων νοσηλευτικής με επίκεντρο τον ασθενή σε ασθενείς με καρκίνο διαπίστωσε ότι οι παρεμβάσεις σχετίζονται με τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης, της αισιοδοξίας και της ευημερίας των ασθενών (Smith, 2013).

Διαπιστώθηκε επίσης ότι η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή σχετίζεται με την ικανότητα του ασθενούς να εκτελεί προσωπική φροντίδα και να ακολουθεί περίπλοκα πρωτόκολλα θεραπείας. Μια μελέτη των υπαλλήλων της Κοινοπολιτείας της Μασαχουσέτης διαπίστωσε ότι η γνώση των ιατρών για τους ασθενείς και η εμπιστοσύνη των ασθενών στους γιατρούς έχουν βαθιά επίδραση στο εάν οι ασθενείς ολοκληρώνουν το προτεινόμενο σχέδιο θεραπείας. Ομοίως, η έρευνα αναφέρει ότι οι γιατροί τους "ως άτομο" γνωρίζουν ότι οι ασθενείς με HIV είναι πιθανότερο να λάβουν και να ολοκληρώσουν πολύ αποτελεσματική αντιρετροϊκή θεραπεία και καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία από άλλους ασθενείς με HIV. Οι μελέτες αυτές υπογραμμίζουν τον δυνητικό ρόλο της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή στη βελτίωση των αποτελεσμάτων για την υγεία από μια θεραπεία ή παρέμβαση που βασίζεται στην αυτοδιαχείριση των ασθενών, (συμπεριλαμβανομένων των θεραπειών για πολλές χρόνιες ασθένειες) (Smith, 2013).

Επιπλέον, η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή σχετίζεται με μειωμένη χρήση πόρων. Η έρευνα έδειξε ότι η επικοινωνία με ασθενείς στις επισκέψεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης σχετίζεται με λιγότερες διαγνωστικές εξετάσεις και παραπομπές (Erstein et al., 2005; Stewart et al., 2000). Μια παρόμοια μελέτη διαπίστωσε ότι οι ασθενείς που έλαβαν λιγότερη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή χρεώνουν 51% περισσότερο ετησίως από τους ασθενείς που έλαβαν περισσότερη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή (Bertakis and Azari, 2011). Επιπλέον, οι καλά ενημερωμένοι ασθενείς συχνά επιλέγουν λιγότερο επιθετικές και ακριβές θεραπείες. Μια μελέτη διαπίστωσε ότι οι ενημερωμένοι ασθενείς έχουν 20% λιγότερες πιθανότητες να επιλέξουν εκλεκτική χειρουργική επέμβαση από άλλους ασθενείς (O'Connor et al., 2009; Stacey et al., 2011).

4.4 Πόροι Υψηλής Τεχνολογίας

Καθώς ο παγκόσμιος πληθυσμός αυξάνεται, το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται και ο αριθμός των θανάτων από χρόνιες ασθένειες αυξάνεται, όπως και η ζήτηση για ανακουφιστική φροντίδα. Η παρηγορητική φροντίδα στοχεύει στη μείωση των ασθενειών και στην προώθηση της υγείας των ασθενών με προοδευτικές, ανίατες ασθένειες ή τραυματισμούς. Η ηλεκτρονική υγεία περιλαμβάνει τη χρήση τεχνολογιών πληροφοριών και επικοινωνιών για την παροχή ιατρικής περίθαλψης.

4.4.1 Υιοθέτηση της τηλε-υγείας για την ενίσχυση των επιθυμητών αποτελεσμάτων των ασθενών

Η ηλεκτρονική υγεία περιλαμβάνει τη χρήση της τεχνολογίας πληροφοριών και επικοινωνιών (ΤΠΕ) για την παροχή φροντίδας και τη μετάδοση πληροφοριών για την υγεία μέσω του Διαδικτύου και σχετικών τεχνολογιών (Caruato, 2014), ανεξάρτητα από την απόσταση. Άλλες κοινές λέξεις είναι η τηλεϊατρική και η τηλεϋγεία. Στην ιδανική περίπτωση, η ηλεκτρονική υγεία προωθεί τη συμμετοχή των ασθενών στη φροντίδα, βελτιώνοντας την ποιότητα της φροντίδας και αυξάνοντας τις πιθανότητες παροχής φροντίδας, διατηρώντας παράλληλα τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, ειδικά σε απομακρυσμένες περιοχές (Phongtankuel, 2018). Άλλα οφέλη περιλαμβάνουν άνεση, μειωμένο χρόνο ταξιδιού και μειωμένο κίνδυνο μόλυνσης. Σε μια ποιοτική μελέτη, οι επαγγελματίες υγείας εκφράζουν ανησυχίες σχετικά με τη χρήση της ηλεκτρονικής υγείας στην ανακουφιστική φροντίδα, τόσο όσον αφορά τα τεχνολογικά ζητήματα όσο και τις δυνατότητες δημιουργίας μιας σχέσης φροντίδας μέσω ψηφιακών μέσων. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ηλεκτρονική υγεία μπορεί να βοηθήσει στη συμπλήρωση της καθημερινής φροντίδας πρόσωπο με πρόσωπο. Αυτά τα ευρήματα επιβεβαιώθηκαν από μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που διερεύνησε τη χρήση βιντεοταινιών στην ανακουφιστική φροντίδα, τονίζοντας τη βελτιωμένη επικοινωνία, τη διαθεσιμότητα διαφορετικών ομάδων ασθενών και τη συμμετοχή των συγγενών. Ωστόσο, η χρήση της ηλεκτρονικής υγείας σημαίνει κατ' επέκταση εξ αποστάσεως επεξεργασία των ασθενών και εμπιστευτικές πληροφορίες, όπου τίθενται ζητήματα που σχετίζονται με την αποθήκευση και την προστασία των εμπιστευτικών πληροφοριών. Έχουν τεθεί ζητήματα απορρήτου και ασφάλειας, καθώς και το γεγονός ότι οι οικονομικές επιπτώσεις δεν είναι σαφείς. Σε μια άλλη μελέτη, οι επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης εξέφρασαν την ανησυχία ότι η ηλεκτρονική υγεία θα αντικαταστήσει την ανθρώπινη επαφή και αλληλεπίδραση. Στην Αφρική, το αναγνωρισμένο εμπόδιο στην ηλεκτρονική υγεία είναι η πρόσβαση σε τεχνολογίες όπως σύγχρονα κινητά τηλέφωνα και υποδομές

που περιβάλλουν το Διαδίκτυο και ψηφιακές εφαρμογές. Σε μια ανασκόπηση βιβλιογραφίας που δίνει έμφαση στην τεχνολογία ηλεκτρονικής υγειονομικής περίθαλψης στην παρηγορητική περίθαλψη, χαρτογραφούνται εφαρμογές ηλεκτρονικής υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της ανάλυσης τεχνολογικών πλεονεκτημάτων, μειονεκτημάτων, ευκαιριών και απειλών. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι η ηλεκτρονική υγεία είναι ένας αναπτυσσόμενος τομέας που έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει την άνεση και την ποιότητα ζωής. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα των εφαρμογών σπάνια συζητείται και ο σεβασμός των προτιμήσεων των ασθενών για τη μορφή φροντίδας απαιτεί περαιτέρω προσοχή. Η λεπτομερής ανασκόπηση τόνισε ότι οι εφαρμογές ηλεκτρονικής ιατρικής φαίνεται να είναι εφικτές, αλλά ότι η τηλεϊατρική που σχετίζεται με ανεπιθύμητα συμπτώματα και η ευεξία απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση και έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των ηλεκτρονικών ιατρικών παρεμβάσεων (Neergaard, 2014).

Εκτός από τις συνηθισμένες παραδοσιακές συνεδρίες πρόσωπο με πρόσωπο, μέσω τεχνολογίας, δίνονται νέες ευκαιρίες και τόποι συναντήσεως. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς θεωρούν ότι τα διάφορα βοηθήματα επικοινωνίας είναι φιλικά προς το χρήστη και εφικτά (Benze, 2019; Bonsignore, 2018). Ένα παράδειγμα ευελιξίας του χρήστη είναι μια εφαρμογή που μπορεί να χρησιμοποιηθεί σύμφωνα με τις ανάγκες των μεμονωμένων ασθενών ή οικογενειών, είτε σε κινητό τηλέφωνο, υπολογιστή ή tablet. Η επικοινωνία συνδέσμου βίντεο λειτούργησε καλά και βρέθηκε πως είναι βολική. Σε σύγκριση με τις τηλεφωνικές διαβουλεύσεις, οι ασθενείς βιώνουν τα οφέλη της τηλεδιάσκεψης επειδή οι αυξημένες οπτικές διαστάσεις παρέχουν πληροφορίες για τη γλώσσα του σώματος και τα συναισθήματα. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες στις δύο μελέτες ήταν πολύ ικανοποιημένοι με την βιντεοδιάσκεψη ενώ προτιμούσαν βιντεοδιάσκεψη πριν από την πραγματική επαφή. Οι προστιθέμενες οπτικές πληροφορίες είναι επιθυμητές και θεωρούνται χρήσιμες. Ωστόσο, στις δύο μελέτες βρέθηκαν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Οι ασθενείς προτιμούν προσωπικές συναντήσεις και διαπίστωσαν ότι η τεχνολογία ηλεκτρονικής υγείας δεν μπορεί να επιτύχει μια βαθύτερη προσωπική σύνδεση. (Tieman, 2016; Timmerman, 2016).

Ένας σημαντικός παράγοντας για την υιοθέτηση εφαρμογών ηλεκτρονικής υγειονομικής περίθαλψης είναι η στάση και ο ενθουσιασμός των επαγγελματιών υγείας (HCPs). Εάν οι HCPs δεν έχουν τον ενθουσιασμό και το κίνητρο να χρησιμοποιήσουν τη νέα τεχνολογία, οι ασθενείς ή τα μέλη της οικογένειας δεν θα το κάνουν. Οι ηλικιωμένοι μπορούν να χειριστούν αυτήν την τεχνολογία εξίσου καλά, αλλά μερικές φορές απαιτούν

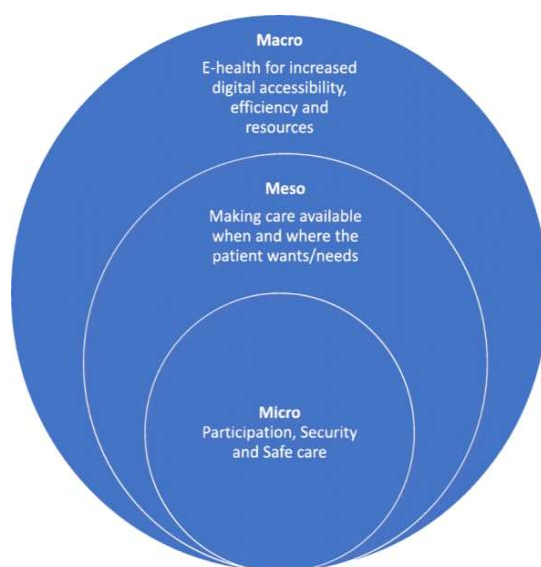
επιπλέον υποστήριξη στην αρχή. Εάν υπάρχει κάποιο τεχνικό πρόβλημα, μπορεί να επιλυθεί με την υποστήριξη του HCP ή με τη βοήθεια των μελών της οικογένειας (Tieman, 2016; Timmerman, 2016).

Τα πιθανά οφέλη της ηλεκτρονικής υγείας μπορεί να είναι η αυξημένη πρόσβαση στη φροντίδα, η αυξημένη ευκολία, ο μειωμένος χρόνος ταξιδιού και ο μειωμένος κίνδυνος μόλυνσης. Μέσω της ηλεκτρονικής υγείας, προωθείται η επικοινωνία μεταξύ των ασθενών, των στενών συγγενών και των μελών της ομάδας και οι πιθανότητες των ασθενών να λάβουν φροντίδα αυξάνονται επειδή η σωματική απόσταση δεν αποτελεί πρόβλημα. Οι ασθενείς διαπίστωσαν ότι η χρήση βίντεο- συμβουλευτικής ενισχύει την επικοινωνία επειδή περιλαμβάνονται οπτικά χαρακτηριστικά, όπως έχει περιγραφεί σε άλλες μελέτες (Funderskov, 2019). Ένα άλλο όφελος που βρέθηκε είναι ότι αν και η ασθένεια είναι απειλητική για τη ζωή, οι ασθενείς μπορούν να παίξουν ενεργό ρόλο και να διαχειριστούν τη δική τους φροντίδα εάν το επιθυμούν, προωθώντας έτσι την εξατομικευμένη φροντίδα. Η χρήση της τεχνολογίας μπορεί να αυξήσει την πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη και μπορεί να εξοικονομήσει χρήματα, αλλά τα οικονομικά αποτελέσματα δεν έχουν ακόμη αποδειχθεί. Οι Allsop et al. (2019), περιγράφουν ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν παρηγορητική φροντίδα είναι πρόθυμοι να δοκιμάσουν νέες τεχνολογίες ως μέρος της φροντίδας τους. Στα σχόλιά τους, το πλεονέκτημα της τεχνολογίας που αναφέρεται είναι ότι, ο χρόνος απόκρισης μπορεί να είναι ταχύτερος και δεν θεωρείται τόσο ενοχλητικός όσο οι επισκέψεις στο σπίτι. Αυτά τα οφέλη συνάδουν με τη διάσταση χρησιμότητας που περιγράφεται στο μοντέλο TAM (απαιτούμενο τεχνικό προϊόν).

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι εφαρμογές ηλεκτρονικής υγείας μπορούν να προωθήσουν τη συμμετοχή, την ασφάλεια και την ασφαλή φροντίδα. Ένας τρόπος συμμετοχής είναι η αυτοαναφορά συμπτωμάτων μέσω κινητών τηλεφώνων, tablet ή του διαδικτύου τα οποία έχουν επίσης περιγραφεί από τους Cooley et al. (2016), και η διευκόλυνση της αναφοράς συμπτωμάτων με αυτόν τον τρόπο είχε ως αποτέλεσμα την ταχύτερη πρόσβαση στην περίθαλψη. Για τους επαγγελματίες υγείας, ο συνδυασμός επαληθευμένων ερωτηματολογίων και ηλεκτρονικών εφαρμογών υγείας μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα της φροντίδας για την κατάσταση κάθε ασθενούς. Αυτή η προσέγγιση μπορεί επίσης να προωθήσει το κίνητρο και τη δέσμευση των ασθενών να παρακολουθούν τα συμπτώματα και να διαχειρίζονται τη φροντίδα τους. Η τηλεδιάσκεψη είχε θετικό αντίκτυπο στη γνώση των ασθενών και παρείχε κοινωνική υποστήριξη σε ασθενείς με χρόνιες ασθένειες, κάτι που συνάδει με τα αποτελέσματα

αυτής της μελέτης. Οι νοσηλευτές πρέπει επίσης να εξετάσουν εκείνους που δεν διαθέτουν ή χρησιμοποιούν ηλεκτρονικές ιατρικές εφαρμογές για να διασφαλίσουν ότι οι ασθενείς λαμβάνουν ίση φροντίδα και θεραπεία ενώ ικανοποιούν τις ανάγκες τους. Φαίνεται επίσης να υπάρχει κίνδυνος, κατά την υποβολή δεδομένων αναφορικά με την ερμηνεία από επαγγελματίες υγείας, η πράξη αυτή καθαυτή να δημιουργήσει μια αίσθηση ασφάλειας, η οποία δυστυχώς μπορεί να οδηγήσει σε αγνόηση των προειδοποιητικών σημάτων και αναμονή για παρέμβαση. Σε μια εποχή συνεχούς αλλαγής και εφαρμογής νέων τεχνολογιών, είναι απαραίτητο να αποσαφηνιστεί η ευθύνη της αυτοπαρακολούθησης και να διατυπωθεί ένα σαφές σχέδιο για την αντιμετώπιση των «κόκκινων σημαιών» στο σύστημα. Έχοντας αυτό υπόψη, η χρήση της εφαρμογής eHealth στην παρηγορητική φροντίδα φαίνεται να ευθυγραμμίζεται με την έννοια μιας ολιστικής άποψης των ασθενών, όπου η ασφάλεια, η συμμετοχή και η ασφάλεια των ασθενών είναι υψίστης σημασίας (Clark, 1999; Klarare, 2016). Αυτό έχει επίσης νόημα, επειδή η τεχνολογία είναι εύκολα διαθέσιμη σε πολλές χώρες και περιοχές σήμερα.

Σύμφωνα με τους Nelson et al. (2008), το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να γίνει κατανοητό από πολλά επίπεδα. Το «μικροσύστημα» είναι κοντά στον ασθενή και δημιουργεί αξία για τον ασθενή στο σύστημα. Σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενούς, η δομή του μικροσυστήματος θα αλλάξει με την πάροδο του χρόνου. Ο στόχος του μικροσυστήματος είναι να δημιουργήσει την καλύτερη αξία στη φροντίδα σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενούς βλ. Διάγραμμα 2.



Διάγραμμα 2. Κλινικά μικροσυστήματα όπως περιγράφεται από τους Nelson et al.³

³ Widberg, C., Wiklund, B. & Klarare, A. Patients' experiences of eHealth in palliative care: an integrative review. *BMC Palliat Care* 19, 158 (2020).

Το «μεσοσύστημα» ή το επίπεδο της κοινότητας περιγράφει την αλληλεπίδραση μεταξύ των μονάδων, ενώ το «μακροσύστημα» (κοινωνία) παρέχει υποστήριξη και δομή για τη διευκόλυνση της λειτουργίας του μικροσυστήματος. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης μπορεί να αντικατοπτρίζονται από την προοπτική του συστήματος υγείας.

Οι εφαρμογές ηλεκτρονικής υγείας φαίνεται να έχουν τη δυνατότητα να προωθήσουν ίση, εξατομικευμένη φροντίδα και μπορούν να αποτελέσουν εργαλείο για την υποστήριξη της πρόσβασης και της συμμετοχής των ασθενών σε ένα περιβάλλον ανακουφιστικής φροντίδας. Επιπλέον, υπάρχουν στοιχεία ότι οι ηλεκτρονικές επικοινωνίες υγείας επιτρέπουν στους ασθενείς και τις οικογένειές τους να λαμβάνουν περισσότερες πληροφορίες, οι οποίες συμβάλλουν στην εμπειρία ασφάλειας των ασθενών και στην αίσθηση της ασφάλειας γενικώς. Σε οργανωτικό και κοινωνικό επίπεδο, συμβάλλει στη βιώσιμη ανάπτυξη και στην πιο αποτελεσματική χρήση των πόρων παρηγορητικής φροντίδας.

4.4.2 Χρήση λογισμικού για την αποφυγή εσφαλμένων διαγνώσεων

Παρά τη χρήση διαγνωστικού λογισμικού, το ποσοστό ιατρικής εσφαλμένης διάγνωσης παραμένει υψηλό. Αυτή η συνεχιζόμενη συζήτηση σχετικά με τον ρόλο της τεχνολογίας στην ανακούφιση ζητημάτων λανθασμένης διάγνωσης εστιάζεται στο κατά πόσον το λογισμικό διάγνωσης μπορεί να μειώσει τη συχνότητα αυτής, εάν υποστηρίζεται κατάλληλα από τους γιατρούς. Πρώτα απ' όλα, το διαγνωστικό ιατρικό λογισμικό μπορεί να χωριστεί σε δύο κατηγορίες. Ένας τύπος διαγνωστικού λογισμικού ενσωματώνεται στον διαγνωστικό ιατρικό εξοπλισμό ή σε βάσεις δεδομένων. Αυτός ο τύπος λογισμικού δεν κάνει μόνος του τη διάγνωση, αλλά παρέχει πληροφορίες που είναι εξαιρετικά σημαντικές για τη διάγνωση ενός γιατρού (Eadie, Taylor και Gibson, 2012). Ένας άλλος τύπος λογισμικού έχει σχεδιαστεί ειδικά για τη διάγνωση. Για να γίνει αυτό πρακτικά ο ιατρός καταχωρεί ένα σύνολο δεδομένων συμπτωμάτων, επιστρέφει στη λίστα διάγνωσης και επισυνάπτει σχετικές πληροφορίες (Eadie et al., 2012).

Το διαγνωστικό σφάλμα μπορεί να οριστεί ως «η διάγνωση που καθυστέρησε ακούσια (οι επαρκείς πληροφορίες ήταν διαθέσιμες νωρίτερα), ενώ το σφάλμα (λανθασμένη διάγνωση που έγινε πριν από τη σωστή) ή δεν έγινε ποτέ (δεν έγινε ποτέ διάγνωση), όπως κρίνεται από την ενδεχόμενη εκτίμηση πιο οριστικών πληροφοριών» (Graber, 2005). Παρόλο που τα αρνητικά αποτελέσματα για την υγεία, η απώλεια ζωής και η παραγωγικότητα, η δυσπιστία στο σύστημα υγείας και η δυσαρέσκεια των ασθενών

και των επαγγελματιών υγείας έχουν προκαλέσει κόστος, τα διαγνωστικά λάθη ως πεδίο της ασφάλειας των ασθενών δεν έχουν μελετηθεί πλήρως και αυτό οφείλεται εν μέρει αφενός στην έλλειψη αποτελεσματικών μεθόδων για τη μέτρηση των διαγνωστικών σφαλμάτων και αφετέρου στις περιορισμένες πηγές αξιόπιστων και έγκυρων δεδομένων αλλά και στην πρόκληση της ανίχνευσης διαγνωστικών σφαλμάτων στο περιβάλλον κλινικής πρακτικής. Τα διαγνωστικά σφάλματα είναι αρκετά περίπλοκα. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα φροντίδας των ασθενών (Zwaan, 2015).

Παλαιότερες μελέτες έχουν διερευνήσει κυρίως παρεμβάσεις για τη μείωση των διαγνωστικών σφαλμάτων, συμπεριλαμβανομένων των γνωστικών σφαλμάτων, συστημάτων και διαδικασιών (Lambe, 2016). Παρά την εκτενή έρευνα για τα διαγνωστικά λάθη, λίγοι έχουν διερευνήσει την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών που στοχεύουν στη μείωση των διαγνωστικών σφαλμάτων, ειδικά σε κλινικές παρεμβάσεις, συμπεριλαμβανομένων των στρατηγικών ελέγχου και επικοινωνίας (Singh, 2013). Οι κλινικές στρατηγικές ελέγχου και επικοινωνίας έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία ως μέσο για την αξιολόγηση της κλινικής απόδοσης της υγειονομικής περίθαλψης, τη μείωση των διαγνωστικών σφαλμάτων και τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης των ασθενών (Graber et al., 2012; Singh et al. 2013). Τονίζεται ότι οι προτεινόμενες μέθοδοι διαγνωστικού σφάλματος σπάνια εφαρμόζονται στην πραγματική κλινική πρακτική, επομένως είναι απαραίτητο να αξιολογηθούν τέτοιες παρεμβάσεις στο μέλλον. Από όσο γνωρίζουμε, οι στρατηγικές ελέγχου και επικοινωνίας για τη μείωση των διαγνωστικών σφαλμάτων δεν έχουν μελετηθεί ατομικά. Το "σύστημα ελέγχου" ορίζεται ως ένα σύστημα που παρέχει μέτρηση απόδοσης ατομικού ή ολόκληρου του οργανισμού βάσει επαγγελματικών προτύπων ή στόχων για την παροχή ανατροφοδότησης στο άτομο ή τον οργανισμό. Αυτό περιλαμβάνει παρεμβάσεις όπως συστήματα, μοντέλα, σχέδια και διαδικασίες που έχουν σχεδιαστεί για να διασφαλίζουν ότι ορισμένες δραστηριότητες εκτελούνται αποτελεσματικά και με συνέπεια για την επίτευξη στόχων. Η επικοινωνία μπορεί να οριστεί ως η μετάδοση πληροφοριών και η κοινή κατανόηση από το ένα μέρος στο άλλο. Η επιτροπή λανθασμένης διάγνωσης υγειονομικής περίθαλψης υποστηρίζει τις διαγνωστικές εξετάσεις, ώστε οι διαδικασίες και η επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας να γίνουν πιο αποτελεσματικές και συνιστά την εφαρμογή τους σε όλα τα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διαδικασία διάγνωσης (National Academy of Sciences, 2016).

Έρευνα από τους Tsai et al. (2003) και David et al. (2011), έδειξε ότι η χρήση ερμηνείας μέσω υπολογιστή βελτιώνει τη διαγνωστική ακρίβεια. Το σύστημα

υποστήριξης βελτιώνει την ικανότητα των ιατρών να διαγνώσουν οξείες παιδιατρικές παθήσεις, βελτιώνει την ακρίβεια της διάγνωσης του οξέος κοιλιακού πόνου και παρέχει ακριβέστερη πρόβλεψη για τη νόσο του Αλτσχάιμερ. Οι Ramnarayan et al. (2006) επεσήμαναν ότι η εξάλειψη των φραγμών πρόσβασης στον υπολογιστή είναι απαραίτητη για την βοήθεια που παρέχεται από λογισμικά στις κλινικές αποφάσεις για τη βελτίωση της διάγνωσης. Οι Boguševičius et al. (2002), συγκρίνουν την ηλεκτρονική διάγνωση με τη ραδιολογική σύγκριση της οξείας απόφραξης του λεπτού εντέρου. Αν και δεν βρήκαν καμία διαφορά στην ακρίβεια, ο υπολογιστής χρειάστηκε μόνο 1 ώρα, ενώ η ακτινογραφία αντίθεσης διήρκησε 16 ώρες. Οι Jiang et al. (2000), συνέκριναν την διάγνωση ενός ακτινολόγου, μια ανεξάρτητη διπλή διάγνωση δύο ακτινολόγων και μια διάγνωση μέσω υπολογιστή. Διαπίστωσαν ότι η διάγνωση μέσω υπολογιστή ήταν ανώτερη από όλες τις άλλες μεθόδους για τη βελτίωση της διαγνωστικής ακρίβειας των αναφορών ακτινολογίας. Μία μελέτη διαπίστωσε ότι ένα διαγνωστικό σύστημα υπολογιστή μπορεί να βελτιώσει τη διάγνωση ύπουλων ψυχικών ασθενειών, αλλά δεν βρήκε την εγγυημένη ανταπόκριση του γιατρού στη διάγνωση ή τη θεραπεία της νόσου (Schriger, 2001). Μια άλλη μελέτη αντίθετα διαπίστωσε ότι, δεν υπάρχει διαφορά στην ελλείπουσα διάγνωση ψυχικής νόσου (Bergman, 2008). Και οι δύο μελέτες ωστόσο ευνοούν την παραδοσιακή μέθοδο για δύσκολες περιπτώσεις ψυχικής υγείας.

4.5 Κύκλος Ποιοτικού Ελέγχου (Quality Circle)

Ο κύκλος ποιότητας περιεγράφηκε για πρώτη φορά από τον W. Edwards Deming στη δεκαετία του 1950. Ο Deming επαίνεσε την Toyota ως παράδειγμα πρακτικής. Αυτή η ιδέα αργότερα επισημοποιήθηκε σε ολόκληρη την Ιαπωνία το 1962 και διαδόθηκε από τον Kaoru Ishikawa και άλλους. Η Ιαπωνική Εταιρεία Επιστημόνων και Μηχανικών (JUSE) συντόνισε αυτό το κίνημα στην Ιαπωνία. Ο πρώτος κύκλος ξεκίνησε με την Japan Wireless Telegraph Company. Αυτή η ιδέα εξαπλώθηκε σε περισσότερες από 35 ακόμη εταιρείες τον πρώτο χρόνο μέχρι το 1978. Από το 2015, λειτουργούν στις περισσότερες χώρες της Ανατολικής Ασίας. Υπάρχουν περισσότεροι από 20 εκατομμύρια κύκλοι ποιότητας στην Κίνα (Rohrbasser, 2019).

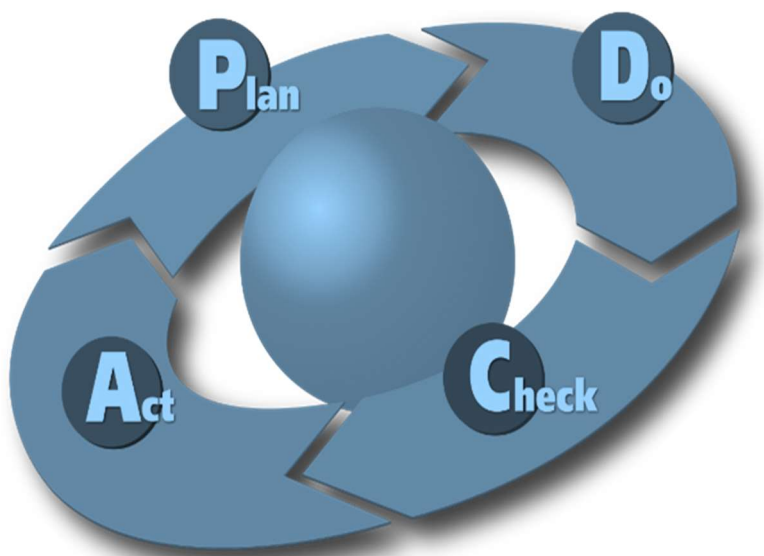
Οι κύκλοι ποιότητας έχουν εφαρμοστεί ακόμη και στον τομέα της εκπαίδευσης στην Ινδία ενώ το QCFI (Quality Circle Forum in India) προωθεί τέτοιες δραστηριότητες. Ωστόσο, αυτό δεν πέτυχε στις Ηνωμένες Πολιτείες, επειδή η ιδέα δεν έγινε κατανοητή και η εφαρμογή έγινε με βάση την διόρθωση σφαλμάτων - παρά τους κύκλους. Ο Don Dewar και ο Wayne Ryker και ο Jeff Beardsley ίδρυσαν το Quality Circle το 1972 στο Lockheed Space Missile Factory στην Καλιφόρνια (Rohrbasser, 2019).

Ο κύκλος ποιότητας ή ο κύκλος ποιοτικού ελέγχου αποτελείται από μια ομάδα υπαλλήλων που ασχολούνται με την ίδια ή παρόμοια εργασία. Συνεδριάζουν τακτικά για τον εντοπισμό, την ανάλυση και την επίλυση προβλημάτων που σχετίζονται με την εργασία. Αποτελείται από τουλάχιστον τρία μέλη και το πολύ δώδεκα μέλη. Η ομάδα είναι συνήθως μικρή, συνήθως διευθύνεται από έναν επόπτη ή διευθυντή και προτείνει λύσεις στη διοίκηση. Όπου είναι δυνατόν, οι εργαζόμενοι εφαρμόζουν τις δικές τους λύσεις για να βελτιώσουν την απόδοση του οργανισμού και να παρακινήσουν τους εργαζομένους. Ο κύκλος ποιότητας ήταν πιο δημοφιλής στη δεκαετία του 1980, αλλά εξακολουθεί να υπάρχει με τη μορφή ομάδων βελτίωσης και παρόμοιων προγραμμάτων συμμετοχής εργαζομένων (Beyer, 2003).

Τα τυπικά θέματα του κύκλου ποιότητας είναι η βελτίωση της ασφάλειας και της υγείας στην εργασία, η βελτίωση του σχεδιασμού των προϊόντων και η βελτίωση του εργασιακού χώρου και της διαδικασίας κατασκευής. Ο όρος κύκλος ποιότητας ορίστηκε από τον καθηγητή Kaoru Ishikawa στο εγχειρίδιο του. Το 1985, "What is Total Quality Control? The Japanese Way" που δημοσιεύθηκε από την ιαπωνική κοινωνία επιστημόνων και μηχανικών σε όλη την ιαπωνική βιομηχανία. Η πρώτη εταιρεία στην Ιαπωνία που εισήγαγε έναν ποιοτικό κύκλο ήταν η Ιαπωνική εταιρεία ραδιοφώνου και τηλεγράφου το

1962. Μέχρι το τέλος του έτους υπήρχαν 36 εταιρείες εγγεγραμμένες στην JUSE μέχρι το 1978, το κίνημα είχε αυξηθεί σε περίπου 1 εκατομμύριο κύκλους στους οποίους συμμετείχαν περίπου 10 εκατομμύρια Ιάπωνες εργαζόμενοι. Το κίνημα βασίστηκε στο έργο του Δρ W. Edwards Deming (Διάγραμμα 3) κατά τη διάρκεια της Συμμαχικής Κατοχής της Ιαπωνίας, για την οποία καθιερώθηκε το Βραβείο Deming το 1950, καθώς και στο έργο του Joseph M. Juran το 1954 (Beyer, 2003).

Οι κύκλοι ποιότητας είναι συνήθως πιο επίσημες ομάδες. Συναντιούνται τακτικά κατά τη διάρκεια της εταιρείας και εκπαιδεύονται από αρμόδιο προσωπικό (συνήθως ορίζεται ως διαμεσολαβητής), ειδικοί στις εργασιακές σχέσεις εκπαιδευμένοι στους ανθρώπινους παράγοντες και τις βασικές δεξιότητες αναγνώρισης προβλημάτων, συλλογής και ανάλυσης πληροφοριών, βασικών στατιστικών και παραγωγής λύσεων. Οι ποιοτικοί κύκλοι είναι συνήθως ελεύθεροι να επιλέξουν οποιοδήποτε θέμα θέλουν (εκτός από θέματα που σχετίζονται με τους μισθούς και τις συνθήκες εργασίας, επειδή συνήθως υπάρχουν άλλα κανάλια για την επίλυση αυτών των προβλημάτων). Ο κύκλος ποιότητας έχει το πλεονέκτημα της συνέχειας. Από το ένα έργο στο άλλο, ο κύκλος παραμένει ο ίδιος (Beyer, 2003).



Διάγραμμα 3. Ο κύκλος του Deming⁴

⁴ Tague, Nancy R. (2005) [1995]. "Plan-Do-Study-Act cycle". *The quality toolbox (2nd ed.)*. Milwaukee: ASQ Quality Press. pp. 390-392.

4.6 Το Πρότυπο ISO 9001

Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO) 9001 είναι ένα σύστημα διαχείρισης ποιότητας, που παρέχει μια δομή που υποστηρίζει την ποιοτική φροντίδα. Η λέξη κλειδί είναι η «δομή», ένα πλαίσιο για την παροχή ποιοτικής φροντίδας. Εάν ένας οργανισμός που έχει επιλέξει να υιοθετήσει αυτό το σύστημα ή να επιλέξει έναν οργανισμό πιστοποίησης που το χρειάζεται. Αυτή η ενότητα θα αναλύσει το πρότυπο ISO 9001 και θα δώσει παραδείγματα για το πώς το σύστημα διαχείρισης υποστηρίζει τη διαδικασία φροντίδας για την επίτευξη του τελικού στόχου να φέρει θετικά αποτελέσματα στους ασθενείς (Kobs, 2006).

Οι άνθρωποι δίνουν όλο και περισσότερη προσοχή στην ποιότητα και την ασφάλεια των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Το σύστημα διαχείρισης ποιότητας χρησιμοποιείται ευρέως στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Πολλά νοσοκομειακά τμήματα έχουν εφαρμόσει συστήματα διαχείρισης ποιότητας για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Μία ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδος είναι το πλαίσιο που ορίζεται από τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (ISO), το πρότυπο ISO 9001. Η ISO ιδρύθηκε το 1947 για να παρέχει τυποποίηση τεχνικών προδιαγραφών για προϊόντα που κυκλοφορούν στη διεθνή αγορά. Το πρότυπο συστήματος διαχείρισης ποιότητας ISO 9001 μπορεί να εφαρμοστεί σε κάθε τύπο οργανισμού που επιδιώκει να βελτιώσει την ποιότητα των αγαθών ή των υπηρεσιών του. Αυτό το πρότυπο αντιπροσωπεύει μια διεθνή συμφωνία για την απόδοση των προϊόντων, βοηθώντας να διασφαλιστεί ότι οι εργαζόμενοι παρέχουν με συνέπεια προϊόντα ή υπηρεσίες που πληρούν τις απαιτήσεις ποιότητας των πελατών του οργανισμού, βελτιώνοντας συνεχώς την απόδοση του οργανισμού και αυξάνοντας την ικανοποίηση των πελατών (International Organization for Standardization).

Παρόλο που όλο και περισσότερα στοιχεία δείχνουν τον αντίκτυπο της πιστοποίησης και της διαπίστευσης στην υγειονομική περίθαλψη, λίγα είναι γνωστά για τις πρακτικές και τους μηχανισμούς που εμπλέκονται στη διαδικασία αλληλεπίδρασης μεταξύ οργανισμών αξιολόγησης και οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης σε εξωτερικές αξιολογήσεις. Σε συστήματα εξωτερικής αξιολόγησης, όπως πιστοποίηση ISO, η εμπειρία ελεγκτή, η επιλογή ελεγκτή, η εκπαίδευση, η υποστήριξη και τα κίνητρα ενδέχεται να επηρεάσουν την απόδοση, το στυλ και την αξιοπιστία των πρακτικών ελέγχου (αξιολόγησης). Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται από τους ελεγκτές στις διαδικασίες αξιολόγησης και επαλήθευσής τους, όπως συμπεριφορά (όπως επιθεώρηση ή

καθοδήγηση) και πρακτικές αξιολόγησης, απαιτούν περαιτέρω έρευνα. Η διερεύνηση αυτών των ζητημάτων μπορεί να καθορίσει τα στοιχεία που μπορεί να είναι χρήσιμα για τη διαμόρφωση, την ανάπτυξη και τη συνέπεια σχεδίων πιστοποίησης εντός και μεταξύ φορέων πιστοποίησης και για περαιτέρω έρευνα. Για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, είναι δυνατόν να επωφεληθούν από τη διαφάνεια και την κατανόηση αυτών των ευρέως χρησιμοποιούμενων εργαλείων, συχνά με τη συμμετοχή οργανισμών πιστοποίησης κερδοσκοπικού ελέγχου για την παρακολούθηση, τη διασφάλιση και τη βελτίωση της απόδοσης της υγειονομικής περίθαλψης. Η διαφάνεια και η διορατικότητα βοηθούν στην καλύτερη αξιολόγηση των λόγων της απόφασης πιστοποίησης, καθώς και της αξιοπιστίας. Η κατανόηση των πρακτικών ελέγχου είναι επίσης σημαντική για την ικανοποίηση των απαιτήσεων πιο ευέλικτων και περιβαλλοντικά σχετικών προγραμμάτων εξωτερικής αξιολόγησης που σχετίζονται με μελλοντικές αλλαγές στην υγειονομική περίθαλψη και για την ικανοποίηση των απαιτήσεων συμμετοχής των χρηστών (Johannesen, 2020).

Οι Heuvel et al. (2005), έχουν επίσης παρατηρήσει πολλά οφέλη, όπως την συνεχή βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και της απόδοσης του συστήματος κατά την εφαρμογή σχεδίων συστήματος διαχείρισης ποιότητας ISO, τα οποία στοχεύουν και εξετάζουν όλες τις νοσοκομειακές διαδικασίες που έχουν τη δυνατότητα αναγνώρισης και τεκμηρίωσης. Δυστυχώς, η γνώμη των εκάστοτε Διοικητών ή διευθυντών τμημάτων επηρεάζει το σύστημα διαχείρισης ποιότητας ISO καθώς δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην τρέχουσα κατάσταση με τον αντίκτυπο στο ποσοστό πληρότητας νοσοκομειακών κρεβατιών και τη μέση διάρκεια παραμονής όπως χαρακτηριστικά διαφαίνεται στη μελέτη του Isfahan (Mosadegh, 2005). Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη έρευνα μιας εταιρείας που βρίσκεται στο Shahrud, στο κεντρικό Ιράν, μέσω της εφαρμογής αυτών των τεχνολογιών, η εφαρμογή μεθόδων βελτίωσης όπως το σύστημα διαχείρισης ποιότητας ISO θα παράγει κάποιες αντιλήψεις για την ικανοποίηση από την εργασία και τους διαχειριστές πριν και μετά την εφαρμογή (Ashrafi, 2012).

Επιπλέον, στον τομέα της υγείας, αυτές οι προσδοκίες μπορεί να σχετίζονται με παραμέτρους θεραπείας και νοσηλείας, όπως ποσοστά πληρότητας και μέση διάρκεια παραμονής, όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω. Ωστόσο, ο Schonherr δήλωσε ότι το κύριο κίνητρο για τους περισσότερους οργανισμούς και εταιρείες να αποκτήσουν ISO μπορεί να προέρχεται από εξωτερική πίεση και συγκεκριμένες υποχρεώσεις που μπορεί να τονώσουν την εφαρμογή των δραστηριοτήτων της διαχείρισης της ποιότητας περισσότερο από τη γενική νομοθεσία-πλαίσιο (Schonherr, 2001).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των HeidariGorji (2011), από την οπτική του προσωπικού, είναι δύσκολο να φανταστεί κανείς ότι υπάρχει ουσιαστική σχέση μεταξύ της βαθμολογίας επιβεβαίωσης του συστήματος διαχείρισης ποιότητας ISO και ορισμένων μεθόδων αναφοράς, όπως η ταχύτητα διερεύνησης παραπόνων, μετά την έγκριση και το κόστος. Παρόλο που το σύστημα διαχείρισης ποιότητας ISO έχει δείξει θετικά αποτελέσματα για βελτιώσεις στη διαδικασία τεκμηρίωσης, είναι ασαφές στον καθορισμό πρακτικών ενεργειών για τη μείωση της διαμονής ασθενών στο νοσοκομείο σε σχέση με την πληρότητα του προσωπικού. Άλλοι παράγοντες για εφαρμογή διαπίστευσης, αποτελούν η βελτιωμένη τεχνολογία και τα συστήματα ποιότητας, όπως το EFQM, η κλινική διαχείριση, η αύξηση του πληθυσμού και η εμφάνιση εποχιακών ασθενειών. Αυτά τα αποτελέσματα παρακινούν τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να προσπαθούν να επιτύχουν υψηλής ποιότητας διαχείριση και απόδοση. Η χρήση ενός ολοκληρωμένου πακέτου ποιότητας που μας επιτρέπει να προσδιορίσουμε τις ποιοτικές απαιτήσεις του τομέα της υγείας και να παρέχουμε ένα σχέδιο αποκατάστασης ποιότητας μπορεί να συμβάλει στην αύξηση του αντίκτυπου των δεικτών αποτελεσματικότητας της ποιότητας της υγείας (HeidariGorji, 2011).

4.7 Η Διαδικασία Επίλυσης Προβλημάτων (problem solving)

Οι επαγγελματίες υγείας εφαρμόζουν την κριτική σκέψη στη διαδικασία της επίλυσης προβλημάτων του ασθενούς αλλά και δημιουργικές διαδικασίες λήψης αποφάσεων για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων. Είναι μια ουσιαστική διαδικασία για ασφαλή, αποτελεσματική και εξειδικευμένη παρέμβαση για τους επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με τον Scriven και τον Paul, η κριτική σκέψη είναι η διαδικασία της ψυχικής δραστηριότητας και η λεπτή αντίληψη, ανάλυση, σύνθεση και αξιολόγηση των πληροφοριών που συλλέγονται ή προέρχονται από την παρατήρηση, την εμπειρία, τον προβληματισμό, τη συλλογιστική ή την επικοινωνία, που οδηγεί σε πίστη στη δράση (Scheffer, 2000).

Επιπλέον, η πρόσβαση σε υπερσύγχρονες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης έχει δημιουργήσει υψηλότερες προσδοκίες για τους ασθενείς που λαμβάνουν εξατομικευμένη και υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη. Καθώς γίνεται όλο και πιο δύσκολο να καλυφθούν οι ανάγκες των ασθενών, η ενίσχυση των νοσηλευτικών δεξιοτήτων καθίσταται όλο και πιο σημαντική. Για να βελτιωθεί αυτό, ένα νοσοκομειακό περιβάλλον είναι αναγκαίο να εργάζεται σκληρά για να αλλάξει το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον ώστε να αυξήσει τον αριθμό των νοσηλευτών, να μειώσει τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο και να επιτύχει αποτελεσματικές νοσηλευτικές πρακτικές. Ωστόσο, παρά τις συγκεκριμένες προσπάθειες που θα κάνουν οι διοικήσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, ο φόρτος εργασίας των επαγγελματιών υγείας και η ζήτησή τους αυξάνονται συνεχώς. Ως αποτέλεσμα, να έχουν αρνητικές στάσεις και προκαταλήψεις έναντι των ασθενών, καθώς και αρνητικές αντιλήψεις για τον επαγγελματισμό. Για την επίλυση αυτού του προβλήματος, είναι σημαντικό να καλλιεργηθεί και να βελτιωθούν οι δεξιότητες των επαγγελματιών νοσηλευτικής και όχι μόνο (Kang, 2019).

Η γνώση του επαγγελματία υγείας είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ανεξάρτητη ικανότητα τους. Η καλή επαγγελματική γνώση βοηθά στην ενεργή επίλυση των προβλημάτων των ασθενών. Επιπλέον, τα χαρακτηριστικά και οι δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας γενικότερα θα επηρεάσουν το επίπεδο φροντίδας, επιτρέποντάς τους να κατανοήσουν τους ασθενείς, να λύσουν προβλήματα και να παρέχουν ολιστική φροντίδα, που είναι ο απώτερος στόχος τόσο της νοσηλευτικής όσο και της γενικότερης διαδικασίας. Επομένως, οι ασθενείς αναμένουν ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης όχι μόνο έχουν γνώσεις για την ασθένεια, αλλά επίσης

κατανοούν πλήρως τα προβλήματα του ασθενούς και ότι είναι ανεξάρτητοι και δημιουργικοί. Αυτή η στάση μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα των υπηρεσιών και μπορεί να εμπνεύσει υπερηφάνεια στο νοσηλευτικό επάγγελμα και τα επαγγελματικά επιτεύγματα. Οι νοσηλευτές μπορούν επίσης να χρησιμοποιήσουν αυτά τα ευρήματα για να βρουν την χρυσή τομή στην τη εξουθένωση και να διατηρήσουν τον επαγγελματισμό τους (Kwak, 2017).

Προκειμένου να ανταποκριθούν στην αυξανόμενη ζήτηση ποιοτικών νοσηλευτικών υπηρεσιών και να βελτιώσουν τις δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας, έχουν γίνει προσπάθειες για τη μετατροπή της εκπαίδευσης προς την επιστημονική και δημιουργική εκπαίδευση. Ωστόσο, σε ένα νοσηλευτικό περιβάλλον, όχι μόνο οι νοσηλευτές δεν μπορούν να λάβουν ανεξάρτητες αποφάσεις, αλλά και οι διαφορετικές προσωπικές δεξιότητες που απαιτούνται για αυτήν την ανεξάρτητη συμπεριφορά δεν αναπτύσσονται πλήρως. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να ενισχυθούν οι αντιλήψεις των κλινικών νοσηλευτών σχετικά με το νοσηλευτικό επάγγελμα. Βασικά σημεία όλων αυτών είναι η διατήρηση της ισορροπίας των νοσηλευτικών δεξιοτήτων, η παροχή καινοτόμων και υψηλής ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών, ο καθορισμός των μεθόδων συμπληρωματικής εκπαίδευσης και η παρεμπόδιση περιβαλλοντικών παραγόντων (Kim, 2020).

Ταυτόχρονα, οι δεξιότητες επικοινωνίας περιλαμβάνουν την ικανότητα ενός ατόμου να κατανοεί με ακρίβεια (μέσω λεκτικών και μη λεκτικών ενδείξεων) ένα άλλο άτομο και να παρέχει πλήρως αυτό που θέλει. Οι καλές δεξιότητες επικοινωνίας είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την παροχή επαγγελματικών νοσηλευτικών υπηρεσιών, επειδή μπορούν να αποκτήσουν την γνώση των ασθενών, να λύσουν περίπλοκα προβλήματα και να πραγματοποιήσουν λογική ανάλυση των διάφορων καταστάσεων. Όταν πραγματοποιείται αποτελεσματική επικοινωνία, η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και ο αντιληπτός επαγγελματισμός βελτιώνεται (Ancel, 2016).

Σύμφωνα με τον Park (2017), όταν υπάρχει κοινωνική ένταση, χαμηλές δεξιότητες αλληλεπίδρασης και κακή επικοινωνία, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα αντιμετωπίσουν δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις. Επιπλέον, αυτοί οι παράγοντες δεν έχουν μόνο αρνητικό αντίκτυπο στην εργασία, αλλά και στις επαγγελματικές αντιλήψεις. Οι δεξιότητες επικοινωνίας σχετίζονται με την ικανότητα δημιουργίας σχέσεων με τους ασθενείς και την ολιστική τους φροντίδα. Προκειμένου να βελτιωθεί και να αναπτυχθεί η συνολική νοσηλευτική λειτουργία τέτοιων κλινικών

νοσηλευτών, είναι σημαντικό να συμπληρωθούν οι σχετικές ολοκληρωμένες νοσηλευτικές δεξιότητες.

Επομένως, οι νοσηλευτές πρέπει να πάρουν θέσεις που προωθούν την κριτική σκέψη και να βελτιώσουν τις δεξιότητες κριτικής σκέψης, προκειμένου να αξιολογήσουν σε μεγάλο αριθμό προηγούμενες και νέες πληροφορίες καθημερινών αποφάσεων σχετικά με τη νοσηλεία και τη χρήση περιορισμένων πόρων αναγκάζοντάς να σκέφτονται και να ενεργούν σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχουν ούτε σαφείς απαντήσεις ούτε συγκεκριμένες διαδικασίες. Η κριτική σκέψη είναι κατάλληλη για επαγγέλματα υγείας, επειδή έχουν διαφορετικές και πολύπλευρες γνώσεις για να αντιμετωπίσουν διάφορες καταστάσεις που αντιμετωπίζουν αλλαγές, όπου συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν το μεταβαλλόμενο περιβάλλον υπό την πίεση του μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος και λαμβάνουν σημαντικές αποφάσεις μέσω κριτικής σκέψης. Ο συνδυασμός κριτικής σκέψης και δημιουργικότητας μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα, επειδή οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να βρουν συγκεκριμένες λύσεις σε συγκεκριμένα προβλήματα δημιουργικότητας όπου οι παραδοσιακές παρεμβάσεις δεν καθίστανται αποτελεσματικές. Ακόμη μπορούν γρήγορα να δημιουργήσουν νέες ιδέες, πρωτότυπες λύσεις σε προβλήματα, να ενεργήσουν ανεξάρτητα και με αυτοπεποίθηση ακόμη και υπό πίεση και να αναδείξουν την όποια καινοτομία (Parathanasiou, 2007).

Ο Çinar (2010), ανέφερε ότι οι μαίες και οι νοσηλευτές πρέπει να χρησιμοποιούν στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων και αποτελεσματικές αποφάσεις στη δουλειά τους, χρησιμοποιώντας έναν πλούτο βασικών γνώσεων. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι η ακαδημαϊκή εκπαίδευση μπορεί να βελτιώσει την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων των μαθητών νοσηλευτικής και μαιευτικής ενώ οι δεξιότητες των μαθητών του τελευταίου έτους ήταν υψηλότερες.

Ο Bayani (2012) ανέφερε ότι η ικανότητα επίλυσης κοινωνικών προβλημάτων παίζει βασικό ρόλο στην ψυχική υγεία. Η αντιμετώπιση προβλημάτων μπορεί να βελτιώσει την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής.

Με βάση αυτήν την έρευνα, ο Kocoglu (2016) ανέφερε ότι η κατανόηση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων ήταν σε μέτρια επίπεδα. Η λήψη συμβουλών και υποστήριξης από ειδικευμένους διευθυντές νοσηλευτικής και εκπαιδευτικούς μπορεί να βελτιώσει αυτήν την ικανότητα και να επηρεάσει θετικά τη συμπεριφορά τους. Η Kashaninia (2015) επισήμανε στην έρευνά της ότι η διδασκαλία δεξιοτήτων κριτικής σκέψης μπορεί να προωθήσει την κριτική σκέψη.

Ένα από τα βασικά στοιχεία της καλής νοσηλευτικής απόδοσης είναι η ικανότητα του νοσηλευτή να επεξεργάζεται πληροφορίες και να λαμβάνει σωστές αποφάσεις. Αυτές οι δεξιότητες απαιτούν κριτική σκέψη. Επομένως, τα πανεπιστήμια πρέπει να παρέχουν προγράμματα εκπαίδευσης και υποστήριξης που εστιάζουν στην κριτική σκέψη για να αναπτύξουν τις επαγγελματικές δεξιότητες των μαθητών, τις δεξιότητες λήψης αποφάσεων, τις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και την αυτο-αποτελεσματικότητα.

Τα αποτελέσματα του Kırmızı (2015) δείχνουν επίσης ότι υπάρχει μια μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ της κριτικής σκέψης και της ικανότητας επίλυσης προβλημάτων.

Ο Χονγκ (2015), ανέφερε ότι η χρήση του PBL στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση προωθεί τον προβληματισμό και την κριτική σκέψη μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Το "brainstorming" στο PBL θα αυξήσει τα κίνητρα για συνεργασία και θα ενθαρρύνει την ομαδική εργασία. Η απόκτηση αυτών των δεξιοτήτων είναι η βάση της κλινικής λήψης αποφάσεων. Η δυναμική και συνεχής συμμετοχή του κλινικού προσωπικού μπορεί να γεφυρώσει το χάσμα μεταξύ θεωρίας και πρακτικής.

Ο Ancel (2016) τόνισε ότι η δομημένη και διαχειριζόμενη εκπαίδευση επίλυσης προβλημάτων μπορεί να αυξήσει την εμπιστοσύνη των μαθητών στην εφαρμογή δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων και να τους βοηθήσει να επιτύχουν αυτοπεποίθηση. Τόνισε πως οι μαθητές νοσηλευτικής ελπίζουν να διδάξουν με πιο καινοτόμο τρόπο από τις παραδοσιακές μεθόδους διδασκαλίας και ότι η εκπαίδευση των γνωστικών δεξιοτήτων πρέπει να συμπεριληφθεί στα προγράμματα σπουδών τους. Για αυτόν τον λόγο, τα πανεπιστήμια και οι καθηγητές πρέπει να πιστεύουν στη σημασία των στρατηγικών διδασκαλίας και του πλούτου του εκπαιδευτικού περιεχομένου που παρέχεται στους μαθητές.

Η κλινική πρακτική σε νοσοκομειακό περιβάλλον είναι μια δυναμική διαδικασία, που σχεδιάζει τη φροντίδα των ασθενών με συστηματικό τρόπο σύμφωνα με τις προσωπικές συναισθηματικές, σωματικές και κοινωνικές ανάγκες υγείας. Οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα και προβληματικές καταστάσεις που σχετίζονται με τη θεραπεία, τα συμπτώματα και τη φροντίδα των ασθενών καθημερινά, με ποικίλους βαθμούς πολυπλοκότητας και επείγοντος. Επομένως, το σημερινό νοσηλευτικό περιβάλλον απαιτεί από τους παρόχους να είναι δημιουργικοί, αναλυτικοί και κριτικοί. Επιπλέον, απαιτούνται τρέχουσες ρυθμίσεις υγειονομικής περίθαλψης έτσι ώστε να μπορούν να λύσουν αποτελεσματικά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Με άλλα

λόγια, χρειάζονται πλέον δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων. Επομένως, η επίλυση προβλημάτων είναι μια σημαντική έννοια στη νοσηλευτική εκπαίδευση και όχι μόνο, αλλά σπάνια στη σύγχρονη νοσηλευτική (Ancel, 2016).

Η επίλυση προβλημάτων αναφέρεται σε μια στοχευμένη ακολουθία γνωστικών συναρτήσεων και τη διαδικασία στην οποία ο επιλυτής κάνει και εφαρμόζει ένα σχέδιο εντός ενός συγκεκριμένου εύρους για να προσπαθήσει να μετακινηθεί από την τρέχουσα κατάσταση στην κατάσταση-στόχο. Η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων είναι η βασική ικανότητα εντοπισμού προβλημάτων και δράσης για την επίλυσή τους. Η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων είναι η ικανότητα απόκτησης γνώσεων για να καθοδηγήσει κάποιον να βρει μια λύση και η ικανότητά τους να συνδυάσουν αυτές τις γνώσεις σε μια έτοιμη προς χρήση μορφή ώστε να τη χρησιμοποιήσουν για να βρουν μια λύση. Δεδομένου ότι η κατάσταση στο νοσοκομείο είναι πάντα απρόβλεπτη και σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων είναι μια σημαντική λειτουργία του εντοπισμού των αναγκών των ασθενών και της επίλυσης των προβλημάτων υγείας των ασθενών. Επομένως, οι φοιτητές νοσηλευτικής και μαιευτικής πρέπει να αποκτήσουν την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων σε ένα περίπλοκο ιατρικό περιβάλλον (Kim, 2014).

Σύμφωνα με μια προηγούμενη μελέτη, οι μέθοδοι μάθησης που βασίζονται σε προβλήματα είναι πιο αποτελεσματικές στην ανάπτυξη δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων. Η μαθησιακή εμπειρία μέσω μεθόδων επίλυσης προβλημάτων επιτρέπει στους μαθητές να αναπτύξουν τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις στάσεις τους στους τομείς της γνώσης και της αντίληψης. Η νοσηλευτική εκπαίδευση απαιτεί δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων που μπορούν να λειτουργήσουν αποτελεσματικά σε διάφορες νοσηλευτικές καταστάσεις. Η ανάπτυξη μεθόδων επίλυσης προβλημάτων για φοιτητές νοσηλευτικής είναι μια από τις πιο σημαντικές αλλαγές στη νοσηλευτική εκπαίδευση την τελευταία δεκαετία. Η νοσηλευτική εκπαίδευση περιλαμβάνει θεωρία, βασική πρακτική και κλινική πρακτική. Οι φοιτητές νοσηλευτικής πρέπει να εκπαιδευτούν για την αποτελεσματική επίλυση προβλημάτων και δεξιοτήτων διαχείρισης, ώστε να μπορούν να μειώσουν το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης και να βελτιώσουν την ποιότητα της φροντίδας στο μέλλον. Η επίλυση προβλημάτων είναι η ικανότητα αναγνώρισης δύσκολων εμποδίων και αναζήτησης λύσεων μέσω μιας συστηματικής διαδικασίας. Η αποτελεσματική νοσηλευτική απαιτεί έρευνα για τη βελτίωση των δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων (Terzioglu, 2006).

4.8 Η Ανάλυση Ριζικής Αιτίας (RCA)

Η ποιότητα της περίθαλψης υπήρξε ανέκαθεν ένα εξελισσόμενο πεδίο ενδιαφέροντος για τους επαγγελματίες του ιατρικού και χειρουργικού τομέα. Η εξασφάλιση κατάλληλης, αποτελεσματικής και ποιοτικής περίθαλψης είναι πλέον ένας κανονιστικός κλάδος της ιατρικής πρακτικής. Οργανισμοί όπως το Εθνικό Πρόγραμμα Βελτίωσης Ποιότητας Χειρουργικής μετρούν την ποιότητα της χειρουργικής φροντίδας και ενθαρρύνουν τα νοσοκομεία να εφαρμόσουν επίσημα προγράμματα βελτίωσης της ποιότητας. Επιπλέον, η Medicare έχει σταματήσει να παρέχει αποζημίωση για επιπλοκές που θεωρούνται «προβλέψιμες». Η Επιτροπή Ασφάλειας Ασθενών υποστηρίζει πολλούς οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης για τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης και τη μείωση των ιατρικών λαθών. Η μεικτή επιτροπή αναμένει από τους γιατρούς να αναπτύξουν ένα ολοκληρωμένο σύστημα ασφάλειας των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της βασικής απόδοσης του Guardian και της ανάλυσης των βασικών αιτιών. Ο σκοπός αυτής της ενότητας είναι να δείξει ένα μοντέλο που χρησιμοποιεί την ανάλυση των βασικών αιτιών (RCA) ως αποτελεσματικό μέσο για την προώθηση της ασφάλειας των ασθενών, ως συμπλήρωμα στον τομέα της υγείας ή του συστήματος ασφάλειας των ασθενών του συστήματος (Charles, 2016).

Το RCA είναι μια συστηματική μέθοδος που έχει σχεδιαστεί για τον προσδιορισμό των αιτιών των ανεπιθύμητων ενεργειών προκειμένου να προσδιοριστούν προληπτικά μέτρα. Η υπεύθυνη ομάδα RCA εντοπίζει ζητήματα του συστήματος που προκάλεσαν ή οδήγησαν σε ανεπιθύμητα συμβάντα. Ο στόχος είναι η αντίδραση σε αυτό που συνέβη, γιατί συνέβη και τι μπορεί να γίνει για να αποφευχθεί να ξανασυμβεί; Η διαδικασία περιλαμβάνει έλεγχο εγγράφων και συνεντεύξεις, διαγράμματα ροής, διαγράμματα αιτίας και αποτελέσματος και προσδιορισμός των βασικών αιτιών και παραγόντων που βοηθούν στην οργάνωση συμβάντων και στον προσδιορισμό της αιτίας των σφαλμάτων. Με βάση τη βασική αιτία και τους παράγοντες που συνέβαλαν, μπορούν να ληφθούν μέτρα για να αποφευχθεί η επανεμφάνιση του σφάλματος. Τα αποτελέσματα της παρέμβασης μέτρησης προγραμματίζονται επίσης για τον προσδιορισμό της επιτυχίας του RCA. Τα εργαλεία που βοηθούν την ομάδα περιλαμβάνουν προβλήματα ενεργοποίησης, πέντε κανόνες αιτιότητας και μια ιεραρχία δράσεων (Rooney, 2004). Ο σκοπός της εκτέλεσης RCA είναι η προστασία των ασθενών εντοπίζοντας και αλλάζοντας παράγοντες στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που μπορεί να προκαλέσουν βλάβη. Υπάρχουν 9 βήματα (Πίνακας 2, σελίδα 48) που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως οδηγός για την αποτελεσματική εκτέλεση RCA. Πριν ξεκινήσει η

υπεύθυνη ομάδα το RCA, απαιτείται μια ειλικρινής και ανοιχτή αναφορά σφάλματος. Θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί ένα σύστημα ελέγχου βάσει κινδύνου για την αξιολόγηση των αναφορών για να προσδιοριστεί εάν απαιτείται RCA. Εάν απαιτείται RCA, θα ανατεθεί σε μια ομάδα από 4 έως 6 άτομα που έχουν μια βασική κατανόηση του εκάστοτε τομέα. Είναι σημαντικό τα μέλη της ομάδας RCA να μην συμμετέχουν στην υπόθεση για να διασφαλιστεί η αντικειμενικότητα. Ο χρόνος που απαιτείται για την ολοκλήρωση του RCA εξαρτάται από την πολυπλοκότητα της υπόθεσης, τον χρόνο που απαιτείται για τη διεξαγωγή συνεντεύξεων και τη σύνθεση πληροφοριών και τα εμπόδια στην εφαρμογή διορθωτικών ενεργειών. Ωστόσο, μια τυπική έρευνα θα πρέπει να διαρκέσει από έναν έως τρεις μήνες (Kruskal, 2008).

Πίνακας 2. Πρόγραμμα ανάλυσης ριζικής αιτίας (RCA)⁵

Βήμα 1: Προσδιορίστε τις παρενέργειες

- Αναφέρετε ειλικρινά και δημοσίως ανεπιθύμητες ενέργειες
- Ελέγξτε την επιτροπή κλινικής τεκμηρίωσης για να κατανοήσετε τα βασικά όπως τι συνέβη; Ποιος εμπλέκεται; Πώς και γιατί συνέβη;
- Προσδιορίστε την κατάλληλη έρευνα RCA

Βήμα 2: Δημιουργήστε μια ομάδα

- Η ομάδα θα πρέπει να αποτελείται από 4-6 μέλη κλινικών, επόπτες και ειδικούς βελτίωσης ποιότητας με βασικές γνώσεις σε συγκεκριμένους τομείς ενδιαφέροντος
- Βεβαιωθείτε ότι παρόλο που τα μέλη έχουν διαφορετικά επίπεδα ισχύος, όλοι πρέπει να αντιμετωπίζονται ισότιμα
- Τα μέλη δεν πρέπει να εμπλέκονται άμεσα στην υπόθεση
- Ορίστε έναν αμερόληπτο ηγέτη / διαμεσολαβητή

Βήμα 3: Δημιουργήστε το αρχικό διάγραμμα ροής

- Χρησιμοποιήστε ένα διάγραμμα ροής για να περιγράψετε τη διαδικασία που οδήγησε στο συμβάν
- Οργάνωση πληροφοριών για την επίτευξη αμοιβαίας κατανόησης των θεμάτων

Βήμα 4: Αναπτύξτε χάρτη ιστορικού συμβάντων

- Χρησιμοποιήστε ερωτήσεις ενεργοποίησης για να καθοδηγήσετε περαιτέρω έρευνα
- Διεξαγωγή σε βάθος συνεντεύξεων με όλα τα μέρη που συμμετέχουν στην εκδήλωση
- Λεπτομερής ανασκόπηση κλινικών εγγράφων που περιβάλλουν το συμβάν

Βήμα 5: Δημιουργήστε ένα διάγραμμα αιτίας και αποτελέσματος

- Προσδιορίστε τη δήλωση προβλήματος
- Προσδιορίστε τις ενέργειες και τις συνθήκες που οδήγησαν στο αναφερόμενο πρόβλημα
- Αυτές οι κατηγορίες πρέπει να αντιμετωπίζουν θέματα επικοινωνίας, πολιτικές, κανόνες, διαδικασίες και ανθρώπινα λάθη που οδήγησαν στο συμβάν

Βήμα 6: Προσδιορίστε τους υποκείμενους συντελεστές (RCCF)

- Περιγράψτε πώς οι αιτίες οδηγούν σε αποτελέσματα και αυξήστε την πιθανότητα ανεπιθύμητων ενεργειών
- Εφαρμόστε 5 κανόνες αιτιότητας στις δηλώσεις RCCF

Βήμα 7: Ανάπτυξη διορθωτικών ενεργειών

- Προσδιορίστε τα εμπόδια και τις στρατηγικές μείωσης του κινδύνου για να αποτρέψετε την επανάληψη
- Μπορεί να απαιτούνται πολλαπλές ενέργειες
- Εφαρμόστε δοκιμές διορθωτικών ενεργειών

Βήμα 8: Αποτελέσματα μέτρησης

- Ανάπτυξη δεικτών αποτελεσμάτων για τη διασφάλιση της ορθής εφαρμογής των δράσεων
- Παρακολούθηση ποσοτικών δεδομένων για καταγραφή της αποτελεσματικότητας των ενεργειών για μια χρονική περίοδο
- Εάν είναι απαραίτητο, αξιολογήστε και βελτιώστε τις εργασίες βελτίωσης

Βήμα 9: Κοινοποιήστε τα αποτελέσματα

- Κοινοποιήστε τα αποτελέσματα RCA σε όλους τους υπαλλήλους που εμπλέκονται στη δραστηριότητα και, εάν ισχύει, επικοινωνήστε ευρύτερα

⁵ Charles, R., Hood, B., Derosier, J. M., Gosbee, J. W., Li, Y., Caird, M. S., Biermann, J. S., & Hake, M. E. (2016). How to perform a root cause analysis for workup and future prevention of medical errors: a review. *Patient safety in surgery, 10*, 20.

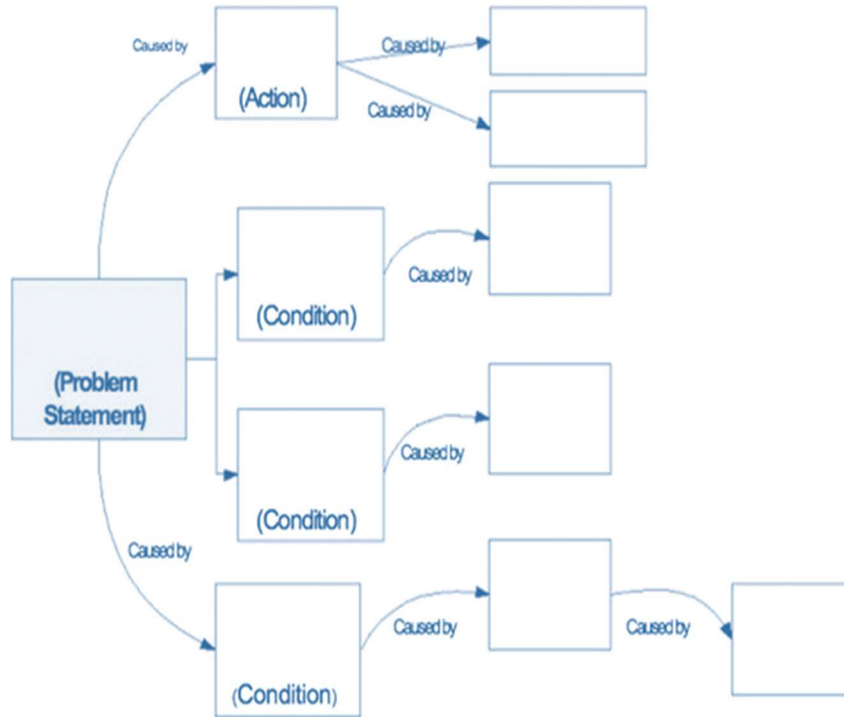
Το επόμενο βήμα στη διαδικασία RCA είναι να δημιουργήσετε ένα "αρχικό διάγραμμα ροής" που απεικονίζει τη γνωστή ακολουθία συμβάντων που οδήγησε στην έρευνα του ανεπιθύμητου συμβάντος. Ο σκοπός του αρχικού διαγράμματος ροής είναι να δείξει γνωστά γεγονότα και να χρησιμεύσει ως εφαλτήριο για να διερευνήσει την αιτία κάθε συμβάντος. Η ανάπτυξη ενός βασικού διαγράμματος ροής βοηθά στην κατανόηση των γεγονότων και των ζητημάτων (Charles, 2016).

Ο εκτενής κατάλογος των "ζητημάτων ενεργοποίησης" παρέχει ένα κλινικό πλαίσιο και βοηθά στην αποσαφήνιση του τι συνέβη κατά τη χρονική περίοδο του ανεπιθύμητου συμβάντος. Οι ερωτήσεις ενεργοποίησης μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως γνωστικό βοήθημα για να βοηθήσουν στον εντοπισμό τομέων έρευνας που μπορεί να μην έχουν διερευνηθεί στο παρελθόν. Οι ερωτήσεις καλύπτουν την επικοινωνία, την εκπαίδευση, τη μηχανική, τον εξοπλισμό, τους κανόνες, τις πολιτικές, τις διαδικασίες και τα εμπόδια. Για να απαντήσει σε αυτές τις ερωτήσεις, στη συνέχεια ακολουθούν οι συνεντεύξεις από όποιον μπορεί να συνέβαλε στην πρόοδο του ανεπιθύμητου συμβάντος. Αυτό περιλαμβάνει την παρακολούθηση του ιατρικού προσωπικού, των ενδιάμεσων παρόχων, του νοσηλευτικού προσωπικού, του τεχνικού προσωπικού και του προσωπικού υποστήριξης. Ο σκοπός αυτών των ερωτήσεων και των επακόλουθων συνεντεύξεων είναι να προσδιοριστεί με ακρίβεια τι συνέβη και να συμπληρωθούν οι λεπτομέρειες του αρχικού διαγράμματος ροής, δημιουργώντας έτσι έναν "χάρτη ιστορικού γεγονότων". Ο χάρτης ιστορικού συμβάντων χρησιμοποιεί τις πληροφορίες που συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης για να δείξει με μεγάλη λεπτομέρεια τι συνέβη και γιατί συνέβη (Charles, 2016).

Μόλις κατασκευαστεί ο χάρτης γεγονότων, πρέπει να αναπτυχθεί ένα διάγραμμα «αιτιότητας». Το διάγραμμα αιτίας και αποτελέσματος αποτελείται από μια δήλωση προβλήματος, ενεργειών και δύο έως τρεις συνθήκες. Αυτές οι κατηγορίες πρέπει να αντιμετωπίζουν θέματα επικοινωνίας, πολιτικές, κανόνες, διαδικασίες και ανθρώπινα λάθη που οδήγησαν στο συμβάν (Διάγραμμα 4, σελ. 58). Αυτή η διαδικασία συνεχίζεται έως ότου εξαντλήσουμε την γνώση του συμβάντος και είναι σαφές ότι απαιτείται πρόσθετη διερεύνηση ή το αιτιώδες συμβάν που προσδιορίζεται διαγράφεται υπερβολικά για να έχει αξία. Ο σκοπός της δημιουργίας ενός διαγράμματος αιτίας και αποτελέσματος είναι να βοηθήσει την ομάδα να προσδιορίσει την αιτιώδη σχέση και να καθορίσει την «βασική αιτία» (RCCF) κάθε εκδήλωσης. Η δημιουργία μιας δήλωσης RCCF περιγράφει πρώτα πώς κάτι (αιτία) οδηγεί σε κάτι (αποτέλεσμα), το οποίο αυξάνει την πιθανότητα ανεπιθύμητων ενεργειών (συμβάντα). Μετά τη δημιουργία της αρχικής δήλωσης ή

δήλωσης RCCF, ο "Κανόνας πέντε λόγων" ισχύει για την οριστικοποίηση κάθε δήλωσης (Gano, 1999).

Και γιατί είναι σημαντικό να ξοδεύετε χρόνο και / ή πόρους για να το διορθώσετε; Αυτό θα δημιουργήσει έναν χάρτη πορείας που θα οδηγεί στην ανάπτυξη διορθωτικών ενεργειών και αντίστοιχων διαδικασιών ή επακόλουθων ενεργειών. Η εφαρμογή αυτών των μέτρων θα βελτιώσει τελικά την ασφάλεια των ασθενών (Carroll, 2002).



Διάγραμμα 4. Το διάγραμμα αιτίας και αποτελέσματος.⁶

⁶ Gano D. *Apollo root cause analysis: a new way of thinking. 1. Yakima: Apollonian Publications; 1999.*

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όπως φαίνεται στις παραπάνω μελέτες, χρησιμοποιήθηκαν στρατηγικές και βασικές τεχνικές κοινές για άλλους κλάδους για τη βελτίωση της πρόσβασης και του σχεδιασμού σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Η μετάβαση σε ένα σύστημα με επίκεντρο το άτομο και η προθυμία να συνεχίσουμε να προσπαθούμε και να αλλάζουμε αντί να βασιζόμαστε σε αύξηση των πόρων αποτελούν βασικά συστατικά της διαδικασίας της οργανωτικής αλλαγής. Όλα αυτά μας παρέχουν αποδείξεις ότι τα προβλήματα προγραμματισμού δεν είναι μόνο επιλύσιμα, αλλά είναι προσβάσιμα από οργανισμούς όλων των τύπων.

Από την έρευνα προκύπτει ότι η ανάπτυξη ενός εργαλείου μέτρησης είναι πολύ σημαντική για την αξιολόγηση των διαστάσεων της ποιότητας του οργανισμού και την αντίληψη που έχουν οι ασθενείς γι' αυτή, ώστε να μπορέσει να βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών του. Επιπρόσθετα παρουσιάστηκαν «βέλτιστες πρακτικές» από νοσοκομεία των Ηνωμένων Πολιτειών που εφόσον έφτασαν την ποιότητα των υπηρεσιών τους σε πολύ καλά επίπεδα αναζήτησαν δράσεις, στο πλαίσιο της διαρκούς βελτίωσης της.

Παράλληλα, όλοι οι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο, μέχρι την ανώτατη ηγεσία, πρέπει να δώσουν υψηλή προτεραιότητα στις ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους. Λαμβάνοντας υπόψη τα οφέλη της συμμετοχής ασθενών και κοινοτήτων στην υγειονομική περίθαλψη, η πρόσβαση είναι ο στόχος του εκπαιδευτικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η πρόκληση είναι να προωθηθεί αυτή η συμμετοχή, από την αλλαγή της υπάρχουσας ιατρικής κουλτούρας έως τη δημιουργία μετρήσεων που με ακρίβεια θα καταγράφουν τη συμμετοχή. Ωστόσο, αυτές οι προκλήσεις δεν εμποδίζουν την εστίαση στους ασθενείς που βρίσκονται ήδη υπό την φροντίδα των επαγγελματιών υγείας και η καθεμία μπορεί να ξεπεραστεί για να επιτρέψει ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που βελτιώνει συνεχώς τη φροντίδα των ασθενών.

Αν και υπάρχουν πολλά άρθρα σχετικά με την αποτελεσματικότητα διαφορετικών τεχνολογιών υγειονομικής περίθαλψης, λίγες μελέτες έχουν μελετήσει ένα ευρύ φάσμα τεχνολογιών υγειονομικής περίθαλψης. Οι περισσότερες έρευνες εστιάζουν το ενδιαφέρον τους μόνο σε μία ή δύο τεχνολογίες. Ως αποτέλεσμα, πολλοί επαγγελματίες υγείας προβληματίζονται για την καλύτερη επιλογή σε ένα περιβάλλον με περιορισμένους πόρους. Η ακρίβεια του αποτελέσματος ή του συμπεράσματος

περιορίζεται από την μέτρηση της ποιότητας. Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την καλύτερη κατανόηση των κοινών διαδικασιών που υποστηρίζουν την ικανότητα εφαρμογής ιατρικής τεχνολογίας και υιοθέτησης προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας.

Αξίζει να τονιστεί η σημασία της παγκόσμιας ηγεσίας του ΠΟΥ ως καθοριστικής σημασίας για την αντιμετώπιση του διαγνωστικού σφάλματος ως παγκόσμιο πρόβλημα. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής μπορούν να δώσουν προτεραιότητα στην ασφάλεια των ασθενών και στην έρευνα για να διασφαλίσουν τη βιώσιμη χρηματοδότηση για την ανάπτυξη ενεργών, τεκμηριωμένων παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση διαγνωστικών σφαλμάτων, είτε λόγω καθυστερημένης διάγνωσης, είτε εσφαλμένης διάγνωσης είτε μη καταγεγραμμένης διάγνωσης.

Το σύστημα υγείας γίνεται όλο και πιο περίπλοκο. Αυτό περιλαμβάνει την παροχή δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, πρωτοβάθμιας περίθαλψης, έκτακτης ανάγκης, χρόνιας νόσου και φροντίδας ηλικιωμένων σε διάφορες καταστάσεις. Το σύστημα υγείας εξελίσσεται συνεχώς για να προσαρμόζεται στις επιδημίες, τα δημογραφικά και τις κοινωνικές αλλαγές. Οι αναδυόμενες τεχνολογίες και οι πολιτικές, οικονομικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές πραγματικότητες έχουν δημιουργήσει μια σύνθετη παγκόσμια ατζέντα για την υγεία. Σε απάντηση, αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ο ρόλος των μη κρατικών φορέων στη διαχείριση των αναγκών του πληθυσμού και στην προώθηση της καινοτομίας. Η έννοια της «συνεταιριστικής διακυβέρνησης», όπου οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας και υγειονομικής περίθαλψης συνεργάζονται, υποστηρίζει το διεθνές σύστημα υγείας και την παροχή υπηρεσιών για την κάλυψη των μεταβαλλόμενων προσδοκιών και των νέων προτεραιοτήτων. Η επιδίωξη της καθολικής κάλυψης της υγείας (UHC) και των στόχων αειφόρου ανάπτυξης (SDG), ειδικά σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, υπήρξε βασικός μοχλός. Η ατζέντα αλλαγών έχει ενσωματωθεί σε μεταρρυθμίσεις που στοχεύουν στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, των ίσων ευκαιριών και της ποιότητας των δημόσιων υπηρεσιών ευρύτερα. Η δημοσίευση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) "Health Partnership" εντόπισε μια σοβαρή έλλειψη ανθρώπινων πόρων για την υγεία για να καλύψει τις τρέχουσες και τις αναδυόμενες ανάγκες υγείας του παγκόσμιου πληθυσμού και συνεχίζει να εμποδίζει την πρόοδο της αειφόρου ανάπτυξης. Αν και το συνολικό παγκόσμιο εργατικό δυναμικό για την υγεία έχει βελτιωθεί συνολικά, οι άνθρωποι πόροι για την αντιμετώπιση των προκλήσεων υγείας που αντιμετωπίζει το σύστημα

υγείας είναι πολύ περίπλοκοι και ποικίλοι. Αυτά περιλαμβάνουν όχι μόνο τις ποσοτικές ελλείψεις εργασίας, αλλά και τις ανισορροπίες δεξιοτήτων, τη γεωγραφική κατανομή, τις δυσκολίες στη διεπαγγελματική συνεργασία, την αναποτελεσματική χρήση των πόρων και την εξάντληση. Επομένως, η αποτελεσματική ηγεσία της υγείας και η διαχείριση του εργατικού δυναμικού είναι απαραίτητες για την αντιμετώπιση των αναγκών ανθρώπινων πόρων σε περιφερειακά και παγκόσμια συστήματα υγείας και ανάπτυξη ικανοτήτων.

Αν και δεν υπάρχει επίσημος ορισμός, το επίκεντρο της ηγεσίας στον τομέα της υγείας είναι η ικανότητα καθορισμού προτεραιοτήτων, η παροχή στρατηγικής κατεύθυνσης για πολλούς συμμετέχοντες στο σύστημα υγείας και η δημιουργία δεσμεύσεων σε ολόκληρο τον τομέα της υγείας για την αντιμετώπιση αυτών των προτεραιοτήτων για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Απαιτείται αποτελεσματική διαχείριση για την προώθηση της αλλαγής και την επίτευξη αποτελεσμάτων διασφαλίζοντας ότι το εργατικό δυναμικό υγείας και άλλοι πόροι κινητοποιούνται και χρησιμοποιούνται αποτελεσματικά. Δεδομένου ότι τα σύγχρονα συστήματα υγείας λειτουργούν μέσω δικτύων διαφορετικών επιπέδων ικανότητας, πρέπει να συνεργάζονται και να συντονίζονται μέσω αποτελεσματικής υγειονομικής ηγεσίας και διαχείρισης εργασίας για την παροχή αποτελεσματικής, προσβάσιμης, με επίκεντρο τον ασθενή, δίκαιης και ασφαλούς υψηλής ποιότητας περίθαλψης.

Τα ευρήματά μας επισημαίνουν τον αντίκτυπο των τρεχουσών προτεραιοτήτων υγείας στις διεθνείς πρακτικές διαχείρισης της υγείας. Τα βασικά ζητήματα είναι η αποτελεσματικότητα, η διαχείριση αλλαγών και η διαχείριση ανθρώπινων πόρων. Ως μέρος της προσέγγισης αποδοτικότητας, οι διαχειριστές των συστημάτων υγείας και των υπηρεσιών αντιμετωπίζουν ακατάλληλη κατανομή ανθρώπινων και τεχνικών πόρων, προκαλώντας αποσύνδεση μεταξύ προσφοράς και ζήτησης. Αντιμέτωποι με την συνεχώς αυξανόμενη ταχύτητα αλλαγής και τους οικονομικούς περιορισμούς και πόρους, οι διευθυντές είναι πιο επιρρεπείς σε χαμηλό ηθικό και μη βιώσιμα πρότυπα εργασίας από ποτέ. Η έμφαση στην εξοικονόμηση κόστους έχει κάνει τους ανθρώπους να ενδιαφέρονται όλο και περισσότερο για τις υπηρεσίες υγείας που μπορούν να παρέχονται στην κοινότητα. Η σύνδεση διαφορετικών υπηρεσιών για την επίτευξη στόχων αποτελεσματικότητας αποτελεί πλέον βασικό χαρακτηριστικό του έργου πολλών υπευθύνων υγείας που συμμετέχουν σε αυτήν τη διαδικασία. Τα πορίσματά μας έχουν επίσης επιπτώσεις στην εννοιολογική αντίληψη της διαχείρισης της υγειονομικής περίθαλψης ως επαγγέλματος. Η κλίμακα και το αυξανόμενο εύρος του ρόλου των

ηγετών και των διευθυντών στον τομέα της υγείας είναι εμφανής στην ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε. Ως εκ τούτου, η αποσαφήνιση της επαγγελματικής ταυτότητας των «υπευθύνων υγείας» αποτελεί βασικό μέρος της δημιουργίας και της διατήρησης μιας ισχυρής ομάδας που μπορούν να εκτελέσουν αυτούς τους διαφορετικούς ρόλους. Επίσης, η συνεχής μετανάστευση πληθυσμού, προϊόντων και υπηρεσιών μεταξύ του υγειονομικού προσωπικού και των χωρών έφερε νέες προκλήσεις στην υγειονομική περίθαλψη. Ως απάντηση, καθιερώθηκε η έννοια της διακρατικής ικανότητας των επαγγελματιών υγείας. Η διακρατική ικανότητα ενισχύει την πολιτιστική ικανότητα λαμβάνοντας υπόψη τις διαπροσωπικές δεξιότητες που απαιτούνται για να αλληλεπιδράσουν με άτομα από διαφορετικά πολιτιστικά και κοινωνικά υπόβαθρα. Επομένως, η διεθνική ικανότητα μπορεί να είναι σημαντική για τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται διασυνοριακά. Βασική πτυχή του επαγγελματισμού είναι η εκπαίδευση και η κατάρτιση των διαχειριστών υγείας. Τα ευρήματά μας παρέχουν μοναδικές και χρήσιμες θεωρητικές και πολυεπίπεδη θεωρητική συνεισφορά για την τόνωση της νέας σκέψης μεταξύ των εκπαιδευτικών της υγειονομικής περίθαλψης και των τωρινών ηγετών και στελεχών της υγείας για βέλτιστες πρακτικές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Καραλής, Θ. (2008). *Διά Βίου Μάθηση, Εκπαίδευση Ενηλίκων και Ενεργός Πολίτης*, στο Σ. Μπάλιας (επιμ.), *Ενεργός Πολίτης και Εκπαίδευση*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, σσ. 125-150.
- Μαντζούκας, Σ. (2009). Πράξη Βασισμένη σε Αποδείξεις. *Νοσηλευτική*, 48(1): –17
- Μεγαλακάκη, Α., Χαντζοπούλου, Μ. (2001). Διοίκηση ολικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. *Νοσηλευτική*, 40: 34 – 40.
- Χυτήρης, Λ. (2013). *Μάνατζμεντ Αρχές Διοίκησης Επιχειρήσεων*, Αθήνα: Φαίδημος.

Διεθνής

- Abbaszadeh, A., Sabeghi, H., Borhani, F., and Heydari, A. (2011). A comparative study on effect of e-learning and instructor-led methods on nurses' documentation competency. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 16(3): 235–243.
- Allsop, M.J., Namisango, E., Powell, R.A. (2019). A survey of mobile phone use in the provision of palliative care services in the African region and priorities for future development. *J Telemed Telecare*. 25(4):230–40.
- Ancel, G. (2016). Problem-solving training: Effects on the problem-solving skills and self-efficacy of nursing students. *Eurasian J. Educ. Res*. 64:231–246.
- Ancel, G. (2016). Problem-solving training: effects on the problem-solving skills and self-efficacy of nursing students. *Eurasian J Educ Res*. 64:231–246.
- Arah, O.A., Klazinga, N.S., Delnoij, D.M.J., Ten Asbroek, A.H.A., Custers, T. (2003). Conceptual framework for health systems performance: a quest for effectiveness, quality and improvement. *International Journal of Quality in Health Care*, 15:377-98.
- Ashrafi, B., & Dabaghipoor, M. (2012). Evaluation of Implementation of Improvement Methods (S.S., ISO and EFQM) on Organizational Climate and Job Attitude. *Journal of Public administration*, 9(4):1-14.
- Bass, B.M. (1985). *Leadership and performance beyond expectation*, New York: Free Press.
- Bass, B.M. (1990), "From Transactional to Transformational Leadership: Learning to share the vision", *Organizational Dynamics*, 18(3), 19.
- Bayani, A.A., Ranjbar, M., Bayani, A. (2012). The study of relationship between social problem-solving and depression and social phobia among students. *J Mazandaran Univ Med Sci*, 22(94):91–98.
- Bennis, W. and Nanus, B. (2003). *Leaders: strategies for taking charge*, New York: Allyn & Bacon.

- Benze, G., Nauck, F., Alt-Epping, B., Gianni, G., Bauknecht, T., Ettl, J., et al. (2019). PROutine: a feasibility study assessing surveillance of electronic patient reported outcomes and adherence via smartphone app in advanced cancer. *Ann Palliat Med*. 8(2):104–11.
- Bergman, L.G., Fors, U.G. (2008). Decision support in psychiatry - a comparison between the diagnostic outcomes using a computerized decision support system versus manual diagnosis. *BMC Med Inform Decis Mak*. 8(0):9.
- Bertakis, K.D., Azari, R. (2011). Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 3(24) pp. 229–239.
- Beyer, M., Gerlach, F.M., Flies, U., et al. (2003). The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Results of a survey in 26 European countries. *Fam Pract*. 20:443–451.
- Bodenheimer, T. (2008). Coordinating care a perilous journey through the health care system. *New England Journal of Medicine*, 10(358): pp. 1064–1071.
- Bogusevicius, A., Maleckas, A., Pundzius, J., Skaudickas, D. (2002). Prospective randomised trial of computer-aided diagnosis and contrast radiography in acute small bowel obstruction. *Eur J Surg*. 168(2):78-83.
- Bonsignore, L., Bloom, N., Steinhauser, K., Nichols, R., Allen, T., Twaddle, M., et al. (2018). Evaluating the feasibility and acceptability of a Telehealth program in a rural palliative care population: TapCloud for palliative care. *J Pain Symptom Manag*. 56(1):7–14.
- Boyd, C. (2010). CPGs for people with multimorbidities. Paper presented at IOM Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines meeting, Washington, DC.
- Braithwaite, J., Churrua, K., Ellis, LA., Long, J., Clay-Williams, R., Damen, N., et al. (2017). *Complexity science in healthcare – aspirations, approaches, applications and accomplishments: a white paper*. Sydney: Australian Institute of Health Innovation, Macquarie University.
- Braithwaite, J., Vincent, C., Garcia-Elorrio, E. et al. (2020). Transformational improvement in quality care and health systems: the next decade. *BMC Med*, 18, 340.
- Burns, J.M. (1978). *Leadership*, New York: Harper & Row.
- Canadian Patient Safety Institute (2011). [webpage on the Internet] Improvement frameworks: getting started kit. Edmonton, Alberta: Canadian Patient Safety Institute; [Accessed June 01, 2021]. Available from: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/ImprovementFramework/Documents/Improvement%20Frameworks%20GSK%20EN.PDF>.
- Capurro, D., Ganzinger, M., Perez-Lu, J., Knaup, P. (2014). Effectiveness of eHealth interventions and information needs in palliative care: a systematic literature review. *J Med Internet Res*. 16(3):e72.

- Carroll, J.S., Rudolph, J.W., Hatakenaka, S. (2002). Lessons learned from non-medical industries: root cause analysis as culture change at a chemical plant. *Qual Saf Health Care*. 11(3):266-9.
- Case Management Society of America (2006). Definition of case management. Retrieved June 12, 2021, from <http://www.cmsa.org/ABOUTUS/definitionofcasemanagement/tabid/104/Default.aspx>.
- Charles, R., Hood, B., Derosier, J. M., Gosbee, J. W., Li, Y., Caird, M. S., Biermann, J. S., & Hake, M. E. (2016). How to perform a root cause analysis for workup and future prevention of medical errors: a review. *Patient safety in surgery*, 10, 20.
- Chauhan, S.P., Berghella, V., Sanderson, M., Magann, E.F. and Morrison, J.C. (2006). American College of Obstetricians and Gynecologists practice bulletins: An overview. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(6):1564–1572.
- Cinar, N. (2010). Problem solving skills of the nursing and midwifery students and influential factors. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 12(4):601–606.
- Clark, D. (1999). 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. *Soc Sci Med*. 49(6):727–36.
- Coates, V. (2010). *National Guidelines Clearinghouse NGC/ECRI Institute*. Paper presented at the IOM Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines meeting, Washington, DC.
- Committee on the Learning Health Care System in America, (2013). Institute of Medicine; Smith M, Saunders R, Stuckhardt L, et al., editors. Washington (DC): National Academies Press (US).
- Crichton, M.T., Laucher, K. and Flin, R. (2005), “Incident Command Skills in the Management of an Oil Industry Drilling Incident: a Case Study”, *Journal of Contingenciew and Crisis Management*, 13, 122- 125.
- Cushman, D.P. (2000), “Stimulating and integrating the development of organizational communication: High speed management theory”, *Management Communication Quarterly*, 13, 486-501.
- David, C.V., Chira, S., Eells, S.J., Ladrigan, M., Papier, A., Miller, L.G, et al. (2011). Diagnostic accuracy in patients admitted to hospitals with cellulitis. *Dermatology online journal*. 17(3).
- Downe, S. & Fleming, A. (2010). Creating a collaborative culture in maternity care. *Journal of Midwifery & Womens Health*. 55(3); p. 250-254.
- Drenkard, K. (2012). The transformative power of personal and organizational leadership. *Nurs Admin Q Wolters Kluwer Health*, 36(2), p. 147–154.
- Duerksen, D.R., Keller, H.H., Vesnaver, E. et al. (2014). Nurses’ perceptions regarding the prevalence, detection, and causes of malnutrition in Canadian hospitals: results of a Canadian Malnutrition Task Force survey. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 40(1):100-6.

- Duerksen, D.R., Keller, H.H., Vesnaver, E., et al. (2015). Physicians' perceptions regarding the detection and management of malnutrition in Canadian hospitals: results of a Canadian Malnutrition Task Force survey. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 39(4):410–417.
- Eadie, L.H., Taylor, P. & Gibson, A.P. (2012). Recommendations for research design and reporting in computer-assisted diagnosis to facilitate meta-analysis. *Journal of Biomedical Informatics*, 45(2), 390-397.
- Edward, E. Lawler, I.I.I and Susan, A. Mohrman, "Quality Circles After the Fad", Harvard Business Review, January 1985. Accessed 17 November 2014 Inc Encyclopedia - "Quality Circles". accessed 17 June 2021.
- Eldredge, J. (2002). "Evidence-Based Librarianship: levels of evidence", *Health Information and Libraries Journal*, 19(2): p. 113-15.
- Epstein, R.M., Fiscella, K., Lesser, C.S., Stange, K.C. (2010). Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Affairs (Millwood)*. 8(29): pp. 1489–1495.
- Epstein, R.M., Franks, P., Shields, C.G., Meldrum, S.C., Miller, K.N., Campbell, T.L., Fiscella, K. (2005). Patient-centered communication and diagnostic testing. *Annals of Family Medicine*, 5(3) pp. 415–421.
- Ervin, N.E. (2006). Does patient satisfaction contribute to nursing care quality? *Journal of Nursing Administration*, 36(3), 126-130.
- Fagerlin, A., Sepucha, K.R., Couper, M.P., Levin, C.A., Singer, E., Zikmund-Fisher, B.J. (2010). Patients' knowledge about 9 common health conditions: The decisions survey. *Medical Decision Making*, 5(30): pp. S35–S52.
- Field, B., Booth, A., Ilott, I., Gerrish, K. (2014). Using the Knowledge to Action Framework in practice: a citation analysis and systematic review. *Implement Sci*, 9:172.
- Fowler, F.J. Jr, Levin, C.A., Sepucha, K.R. (2011)... Informing and involving patients to improve the quality of medical decisions. *Health Affairs (Millwood)*, 4(30): pp. 699–706.
- Fraser, I., Encinosa, W., & Glied, S. (2008). Improving efficiency and value in health care: introduction. *Health services research*, 43(5 Pt 2), 1781–1786.
- Funderskov, K.F., Raunkiaer, M., Danbjorg, D.B., Zwisler, A.D., Munk, L., Jess, M., et al. (2019). Experiences with video consultations in specialized palliative home-care: qualitative study of patient and relative perspectives. *J Med Internet Res*. 21(3):e10208.
- Furlow, L. (2003). Cut the clutter with cycle time reduction. *Nursing Management*, 7(6), 221-227.
- Gano, D. (1999). *Apollo root cause analysis: a new way of thinking*. 1. Yakima: Apollonian Publications.

- Gaube, S., Fischer, P., Lerner, E. (2021) Hand(y) hygiene insights: Applying three theoretical models to investigate hospital patients' and visitors' hand hygiene behavior. *PLoS ONE*, 16(1): e0245543
- Ghadi, M., Fernando, M., & Caputi, P. (2010). Transformational leadership, workplace engagement and the mediating influence of meaningful work: building a conceptual framework. Australian New Zealand Academy of Management Annual Conference. p 1-15. Adelaide: ANZAM.
- Graber, M.L., Franklin, N., Gordon, R. (2005). Diagnostic error in internal medicine. *Arch Intern Med*, 165(13):1493-9.
- Graber, M.L., Kissam, S., Payne, V.L., Meyer, A.N., Sorensen, A., Lenfestey, N., Tant, E., Henriksen, K., Labresh, K., Singh, H (2012). Cognitive interventions to reduce diagnostic error: a narrative review. *BMJ Qual Saf*. 21(7):535-57.
- Graham, I.D., Logan, J., Harrison, M.B., et al. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof*, 26(1):13–24.
- Greiner, A., Knebel, E. (2003). *Health professions education: A bridge to quality*. Washington, DC: National Academies Press.
- Guyatt, G.H, Sackett, D.L., Sinclair, J.C., Hayward, R., Cook, D.J, Cook, R.J. (1995). User's guides to the medical literature. A method for grading health care recommendations. *JAMA*, 274: 1800-1804.
- Haberfelde, M., Buffum, M., & Bedecarre, D. (2005). Nurse-sensitive patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 33(6), 293-299.
- Harrison, J.P., Nolin, J., & Suero, E. (2004). The effect of case management on US Hospitals. *Nursing Economics*, 22(2), 64-68.
- HeidariGorji, A., & Farooquie, J. (2011). A comparative study of total quality management of health care system in India and Iran. *BMC Research Notes*, 4: 566.
- Heuvel, J, et al. (2005). An ISO 9001quality management system in a hospital bureaucracy or just benefits. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18: 361-369.
- Hung, C.H., Lin, C.Y. (2015). Using concept mapping to evaluate knowledge structure in problem-based learning. *BMC Med Educ*.15():212.
- Huston, C. (2013). Quality health care in an era of diminished resources: Challenges and opportunities. *Journal of Nursing Care Quality*, 18(A), 295-301.
- Hutchins, D.C. (1985). *The Quality Circles Handbook*. New York: Pitman Press. ISBN 978-0-89397-214-1.
- Hutchins, D.C. (1999). *Just In Time*. Farnham, Surrey: Gower Publishing. p. 148. ISBN 978-0-566-07798-2.
- Hutchins, D.C. (2008). *Hoshin Kanri: The strategic approach to continuous improvement*. Burlington, Vermont: Gower. ISBN 978-0-566-08740-0.

- Imran, R. and Ul-Haque, A. (2011). Mediating effect of organizational climate between transformational leadership and innovative work behavior. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 26(2), p. 183-199.
- Institute of Medicine (1990). *Clinical practice guidelines: Directions for a new program*. Edited by M. J. Field, editor; and K. N. Lohr, editor. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine (1992). *Guidelines for clinical practice: From development to use*. Edited by M. J. Field, editor; and K. N. Lohr, editor. . Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine (2008). *Knowing what works in health care: A roadmap for the nation*. Edited by J. Eden, editor; , B. Wheatley, editor; , B. McNeil, editor; , and H. Sox, editor. . Washington, DC: The National Academies Press.
- Institute of Medicine (2011). *Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines*; Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, et al., editors. Washington (DC): National Academies Press (US).
- International Organization for Standardization. ISO 9001: 2000, Quality Management Systems-Requirements. Geneva: ISO; Available from: http://www.iso.org/iso/catalogue_detail?csnumber=21823.
- IOM. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Ishikawa, K. (1985). "*What is Total Quality Control? The Japanese Way*", Prentice Hall.
- Jencks, S.F., Williams, M.V., Coleman, E.A. (2009). Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *New England Journal of Medicine*, 14(360): pp. 1418–1428.
- Jiang, Y., Nishikawa, R.M., Schmidt, R.A., Metz, C.E., Doi, K. (2000). Relative gains in diagnostic accuracy between computer-aided diagnosis and independent double reading. *Medical Imaging, Proceedings Volume 3981*,
- Johannesen, D.T.S., Wiig, S. (2020). Exploring hospital certification processes from the certification body's perspective - a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 20, 242.
- Juran, J.M. (1992). *Juran on quality by design: the new steps for planning quality into goods and services*. New York: Free Press. ISBN 978-0-02-916683-3.
- Kang, J.W., Lee, Y.N., Kang, P. (2019). Nurses' perceptions of the professionalism in comprehensive nursing care service wards. *J. KSSSS*. 45:45–66.
- Kashaninia, Z., et al. (2015). The effect of teaching critical thinking skills on the decision making style of nursing managers. *J Client-Centered Nurs Care*. 1(4):197–204.
- Keller, H., Allard, J., Vesnaver, E., et al. (2015). Barriers to food intake in acute care hospitals: a report of the Canadian Malnutrition Task Force. *J Hum Nutr Diet*, 28(6):546-57.

- Keller, H., McCullough, J., Davidson, B., et al. (2015). The Integrated Nutrition Pathway for Acute Care (INPAC): building consensus with a modified Delphi. *Nutr J*, 14:63.
- Kenia-Lachance, D.M., Best, P.J.M, McDonah, M.R. and Ghosh, A.K. (2002). Evidence Based Practice and the Nurse Practitioner. *The Hypothesis*, 16 no3 10-14.
- Kim, A.Y., & Sim, I.O. (2020). Communication Skills, Problem-Solving Ability, Understanding of Patients' Conditions, and Nurse's Perception of Professionalism among Clinical Nurses: A Structural Equation Model Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 17(13), 4896.
- Kim, Kyung-Sook, and Jung-Hyun Choi. (2014). The Relationship between Problem Solving Ability, Professional Self Concept, and Critical Thinking Disposition of Nursing Students, *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, 6(5):131-142.
- Kirmizi, F.S., Saygi, C., Yurdakal, I.H. (2015). Determine the relationship between the disposition of critical thinking and the perception about problem solving skills. *Procedia Soc Behav Sci*. 191:657–661.
- Klarare, A., Rasmussen, B.H., Fossum, B., Furst, C.J., Hansson, J., Hagelin, C.L. (2016). Experiences of security and continuity of care: Patients' and families' narratives about the work of specialized palliative home care teams. *Palliat Support Care*.1–9.
- Kobs, A. (2006). ISO 9001:2000 - A support for professional nursing practice, *Nurse Leader*, 4(4), p. 27-49.
- Kocoglu, D., Duygulu, S., Abaan, S., Akin, B. (2016). Problem Solving Training for First Line Nurse Managers. *Int J Caring Sci*. 9(13):955–65.
- Krugman, M. (2003). Evidence-based practice: The role of Staff Development. *J Nurses Staff Dev*, 19:279–85.
- Kruskal, J.B., Siewert, B., Anderson, S.W., Eisenberg, R.L., Sosna, J. (2008). Managing an acute adverse event in a radiology department. *Radiographics*. 28(5):1237-50.
- Kwak, S.Y., Kim, Y.S., Lee, K.J., Kim, M. (2017). Influence of nursing informatics competencies and problem-solving ability on nursing performance ability among clinical nurses. *J Korean Acad. Nurs. Adm*. 23:146.
- Lambe, K.A., O'Reilly, G., Kelly, B.D., Curristan, S. (2016). Dual-process cognitive interventions to enhance diagnostic reasoning: a systematic review. *BMJ Qual Saf*, 25(10):808-20.
- Laur, C., & Keller, H.H. (2015). Implementing best practice in hospital multidisciplinary nutritional care: an example of using the knowledge-to-action process for a research program. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 8, 463–472.
- Laur, C., McCullough, J., Davidson, B., Keller, H. (2015). Becoming food aware in hospital: a narrative review to advance the culture of nutrition care in hospitals. *Healthcare*, 3(2):393–407.

- Long, A. (1996). *Health Services Research – a radical approach to cross the research and development divide?* In: Baker, M., Kirk S, (eds) *Research and Development for the NHS: Evidence Evaluation and Effectiveness*. Oxford: Radcliffe Medical
- Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E., Mays, M.Z. (2008). The evidence-based practice beliefs and implementation scales: Psychometric properties of two new instruments. *Worldviews Evid Based Nurs*, 4:208–16.
- Meyers, D.C., Durlak, J.A., Wandersman, A. (2012). The quality implementation framework: a synthesis of critical steps in the implementation process. *Am J Community Psychol*, 50(3–4):462–480.
- Mohammad, S., AL-Zeaud, H.A., and, Batayneh, A.M.E. (2011). The relationship between transformational leadership and employees' satisfaction at Jordanian private hospitals. *BEH - Business and Economic Horizons*, 5(2): p 35-46.
- Mosadegh, A. (2005). Views of managers about utilization of quality management system(ISO9001) in Esfahan University hospitals. *Biannual J Health Manged Med Inform*, 2(3):3.
- Munchus, G. (1983). "Employer-Employee Based Quality Circles in Japan: Human Resource Policy Implications for American Firms". *The Academy of Management Review*, 8 (2): 255–261.
- Naessens, J.M., O' byrne, T.J., Johnson, M.G, et al. (2010). Measuring hospital adverse events: assessing inter-rater reliability and trigger performance of the global trigger tool. *Int J Qual Health Care*, 22:266–74.
- National Academies of Sciences EaM. (2016). *Improving diagnosis in health care*: National Academies Press.
- Nayak, P.R, Ketteringham, J. (1994). *Breakthroughs! How the Vision and Drive of Innovators in Sixteen Companies Created Commercial Breakthroughs that Swept the World*. Rawson Associates. ISBN 978-0892562947.
- Neergaard, M.A., Warfvinge, J.E., Jespersen, T.W., Olesen, F., Ejksjaer, N., Jensen, A.B. (2014). The impact of "modern telecommunication" in palliative care--the views of the professionals. *Telemed J E Health*. 20(1):24–31.
- Nelson, E.C., Godfrey, M.M., Batalden, P.B., Berry, S.A., Bothe, A.E. Jr, McKinley KE, et al. (2008). Clinical microsystems, part 1. The building blocks of health systems. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 34(7):367–78.
- O'Connor, A.M., Bennett, C.L., Stacey, D., Barry, M., Col, N.F., Eden, K.B., Entwistle, V.A., Fiset, V., Holmes-Rovner, M., Khangura, S., Llewellyn-Thomas, H., Rovner, D. (2009). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3: p. CD001431.
- Papathanasiou, I., Kotrotsiou, S., Bletsas, V. (2007). Nursing documentation and recording systems of nursing care. *Health Science Journal*. 1(4).
- Park, S.J. (2017). Effects of video debriefing on self-efficacy, problem solving ability and learning satisfaction of nursing students in ICU-based simulation education. *J. Korean Soc. Simul. Nurs*. 5:31–40.

- Patrick, M.J. Charnov, B.H. (2008). *Management* (4th ed.). Barron's. ISBN 978-0-7641-3931-4.
- Perleth, M., Jakubowski, E., Busse, R., (2001). What is 'best practice' in health care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems. *Health Policy*, 56(3): p. 235-250.
- Phongtankuel, V., Adelman, R.D., Reid, M.C. (2018). Mobile health technology and home hospice care: promise and pitfalls. *Prog Palliat Care*. 26(3):137–41.
- Polychroniou, P. (2008), "Styles of Handling Conflict in Greek Organizations: The impact of Transformational Leadership and Emotional Intelligence", *International Journal of Organizational Behavior*, 13(1), 52-67.
- Polychroniou, P. (2009), "Relationship between emotional intelligence and transformational leadership of supervisors. The impact on team effectiveness", *Team Performance Management*, 15(7), 343-356.
- Rafter, N., Hickey, A., Condell, S. et al. (2014). Adverse events in healthcare: learning from mistakes. *QJM*, 108:273–7.
- Rahim, M.A. (1983), "A measure of styles of handling interpersonal conflict", *Academy of Management Journal*, 26, 368-376.
- Ramnarayan, P., Winrow, A., Coren, M., Nanduri, V., Buchdahl, R., Jacobs, B., Fisher, H., Taylor, P.M., Wyatt, J.C., Britto, J. (2006). Diagnostic omission errors in acute paediatric practice: impact of a reminder system on decision-making. *BMC Med Inform Decis Mak*, 6():37.
- Rohrbasser, A., Bak, U., Arvidsson, Kirk, & Eva, (2019). Use of quality circles for primary care providers in 24 European countries: an online survey of European Society for Quality and Safety in family practice delegates. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 37:3, 302-311.
- Rooney, J.J., VandenHeuvel, L.N. (2004). Root cause analysis for beginners. *Qual Proc*. 37:45–53.
- Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS framework—a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. *J Nurs Care Qual*, 19(4):297–304.
- Scanlon, D., Lindrooth, R., Christianson, J. (2008). Steering Patients to Safer Hospitals? The Effect of a Tiered Hospital Network on Hospital Admissions. *Health Services Research*, 43(5 part 2):1849–68.
- Scheffer, B.K., Rubenfeld, M.G. (2000). A consensus statement on critical thinking in nursing. *J Nurs Educ*. 39(8):352-9.
- Schönherr, U., & Handel, A., & Naumann, G.O. (2001). Quality management according to DIN EN ISO 9001 at a university eye hospital. *Ophthalmologe*, 98(2):194-8.
- Schriger, D.L., Gibbons, P.S., Langone, C.A., Lee, S., Altshuler, L.L. (2001). Enabling the diagnosis of occult psychiatric illness in the emergency department: a randomized, controlled trial of the computerized, self-administered PRIME-MD diagnostic system. *Ann Emerg Med*. 37(2):132-40.

- Shaneyfelt, T.M., and Centor, R.M. (2009). Reassessment of clinical practice guidelines: Go gently into that good night. *JAMA*, 301(8):868–869.
- Singh, H. (2013). Diagnostic errors: moving beyond 'no respect' and getting ready for prime time. *BMJ Qual Saf*, 22(10):789-92.
- Smith, A.P. (2003). Case Management: Key to access, quality, and financial success. *Nursing Economics*, 21(5), 237-240, 244.
- Stacey, D., Bennett, C.L., Barry, M.J., Col, N.F., Eden, K.B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Legare, F., Thomson, R. (2011). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10: p. CD001431.
- Stevens, K.R. (2013). The Impact of Evidence-Based Practice in Nursing and the Next Big Ideas. *OJIN*, Vol. 18, No. 2, Manuscript 4.
- Stewart, M., Brown, J.B., Donner, A., McWhinney, I.R., Oates, J., Weston, W.W., Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, 9(49): pp. 796–804.
- Taylor, M.J., McNicholas, C., Nicolay, C, Darzi, A., Bell, D., Reed, J.E. (2014). Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Qual Saf*, 23(4):290–298.
- Terzioglu, F. (2006). “The perceived problem-solving ability of nursing managers”, *Journal of Nursing Management*, 14(5), pp. 340-347.
- Thanasas, M. Charalambous. (2016). Basic principles of management of contemporary public hospital in Greece. *Scientific Chronicles*, 21(2): 158-170.
- Tieman, J.J., Swetenham, K., Morgan, D.D., TO DH, Currow, D.C. (2016). Using telehealth to support end of life care in the community: a feasibility study. *BMC Palliat Care*. 15(1):94.
- Timmerman, J.G., Tonis, T.M., Dekker-van, Weering, M.G., Stuiver, M.M., Wouters, M.W., van Harten, W.H., et al. (2016). Co-creation of an ICT-supported cancer rehabilitation application for resected lung cancer survivors: design and evaluation. *BMC Health Serv Res*. 16:155.
- Tsai, T.L., Fridsma, D.B., Gatti, G. (2003). Computer decision support as a source of interpretation error: the case of electrocardiograms. *J Am Med Inform Assoc*. 10(5):478-83.
- Valdmanis, V., Rosko, M., Mutter, R. (2008). Hospital Quality, Efficiency, and Input Slack Differentials. *Health Services Research*, 43(5 part 2):1830–48.
- Vera, D. and Crossan, M. (2004), “Strategic Leadership and Organizational Learning”, *Academy of Management Review*, 29(2), 222-240.
- Wensing, M., & Elwyn, G. (2003). Methods for incorporating patients' views in health care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 326(7394), 877–879.

- Ylitörmänen, T., Kvist, T. and Turunen, H. (2015). A web-based survey of Finnish nurses' perceptions of conflict management in nurse-nurse collaboration. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2): p. 263-273.
- Zikmund-Fisher, B.J., Couper, M.P., Singer, E., Ubel, P.A., Ziniel, S., Fowler, F.J. Jr, Levin, C.A., Fagerlin, A. (2010). Deficits and variations in patients' experience with making 9 common medical decisions: The decisions survey. *Medical Decision Making*, 5(30): pp. S85–S95.
- Zwaan, L., Singh, H. (2015). The challenges in defining and measuring diagnostic error. *Diagnosis (Berl)*. 2(2):97-103.
- Muir, G.J. (1997). *Evidence –Based Healthcare: How to make Health Policy and management for the NHS: Evidence Evaluation and Effectiveness*. Oxford: Radcliffe Medical.