



**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ**

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**«Εφαρμογή πρακτικών ποιότητας στο Γενικό Νοσοκομείο –
Κέντρο Υγείας Λήμνου»**

ΣΤΕΛΛΑ Χ. ΜΑΥΡΟΛΑΜΠΑΔΟΥ

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού
διπλώματος ειδίκευσης στη Δημόσια Διοίκηση

Θεσσαλονίκη, Ιανουάριος 2022

ΑΦΙΕΡΩΣΕΙΣ

Στην Ελένη μου, στη Μαρία, στη Σόνια,
στους γονείς μας που θα ήταν περήφανοι και για τις τρεις μας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας αποτελεί υποχρέωση όλων των νοσηλευτικών οργανισμών της χώρας. Για το λόγο αυτό η ανάπτυξη των ενδονοσοκομειακών διαδικασιών και των διοικητικών πρακτικών πρέπει να βασίζεται σε πρότυπα ποιότητας και καλής πρακτικής, να στοχεύει στη βελτίωση του επιπέδου ασφάλειας και της ικανοποίησης ασθενών και εργαζομένων, να προάγει τη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών και την ενημέρωσή τους ως προς τα δικαιώματα και τις θεραπευτικές τους επιλογές.

Η παρούσα διπλωματική εργασία παρουσιάζει τις διαστάσεις της ποιότητας που πρέπει να χαρακτηρίζουν τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης του Γενικού Νοσοκομείου – Κέντρου Υγείας Λήμνου, κάνοντας ιδιαίτερη αναφορά στην ανθρωποκεντρική προσέγγιση, στην αναγκαιότητα εφαρμογής διαδικασιών ποιοτικού ελέγχου στη νοσηλευτική φροντίδα για την πρόληψη σφαλμάτων και των ανεπιθύμητων συμβάντων με την αξιοποίηση εργαλείων όπως το Balanced Score card, στην υιοθέτηση καλών πρακτικών ποιότητας στη διαχείριση διαδικασιών, όπως αυτή των επικίνδυνων αποβλήτων και στη σύσταση και λειτουργία οργανικών μονάδων, όπως το Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας, προκειμένου να εξυπηρετηθούν οι ευρύτεροι στόχοι της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας, της ασφάλειας των ασθενών και της διασφάλισης της ποιότητας. Με τη μέθοδο της ποιοτικής έρευνας διερευνάται αν οι τρεις συγκεκριμένες διεργασίες στο Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Λήμνου χαρακτηρίζονται από στοιχεία ποιότητας και προτείνεται η υιοθέτηση καλών πρακτικών με σκοπό τη βελτίωσή τους.

Λέξεις-κλειδιά: ποιότητα, καλή πρακτική, ανθρωποκεντρική προσέγγιση, νοσηλευτική φροντίδα, απόβλητα υγειονομικής μονάδας, γραφείο προστασίας δικαιωμάτων

ABSTRACT

The provision of quality health services is an obligation of all nursing organizations in the country. For this reason, the development of in-hospital procedures and administrative practices should be based on quality and best practice standards, aimed at improving the level of safety and satisfaction of patients and staff, promoting the safeguarding of patients' rights and informing them about their rights and their treatment options.

The present thesis presents the dimensions of quality that should characterize the health care services of the General Hospital - Health Center of Lemnos, with particular reference to the person-centred approach, the need to implement quality control procedures in nursing care to prevent errors and adverse events by utilizing tools such as the Balanced Score card, the adoption of best quality practices in the management of procedures such as hazardous waste and the establishment and operation of organic units, such as the Office for the Protection of the Rights of Health Services Recipients, in order to serve the broader objectives of health service efficiency, patient safety and quality assurance. The method of qualitative research investigates whether the three specific processes in the General Hospital - Health Center of Lemnos are characterized by quality elements and it is proposed to adopt best practices in order to improve them.

Keywords: *quality, best practice, person-centred care, nursing care, hazardous hospital waste, office for the protection of rights.*

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία με τίτλο «Εφαρμογή πρακτικών ποιότητας στο Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Λήμνου» πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Δημόσια Διοίκηση, του Τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων, της Σχολής Επιστημών Διοίκησης Επιχειρήσεων, του Πανεπιστημίου Μακεδονίας.

Η επιλογή του συγκεκριμένου θέματος προέκυψε από το γεγονός ότι η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, η ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών, η προαγωγή της ενημέρωσής τους ως προς τα δικαιώματα και τις θεραπευτικές τους επιλογές, καθώς και η αποτελεσματική και πλήρης κάλυψη των αναγκών υγείας του κοινωνικού συνόλου αποτελούν υποχρέωση κάθε νοσηλευτικού οργανισμού. Η εφαρμογή και η υιοθέτηση καλών πρακτικών ποιότητας για την επίτευξη των ανωτέρω στόχων αποτελεί πρόκληση για το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Λήμνου, καθώς είναι ένα νοσοκομείο της περιφέρειας, που καλείται να ανταποκριθεί άμεσα και αποτελεσματικά στις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης των κατοίκων.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω την ΥΔΑΥΜ του Γενικού Νοσοκομείου – Κέντρου Υγείας Λήμνου, τις νοσηλεύτριες – επικεφαλές Τμημάτων και της Δ/σης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, καθώς και την κοινωνική λειτουργό του νοσοκομείου για τη συμμετοχή τους στην ποιοτική έρευνα. Επίσης, ευχαριστώ την Κα Γκοτζαμάνη για το χρόνο που αφιέρωσε.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΦΙΕΡΩΣΕΙΣ	i
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	ii
ABSTRACT	iii
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	iv
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΟΙ ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	4
1.1 Ορισμός ποιότητας και καλής πρακτικής στο χώρο της υγείας.....	4
1.2 Προσεγγίσεις στην ποιότητα υγείας.....	7
1.3 Η ανθρωποκεντρική προσέγγιση (Person-Centered Care).....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	13
2.1 Ορισμός ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας.....	13
2.2 Αξιολόγηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας	16
2.3. Μέτρηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.....	20
2.4 Ποιοτική έρευνα για την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα στο Γ.Ν. – Κέντρο Υγείας Λήμνου	23
2.4.1 Μεθοδολογία έρευνας	23
2.4.2 Ανάλυση Δεδομένων και Ερμηνεία Ευρημάτων.....	24
2.5 Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας στο Γ.Ν.- Κέντρο Υγείας Λήμνου ως καλή πρακτική	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΩΝ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ	32
3.1 Θεσμικό πλαίσιο.....	32
3.2 Οφέλη και κόστος από τη διαχείριση των αποβλήτων.....	34
3.3 Καλές πρακτικές στη διαχείριση αποβλήτων που παράγονται από υγειονομικές μονάδες.....	37
3.4 Ποιοτική έρευνα για τη διαχείριση αποβλήτων στο Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Λήμνου	42
3.4.1 Μεθοδολογία έρευνας	42
3.4.2 Ανάλυση Δεδομένων και Ερμηνεία Ευρημάτων.....	43
3.5 Διαχείριση αποβλήτων στο Γ.Ν.- Κέντρο Υγείας Λήμνου με εφαρμογή πληροφοριακού συστήματος ως καλή πρακτική.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο ΣΥΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΓΡΑΦΕΙΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΛΗΠΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	55
4.1 Θεσμικό πλαίσιο δικαιωμάτων των Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας.....	56
4.2 Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας	61
4.3 Ποιοτική έρευνα για τη λειτουργία Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας ως καλή πρακτική ποιότητας του Γ.Ν. – Κέντρου Υγείας Λήμνου	63

4.3.1 Μεθοδολογία έρευνας	63
4.3.2. Ανάλυση δεδομένων και ερμηνεία ευρημάτων	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	76
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	81

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας μας και οι νοσηλευτικοί οργανισμοί που το απαρτίζουν έχουν ως αποστολή την προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, μέσω της παροχής πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, της διασφάλισης της καθολικής και ισότιμης πρόσβασης στην παροχή ποιοτικά και ποσοτικά επαρκών υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας, της υιοθέτησης πολιτικών και καλών πρακτικών ποιότητας στις διαδικασίες, που βελτιώνουν την ποιότητα της φροντίδας και την ασφάλεια των ασθενών.

Η ανάπτυξη διαδικασιών και προτύπων ποιότητας για τις υπηρεσίες υγείας και τις πρακτικές στα νοσοκομεία, η διαμόρφωση διεθνώς αποδεκτών δεικτών αξιολόγησης της ποιότητας των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών φροντίδας της υγείας, η ενημέρωση των πολιτών ως προς την πρόσβασή τους σε αυτές και η προάσπιση των δικαιωμάτων τους, αποτέλεσαν αντικείμενο νομοθετικών παρεμβάσεων για την ελληνική δημόσια διοίκηση με στόχο την υλοποίηση ενός ολοκληρωμένου προγράμματος ιεραρχημένων δράσεων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Σκοπός της μεταπτυχιακής εργασίας είναι η διερεύνηση της διάστασης της ποιότητας σε ενδονοσοκομειακές διαδικασίες, όπως αυτές της νοσηλευτικής φροντίδας, της διαχείρισης των επικίνδυνων νοσοκομειακών αποβλήτων και της ενημέρωσης των ασθενών για τα δικαιώματά τους κατά τη λήψη ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας, καθώς και της διασφάλισης της προστασίας τους στο Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Λήμνου. Επιπρόσθετα, σκοπός της εργασίας είναι να προτείνει καλές πρακτικές ποιότητας για τις προαναφερθείσες διαδικασίες, να δείξει ότι η υιοθέτησή τους είναι εφικτή και πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για ένα νοσοκομείο της περιφέρειας, που βρίσκεται μακριά από κάποιο μεγάλο αστικό κέντρο και καλείται να αντιμετωπίσει άμεσα και αποτελεσματικά τις ανάγκες υγείας των κατοίκων του νησιού.

Στο πλαίσιο αυτό προκύπτουν οι ακόλουθοι επιμέρους στόχοι της εργασίας. Αρχικά, στόχος είναι να παρουσιασθούν η σύνδεση της ποιότητας και της καλής πρακτικής με το χώρο της υγείας και πως η υιοθέτηση της προσέγγισης της ανθρωποκεντρικής περίθαλψης αποτελεί σημαντικό στοιχείο των ποιοτικών υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας.

Δεύτερος στόχος αποτελεί η ανάδειξη της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης ως θεμελιώδους διάσταση της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, σε διαδικασίες

νοσηλευτικής φροντίδας, ενημέρωσης των ληπτών υπηρεσιών περίθαλψης και προστασίας των δικαιωμάτων τους.

Τρίτος στόχος είναι η υιοθέτηση καλών πρακτικών ποιότητας σε διαδικασίες του Γ.Ν. – Κέντρου Υγείας Λήμνου, με την διαμόρφωση δεικτών ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και εργαλείων για την αξιολόγησή της, τη χρήση πληροφοριακού συστήματος για τη διαχείριση των αποβλήτων, τη σύσταση Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας και τη σύνταξη Οδηγού του Πολίτη.

Η παρούσα διπλωματική εργασία διαπραγματεύεται όλα τα παραπάνω ζητήματα. Προκειμένου να καταγραφεί η υφιστάμενη κατάσταση στο Γ.Ν. – Κέντρο Υγείας Λήμνου και να προταθεί η εφαρμογή πρακτικών ποιότητας στις διαδικασίες που ακολουθούνται, πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα με τη χρήση της μεθόδου των συνεντεύξεων με τις υπεύθυνες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, του Ειδικού Γραφείου Υποστήριξης του Πολίτη, καθώς και με την υπεύθυνη διαχείρισης αποβλήτων (ΥΔΑΥΜ). Ο σκοπός της ποιοτικής έρευνας, όπως επίσης και τα ερευνητικά ερωτήματα για κάθε ερευνητικό πεδίο από τα τρία που προαναφέρθηκαν παρουσιάζονται στα επιμέρους κεφάλαια της διπλωματικής εργασίας.

Βασιζόμενη στην ποιοτική έρευνα και στη μέθοδο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης έντυπων αλλά και ηλεκτρονικών επιστημονικά πηγών και συγκεκριμένα βιβλίων, άρθρων, έγκυρων έντυπων ή ηλεκτρονικών επιστημονικών περιοδικών, καθώς και σε νόμους, προεδρικά διατάγματα και υπουργικές αποφάσεις, σχετικά με την ποιότητα στις νοσηλευτικές μονάδες, η εργασία διαρθρώνεται σε πέντε κεφάλαια.

Σκοπός του πρώτου κεφαλαίου είναι ο ορισμός των εννοιών της ποιότητας και της καλής πρακτικής ποιότητας στο χώρο της υγείας. Κάθε ενέργεια που αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στην αξιολόγησή της προϋποθέτει την κατανόηση του τι εννοούμε με τον όρο ποιότητα. Οι ορισμοί που έχουν διατυπωθεί, βασίζονται είτε στην υγειονομική περίθαλψη είτε στα συστήματα υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2006), η ποιότητα στην υγεία είναι ο βαθμός που οι υπηρεσίες περίθαλψης των ατόμων και των πληθυσμών αυξάνουν τις πιθανότητες πραγματοποίησης επιθυμητών αποτελεσμάτων. Επιπρόσθετα, στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ανθρωποκεντρική προσέγγιση στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας ως διάσταση ποιότητας.

Ο σκοπός του δεύτερου κεφαλαίου είναι να αναδειχθούν οι διαστάσεις της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας, κυρίως αυτής της ανθρωποκεντρικής

προσέγγισης, έτσι ώστε να γίνει κατανοητό ότι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών για τη βελτίωση της υγείας των ασθενών, την επίτευξη της ικανοποίησης τόσο των ληπτών των υπηρεσιών όσο και των νοσηλευτών απαιτεί την παροχή φροντίδας βασιζόμενη σε νοσηλευτικά πρότυπα, στον επαγγελματισμό των νοσηλευτών αλλά και στις διαπροσωπικές, επικοινωνιακές, κοινωνικές δεξιότητες τους και στην ενσυναίσθηση, έτσι ώστε να είναι εφικτό να ανταποκριθούν στις φυσικές, ψυχολογικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες των ασθενών. Η εξαιρετική νοσηλευτική φροντίδα σχεδιάζεται και αξιολογείται μαζί με τον ασθενή και τους οικείους του, ως ισότιμοι εταίροι και για τη μέτρησή της έχουν αναπτυχθεί κατάλληλα εργαλεία και δείκτες, για τα οποία γίνεται αναφορά στη συνέχεια του δεύτερου κεφαλαίου. Τέλος το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την παρουσίαση της ποιοτικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε για να διερευνηθεί αν η παροχή ποιοτικής Νοσηλευτικής Φροντίδας και η συνεχής βελτίωσή της αποτελεί στόχο του νοσοκομείου, καθώς και αν αξιολογείται και πραγματοποιείται μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με την εφαρμογή δεικτών ποιότητας.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το θεσμικό πλαίσιο, η διαδικασία διαχείρισης των επικίνδυνων αποβλήτων στις νοσηλευτικές μονάδες και η υποχρέωσή τους να εφαρμόσουν τα προβλεπόμενα από τη νομοθεσία και να αναζητήσουν καλές πρακτικές για να βελτιωθεί η διαδικασία διαχείρισης των αποβλήτων. Για το σκοπό αυτό, πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα, εξετάζεται η χρήση πληροφοριακού συστήματος στη συγκεκριμένη διαδικασία και προτείνεται ως καλή πρακτική ποιότητας στη διαχείριση των αποβλήτων.

Στο τέταρτο κεφάλαιο ασχολούμαστε με το θεσμικό πλαίσιο των δικαιωμάτων των Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας, το νομικό πλαίσιο της προστασίας τους, των διαδικασιών ενημέρωσής τους και της δημιουργίας οργανικών μονάδων, όπως το Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας, για την παρακολούθηση, παρέμβαση και διασφάλιση της προστασίας τους. Παρουσιάζεται η ποιοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε για τη λειτουργία Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας ως καλή πρακτική ποιότητας στο Γ.Ν. – Κέντρο Υγείας Λήμνου και προτείνεται Οδηγός του Πολίτη.

Τέλος, στο τελευταίο κεφάλαιο της διπλωματικής εργασίας παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που προέκυψαν και διατυπώνονται προτάσεις σχετικά με την εφαρμογή καλών πρακτικών ποιότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΟΙ ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κάθε χώρα οφείλει να παρέχει ποιοτική υγειονομική περίθαλψη στους ασθενείς. Η ιδιαίτερη προσοχή στην ποιότητα της φροντίδας μπορεί να παρακινηθεί από διάφορους λόγους είτε ως μια γενική δέσμευση ότι η παροχή υψηλής ποιότητας αποτελεί δημόσιο αγαθό, είτε ως εστίαση στα αποτελέσματα της υγείας των ασθενών με τον προσδιορισμό συγκεκριμένων προβλημάτων ποιότητας (Busse, Klazinga, Panteli & Quentin, 2019).

Οι οργανισμοί που λειτουργούν ως πάροχοι υπηρεσιών υγείας υποχρεούνται να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες προς τους ασθενείς τους, ενεργώντας με στόχο την ασφαλή, αποτελεσματική και πλήρη κάλυψη των αναγκών υγείας και προάγοντας την ενημέρωσή τους ως προς τα δικαιώματα και τις θεραπευτικές τους επιλογές, καθώς και την ισότιμη πρόσβαση και την καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Επίσης, σκοπός τους πρέπει να αποτελεί η ανάπτυξη διαδικασιών και προτύπων ποιότητας για τις υπηρεσίες υγείας και τις διοικητικές πρακτικές. Οι έννοιες της ποιότητας και της καλής πρακτικής, οι διαφορετικές προσεγγίσεις της ποιότητας που έχουν χρησιμοποιηθεί, δίνοντας έμφαση στην ανθρωποκεντρική προσέγγιση και τις διαστάσεις της θα αποτελέσουν το αντικείμενο αυτού του κεφαλαίου.

1.1 Ορισμός ποιότητας και καλής πρακτικής στο χώρο της υγείας

Η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αποτελεί μια σημαντική παράμετρο της απόδοσης των υγειονομικών μονάδων. Πολλοί μελετητές ασχολήθηκαν με την ερμηνεία αυτής της έννοιας με αποτέλεσμα την παραγωγή αρκετών ορισμών. Χαρακτηριστικό γνώρισμα των περισσότερων ορισμών είναι ότι παρουσιάζουν την ποιότητα ως το μέσο με το οποίο θα μεγιστοποιηθούν τα αποτελέσματα της υγειονομικής περίθαλψης στους ασθενείς. Ο καλύτερος τρόπος για να δούμε το πώς έχει ορισθεί η ποιότητα στην παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη είναι να παραθέσουμε μερικούς αντιπροσωπευτικούς ορισμούς.

Όπως αναφέρουν οι Busse et al. (2019), στο βιβλίο τους *Improving healthcare quality in Europe*, ο Donabedian το 1980 ορίζει την ποιότητα στην υγεία ως το είδος της υγειονομικής περίθαλψης που αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ευημερία του ασθενή λαμβάνοντας υπόψη την ισορροπία μεταξύ του προσδοκώμενου κέρδους και των απωλειών που συμβαίνουν στη διαδικασία της περίθαλψης για όλους τους ενδιαφερόμενους.

Το 2001 το Institute of Medicine στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής δίνει τον ορισμό της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη που χρησιμοποιείται ευρέως από την παγκόσμια κοινότητα, καθιερώνοντας ως βασικό στόχο τη θετική έκβαση των αποτελεσμάτων της υγειονομικής περίθαλψης σε ατομικό επίπεδο και στο σύνολο του πληθυσμού, δίνοντας έμφαση στη σημαντικότητα της επαγγελματικής γνώσης. Συγκεκριμένα ορίζει την ποιότητα ως «το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας προς τα άτομα και το συνολικό πληθυσμό αυξάνουν την πιθανότητα επίτευξης επιθυμητών αποτελεσμάτων, τα οποία θα είναι σύμφωνα με την τρέχουσα επαγγελματική γνώση» (όπ. αναφ. στο WHO, 2018). Ταυτόχρονα καθορίζει έξι διαστάσεις της ποιότητας δηλώνοντας ότι οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να είναι:

- ✓ ασφαλείς, αποφεύγοντας τα λάθη στην παροχή φροντίδας,
- ✓ αποτελεσματικές, που βασίζονται στην επιστημονική γνώση και παρέχονται σε όλους όσους μπορούν να ωφεληθούν,
- ✓ ανθρωποκεντρικές, που σέβονται τις προτιμήσεις, τις ανάγκες και τις αξίες των ληπτών υπηρεσιών και καθοδηγούν όλες τις αποφάσεις,
- ✓ έγκαιρες, χωρίς καθυστερήσεις,
- ✓ αποδοτικές, αποφεύγοντας τη σπατάλη των διαθέσιμων πόρων,
- ✓ δίκαιες, που δεν διαφοροποιούνται σε ποιότητα λόγω προσωπικών χαρακτηριστικών, όπως το φύλο, η εθνότητα, η γεωγραφική τοποθεσία και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση. (Institute of Medicine, 2001).

Τις ίδιες διαστάσεις ποιότητας υιοθετεί και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2006 όταν στον οδηγό του «Quality of care : a process for making strategic choices in health systems» επαναλαμβάνει ότι οι υπηρεσίες υγείας για να χαρακτηριστούν ποιοτικές πρέπει να είναι αποτελεσματικές, παρέχοντας υγειονομική περίθαλψη βάσει αποδεικτικών στοιχείων, βασιζόμενη στις ανάγκες των ατόμων και των κοινοτήτων, μεγιστοποιώντας το όφελος με δεδομένους διαθέσιμους πόρους, χωρίς καθυστερήσεις και γεωγραφικούς περιορισμούς και να είναι δίκαιες και ασφαλείς, με την ελαχιστοποίηση των κινδύνων και των ιατρικών λαθών για τους λήπτες των υγειονομικών υπηρεσιών. Επίσης, πρέπει να χαρακτηρίζονται από την ανθρωποκεντρική προσέγγιση λαμβάνοντας υπόψη τους τις προτιμήσεις και τις φιλοδοξίες των ληπτών υπηρεσιών, των διαφορετικών πολιτισμών και κοινοτήτων. Το 2018 στο *Handbook for national quality policy and strategy* ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι οι ποιοτικές υπηρεσίες υγείας πρέπει να παρέχονται αποδεδειγμένα σε όποιον τις χρειάζεται, λαμβάνοντας υπόψη τις ατομικές προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες και

αποφεύγοντας την οποιαδήποτε ζημιά στους ανθρώπους που απευθύνονται. Επιπλέον, πρέπει να είναι έγκαιρες μειώνοντας το χρόνο αναμονής και τις επιβλαβείς καθυστερήσεις, να παρέχονται με δίκαιο τρόπο στα άτομα ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλλου, φυλής, κοινωνικοοικονομικής θέσης ή άλλων ιδιαίτερων χαρακτηριστικών και αποδοτικά, μεγιστοποιώντας το όφελος από τη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων.

Οι φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να μεριμνούν ώστε να παρέχουν όλο και περισσότερο ποιοτικές υπηρεσίες. Σύμφωνα με το Minnesota Department of Health (2019), όπως αναφέρεται στην ιστοσελίδα του, η συνεχής βελτίωση ποιότητας είναι «μια σκόπιμη, καθορισμένη διαδικασία που επικεντρώνεται σε δραστηριότητες που ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινότητας και βελτιώνουν την υγεία του πληθυσμού. Είναι μια συνεχής προσπάθεια για την επίτευξη μετρήσιμων βελτιώσεων στην αποτελεσματικότητα, στην αποδοτικότητα, στη λογοδοσία και άλλους δείκτες ποιότητας». Οι Παπακωστίδη & Τσουκαλάς (2012) τονίζουν ότι ο όρος «διαρκής βελτίωση ποιότητας» (quality improvement) αναφέρεται «στη διαδικασία μείωσης της διακύμανσης των αποτελεσμάτων ή των αποκλίσεων από τα πρότυπα, με σκοπό την καλύτερη συνολική απόδοση και αφορά στη βελτίωση των διαδικασιών που ελέγχουν το τελικό αποτέλεσμα. Οι δράσεις περιστρέφονται γύρω από τον ασθενή ως επίκεντρο κάθε βελτίωσης» (σελ.482). Και από τους δύο ορισμούς προκύπτει ότι για να υπάρξει βελτίωση στην ποιότητα πρέπει να εξευρεθούν και να εφαρμοστούν οι κατάλληλες διαδικασίες και καλές πρακτικές ποιότητας. Σύμφωνα με το Segen's Medical Dictionary (2012), ο όρος καλή πρακτική αναφέρεται σε μια διαδικασία ή μέθοδο που αντιπροσωπεύει τον πιο αποτελεσματικό τρόπο για να επιτευχθεί ένας συγκεκριμένος στόχος, που έχει αποδειχθεί ότι παράγει καλά αποτελέσματα και έτσι συστήνεται ως πρότυπο.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2017) ορίζει ως καλή πρακτική μια τεχνική ή μια μέθοδο, η οποία μέσω της εμπειρίας και της έρευνας έχει αποδείξει ότι οδηγεί στα επιθυμητά αποτελέσματα. Αναφέρει επίσης, ότι στο πλαίσιο των προγραμμάτων και των υπηρεσιών υγείας, ένας πρακτικός ορισμός της καλής πρακτικής είναι η γνώση για το ποιες ενέργειες λειτουργούν αποτελεσματικά σε ειδικές καταστάσεις και συγκεκριμένα πλαίσια, για να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα χωρίς τη χρήση υπερβολικών πόρων, οι οποίες μπορούν να αναπτυχθούν και να εφαρμοσθούν ως λύση σε παρόμοια προβλήματα υγείας, σε άλλες καταστάσεις και περιβάλλοντα. Τέτοιες πρακτικές πρέπει να μοιράζονται και να υιοθετούνται για να ωφελήσουν περισσότερους ανθρώπους. Ο

προσδιορισμός της καλής πρακτικής απαιτεί να πληρούνται τουλάχιστον τα κάτωθι κριτήρια :

- ✓ Αποτελεσματικότητα : αποτελεί θεμελιώδες κριτήριο, καθώς η καλή πρακτική πρέπει να επιτυγχάνει μετρήσιμα αποτελέσματα.
- ✓ Αποδοτικότητα : η καλή πρακτική πρέπει να παράγει αποτελέσματα με τη χρήση πόρων και χρόνου σε ένα αποδεκτό επίπεδο.
- ✓ Σχετικότητα : η καλή πρακτική πρέπει να έχει ως προτεραιότητα την επίλυση του συγκεκριμένου προβλήματος υγείας.
- ✓ Ηθική : πρέπει να τηρούνται οι απαραίτητοι κανόνες ηθικής.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2017) ορίζει επιπρόσθετα κριτήρια, όπως την ικανότητα εφαρμογής αλλά και την ευρύτητα στην εφαρμογή, καθώς η καλή πρακτική πρέπει να είναι εκτελέσιμη κατά τη διάρκεια μιας μεγάλης περιόδου με τη χρήση των υπαρχόντων πόρων και να μπορεί να εφαρμοστεί και σε άλλες περιοχές, άλλες υγειονομικές μονάδες κλπ.. Επίσης, πρέπει να περιλαμβάνει μια ικανοποιητική συνεργασία μεταξύ διαφόρων εταίρων-μερών και τη συμμετοχή της κοινότητας, αφού η αποδοχή της από τη συγκεκριμένη κοινότητα που αφορά είναι απαραίτητη. Τέλος, μια καλή πρακτική πρέπει να έχει την υποστήριξη και την πολιτική δέσμευση από τις σχετικές αρχές (Διοίκηση, Εποπτεύοντες Φορείς κλπ.).

Τον ίδιο ορισμό και τα ίδια κριτήρια υιοθετεί και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή για τις καλές πρακτικές προώθησης της υγείας, της πρόληψης και της διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων, στην Ευρώπη. Στα χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν μια πρακτική ως «καλή» προσθέτει την καινοτομία, δηλαδή το κατά πόσο η συγκεκριμένη πρακτική προτείνει νέες δημιουργικές λύσεις, που να συνδυάζονται ταυτόχρονα και με ρεαλιστικές πολιτικές. Στην ουσία ο ορισμός των καλών πρακτικών αναφέρεται σε «προσεγγίσεις που δουλεύουν καλά και μπορούν να επαναληφθούν αλλού», μέσω της δημοσιοποίησή τους, ώστε να γίνονται γνωστές και σε άλλους φορείς ως πρότυπα (όπ. ανάφ. στο Μπίμπου & Νικιφορίδης, 2016).

1.2 Προσεγγίσεις στην ποιότητα υγείας

Για την ανάλυση της έννοιας της ποιότητας έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες προσεγγίσεις. Οι Piligrimienė & Buciušienė (2008) τονίζουν ότι υπάρχουν τρεις διαφορετικές προσεγγίσεις για τον προσδιορισμό της ποιότητας στον τομέα της υγείας:

1. Το πώς αντιλαμβάνονται οι ασθενείς την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης

Οι ασθενείς κυρίως προσδιορίζουν την ποιότητα με βάση τις προτιμήσεις και τις αξίες τους. Θεωρούν ως σημαντικές διαστάσεις της ποιότητας την αποτελεσματικότητα, τη δυνατότητα πρόσβασης, τις διαπροσωπικές σχέσεις, τη συνέχεια. Πολλοί από αυτούς την αντιλαμβάνονται ως τις προσπάθειες που κάνουν οι ειδικοί για να τους προσφέρουν το καλύτερο δυνατό. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τον ορισμό της ποιότητας που εστιάζει στην ικανοποίηση των ασθενών από την υγειονομική περίθαλψη και στα αποτελέσματα που προκύπτουν από αυτήν.

2. Η στάση των επαγγελματιών υγείας στον προσδιορισμό της ποιότητας

Οι επαγγελματίες υγείας τείνουν να ορίσουν την ποιότητα με βάση τα χαρακτηριστικά και τα αποτελέσματα της περίθαλψης. Αυτός ο ορισμός δίνει έμφαση στις τεχνικές δεξιότητες, στην καταλληλότητα των υπηρεσιών που παρέχονται και στα χαρακτηριστικά της αλληλεπίδρασης μεταξύ των επαγγελματιών και των ασθενών.

3. Η στάση των μάνατζερς στον προσδιορισμό της ποιότητας

Οι μάνατζερς θεωρούν ότι η πρόσβαση, η αποτελεσματικότητα, οι τεχνικές δεξιότητες και η αποδοτικότητα αποτελούν τις σημαντικότερες διαστάσεις της ποιότητας. Προνοούν για τις ανάγκες και τις απαιτήσεις των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας και είναι διαχειριστές των απαραίτητων πόρων.

1.3 Η ανθρωποκεντρική προσέγγιση (Person-Centred Care)

Οι υγειονομικοί οργανισμοί στοχεύοντας στη βελτίωση της ασφάλειας και της ποιότητας στην υγειονομική φροντίδα υιοθετούν την προσέγγιση της ανθρωποκεντρικής περίθαλψης, η οποία αποτελεί σημαντικό στοιχείο των ποιοτικών υπηρεσιών παροχής υγείας. Όπως αναφέρεται στην ιστοσελίδα της Association for the Development of the Person-Centered Approach η ανθρωποκεντρική προσέγγιση ξεκίνησε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής τη δεκαετία του 1940 από τον ψυχολόγο Carl R. Rogers, ο οποίος στη ψυχοθεραπεία, σταδιακά, κατάλαβε ότι η συμπεριφορά και η στάση του προς τον ασθενή ήταν εξίσου σημαντικές με τις τεχνικές και τις μεθόδους που χρησιμοποιούσε. Η θεραπεία γινόταν δυνατή και αποτελεσματική όταν μπορούσε να εισέλθει στο πλαίσιο αναφοράς του ασθενή και να του εκφράσει μια ενσυναίσθητη κατανόηση με αποδεκτό τρόπο.

Το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine, IOM) στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής διατύπωσε το 2000 τον ορισμό της έννοιας της ανθρωποκεντρικής φροντίδας, σύμφωνα με τον οποίο «είναι η ιατρική φροντίδα που στοχεύει στη συνεργασία μεταξύ των γιατρών, των ασθενών και των οικογενειών τους (όποτε απαιτείται), προκειμένου να

διασφαλιστεί ότι οι θεραπευτικές αποφάσεις που λαμβάνονται σέβονται τις προσδοκίες, τις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ασθενών» (όπ. αναφ. στο Καραθάνος & Τατσιώνη, 2015).

Η έννοια της ασθενο-ανθρωποκεντρικής προσέγγισης είναι σύνθετη, αλλά γενικά υπογραμμίζει την προσοχή, εκ μέρους των παρόχων υπηρεσιών υγείας, στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών, την επιλογή συμπεριφορών που θα εμπεριέχουν την αίσθηση της συνεργασίας, του σεβασμού και τη διευκόλυνση της συμμετοχής των ασθενών στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στη φροντίδα της υγείας τους (Mead, Bower & Hann, 2002).

Όπως επισημαίνουν οι The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care (2016) η ανθρωποκεντρική προσέγγιση στην υγειονομική περίθαλψη σημαίνει ότι οι ατομικές αξίες και προτιμήσεις καθοδηγούν όλες τις πλευρές της φροντίδας της υγείας και επιτυγχάνεται μέσω μιας δυναμικής σχέσης μεταξύ των ασθενών και των παρόχων υπηρεσιών υγείας και μιας συνεργασίας στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Ο De Silva (2014) υποστηρίζει ότι η ανθρωποκεντρική υγειονομική περίθαλψη θεωρεί τους ασθενείς ως ισότιμους εταίρους στον προγραμματισμό, στην ανάπτυξη και στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, έτσι ώστε να υπάρχει η διασφάλιση ότι παρέχονται οι πιο κατάλληλες για τις ανάγκες τους. Έτσι ο ασθενής και η οικογένεια του συμμετέχουν στη λήψη των αποφάσεων που αφορούν στην αποκατάσταση της υγείας τους και λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες τους.

Επίσης, ο ανωτέρω μελετητής υπογραμμίζει ότι στην ανθρωποκεντρική προσέγγιση της παροχής υγείας η περίθαλψη ανταποκρίνεται στις προσωπικές αξίες και προτιμήσεις του καθενός, δίνει στους ασθενείς την ευκαιρία να ενημερωθούν και να λάβουν μέρος στη λήψη ιατρικών αποφάσεων και βοηθάει τους εργαζόμενους στις υγειονομικές μονάδες να παρέχουν φροντίδα που ανταποκρίνεται στις φυσικές και συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών. Τονίζει ότι στην ανθρωποκεντρική προσέγγιση δικαίωμα για τον ασθενή αποτελεί η φυσική άνεση, η αποφυγή της ταλαιπωρίας, η έγκαιρη, προσαρμοσμένη και ειδική διαχείριση δύσκολων καταστάσεων, η συναισθηματική υποστήριξη και η ανακούφιση από το άγχος που συνεπάγεται η ασθένεια, η ανικανότητα και η αβεβαιότητα για την αποκατάσταση της υγείας. Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στο συντονισμό και στην ολοκλήρωση της παροχής φροντίδας, καθώς οι ασθενείς εξαρτώνται από τους φροντιστές να συντονίσουν όλες τις απαραίτητες ενέργειες και να εξασφαλίσουν ότι όλες οι απαραίτητες πληροφορίες θα φθάσουν εκεί που χρειάζονται, την κατάλληλη στιγμή. Επίσης, επισημαίνει ότι η ανθρωποκεντρική

προσέγγιση θεωρεί σημαντική την ενημέρωση των ασθενών για την υγεία τους με αξιόπιστες πληροφορίες, την επιλογή του κατάλληλου τρόπου επικοινωνίας και τη συνεργασία με τις οικογένειες των ασθενών όταν προκύπτει ανάγκη.

Το Institute of Medicine περιέγραψε τον τρόπο που παρέχεται η ανθρωποκεντρική περίθαλψη σε κάθε ένα από τα τέσσερα επίπεδα που θεωρεί ότι καθορίζουν την ποιοτική περίθαλψη:

✓ Στο επίπεδο εμπειρίας του ασθενή από την περίθαλψη του, η φροντίδα πρέπει να παρασχεθεί με ένα τρόπο που σέβεται τον ασθενή, υποστηρίζει και ενθαρρύνει τη συμμετοχή των ασθενών και των οικογενειών.

✓ Στο κλινικό επίπεδο, το οποίο αναφέρεται στην υπηρεσία ή στο πρόγραμμα θεραπείας, οι ασθενείς και η οικογένειά τους πρέπει να συμμετέχουν στο σχεδιασμό της υπηρεσίας. Π.χ. ως μέλη της ομάδας βελτίωσης της ποιότητας, συμμετέχοντας στο σχεδιασμό, στην εφαρμογή και στην αξιολόγηση της υπηρεσίας.

✓ Στο οργανωσιακό επίπεδο οι ασθενείς και το οικογενειακό τους περιβάλλον πρέπει να συμμετέχουν ως μέλη οργανωτικών επιτροπών σε θέματα όπως ασφάλεια των ασθενών, βελτίωση της ποιότητας, εκπαίδευση των ασθενών ή των οικογενειών τους, ηθική και έρευνα.

✓ Στο ρυθμιστικό επίπεδο του συστήματος υγείας, όπου ενθαρρύνεται η συμμετοχή και η δέσμευση των ασθενών και των συγγενών τους στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στην υγειονομική περίθαλψη. (όπ. ανάφ. στο Luxford, Piper, Dunbar & Poole, 2010).

Σύμφωνα με τον De Silva (2014) σε μια ανασκόπηση 32 άρθρων ερευνήθηκαν οι διαστάσεις της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης και αναδείχθηκαν έξι κύρια στοιχεία:

1. Η κατάσταση του ασθενούς

Δίνοντας περισσότερη σημασία στις διαστάσεις της ασθένειας, στο ιστορικό, στις εργαστηριακές εξετάσεις, στα συναισθήματα και στις αντιλήψεις των ασθενών για τη σοβαρότητα της ασθένειας, καθώς και τις προσδοκίες τους για την έκβασή της και την εμπιστοσύνη στη διαχείρισή της. Επίσης, κατανοώντας τη συνολική προσωπικότητα του ασθενούς, γνωρίζοντας την οικογένειά του, την εργασία του, κοινωνικά και πολιτιστικά δεδομένα. (Hudon, Fortin, Haggerty, Loignon, Lambert & Poitras, 2012).

2. Η έκφραση της εμπειρίας των ασθενών

Αναδύεται ως ολοκληρωμένο μέρος της διαχείρισης της χρόνιας ασθένειας. Οι ασθενείς χρειάζονται να δείχνουν τις ανησυχίες τους, τα συναισθήματα της απώλειας και της θλίψης, να είναι ικανοί να εκφράζουν τα ατομικά τους προβλήματα, τους φόβους και τις απογοητεύσεις.

3. Αναγνώριση της πείρας του ασθενή

Στη διαχείριση χρόνιων ασθενειών η καθιέρωση αυτοδιαχειριστικών στόχων για τον ασθενή με τη βοήθεια του θεράποντα ιατρού είναι σημαντική και πρέπει να βασίζεται στις ικανότητές του για αυτοδιαχείριση και στις μοναδικές δυνάμεις του καθενός (Hudon et al, 2012).

4. Προσφορά ρεαλιστικής ελπίδας

Η ικανότητα προσφοράς ελπίδας στους ασθενείς πρέπει να αποτελεί σημαντική δεξιότητα των θεραπόντων ιατρών, βοηθώντας αυτούς και τις οικογένειές τους να προσαρμόζονται σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο κοινωνικό και ιατρικό περιβάλλον (Hudon et al, 2012).

5. Ανάπτυξη μιας συνεχούς συνεργασίας

Η αποτελεσματική διαχείριση προβλημάτων υγείας απαιτεί μια συντονισμένη δράση και μια συνεχή συνεργασία μεταξύ ασθενή και θεραπόντων ιατρών, έτσι ώστε ο ασθενής να ενδυναμώνεται όταν έχει ανάγκη την εμπιστοσύνη, το σεβασμό, τη θετική έκβαση, την κατανόηση και να ενισχύεται κατά τη διάρκεια δύσκολων και στρεσογόνων φάσεων της αντιμετώπισης της ασθένειας. Οι ανάγκες και οι πεποιθήσεις των ασθενών πρέπει να είναι σεβαστές συνεχώς (Hudon et al, 2012).

6. Παρέχοντας στον ασθενή όλες τις δυνατότητες του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Στη διαδικασία της υγειονομικής φροντίδας χρησιμοποιούνται όλοι οι διαθέσιμοι πόροι, προασπίζονται τα δικαιώματα του ασθενή και προάγεται η ασφάλεια στην περίθαλψή του (Hudon et al, 2012).

Οι Johnson & Abraham (2012) στο άρθρο τους «Partnering with Patients, Residents, and Families: A Resource for Leaders of Hospitals, Ambulatory Care Settings, and Long-Term Care Communities» επισημαίνουν ότι η ανθρωποκεντρική προσέγγιση επαναπροσδιορίζει τις σχέσεις στην υγειονομική περίθαλψη, δίνοντας έμφαση στη συνεργασία μεταξύ των ανθρώπων σε όλα τα επίπεδα της περίθαλψης και σε όλα τα περιβάλλοντα που αυτή παρέχεται. Αναγνωρίζει ότι οι ασθενείς και η οικογένεια τους παίζουν σημαντικό ρόλο στην παροχή της ποιότητας και της ασφάλειας. Οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα της παροχής υγείας, βελτιώνοντας την εμπειρία των ασθενών και της οικογένειας τους από την περίθαλψη, σε μεγαλύτερη ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας και στη σωστότερη κατανομή των πόρων. Οι ανωτέρω μελετητές συνοψίζουν τα παρακάτω στοιχεία ως βασικά της ανθρωποκεντρικής περίθαλψης:

- ✓ Αξιοπρέπεια και σεβασμός. Οι πάροχοι της υγειονομικής περίθαλψης ακούνε και σέβονται τον ασθενή και τις επιλογές του, ενσωματώνουν τη γνώση, τις πεποιθήσεις και το πολιτιστικό υπόβαθρό του στο σχεδιασμό και στην παροχή της περίθαλψης.
- ✓ Παροχή πληροφοριών. Οι επαγγελματίες υγείας μεταβιβάζουν και μοιράζονται με τους ασθενείς και την οικογένειά τους πλήρεις και αμερόληπτες πληροφορίες, βοηθώντας τους να συμμετέχουν αποτελεσματικά στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στη φροντίδα τους.
- ✓ Συμμετοχή των ασθενών και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος στο σχεδιασμό της περίθαλψής τους.
- ✓ Συνεργασία των ασθενών και της οικογένειά τους, των επαγγελματιών υγείας και των μάνατζερς στην παροχή της φροντίδας, στην ανάπτυξη προγραμμάτων, στην εφαρμογή και στην αξιολόγηση τους, στην εκπαίδευση των επαγγελματιών, στην έρευνα.

Οι υγειονομικοί οργανισμοί, στοχεύοντας στη μεγιστοποίηση της ευημερίας του ασθενούς, οφείλουν να υιοθετούν στις επιχειρησιακές διαδικασίες τους τον πιο αποτελεσματικό τρόπο ή μέθοδο για να επιτευχθεί ο στόχος της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Πεδίο εφαρμογής καλών πρακτικών μπορεί να αποτελέσει η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, η διαδικασία διαχείρισης των υγειονομικών αποβλήτων, καθώς και η ενημέρωση των ασθενών για τα δικαιώματά τους κατά τη λήψη ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας και η διασφάλιση της προστασίας τους. Τα προαναφερθέντα θέματα θα αποτελέσουν το αντικείμενο των επόμενων κεφαλαίων της εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η Νοσηλευτική στοχεύει στην «αυτόνομη και συνεργατική φροντίδα των ατόμων όλων των ηλικιών, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων, αρρώστων και μη και σε όλες τις συνθήκες. Η Νοσηλευτική περιλαμβάνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη των ασθενειών και τη φροντίδα ασθενών και ατόμων με ειδικές ανάγκες. Η υπεράσπιση, η προώθηση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος, η έρευνα, η συμμετοχή στη διαμόρφωση της πολιτικής για την υγεία και στη διαχείριση των ασθενών και των συστημάτων υγείας, καθώς και η εκπαίδευση αποτελούν τους βασικούς ρόλους της Νοσηλευτικής» (International Council of Nurses, 2002). Βασικό στοιχείο της νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί η ποιότητα, καθώς αναδεικνύεται ως καθοριστικός παράγοντας στη χρησιμοποίηση των υγειονομικών υπηρεσιών και στα αποτελέσματα της περίθαλψης των ασθενών από τη χρήση αυτών. Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα αναλύσουμε την έννοια της ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας, επικεντρώνοντας στον ορισμό της και στον τρόπο αξιολόγησης και μέτρησής της. Επίσης, θα παρουσιασθεί η ποιοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Γ.Ν. – Κέντρο Υγείας Λήμνου για να διαπιστωθεί αν η παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας, η συνεχής βελτίωσή της και η αξιολόγησή της αποτελεί στρατηγική της υγειονομικής μονάδας και στόχος της αντίστοιχης Υπηρεσίας.

2.1 Ορισμός ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας

Η ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί σημαντικό παράγοντα στη συνεχή βελτίωση της υγείας των ασθενών. Σύμφωνα με τους Mhlanga, Zvinavashe, Haruzivishe & Ndaimani (2016) υπάρχουν τρία επίπεδα ποιότητας στη νοσηλευτική φροντίδα. *Επίπεδο 1*: αποδεκτή νοσηλευτική φροντίδα, *επίπεδο 2*: συγκριτικά καλή νοσηλευτική φροντίδα. Αυτό συμβαίνει όταν υπάρχει σχεδιασμός και αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας χωρίς όμως την άμεση συμμετοχή των ασθενών. *Επίπεδο 3*: εξαιρετική νοσηλευτική φροντίδα, η οποία σχεδιάζεται και αξιολογείται μαζί με τον ασθενή και την οικογένειά του, ως ισότιμος εταίρος. Πολλοί μελετητές προσπάθησαν να την ορίσουν καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι πρόκειται για μια πολυδιάστατη έννοια. Η Raya (1994) βεβαιώνει ότι ποιότητα «είναι η σχετική αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, η οποία θεωρείται συνάθροιση των αξιών και των δεικτών της κατάστασης της υγείας, μέσα στα όρια της συντήρησης ή της βελτίωσης της υγείας των ασθενών» (σελ.2). Οι Kunaviktikul, Anders, Srisuphan, Chontawan , Nuntasupawat & Pumarporn (2001) αναφέρουν ότι «η ποιότητα της

νοσηλευτικής φροντίδας είναι η ανταπόκριση των νοσηλευτών στις φυσικές, ψυχολογικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες των ασθενών και παρέχεται με στοργικό τρόπο, έτσι ώστε οι ασθενείς να θεραπεύονται, να γίνονται υγιείς, για να ζήσουν φυσιολογική ζωή με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές και οι ασθενείς να είναι ικανοποιημένοι» (όπως αναφ. στο Charalambous et al. 2008). Οι Tafreshi, Pazargadi & Saeedi (2007) την ορίζουν ως «την παροχή ασφαλούς φροντίδας βασισμένη σε νοσηλευτικά πρότυπα που προάγουν την ικανοποίηση των ασθενών» (σελ. 326). Επίσης, οι Izumi, Baggs & Knafl (2010) τη χαρακτηρίζουν ως ικανότητα και προσωπική φροντίδα υποστηριζόμενη από επαγγελματισμό, η οποία παρέχεται με κατάλληλη συμπεριφορά.

Οι Cleary & McNeil (1988) έδειξαν ότι σημαντικό ρόλο στην παροχή ποιότητας στη νοσηλευτική φροντίδα παίζουν οι επικοινωνιακές δεξιότητες των νοσηλευτών και η ενσυναίσθηση. Από την πλευρά τους οι Oldland, Botti, Hutchinson & Redley (2020) υπογραμμίζουν ότι οι νοσηλευτές προκειμένου να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες θα πρέπει να έχουν τις τεχνικές δεξιότητες, να εστιάζουν στην εφαρμογή ενδεδειγμένων πρακτικών, στην προαγωγή της ασφάλειας του ασθενούς, στην ανθρωποκεντρική φροντίδα υποστηρίζοντας τη συμμετοχή των ασθενών στο σχεδιασμό, στην παροχή και στην αξιολόγηση της φροντίδας. Θα πρέπει επίσης, να κατέχουν διαπροσωπικές δεξιότητες, να επικοινωνούν και να συνεργάζονται αποτελεσματικά με τους ασθενείς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι Izumi et al. (2010) αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές πρέπει να διαθέτουν:

- ✓ τεχνικές δεξιότητες,
- ✓ διαπροσωπικές και επικοινωνιακές δεξιότητες, καθώς προωθούν την εξατομικευμένη φροντίδα και καθιερώνουν καλές σχέσεις νοσηλευτή - ασθενούς,
- ✓ γνωστικές δεξιότητες, οι οποίες περιλαμβάνουν την επιστημονική, ψυχοκοινωνική και προσωπική ή βιωματική γνώση, ικανότητες αξιολόγησης και λήψης αποφάσεων,
- ✓ συναισθηματικές δεξιότητες, ενσυναίσθηση και
- ✓ καλή συμπεριφορά.

Οι Charalambous, Papadopoulos & Beadsmoore (2008) στην ερμηνευτική και φαινομενολογική μελέτη της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας που διεξήγαγαν, έδειξαν ότι για την ερμηνεία της ποιοτικής φροντίδας χρησιμοποιούνται οι παρακάτω ιδιότητες:

- ✓ η λήψη φροντίδας σε υπηρεσίες περίθαλψης με εύκολη πρόσβαση,

- ✓ η φροντίδα να παρέχεται από νοσηλευτές που προσφέρουν συναισθηματική υποστήριξη και επικοινωνούν αποτελεσματικά με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους,
- ✓ εξουσιοδότηση από τους νοσηλευτές μέσω της πληροφόρησης,
- ✓ η φροντίδα να παρέχεται από νοσηλευτές με δεξιότητες,
- ✓ η κάλυψη των θρησκευτικών και πνευματικών αναγκών από τους νοσηλευτές,
- ✓ η φροντίδα να συμβαίνει σε ένα περιβάλλον όπου λαμβάνει χώρα η κοινή λήψη αποφάσεων,
- ✓ οι ασθενείς να συμμετέχουν στη φροντίδα τους.

Οι Raftopoulos & Theodosopoulou υπογραμμίζουν ότι η ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας είναι το αποτέλεσμα της σχέσης μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτή και την ορίζουν ως «ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που προσφέρονται στους ανθρώπους και στους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επίτευξης των επιθυμητών εκβάσεων, με βάση την τρέχουσα γνώση». Τονίζουν ότι οι διαστάσεις της ποιότητας περιλαμβάνουν την ασφάλεια του περιβάλλοντος, τη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες, την κατάλληλη, την αποτελεσματική, την έγκαιρη και συνεχή φροντίδα, την αποδοτικότητα (όπ. αναφ. στο Charalambous et al, 2008).

Από τους παραπάνω ορισμούς είναι αντιληπτό ότι στο επίκεντρο της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας τίθεται ο ασθενής. Για να έχει όμως ανθρωποκεντρική διάσταση θα πρέπει, όπως ήδη έχουμε αναφέρει στο πρώτο κεφάλαιο, οι ασθενείς να αναγνωρίζονται ως ισότιμοι στο σχεδιασμό και στην αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας. Σύμφωνα με το Health Innovation Network South London, η ανθρωποκεντρική προσέγγιση επιδρά θετικά στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, στην ικανοποίηση και στα αποτελέσματα αυτής. (Aburge, Morge & Bhengu, 2019). Το Australian College of Nursing (2020) υποστηρίζει ότι η ανθρωποκεντρική περίθαλψη είναι βασική αρχή στην παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Αυτό σημαίνει ότι οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν κάθε ασθενή ως άτομο, προστατεύουν την αξιοπρέπεια του, σέβονται τα δικαιώματά και τις προτιμήσεις του, αναπτύσσουν μια θεραπευτική σχέση με τον ασθενή που στηρίζεται σε αμοιβαία κατανόηση και εμπιστοσύνη. Το International Council of Nursing (2015) υποστηρίζει ότι «οι νοσηλευτές είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της παροχής υγειονομικής περίθαλψης που εστιάζει στην ανθρωποκεντρική προσέγγιση, στη συνέχεια της περίθαλψης, στην περιεκτικότητα και στην ολοκλήρωση των υπηρεσιών που είναι θεμελιώδεις στην ολιστική περίθαλψη» (σελ.16).

Τη σχέση της ανθρωποκεντρικής διάστασης με την νοσηλευτική φροντίδα υπογραμμίζουν και οι McCormack & McCance (2010), οι οποίοι ανέπτυξαν ένα πλαίσιο που απαιτεί τη δέσμευση των νοσηλευτών σε αυθεντικές ανθρωποκεντρικές πρακτικές φροντίδας. Το πλαίσιο αυτό σύμφωνα με τους ανωτέρω μελετητές περιλαμβάνει τέσσερις διαστάσεις:

- 1. Τις προϋποθέσεις, οι οποίες εστιάζουν στις ικανότητες των νοσηλευτών και περιλαμβάνουν την επαγγελματική τους πληρότητα, τη γνώση και την ικανότητα να παίρνουν αποφάσεις, την ανάπτυξη διαπροσωπικών δεξιοτήτων για να επικοινωνήσουν σε ποικίλα επίπεδα, τη δέσμευσή τους στην εργασία που αντανακλά τη θέληση τους να παρέχουν την καλύτερη φροντίδα στον ασθενή, τη σαφήνεια των πεποιθήσεων και αξιών τους και την αυτογνωσία τους, καθώς ο τρόπος που βλέπουν τον εαυτό τους μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο που ενεργούν ως νοσηλευτές.*
- 2. Το περιβάλλον στο οποίο παρέχεται η φροντίδα και περιλαμβάνει συστήματα που διευκολύνουν την κοινή λήψη αποφάσεων, αποτελεσματικές σχέσεις μεταξύ του προσωπικού, οργανωσιακά συστήματα που λειτουργούν υποστηρικτικά, διανομή της εξουσίας, κατάλληλες δεξιότητες και δυνατότητα για την ανάπτυξη καινοτομίας και ανάληψη κινδύνου.*
- 3. Ανθρωποκεντρικές διαδικασίες που εστιάζουν στην παροχή φροντίδας μέσω ενός συνόλου δραστηριοτήτων που περιλαμβάνουν σεβασμό των πεποιθήσεων και των αξιών του ασθενή, δέσμευση, κοινή λήψη αποφάσεων και κάλυψη των αναγκών των ασθενών.*
- 4. Αποτελέσματα που προκύπτουν από την αποτελεσματική εφαρμογή της ανθρωποκεντρικής διάστασης και περιλαμβάνει την ικανοποίηση από την παροχή της περίθαλψης και τη συμμετοχή στην φροντίδα.*

Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας λοιπόν είναι πολυδιάστατη έννοια, σημαντική όμως για τα αποτελέσματα στην περίθαλψη και στην ασφάλεια των ασθενών.

2.2 Αξιολόγηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας

Για την ανάπτυξη και τη βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας απαιτείται αξιολόγηση αυτής. Πριν το σχεδιασμό της αξιολόγησης ο Donabedian (1988) τονίζει ότι θα πρέπει να γίνει επιλογή αν θα υιοθετηθεί μια μέγιστη ή βέλτιστη προδιαγραφή της ποιότητας, να οριστεί ποιο είναι το βέλτιστο για κάθε ασθενή ή τι έχει οριστεί ως κοινωνικά βέλτιστο. Επίσης, θα πρέπει να έχει αποφασιστεί εάν η αξιολόγηση θα επικεντρώνεται μόνο στην επίδοση των επαγγελματιών υγείας ή θα περιλαμβάνει και

τους ασθενείς και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και τη διαχείριση της διαπροσωπικής διαδικασίας.

Για την αξιολόγηση της ποιότητας ο Donabedian (1988) ανέπτυξε ένα μοντέλο με τρεις διαστάσεις, τη δομή (structure), τη διαδικασία (process) και την έκβαση (outcome). Όπως αναφέρει, η δομή δείχνει τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος στην οποία λαμβάνει χώρα η περίθαλψη. Περιλαμβάνει τους υλικούς πόρους, όπως τις εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό και τη χρηματοδότηση, το ανθρώπινο δυναμικό, δηλαδή τον αριθμό και τα προσόντα του προσωπικού και την οργανωσιακή δομή, όπως την οργάνωση του ιατρικού προσωπικού, τους μεθόδους αποζημίωσης. Τονίζει ότι η διαδικασία δείχνει τι συμβαίνει πραγματικά στην παροχή και λήψη της περίθαλψης, ποιες είναι οι ενέργειες των ασθενών για την αναζήτηση της φροντίδας και των επαγγελματιών υγείας στη διατύπωση μιας διάγνωσης, στη σύσταση και στην εφαρμογή μιας θεραπείας. Η αξιολόγηση της διαδικασίας συνίσταται στην αξιολόγηση της περίθαλψης. Όσον αφορά στην έκβαση, ο Donabedian υπογραμμίζει ότι δείχνει τα αποτελέσματα της περίθαλψης στην κατάσταση της υγείας των ασθενών και του πληθυσμού. Η αξιολόγηση της έκβασης της υγείας συνίσταται στην αξιολόγηση των τελικών αποτελεσμάτων της φροντίδας στην υγεία των ασθενών, στην ευημερία και στην ικανοποίησή τους.

Οι Charalambous et al. (2008) στο άρθρο τους «Ποιοτική Νοσηλευτική Φροντίδα: Μια επιλεκτική βιβλιογραφική επισκόπηση των ερμηνειών ασθενών και νοσηλευτών» υποστηρίζουν ότι η αξιολόγηση της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας είναι μια σύνθετη και δύσκολη διαδικασία και απαιτείται «η γνώση της διαδικασίας περίθαλψης, ο προσδιορισμός της επαγγελματικής ικανότητας των νοσηλευτών και της νοσηλευτικής επιδεξιότητας: διαπροσωπικός, διανοητικός, τεχνικός, κοινωνικός, διευθυντικός, οργανωτικός, ηγεσία, συνεργασία, έρευνα, διδασκαλία και αυτό-αξιολόγηση» (σελ. 92).

Για την αξιολόγηση της ποιοτικής φροντίδας έχουν δημιουργηθεί δείκτες ποιότητας. Σύμφωνα με τις Ευαγγέλου & Λαμπρινού (2020) οι δείκτες ποιότητας «αποτελούν ποσοτικά μέτρα της ποιότητας» (σελ. 9). Οι Παπακωστίδη & Τσουκαλάς (2012) θεωρούν ότι οι δείκτες «ποσοτικοποιούν το αποτέλεσμα των ενεργειών μιας χρονικής περιόδου και μπορούν να βοηθήσουν στην προσπάθεια για διαρκή βελτίωση μέσα από την ανάδειξη των πλεονεκτημάτων και των αδυναμιών ενός τμήματος» (σελ. 485).

Ο Mainz (2003) τους χαρακτηρίζει ως εργαλείο για την ποσοτική μέτρηση της ποιότητας στην υγεία. Υποστηρίζει ότι για την ταξινόμηση των δεικτών ποιότητας

υπάρχουν πολλές επιλογές. Οι Quentin, Partanen, Brownwood & Klazinga (2019), όπως αναφέρεται στο βιβλίο του WHO *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*, τονίζουν ότι μια επιλογή είναι να διακρίνουμε τους δείκτες σε αυτούς που εκφράζονται ως αναλογίες ή ποσοστά όπως π.χ. το ποσοστό των ασθενών με κατάγματα που λαμβάνουν αντιβιοτική προφύλαξη πριν την χειρουργική επέμβαση και στους δείκτες που εκφράζονται με αριθμούς και χρησιμοποιούνται συχνά για να κάνουν λειτουργική τη διάσταση ασφάλειας της ποιότητας και να προσδιορίσουν γεγονότα που είναι ανεπιθύμητα.

Για την ανάπτυξη κλινικών δεικτών ο Mainz (2003) προτείνει τα παρακάτω βήματα:

1. *Επιλογή της περιοχής που θα αξιολογηθεί*, με τη χρήση διαφόρων κριτηρίων όπως η σπουδαιότητα του υγειονομικού προβλήματος ή της ασθένειας, η ευκαιρία για κλινικές επεμβάσεις. Επίσης, γίνεται επιλογή των ομάδων που θα ασχοληθούν.
2. *Γίνεται επισκόπηση των υπάρχοντων επιστημονικών στοιχείων και πρακτικών* και παρουσιάζονται ενδεχόμενοι δείκτες.
3. *Επιλογή κλινικών δεικτών και προτύπων*. Είναι προτιμότερο να επιλεγθούν κλινικοί δείκτες που υποστηρίζονται από στοιχεία που δείχνουν ότι αυτοί οι δείκτες απεικονίζουν τη διαδικασία και τα αποτελέσματα που αξιολογούνται. Στο στάδιο αυτό γίνεται επίσης προσδιορισμός των προγνωστικών παραγόντων (π.χ χαρακτηριστικά των ασθενών) και καθορισμός των διαδικασιών εκτίμησης και συναίνεσης.
4. *Σχεδιασμός εξειδικευμένων μέτρων με καθορισμό των δεικτών και των προτύπων ποιότητας*. Το πρώτο βήμα είναι η λεπτομερής περιγραφή του κάθε δείκτη και ακολουθούν τα πρότυπα, περιγράφοντας αυτό που οι αποδεκτές επιδόσεις και τα αποτελέσματα πρέπει να καθορίσουν. Γίνεται προσδιορισμός της ομάδας ασθενών των οποίων η φροντίδα θα αξιολογηθεί από τους κλινικούς δείκτες και των κριτηρίων που θα συνυπολογιστούν ή θα αποκλειστούν. Επινοείται η στρατηγική εκτίμησης κινδύνου, προσδιορίζονται οι πηγές άντλησης στοιχείων που θα χρησιμοποιηθούν στη μέτρηση της ποιότητας, περιγράφονται οι διαδικασίες επιλογής των στοιχείων και αναπτύσσεται ένα λεπτομερές σχέδιο περιγραφής του πληθυσμού και των στατιστικών αναλύσεων των δοκιμών.
5. *Εφαρμογή της πιλοτικής δοκιμής*. Οι προκαταρκτικές δοκιμές θα προσδιορίσουν τις περιοχές που χρειάζονται περαιτέρω καθορισμό των ποιοτικών μέτρων.

Η σημαντικότητα των δεικτών στη βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας οδήγησε την American Nurses Association (1999) να ορίσει δέκα δείκτες ποιότητας

νοσηλευτικής φροντίδας στα νοσοκομεία (Ανυφαντάκη, 2017). Οι δείκτες έχουν αποτελέσει αντικείμενο πολλών ερευνητών και οι κυριότεροι που μελετήθηκαν είναι:

- Αριθμητική στελέχωση και αναλογία νοσηλευτών/ασθενή
- Ποιοτική σύνθεση νοσηλευτικού προσωπικού
- Συνεχείς ώρες εργασίας
- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για πρόληψη της νόσου και προαγωγή της υγείας
- Διαχείριση συμπτωμάτων
- Σχεδιασμός της φροντίδας μετά το εξιτήριο
- Κατακλίσεις
- Λάθη στη χορήγηση των φαρμάκων
- Πτώσεις ασθενών
- Λοιμώξεις
- Συχνότητα επανεισαγωγών
- Διάρκεια νοσηλείας. (όπ. αναφ. στο Ανυφαντάκη, 2017).

Οι Charalambous & Papastavrou (2006) σε μελέτη τους χρησιμοποίησαν ως δείκτη ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας την ικανοποίηση των ασθενών (όπ. αναφ. στο Charalambous et al, 2008). Οι Παπακωστίδη και Τσουκαλάς (2012) θεωρούν ότι οι δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας που θα χρησιμοποιηθούν θα πρέπει να πληρούν τα παρακάτω κριτήρια:

- *Η Χρησιμότητα (usefulness)*. Ο δείκτης θα πρέπει να συμβάλει στην εξαγωγή συμπερασμάτων και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων.
- *Η Εγκυρότητα (validity)*, η οποία αναφέρεται στο πόσο καλά ο δείκτης μετρά αυτό που στοχεύει να αποτιμήσει.
- *Η Αξιοπιστία (reliability)* που διασφαλίζει ότι τα αποτελέσματα όταν η μέτρηση επαναληφθεί κάτω από τις ίδιες συνθήκες θα είναι ίδια ή περίπου ίδια.
- *Η δυνατότητα σύγκρισης (comparability)*. Απαιτείται η ύπαρξη πρότυπων δεικτών και αντίστοιχων στοιχείων σε άλλες χώρες.
- *Η ανταποκρισιμότητα (responsiveness)* που δείχνει το βαθμό ευαισθησίας ενός δείκτη να εντοπίζει μεταβολές.
- *Η ειδικότητα (specificity)*. Αναφέρεται στην ικανότητα διάκρισης διαφορών ανάμεσα στις ομάδες ασθενών που εξετάζονται.
- *Η ευαισθησία (sensitivity)*, η οποία διερευνά την ακρίβεια του δείκτη.

Από την πλευρά τους οι Schang, Blotenberg & Boywitt (2021) αναφέρουν ως κριτήρια την εγκυρότητα, την αξιοπιστία και την εφικτότητα (feasibility).

Η αξιολόγηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί μια σημαντική διαδικασία και η χρήση των δεικτών βοηθά στην παραγωγή δεδομένων που θα αξιοποιηθούν για τη βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας. Οι Báu, Amestoy, Souto de Moura & Trindade (2019) υπογραμμίζουν ότι η αξιολόγηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας μέσω δεικτών είναι σημαντική για τη διαχείριση καλών πρακτικών στη νοσηλευτική, βοηθώντας στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την ποιότητα και την ασφάλεια στον οργανισμό.

2.3. Μέτρηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας

Η μέτρηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην άσκηση της νοσηλευτικής πρακτικής. Είναι απαραίτητο συστατικό στη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών και τα μέτρα ποιότητας πρέπει να έχουν επίκεντρο τον ασθενή και οι προδιαγραφές τους να βασίζονται στις ανάγκες του και στην κλινική πρακτική (AWHONN, 2014). Σύμφωνα με τους Maben, Morrow, Ball, Robert & Griffiths (2012) η μέτρηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας μπορεί να συμβάλει στη συλλογή πληροφοριών για την ασφάλεια, την αποτελεσματικότητα και την εμπειρία των ασθενών. Πρακτικά, όπως τονίζουν οι ανωτέρω μελετητές, μπορεί να βοηθήσει στην ελαχιστοποίηση των κινδύνων των ασθενών, στη γρήγορη ανάρρωσή τους, στην ενημέρωσή τους για την πρόοδο της περίθαλψής τους, στην παροχή πληροφοριών στο ευρύτερο κοινό σχετικά με τον αντίκτυπο της νοσηλευτικής φροντίδας. Σύμφωνα με την Jacquerye (1984), για τη μέτρηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας παρατηρούνται δύο τάσεις: η δημιουργία από κάθε νοσηλευτικό τμήμα του δικού του προγράμματος αυτοαξιολόγησης, δηλαδή η υιοθέτηση του προγράμματος νοσηλευτικού ελέγχου ποιότητας και η εφαρμογή μιας ήδη υπάρχουσας μεθόδου (όπ. αναφ. στο Charalambous, 2003). Σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν αναπτυχθεί διάφορες μέθοδοι όπως ο Νοσηλευτικός έλεγχος του Phaneuf, η κλίμακα ποιότητας φροντίδας ασθενών των Wandelt & Ager, το μοντέλο Zush-Medicus, η ανάπτυξη κριτηρίων μέτρησης της ποιότητας φροντίδας και η μέθοδος εκτίμησης της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας (MAQSI) (Charalambous, 2003).

Για τη μέτρηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας έχουν δημιουργηθεί πολλά εργαλεία. Οι Lindgren & Andersson (2011) προτείνουν ως εργαλεία μέτρησης το Karen Patient και το Karen Personnel, τα οποία βασίζονται στο μοντέλο του Donabedian που αναφέρθηκε παραπάνω. Οι Haussmann, Hegyvary & Newman (1974) ανέπτυξαν τη Methodology for Monitoring Quality of Nursing Care (MMQNC) που εξετάζει τους εξής έξι στόχους: διατύπωση του σχεδίου περίθαλψης, παρακολούθηση των φυσικών

αναγκών του ασθενή, παρακολούθηση των μη φυσικών αναγκών του ασθενή (ψυχολογικές, συναισθηματικές, διανοητικές και κοινωνικές), αξιολόγηση της επίτευξης των στόχων της νοσηλευτικής φροντίδας, παρακολούθηση των διαδικασιών των υγειονομικών μονάδων ώστε να εξασφαλίζεται η προστασία των ασθενών και η διευκόλυνση της παροχής της νοσηλευτικής φροντίδας από τη διοίκηση.

Οι Taylor & Hausmann (1988) αναφέρουν ως εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας τους ελέγχους (audits). Σύμφωνα με τους ανωτέρω μελετητές, οι έλεγχοι αξιολογούν διαφορετικές διαστάσεις της νοσηλευτικής πρακτικής με σκοπό να προσδιορίσουν και να μετρήσουν την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Οι έλεγχοι διακρίνονται στους ελέγχους των δομών, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων. Οι έλεγχοι των δομών στηρίζονται στις καταγεγραμμένες ανάγκες των ασθενών και στην παρεχόμενη φροντίδα ώστε να ικανοποιηθούν οι ανάγκες τους. Οι έλεγχοι των διαδικασιών χρησιμοποιούν την άμεση παρατήρηση της περίθαλψης που παρέχεται από τους νοσηλευτές ή/και την αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας. Οι έλεγχοι των αποτελεσμάτων αξιολογούν τις αλλαγές που έχουν συμβεί στην κατάσταση της υγείας των ασθενών ως αποτέλεσμα της νοσηλευτικής φροντίδας.

Πολλά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας βασίζονται στην προοπτική των ασθενών. Οι Dozier, Kitzman, Ingersoll, Holmberg & Schultz (2001) ανέπτυξαν το Patient Perception of Hospital Experience with Nursing, ένα εργαλείο για να μετρήσει τις αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με το βαθμό ικανοποίησής τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Επίσης, οι B. Larsson, G. Larsson & Starrin ανέπτυξαν το Quality from the Patient's Perspective (QPP) Questionnaire, όπου οι αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας εξετάζονται σε τέσσερις διαστάσεις: την ιατροτεχνολογική ικανότητα των φροντιστών, τις φυσικο-τεχνικές συνθήκες της υγειονομικής μονάδας, τις στάσεις και τις ενέργειες των φροντιστών και την κοινωνικό-πολιτισμική ατμόσφαιρα της υγειονομικής μονάδας (όπ. αναφ. στο B. Larsson, G. Larsson, 2002). Οι Lynn, McMillen, Sidani ανέπτυξαν το Patient's Assessment of Quality Scale —Acute Care Version (PAQS-ACV), το οποίο βασίστηκε σε συνεντεύξεις ασθενών από διάφορες χειρουργικές μονάδες (Izumi et al., 2010).

Από την πλευρά τους οι Kaplan & Norton (1992) δημιούργησαν την Ισορροπημένη Κάρτα Αποτελεσμάτων – Balanced Score Card, η οποία περιλαμβάνει τέσσερις διαστάσεις: χρηματοοικονομική διάσταση, διάσταση πελατών, διάσταση εσωτερικών διαδικασιών και διάσταση εκπαίδευσης και ανάπτυξης. Σύμφωνα με τους

ανωτέρω μελετητές το Balanced Score Card θέτει τη στρατηγική και το όραμα του οργανισμού στο κέντρο και μεταφράζει τη στρατηγική σε μετρήσιμους στόχους, οι οποίοι στη συνέχεια μετουσιώνονται σε δείκτες επίδοσης. Ο Funck (2009) αναφέρει ότι το Balanced Score Card μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως διοικητικό σύστημα ελέγχου, ως εργαλείο στρατηγικής διοίκησης, ως εργαλείο ενημέρωσης και επικοινωνίας, ως εργαλείο ποιοτικής διαχείρισης, ως εργαλείο αξιολόγησης (benchmarking) και ως συμπληρωματικό εργαλείο προϋπολογισμού (όπ. αναφ. στο Kollberg & Elg, 2011).

Μπορεί να εφαρμοστεί σε κάθε οργανισμό και σε κάθε τομέα, όπως είναι ο τομέας της υγείας. Πρώτο παράδειγμα εφαρμογής ευρείας κλίμακας του Balanced Score Card στον τομέα της υγείας αποτέλεσε η χρήση του στη μελέτη για τη σύγκριση υγειονομικών οργανισμών στο Τορόντο. Σκοπός της μελέτης ήταν να οδηγήσει στη βελτίωση τους οργανισμούς και στην παραγωγή ποιοτικών δεδομένων. Ένα άλλο παράδειγμα αποτέλεσε η υιοθέτησή του στη μελέτη της εφαρμογής του Medicare Rural Hospital Flexibility στις Ηνωμένες Πολιτείες (Zelman, Pink & Matthias, 2003).

Όπως αναφέρουν οι Zelman et al. (2003) στο άρθρο τους «Use of the balanced score card in health care» κάποιοι ερευνητές θεωρούν ότι προκειμένου να υπάρξει σύνδεση μεταξύ πρακτικών, αποτελεσμάτων, ποιότητας, αξίας και κόστους, οι υγειονομικοί οργανισμοί πρέπει να χρησιμοποιήσουν το Balanced Score Card. Επίσης, τονίζουν ότι το Balanced score card επιτρέπει στα συστήματα υγείας και στο προσωπικό να θέσουν στόχους και να αποδώσουν και αποτελεί ένα εργαλείο για τη μέτρηση της απόδοσης των νοσηλευτών στοχεύοντας στη συνεργασία, στη στρατηγική σκέψη και στη συνεχή βελτίωση. Σύμφωνα με τους Kollberg et al. (2011) το Balanced Score Card χρησιμεύει ως ένα σύστημα για τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, για να ενισχυθεί η εστίαση στον πελάτη-ασθενή και να διευκολυνθεί η εισαγωγή στρατηγικών στόχων. Στον τομέα της υγείας το Balanced Score Card λαμβάνει υπόψη τους ασθενείς, τη διαδικασία της περίθαλψης και την εκπαίδευση του προσωπικού. Η υιοθέτηση του Balanced Score Card στον τομέα της υγείας, σύμφωνα με τους Aidemark, Baraldi, Funck & Jansson (2010) συμβάλλει στον καθορισμό σαφών και εκτελέσιμων στρατηγικών στόχων, στη δημιουργία μιας ολοκληρωμένης εικόνας της απόδοσης του οργανισμού, στην αποτελεσματική και αποδοτική διαχείριση των πόρων, στη διαχείριση των σχέσεων με εξωτερικούς παράγοντες, όπως είναι οι ασθενείς, οι εργαζόμενοι και η κυβέρνηση.

2.4 Ποιοτική έρευνα για την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα στο Γ.Ν. – Κέντρο Υγείας Λήμνου

Η περίθαλψη των ασθενών επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την φροντίδα που παρέχουν οι νοσηλευτές. Κάθε υγειονομική μονάδα πρέπει να έχει ως στόχο την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας και τη συνεχή βελτίωσή της.

2.4.1 Μεθοδολογία έρευνας

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς του Γ.Ν. – Κέντρο Υγείας Λήμνου αποτέλεσαν το **αντικείμενο και το ερευνητικό πεδίο** της ποιοτικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε.

Δεν υπάρχει συγκεκριμένος ορισμός για την ποιοτική έρευνα. Μέσα από διάφορες προσεγγίσεις γίνεται προσπάθεια να αποσαφηνισθεί ο χαρακτήρας της και τα γνωρίσματά της. Σύμφωνα με τους Ίσαρη και Πουρκός (2015), στην ποιοτική έρευνα δεν χρησιμοποιούνται αριθμητικά δεδομένα και μαθηματικοί υπολογισμοί, πραγματοποιείται σε πραγματικές και όχι σε τεχνητές και ελεγχόμενες συνθήκες. Επίσης, δίνει έμφαση και εστιάζει στο νόημα και όχι στη συμπεριφορά των ανθρώπων.

Όπως τονίζουν οι παραπάνω συγγραφείς, σχεδιάζοντας μια ποιοτική έρευνα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας: «(1) το ερευνητικό πεδίο ή αντικείμενο της έρευνας, (2) το σκοπό (ή στόχους) της διερεύνησης, (3) το θεωρητικό και επιστημολογικό υπόβαθρο, (4) τα ερευνητικά ερωτήματα, (5) τις μεθόδους παραγωγής ερευνητικού υλικού, (6) τη στρατηγική της δειγματοληψίας, (7) την ανάλυση του ερευνητικού υλικού, (8) την αναστοχαστικότητα του ερευνητή και (9) τις αρχές και τα ζητήματα δεοντολογίας στην ερευνητική διαδικασία» (σελ.74).

Οι συνεντεύξεις είναι η πιο αναγνωρισμένη και η συνηθέστερη μορφή παραγωγής δεδομένων στην ποιοτική έρευνα. Μπορεί να είναι μια αλληλεπίδραση μεταξύ του διενεργούντα τη συνέντευξη και του ερωτώμενου, συνεντεύξεις μεγάλων ή στοχευμένων ομάδων και μπορούν να πραγματοποιηθούν πρόσωπο με πρόσωπο ή μέσω του τηλεφώνου ή και μέσω του διαδικτύου (Mason, 2002). Η παραγωγή των δεδομένων στην παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της **ημιδομημένης συνέντευξης**, με ένα σύνολο προκαθορισμένων ερωτήσεων ανοικτού τύπου. Αυτό το είδος συνέντευξης παρέχει ευελιξία ως προς τη σειρά που θα τεθούν οι ερωτήσεις, την τροποποίησή τους ανάλογα με τον ερωτώμενο, την προσθαφαίρεση θεμάτων για συζήτηση και την εμβάθυνση σε κάποια από αυτά (Ίσαρη & Πουρκός, 2015).

Σκοπός της έρευνας είναι να διαπιστωθεί αν η παροχή ποιοτικής Νοσηλευτικής Φροντίδας και η συνεχής βελτίωσή της αποτελεί πολιτική της υγειονομικής μονάδας και στόχος της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου, καθώς και αν έχει υιοθετηθεί η αξιολόγηση και η μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με την εφαρμογή δεικτών ποιότητας. Τα **ερευνητικά ερωτήματα** που διατυπώθηκαν προκειμένου να εξυπηρετήσουν το σκοπό της ποιοτικής έρευνας είναι :

1. Υπάρχει συγκεκριμένη στοχοθεσία για τις Δ/νσεις Νοσηλευτικής Υπηρεσίας των νοσηλευτικών οργανισμών και σ' αυτή εμπεριέχεται ως στόχος η παροχή ποιοτικής Νοσηλευτικής Φροντίδας και η συνεχής βελτίωσή της;
2. Έχουν θεσπιστεί κανόνες λειτουργίας Νοσηλευτικής Υπηρεσίας; Ακολουθούνται πρωτόκολλα, πρότυπα φροντίδας, κανόνες ηθικής και δεοντολογίας; Η ανθρωποκεντρική προσέγγιση διέπει την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας;
3. Συμβαίνουν συμβάματα, πραγματοποιείται η καταγραφή τους και τι είδους ενέργειες γίνονται ώστε να μην επαναληφθούν;
4. Αξιολογείται η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας με τη θέσπιση δεικτών και κριτηρίων ποιότητας και τη χρήση εργαλείων μέτρησης της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας;

Το **δείγμα** για την παραγωγή των δεδομένων, στη μελέτη περίπτωσης του Γενικού Νοσοκομείου – Κέντρου Υγείας Λήμνου, με τη **μέθοδο της ημιδομημένης συνέντευξης** αποτέλεσαν 4 νοσηλεύτριες σε θέσεις ευθύνης (Δ/ντρια & Προϊσταμένες Νοσηλευτικών Τμημάτων), γιατί «εξυπηρετούν με τον καλύτερο τρόπο τους σκοπούς και τα ερωτήματα της έρευνας» (Ίσαρη & Πουρκός, 2015, σελ. 81). Όπως αναφέρουν οι ανωτέρω μελετητές «η συγκεκριμένη στρατηγική μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να επιλεγούν τα άτομα που θα περιληφθούν σε ένα πολύ μικρό δείγμα με σκοπό να αυξηθεί η αξιοπιστία του δείγματος» (σελ. 83).

2.4.2 Ανάλυση Δεδομένων και Ερμηνεία Ευρημάτων

Το σύνολο των ερευνητικών δεδομένων αναλύθηκε θεματικά, αναζητήθηκαν τα σημεία που απαντούν στα ερευνητικά ερωτήματα, καθώς και τα θέματα που προκύπτουν μέσα από τα δεδομένα. Από τη **θεματική ανάλυση** προέκυψαν τα εξής:

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία ασκεί τις αρμοδιότητες της σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία και τις αποφάσεις της Διοίκησης του νοσοκομείου, χωρίς ξεκάθαρο στρατηγικό σχεδιασμό και ετήσια στοχοθεσία. Τα τμήματα της Νοσηλευτικής

Υπηρεσίας ακολουθούν πρωτόκολλα και κατευθυντήριες γραμμές στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς και καθορίζουν βραχυπρόθεσμους στόχους.

Η ποιότητα στη νοσηλευτική φροντίδα γίνεται αντιληπτή και ορίζεται ως η εφαρμογή των κανόνων, των πρωτοκόλλων και των κατευθύνσεων της νοσηλευτικής επιστήμης, καθώς και των ιατρικών οδηγιών, με προτεραιότητα τον ασθενή, έτσι ώστε να αισθάνεται ότι βρίσκεται σε ένα φιλικό περιβάλλον, καθαρό, ασφαλές, ώστε να μπορέσει να δεχτεί καλύτερα τη νοσηλεία και τη θεραπεία του. Η ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα επιτυγχάνεται με την κατάλληλη προσέγγιση και υποκίνηση του προσωπικού, την επίδειξη σεβασμού και ενδιαφέροντος για το έργο που επιτελεί και την εκπαίδευσή του με τη συμμετοχή του σε συνέδρια και σεμινάρια και την επιμόρφωσή του στο αντικείμενο εργασίας του. Επίσης, επιτυγχάνεται με την τήρηση των πρωτοκόλλων της νοσηλευτικής περίθαλψης, το συνεχή έλεγχο και την παρακολούθηση της κλινικής εικόνας των ασθενών σε ιδιαίτερα δύσκολες διαδικασίες, όπως στη μονάδα τεχνητού νεφρού, καθώς και με την ανάπτυξη προσωπικής επαφής με τους ασθενείς που έχει ως αποτέλεσμα να είναι πιο δεκτικοί στη νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα.

Δεν έχουν θεσπιστεί εξειδικευμένοι κανόνες λειτουργίας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και τα νοσηλευτικά τμήματα ακολουθούν τα πρότυπα φροντίδας, τις κλινικές οδηγίες και τα πρωτόκολλα που προβλέπονται από τις αρμοδιότητες του κάθε τμήματος. Χρήσιμη αποδεικνύεται η διερεύνηση ακολουθούμενων πρακτικών άλλων νοσηλευτικών μονάδων και η πείρα του προσωπικού, όπως αναφέρθηκε στην περίπτωση της φροντίδας ασθενών στη μονάδα τεχνητού νεφρού. Όσον αφορά στους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας οι οδηγίες της Δ/σης προς το νοσηλευτικό προσωπικό είναι να ακολουθούνται αυτοί που ορίζει η νοσηλευτική επιστήμη, όπως να τηρείται το νοσηλευτικό και ιατρικό απόρρητο, να επιδεικνύεται επαγγελματισμός και σεβασμός προς τους ασθενείς και τις οικογένειές τους και να επικρατεί κλίμα καλής συνεργασίας με το σύνολο του προσωπικού και τη Διοίκηση του νοσοκομείου.

Η αξιολόγηση της ποιότητας δεν πραγματοποιείται με τη θέσπιση δεικτών και κριτηρίων ποιότητας και τη χρήση εργαλείων μέτρησης αλλά περιορίζεται στη συμπλήρωση εκ μέρους των ληπτών υπηρεσιών υγείας των δύο πρότυπων εντύπων του Υπουργείου Υγείας, δηλαδή το Έντυπο υποβολής παραπόνων και το Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης ασθενών, καθώς επίσης σε ευχαριστήριες επιστολές και στην έκφραση παραπόνων. Πολύ λίγες φορές εκφράστηκαν από τους ασθενείς προφορικά παράπονα για την καθυστέρηση στην εξυπηρέτηση και στον τρόπο αντιμετώπισής τους. Υπήρξε μια έγγραφη καταγγελία για ενδονοσοκομειακή λοίμωξη. Όλα τα συμβλήματα

καταγράφονται και αφορούν τόσο σε ασθενείς, όπως οι πτώσεις και τα λάθη στη χορήγηση φαρμάκων, όσο και στο προσωπικό όπου αναφέρθηκαν οι τραυματισμοί με βελόνες, οι οποίοι όμως δεν είναι συχνοί. Για να μην επαναληφθούν δίνεται έμφαση στην εκπαίδευση και στην εξειδίκευση του προσωπικού.

Δεν προκύπτει άρτια στελέχωση των τμημάτων νοσηλευτικής υπηρεσίας και αναφέρθηκε έλλειψη περιγραμμάτων εργασίας και προσωπικού, καθώς και λανθασμένη κατανομή του. Γίνονται προσπάθειες για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας των νοσηλευτών, με την παροχή κατάλληλου χώρου στάσης, επιμόρφωσης στο αντικείμενο εργασίας είτε με τηλεεκπαίδευση είτε μέσα στα τμήματα με την ανταλλαγή γνώσεων, αλλά και την αντιμετώπιση απλών πρακτικών θεμάτων, όπως η προμήθεια στολών με ίδια μέσα. Όσον αφορά στις δεξιότητες που κατέχουν οι νοσηλευτές για την παροχή της φροντίδας, αυτές είναι κυρίως τεχνικές και όπως προαναφέρθηκε δίνεται έμφαση στην ανάπτυξη τέτοιων γνώσεων. Οι νοσηλευτές ανέπτυξαν σε κάποιο βαθμό και κοινωνικές δεξιότητες, καθώς υπήρξαν περιπτώσεις στη νοσηλευτική φροντίδα που έπρεπε να ληφθούν υπόψη πολιτισμικές και θρησκευτικές ιδιαιτερότητες των ληπτών υπηρεσιών υγείας, καθώς ήταν μετανάστες.

Από τα ανωτέρω στοιχεία της έρευνας προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα :

1. Η παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας και η συνεχής βελτίωσή της αποτελούν πρωταρχικό στόχο της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, αλλά δεν αποτυπώνεται σε συγκεκριμένη στοχοθεσία.
2. Η νοσηλευτική φροντίδα εστιάζει αφενός στην εφαρμογή πρωτοκόλλων και πρότυπων διαδικασιών και αφετέρου στον ίδιο τον ασθενή και στο οικογενειακό του περιβάλλον, στην εξεύρεση του κατάλληλου τρόπου επικοινωνίας, στη ψυχολογική υποστήριξη του και στη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και συνεργασίας. Δεν αναφέρθηκαν συγκεκριμένες πρακτικές καλής ποιότητας, εκτός από τον έλεγχο των υλικών και των μηχανημάτων, καθώς και το πρωτόκολλο απολύμανσης στη μονάδα τεχνητού νεφρού.
3. Η παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας εξαρτάται από την επαρκή στελέχωση των τμημάτων, την καλύτερη αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, την υιοθέτηση του Κανονισμού καθηκόντων νοσηλευτικού προσωπικού, την εξασφάλιση του απαραίτητου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, την ποσοτική και ποιοτική εργασιακή απόδοση των νοσηλευτών, την καλή συνεργασία του συνόλου του προσωπικού μεταξύ τους και με τη Διοίκηση του νοσοκομείου, την ύπαρξη ευκαιριών συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

4. Γίνεται προσπάθεια υιοθέτησης της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης στην περίθαλψη λαμβάνοντας υπόψη τις προσωπικές, φυσικές και συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών, εστιάζοντας στην εμπιστοσύνη και στην ανατροφοδότηση από την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους λήπτες. Δεν ενθαρρύνεται η συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στην υγεία τους.
5. Δεν αξιολογείται η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, καθώς δεν έχουν θεσπιστεί συγκεκριμένα κριτήρια και δείκτες ποιότητας στις διαδικασίες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Δεν χρησιμοποιείται κανένα εργαλείο για τη μέτρηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.
6. Δεν προκύπτει συγκεκριμένη μεθοδολογία καταγραφής συμβαμάτων και εφαρμογή στρατηγικών πρόληψής τους. Αξιοποιούνται όμως ως μέρος εκπαιδευτικής διαδικασίας που στοχεύει στην εξάλειψη των συμβαμάτων αυτών.

Στόχος της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Γ.Ν. – Κέντρου Υγείας Λήμνου πρέπει να αποτελεί ο άρτιος προγραμματισμός και συντονισμός των νοσηλευτικών υπηρεσιών, ο έλεγχος της αποτελεσματικής και εύρυθμης λειτουργίας τους και η παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας αυτής της φροντίδας διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην αναβάθμιση του συνόλου των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από την Υγειονομική Μονάδα. Ως εκ τούτου οι δράσεις που υιοθετούνται στην κατεύθυνση της καλύτερης οργάνωσης, του εκσυγχρονισμού και των καλών πρακτικών νοσηλευτικής φροντίδας πρέπει να συνδυάζονται με τη θέσπιση κριτηρίων αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και δεικτών αποτελεσματικότητας και ποιότητας των διαδικασιών της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και της υγειονομικής μονάδας.

2.5 Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας στο Γ.Ν.- Κέντρο Υγείας Λήμνου ως καλή πρακτική

Για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας του Γ.Ν. – Κέντρου Υγείας Λήμνου, ως κριτήρια μπορούν να λαμβάνονται υπόψη η ασφάλεια των ασθενών, η ανθρωποκεντρική προσέγγιση της περίθαλψης, η αποδοτικότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, η προσβασιμότητα των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, η χρηστή διοίκηση και η διαχείριση των διαθέσιμων πόρων (ΟΔΠΥ, 2020). Οι Rahimi, Kavosi, Shojaei & Kharazmi (2016) στο άρθρο τους «Key performance indicators in hospital based on balanced scorecard model» κατηγοριοποιούν τους δείκτες νοσηλευτικής ποιότητας σε τέσσερις κατηγορίες, βασιζόμενες στο εργαλείο Balance Score Card :

- 1) Στον τομέα της χρηματοδότησης αναφέρουν την αναλογία συνολικών εσόδων προς το συνολικό κόστος περίθαλψης, το μέσο κόστος περίθαλψης ανά κρεβάτι και ανά ημέρα, το κόστος των φαρμάκων και των υλικών και το κόστος αμοιβών του προσωπικού.
- 2) Στον τομέα των εσωτερικών διαδικασιών δείκτες ποιότητας αποτελούν ο μέσος χρόνος παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο, η θνητότητα, η πληρότητα κλινών, οι ακυρώσεις χειρουργείων, τα ιατρικά λάθη, το ποσοστό των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και ο μέσος χρόνος παραμονής στο τμήμα επειγόντων περιστατικών.
- 3) Στον τομέα της επιμόρφωσης και της ανάπτυξης του προσωπικού αναφέρονται ως δείκτες ποιότητας το ποσοστό ικανοποίησης του προσωπικού, τα έξοδα επιμόρφωσης ανά εργαζόμενο, η διαρροή του προσωπικού και το ποσοστό συστηματικής αποχής του από την εργασία.
- 4) Στον τομέα εξυπηρέτησης των ασθενών ως πελάτες, δείκτες ποιότητας μπορούν να αποτελέσουν το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών, το ποσοστό παραπόνων των ασθενών και οι διευκολύνσεις για τις οικογένειές τους και τους επισκέπτες.

Για την επίτευξη των ανωτέρω το Γ.Ν. – Κέντρο Υγείας Λήμνου έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσει την Ισορροπημένη Κάρτα Αποτελεσμάτων – Balanced Score card (BSC), ως ένα ολοκληρωμένο σύστημα διοίκησης, εργαλείο επικοινωνίας και σύστημα μέτρησης, θέτοντας στόχους στις τέσσερις προαναφερθείσες σημαντικές διαστάσεις. Η μεθοδολογία της BSC αρχίζει με τη διατύπωση της αποστολής και τον προσδιορισμό των στρατηγικών στόχων και κριτηρίων ποιότητας, όπως κάνει κάθε σύστημα διοίκησης. Ακολουθεί η θέσπιση δεικτών μέτρησης της απόδοσης και ολοκληρώνεται με την ανάπτυξη και την εφαρμογή πρωτοβουλιών, μέτρων και δράσεων. Έτσι η στρατηγική της υγειονομικής μονάδας αποτυπώνεται σε μετρήσιμους στόχους και το εργαλείο χρησιμοποιείται ως σύστημα μέτρησης, το οποίο έχει επίσης την ικανότητα να κάνει ξεκάθαρη τη στρατηγική σε όλους τους εργαζόμενους, ως επικοινωνιακό εργαλείο. Στη συνέχεια παραθέτουμε την κάρτα ισορροπημένων επιδόσεων με κριτήρια και δείκτες μέτρησης της ποιότητας για το Γ.Ν. – Κέντρο Υγείας Λήμνου.

ΚΑΡΤΑ ΙΣΟΡΡΟΠΗΜΕΝΩΝ ΕΠΙΔΟΣΕΩΝ (BALANCED SCORECARD) Γ.Ν. – ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΛΗΜΝΟΥ			
Αποστολή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας:	Η παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, σύμφωνα με τους κανόνες και τα διδάγματα της Νοσηλευτικής Επιστήμης.		
Διάσταση BSC	Στόχοι-Κριτήρια Ποιότητας	Δείκτες μέτρησης	Ενέργειες - Πρωτοβουλίες
Χρηματοοικονομική	Αποδοτικότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας	<ol style="list-style-type: none"> 1. Αναλογία συνολικών εσόδων προς το συνολικό κόστος περίθαλψης 2. Μέσο κόστος περίθαλψης ανά κρεβάτι και ανά ημέρα. 3. Αναλογία λειτουργικών δαπανών /Εσόδων 4. Κόστος των φαρμάκων και των υλικών 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση ανείσπρακτων ποσών περίθαλψης • Συστηματική διαπραγμάτευση κόστους υλικών με προμηθευτές • Αυστηρός έλεγχος προμηθειών • Ορθολογική χρήση υλικών • Πρόγραμμα μείωσης λειτουργικών δαπανών • Εξοικονόμηση ενέργειας
Εσωτερικών διαδικασιών	Ασφάλεια των ασθενών	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ποσοστό των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων/ Σύνολο νοσηλευθέντων 2. Ιατρικά λάθη/ Σύνολο νοσηλευθέντων 3. Αριθμός πτώσεων ασθενών / Σύνολο νοσηλευθέντων 4. Θνητότητα/ Σύνολο νοσηλευθέντων 	<ul style="list-style-type: none"> • Αυστηρή τήρηση πρωτοκόλλων • Εκπαίδευση προσωπικού • Εφαρμογή κατάλληλων μέτρων για πρόληψη & προστασία • Συστηματική καταγραφή και επεξεργασία συμβαμάτων
	Βελτίωση ποιότητας υπηρεσιών	<ol style="list-style-type: none"> 1. Μέσος χρόνος παραμονής στο τμήμα επειγόντων περιστατικών 2. Αριθμός ασθενών για τους οποίους πραγματοποιείται διακομιδή σε άλλο νοσοκομείο/ Σύνολο νοσηλευθέντων 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξειδίκευση στην διαχείριση επειγόντων περιστατικών μέσω εκπαίδευσης • Εκπαίδευση προσωπικού στην τυποποίηση διαδικασιών

		<p>3. Μέσος χρόνος παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο</p> <p>4. Αριθμός πιστοποιημένων τμημάτων-κλινικών/ Σύνολο αυτών</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ενέργειες για την πιστοποίηση διαδικασιών • Αξιοποίηση προγραμμάτων ΕΣΠΑ και δωρεών ομογενών για ανανέωση και αγορά νέου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού
	Επίτευξη ασφαλών συνθηκών εργασίας	Αριθμός εργατικών ατυχημάτων / Σύνολο προσωπικού	<ul style="list-style-type: none"> • Συστηματική καταγραφή και επεξεργασία συμβαμάτων • Εκπαίδευση προσωπικού
	Βελτίωση διαχείρισης επικίνδυνων αποβλήτων	Ποσότητα επικίνδυνων αποβλήτων / Σύνολο αποβλήτων	<ul style="list-style-type: none"> • Εκπαίδευση ιατρικού & παραϊατρικού προσωπικού για το σωστό διαχωρισμό αποβλήτων • Μείωση ποσότητας μολυσματικών αποβλήτων
Επιμόρφωσης και ανάπτυξης του προσωπικού	Ανάπτυξη δεξιοτήτων	Αριθμός εργαζομένων που φοιτούν σε μεταπτυχιακά προγράμματα	Ενθάρρυνση προσωπικού για παρακολούθηση μεταπτυχιακών προγραμμάτων
	Ενίσχυση εκπαίδευσης & εξειδίκευσης	Αριθμός ωρών διεξαγόμενης εκπαίδευσης / Σύνολο προσωπικού	Διοργάνωση σεμιναρίων και ημερίδων μετά από καταγραφές των εκπαιδευτικών αναγκών
	Ποσοστό συστηματικής αποχής από την εργασία	Αριθμός ημερών αναρρωτικής άδειας / Σύνολο εργασίμων ημερών προσωπικού	<ul style="list-style-type: none"> • Κατάταξη νοσηλευτικών τμημάτων με αυξημένες απαιτήσεις για τους εργαζόμενους • Πρόγραμμα εναλλαγής εργαζομένων

	Βελτίωση ομαδικότητας	Αριθμός ατόμων που μετέχουν σε διατμηματικές επιτροπές / Σύνολο προσωπικού	<ul style="list-style-type: none"> • Δημιουργία διατμηματικών επιτροπών • Εσωτερική επικοινωνία μέσω δικτύου intranet
Πελατειακή	Μείωση χρόνων αναμονής	<ol style="list-style-type: none"> 1. Μέσος χρόνος εγγραφής στη λίστα χειρουργείου / Μέσος χρόνος πραγματοποίησης του χειρουργείου 2. Μέσος χρόνος κλεισίματος ραντεβού 	<ul style="list-style-type: none"> • Τήρηση λίστας χειρουργείου • Κάλυψη κενών θέσεων ιατρικού προσωπικού • Αύξηση ραντεβού εξωτερικών ιατρείων
	Ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών	<ol style="list-style-type: none"> 1. Αριθμός νοσηλευθέντων ασθενών με θετική αξιολόγηση / Σύνολο συμπληρωμένων ερωτηματολογίων 2. Αριθμός παραπόνων ασθενών που διεκπεραιώθηκαν σε συγκεκριμένο χρόνο /Σύνολο υποβληθέντων 	<ul style="list-style-type: none"> • Συμπλήρωση ερωτηματολογίων με το εξιτήριο • Ενίσχυση του ρόλου του Γραφείου Προστασίας των δικαιωμάτων ληπτών υπηρεσιών υγείας
	Επαρκή Στελέχωση	<ol style="list-style-type: none"> 1. Αριθμός νοσηλευτών / Αριθμό κλινών 2. Αριθμός ιατρών / Αριθμό κλινών 	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3° ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΩΝ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ

Οι υγειονομικές μονάδες κατά τη λειτουργία τους παράγουν απόβλητα, από τα οποία ένα σημαντικό μέρος χαρακτηρίζεται ως επικίνδυνα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2018) το 15% των παραγόμενων ποσοτήτων των αποβλήτων είναι επικίνδυνα απόβλητα. Στην Ελλάδα η παραγωγή ΕΑΥΜ, σύμφωνα με το Εθνικό Σχέδιο Διαχείρισης Επικίνδυνων Αποβλήτων παρουσιάζει αυξητική τάση, καθώς το 2018 ανερχόταν σε 16.700 τόνους, το 2019 σε 17.770 τόνους, για το έτος 2025 προβλέπεται να φθάσει στους 18.200 τόνους και έως το 2030 στους 18.800 αντίστοιχα. Η ορθολογική διαχείρισή τους καθίσταται λοιπόν απαραίτητη. Είναι όμως μια σύνθετη διαδικασία που απαιτεί την ύπαρξη νομοθετικού πλαισίου που ορίζει κατευθύνσεις, μέτρα και διαδικασίες της διαχείρισης των αποβλήτων και καθορίζει τις αρμοδιότητες των ατόμων που εμπλέκονται σε αυτήν. Επίσης, απαιτεί την ανάπτυξη πρακτικών από τις υγειονομικές μονάδες, οι οποίες θα οδηγήσουν στην ορθολογική διαχείριση των επικίνδυνων αποβλήτων, μειώνοντας το κόστος διαχείρισής τους και θα χαρακτηρισθούν ως καλές πρακτικές ποιότητας. Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα αναλύσουμε το θεσμικό πλαίσιο που διέπει τη διαχείριση των επικίνδυνων αποβλήτων, θα δείξουμε καλές πρακτικές που έχουν εφαρμοστεί, θα αποτυπώσουμε τη διαδικασία διαχείρισης αποβλήτων στο Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Λήμνου και θα παρουσιάσουμε την εφαρμογή πληροφοριακού συστήματος ως καλή πρακτική διαχείρισης επικίνδυνων αποβλήτων από τη συγκεκριμένη υγειονομική μονάδα.

3.1 Θεσμικό πλαίσιο

Η σωστή διαχείριση των επικίνδυνων αποβλήτων κρίνεται απαραίτητη, καθώς οι ποσότητες που παράγονται από τις υγειονομικές μονάδες συνεχώς αυξάνονται. Τόσο ο Παγκόσμιος Οργανισμός και η Ευρωπαϊκή Ένωση όσο και το Ελληνικό Κράτος έχουν θεσπίσει οδηγίες και μέτρα που αφορούν στα απόβλητα και στην αποτελεσματική διαχείρισή τους. Συγκεκριμένα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 1999 εξέδωσε το «blue book» *Safe management of wastes from health-care activities* για να βοηθήσει τις υγειονομικές μονάδες στην υιοθέτηση των εθνικών οδηγιών σχετικά με τα απόβλητα. Επίσης, παρείχε υποστήριξη στην εφαρμογή βελτιώσεων και πληροφοριών σχετικά με τις τεχνικές διαχείρισης των αποβλήτων από τους εργαζόμενους. Η δεύτερη έκδοση του *Safe management of wastes from health-care activities* εστιάζει στην ασφαλή και στη βιώσιμη διαχείριση των αποβλήτων. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η διαχείριση των υγειονομικών αποβλήτων είναι σημαντική για την παροχή ποιότητας στις

υπηρεσίες υγείας, για την παροχή φροντίδας βασισμένη στην ανθρωποκεντρική προσέγγιση, για την ασφάλεια των ασθενών και του προσωπικού, καθώς επίσης και για την προστασία του περιβάλλοντος (WHO, 2017). Η διαχείριση των υγειονομικών αποβλήτων, όπως παρουσιάζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, περιλαμβάνει:

- ✓ το διαχωρισμό, ο οποίος συνίσταται στο χωρισμό των ρευμάτων αποβλήτων με βάση τις επικίνδυνες ιδιότητες τους, τον τύπο επεξεργασίας και τις πρακτικές διάθεσης,
- ✓ τη συλλογή, η οποία πρέπει να γίνεται σε καθημερινή βάση, ώστε να αποφεύγεται η συσσώρευση των αποβλήτων,
- ✓ τη μεταφορά τους σε μια κεντρική περιοχή αποθήκευσης μέχρι την απομάκρυνσή τους από την υγειονομική μονάδα,
- ✓ την επεξεργασία. Οι μέθοδοι επεξεργασίας θα πρέπει να ελαχιστοποιούν το σχηματισμό και την απελευθέρωση χημικών ή επικίνδυνων ουσιών και
- ✓ τη διάθεση των αποβλήτων.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή με την ΕΕ L 226 απόφαση της 3ης Μαΐου 2000 προσδιορίζει τις ιδιότητες που πρέπει να έχει το απόβλητο για να χαρακτηριστεί επικίνδυνο και θεσπίζει κατάλογο αποβλήτων στον οποίο συμπεριλαμβάνονται και τα απόβλητα που προέρχονται από την υγειονομική περίθαλψη των ανθρώπων ή ζώων ή/και από σχετικές έρευνες. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με την 2008/98/ΕΚ της 19ης Νοεμβρίου 2008 οδηγία, θεσπίζουν μέτρα που εμποδίζουν ή μειώνουν τις αρνητικές επιπτώσεις από την παραγωγή και τη διαχείριση των αποβλήτων στην ανθρώπινη υγεία και στο περιβάλλον, περιορίζουν το συνολικό αντίκτυπο της χρήσης των πόρων και βελτιώνουν την αποδοτικότητά της.

Η Ελληνική νομοθεσία καθορίζει μέτρα και όρους διαχείρισης των αποβλήτων των υγειονομικών μονάδων. Με την ΚΥΑ 146163/03.05.2012 καθορίζονται γενικές τεχνικές προδιαγραφές σχετικά με τη διαχείριση των αποβλήτων, δίνονται οδηγίες για την κατάρτιση εσωτερικού κανονισμού και διαδικασιών διαχείρισης των αποβλήτων από τις υγειονομικές μονάδες, ορίζονται οι υπεύθυνοι σε κάθε στάδιο διαχείρισης, περιγράφονται ξεκάθαρα τα καθήκοντα και οριοθετούνται οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες τους. Η ανωτέρω ΚΥΑ κατηγοριοποιεί τα απόβλητα στις εξής κατηγορίες:

- i) Αστικά Στερεά Απόβλητα (ΑΣΑ) που προσομοιάζουν με τα οικιακά απόβλητα.
- ii) Επικίνδυνα Απόβλητα Υγειονομικών Μονάδων (ΕΑΥΜ):
 - a. Επικίνδυνα Απόβλητα Αμιγώς Μολυσματικά (ΕΑΑΜ), τα οποία εκδηλώνουν μόνο την επικίνδυνη ιδιότητα Η9.

β. Μικτά Επικίνδυνα Απόβλητα (ΜΕΑ), τα οποία εκδηλώνουν την επικίνδυνη ιδιότητα H9 ταυτόχρονα με μία ή περισσότερες επικίνδυνες ιδιότητες.

γ. Άλλα Επικίνδυνα Απόβλητα (ΑΕΑ), τα οποία εκδηλώνουν μία τουλάχιστον επικίνδυνη ιδιότητα εκτός της ιδιότητας H9.

iii) Ειδικά Ρεύματα Αποβλήτων: ραδιενεργά, συσκευασίες με αέρια υπό πίεση, ρεύματα αποβλήτων εναλλακτικής διαχείρισης (μπαταρίες, απόβλητα ηλεκτρικού και ηλεκτρονικού εξοπλισμού (ΑΗΗΕ), απόβλητα έλαια, απόβλητα εκσκαφών, κατασκευών και κατεδαφίσεων).

Επίσης, διευκρινίζει τις διαδικασίες που πρέπει να περιλαμβάνει η διαχείριση των αποβλήτων. Οι διαδικασίες αυτές είναι:

- Η συλλογή, συσκευασία και σήμανση των ΕΑΥΜ.
- Η μεταφορά εντός και εκτός Υγειονομικής Μονάδας.
- Η αποθήκευση εντός και εκτός Υγειονομικής Μονάδας.
- Η επεξεργασία εντός και εκτός Υγειονομικής Μονάδας.

Ορίζει ότι η διαχείριση πραγματοποιείται με τρόπο ώστε να διασφαλίζεται ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της ανθρώπινης υγείας και του περιβάλλοντος.

3.2 Οφέλη και κόστος από τη διαχείριση των αποβλήτων

Από όσα αναφέρθηκαν ανωτέρω, κοινός στόχος των θεσμικών πλαισίων που δημιουργήθηκε σε παγκόσμιο, ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο είναι να δοθεί έμφαση στις βασικές πτυχές της ασφαλούς διαχείρισης των υγειονομικών αποβλήτων, ώστε να σχεδιαστούν πολιτικές που θα βελτιώσουν τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και θα προκύψουν οφέλη για την προστασία της ανθρώπινης υγείας και του περιβάλλοντος. Όπως επισημαίνει η Gerwig (2001), τα οφέλη που μπορούν να προκύψουν από την διαχείριση των υγειονομικών αποβλήτων είναι:

- ✓ **Βελτιώνεται η ασφάλεια των εργαζομένων.** Μειώνοντας την ποσότητα των μολυσματικών αποβλήτων, ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος έκθεσης των εργαζομένων σε αυτά.
- ✓ **Βελτιώνεται η ασφάλεια των ασθενών** μέσω της εφαρμογής καλύτερου διαχωρισμού και διαχείρισης, της μείωσης των επικίνδυνων αποβλήτων και της εκπαίδευσης των ασθενών στη διαχείριση των αποβλήτων όταν λαμβάνουν θεραπεία στο σπίτι.
- ✓ **Μειώνονται οι λειτουργικές δαπάνες** και οι πόροι που εξοικονομούνται μπορούν να διατεθούν στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

- ✓ **Μειώνεται το περιβαλλοντικό κόστος**, καθώς με τη μείωση του όγκου των αποβλήτων, μειώνεται η τοξικότητα και ο όγκος των ρύπων του αέρα, του χώματος και του ύδατος.

Για να προκύπτουν όμως οφέλη, θα πρέπει να γίνεται σωστή και αποτελεσματική διαχείριση των αποβλήτων, η οποία, όπως υποστηρίζουν οι Gizalew, M. Girma, Haftu, Churko & Z. Girma (2018), θα πρέπει να περιλαμβάνει το σχεδιασμό, την εφαρμογή και τον έλεγχο των δραστηριοτήτων με σκοπό την προστασία των επαγγελματιών υγείας, των ασθενών και του περιβάλλοντος. Η Gerwig (2001), τονίζει ότι για να είναι επιτυχημένη η διαχείριση των αποβλήτων χρειάζεται η δέσμευση της ανώτατης διοίκησης με την υποστηρικτική δήλωση στόχων αναφορικά με τη διαχείριση των αποβλήτων υγειονομικών μονάδων, τον ορισμό των πόρων που θα διατεθούν συμπεριλαμβανομένου και του προσωπικού που θα εφαρμόσει τις διαδικασίες έχοντας λάβει το ξεκάθαρο μήνυμα ότι η διαχείριση και η ελαχιστοποίηση των αποβλήτων αποτελεί προσδοκία για τον καθένα που εργάζεται στην υγειονομική μονάδα. Κάθε εργαζόμενος αναλαμβάνει την ευθύνη για την επιτυχία του συστήματος διαχείρισης των αποβλήτων. Επίσης, όπως υπογραμμίζει η ανωτέρω, απαραίτητο στοιχείο μιας αποτελεσματικής διαχείρισης των αποβλήτων είναι τα κατάλληλα συστήματα που θα διαχειριστούν τα απόβλητα ως «πόρο», χρησιμοποιώντας την τεχνολογία για το μέγιστο λειτουργικό όφελος και το ελάχιστο περιβαλλοντικό κόστος.

Για την εισαγωγή μιας ορθολογικής διαχείρισης αποβλήτων απαιτείται αξιολόγηση των ρευμάτων αποβλήτων, ανάπτυξη προγραμμάτων που αφορούν στη διαχείριση αποβλήτων, στην υγιεινή και ασφάλεια, πολιτικές και οδηγίες, καθορισμό των ρόλων και των καθηκόντων του προσωπικού, κατανομή των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων, περιοδική εκπαίδευση του προσωπικού, έλεγχος, αξιολόγηση και συνεχής βελτίωση (Emmanuel, 2007). Οι Giasuddin, Khurshid & Seoty, (2020) θεωρούν ως σημαντικά στοιχεία για τη βελτίωση της διαχείρισης υγειονομικών αποβλήτων την εισαγωγή πρακτικών που μειώνουν τον όγκο παραγωγής, την ασφαλή και περιβαλλοντικά υγιή επεξεργασία των επικίνδυνων αποβλήτων, την οικοδόμηση ενός συστήματος που καθορίζει τις αρμοδιότητες και την κατανομή των πόρων, την κατανόηση των επιπτώσεων και την εφαρμογή μεθόδων διαχείρισης που θα προστατεύουν το προσωπικό από τους κινδύνους κατά τη συλλογή, το διαχωρισμό, την αποθήκευση, τη μεταφορά και την επεξεργασία των αποβλήτων. Οι ανωτέρω μελετητές υποστηρίζουν ότι το κατάλληλο και επαρκές σχέδιο δράσης είναι αυτό που αναπτύσσεται, εφαρμόζεται, αξιολογείται και ελέγχεται τακτικά ως προς την αποτελεσματικότητά του.

Οι οργανισμοί παροχής υγείας θα πρέπει να αντιληφθούν ότι η μη αποτελεσματική διαχείριση των αποβλήτων συνεπάγεται τόσο κόστος για την υγεία και το περιβάλλον όσο και οικονομικό κόστος. Όσον αφορά στην υγεία, τα απόβλητα από την υγειονομική περίθαλψη αποτελούν πηγή πολλών παθογόνων μικροοργανισμών δημιουργώντας υψηλό κίνδυνο για τους ασθενείς και τους εργαζόμενους (Park, K.Lee, Kim, J.Lee, Seon & Ko, 2009). Τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα που τα καθιστούν επικίνδυνα είναι η παρουσία μεταδοτικών παραγόντων, η γενοτοξική ή κυτταροτοξική χημική δομή τους, η παρουσία δηλητηριωδών ή επικίνδυνων χημικών, η ύπαρξη ραδιενεργών ουσιών, η παρουσία αιχμηρών αντικειμένων (WHO, 2015). Όπως αναφέρουν οι Chartier, Emmanuel, Pieper, Pruss, Rushbrook, Stringer, Townend, Wilburn & Zghondi (2014) το έτος 2000 οι τραυματισμοί από αιχμηρά αντικείμενα - απόβλητα (π.χ. σύριγγες μιας χρήσεως με ενσωματωμένη τη βελόνη, βελόνες, μαχαιρίδια, λάμες, νυστέρια) προκάλεσαν 66.000 μολύνσεις από ηπατίτιδα Β, 16.000 ηπατίτιδα C και 200-5000 μολύνσεις από έιτς στους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, η διάθεση και η επεξεργασία των υγειονομικών αποβλήτων όταν δεν ακολουθούν τους κανόνες της ορθής διαχείρισης των αποβλήτων οδηγούν στην απελευθέρωση τοξικών ουσιών και τέφρας, μολύνουν τα ύδατα, προκαλούν την εξάπλωση τοξικών μετάλλων, προκαλώντας μόλυνση του περιβάλλοντος και αυξάνοντας ταυτόχρονα το περιβαλλοντικό κόστος.

Εκτός από τα ανωτέρω κόστη υπάρχει και το οικονομικό κόστος. Όπως υποστηρίζουν οι Adhikari & Supakankunit (2014) το κόστος είναι η αξία των εισροών στη διαδικασία διαχείρισης των αποβλήτων και περιλαμβάνει το κόστος των κεφαλαίων, των υλικών, των ανθρώπινων πόρων και της κατάρτισης του προσωπικού. Σύμφωνα με την ΚΥΑ 146163/03.05.2012 το κόστος διαχείρισης των αποβλήτων περιλαμβάνει:

- ✓ το κόστος συλλογής, μεταφοράς, αποθήκευσης. Αφορά τα κόστη αγοράς περιεκτών, τροχηλάτων, ψυκτικών μέσων αποθήκευσης κ.α,
- ✓ το κόστος μεταφοράς εκτός της υγειονομικής μονάδας στο οποίο περιλαμβάνεται η δαπάνη πληρωμής αδειοδοτημένου φυσικού ή νομικού προσώπου για τη μεταφορά των αποβλήτων,
- ✓ το κόστος επεξεργασίας εντός της υγειονομικής μονάδας. Περιλαμβάνει το κόστος επένδυσης και απόσβεσης των εγκαταστάσεων επεξεργασίας, το κόστος εργατικού δυναμικού, των αναλωσίμων και ενέργειας για τη λειτουργία της μονάδας, το κόστος τελικής διάθεσης των επεξεργασμένων αποβλήτων,

- ✓ το κόστος επεξεργασίας εκτός της υγειονομικής μονάδας. Πρόκειται για τη δαπάνη πληρωμής αδειοδοτημένου φυσικού ή νομικού προσώπου για την επεξεργασία των αποβλήτων.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επισημαίνει ότι το συνολικό κόστος διαχείρισης των αποβλήτων περιλαμβάνει την αρχική επένδυση των εγκαταστάσεων και του εξοπλισμού, τις λειτουργικές δαπάνες που αφορούν στο εργατικό κόστος και στα αναλώσιμα, τις απαιτήσεις σε ενέργεια, νερό κλπ και γενικά λειτουργικά έξοδα (Prüss, Giroult & Rushbrook, 1999). Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι το κόστος που προκύπτει από τη διαχείριση των αποβλήτων είναι σημαντικό και δεν πρέπει να αγνοηθεί από τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, οι οποίες θα πρέπει να αναπτύξουν στρατηγικές που θα οδηγήσουν στη σωστή διαχείριση των αποβλήτων και συνεπώς στη μείωση του κόστους και θα συμβάλλουν στην ασφάλεια των ασθενών και των εργαζομένων.

3.3 Καλές πρακτικές στη διαχείριση αποβλήτων που παράγονται από υγειονομικές μονάδες

Η αποτελεσματική διαχείριση των επικίνδυνων αποβλήτων προκάλεσε το ενδιαφέρον πολλών μελετητών, οι οποίοι μέσα από την έρευνά τους ανέδειξαν καλές πρακτικές που εφαρμόζονται στη διαχείριση των αποβλήτων. Οι Tudor, Marsh, Butler, Van Horn & Jenkin (2008) διεξήγαγαν το 2004 έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο με στόχο τη μελέτη της παραγωγής αποβλήτων σε επιλεγμένα τμήματα υγειονομικών μονάδων του NHS (Εθνική Υπηρεσία Υγείας) της Κορνουάλης, που ήταν ο μεγαλύτερος παραγωγός αποβλήτων και τον προσδιορισμό σημαντικών θεμάτων, που σχετίζονται με την επιτυχημένη εισαγωγή μεγαλύτερης αποδοτικότητας πόρων σε αυτά τα τμήματα. Ως τμήματα δοκιμής επιλέχθηκαν γενικοί θάλαμοι, μονάδες ψυχικής υγείας/μαθησιακών δυσκολιών (MH/LDD), θάλαμοι εντατικής φροντίδας, εξωτερικά ιατρεία, μονάδα μικροτραυμάτων (MIU), γραφεία και ιατρικά εργαστήρια. Η παρακολούθηση των δοκιμών περιλάμβανε τακτικές επισκέψεις σε κάθε τμήμα για άμεσο έλεγχο υπερπλήρωσης κάδων και λανθασμένου διαχωρισμού των αποβλήτων, επανάληψη των αναλύσεων των σάκων για να εντοπιστούν αλλαγές στη σύνθεση των αποβλήτων, συμπλήρωση ενός εντύπου από το προσωπικό και συζήτηση στο τέλος των δοκιμών με δύο εκπροσώπους από κάθε περιοχή δοκιμής. Το αποτέλεσμα της μελέτης έδειξε μείωση των οικιακών αποβλήτων από 1,6–33,4%, με μέσο όρο 14,8% και μείωση των κλινικών αποβλήτων από 1,8% έως 38,3% με μέσο όρο 15,7%. Σύμφωνα με την ανωτέρω μελέτη σημαντικό ρόλο στην ελαχιστοποίηση των αποβλήτων έπαιξε ο επαρκής διαχωρισμός

των αποβλήτων στην πηγή, η εφαρμογή ενός κεντρικού συστήματος συγκέντρωσης αποβλήτων, η πρόσβαση του προσωπικού σε σχετικές πηγές πληροφόρησης, η στάση του προσωπικού απέναντι στο σύστημα διαχείρισης αποβλήτων, καθώς και η ύπαρξη καθορισμένων διαδικασιών και καθηκόντων. Επίσης, η μελέτη έδειξε ότι η εφαρμογή ενός τέτοιου συστήματος θα μπορούσε να οδηγήσει σε μείωση του κόστους διαχείρισης των αποβλήτων, παρέχοντας πόρους και οικονομική αποτελεσματικότητα.

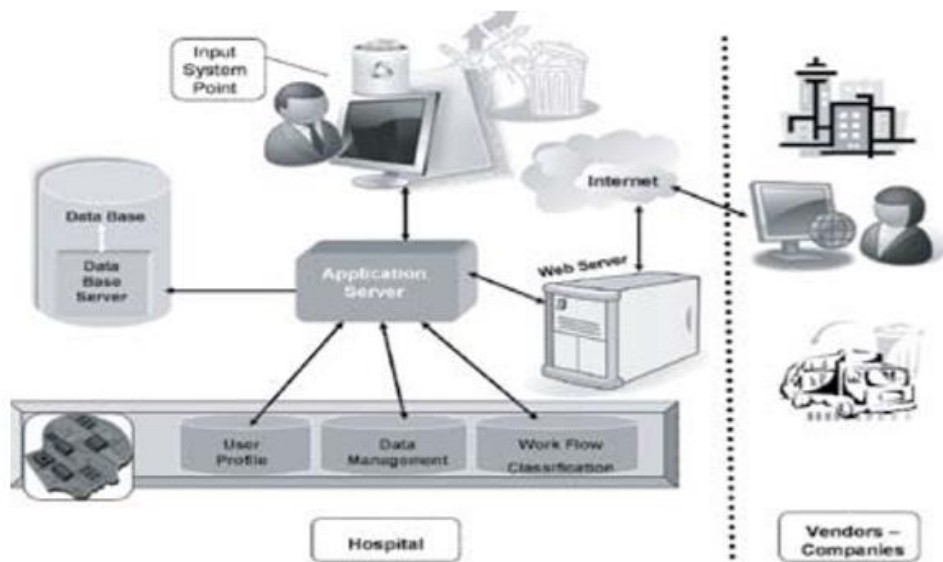
Επίσης, οι Lee, Ellenbecker & Moure-Ersaro (2004) έδειξαν ότι οι υγειονομικές μονάδες βελτιώνοντας το σύστημα κατηγοριοποίησης των κλινικών αποβλήτων τους και χρησιμοποιώντας αποτελεσματικές μεθόδους διάθεσης και επεξεργασίας αυτών θα μπορούσαν να μειώσουν το κόστος και την ποσότητα των επικίνδυνων ιατρικών αποβλήτων. Από την πλευρά τους, οι Huida, Bingchen, Liheng, Yanan (2012) εφάρμοσαν ένα σύστημα βασισμένο σε RFID (Radio Frequency Identification) τεχνολογία και δημιούργησαν μια πλατφόρμα πληροφοριών για τη διαχείριση επικίνδυνων αποβλήτων. Το σύστημα λειτουργεί ως εξής: όταν τα επικίνδυνα απόβλητα μπουκιά ή βγουν από την αποθήκη, οι κατηγορίες τους προσδιορίζονται με RFID τεχνολογία και γίνεται γνωστή η θέση τους. Το πληροφοριακό σύστημα διαχείρισης δέχεται στο server δεδομένα από το GPS, τα καταθέτει σε μια ειδική βάση δεδομένων, δημιουργεί GIS αποτύπωση, απεικονίζοντας τη διαδρομή στον εικονικό χάρτη, κατάλληλη για τον έλεγχο και την παρακολούθηση των επικίνδυνων αποβλήτων. Η πληροφορία αφού ενσωματωθεί δημοσιεύεται στο διαδίκτυο βοηθώντας τις υγειονομικές μονάδες στη διαχείριση των πληροφοριών για τα επικίνδυνα απόβλητα (Huida et al., 2012). Σύμφωνα με τους ανωτέρω μελετητές «η εγκατάσταση μιας πληροφοριακής πλατφόρμας διαχείρισης επικίνδυνων αποβλήτων σε RFID ενδυναμώνει τη διαχείριση στη διαδικασία μεταφοράς επικίνδυνων αποβλήτων, μειώνει τα έξοδα, εξοικονομεί ανθρώπινους και υλικούς πόρους, καλύπτει τα κενά που υπάρχουν στον παραδοσιακό τρόπο διαχείρισης των αποβλήτων σχετικά με τον έλεγχο στη διαδικασία μεταφοράς, αποτρέπει τις απώλειες επικίνδυνων αποβλήτων που προκαλούνται από πιθανά ατυχήματα στη μεταφορά, προωθεί αλλαγές στη διαχείριση επικίνδυνων αποβλήτων από παραδοσιακούς τρόπους σε μεθόδους πληροφόρησης, καθιστά τη διαχείριση πιο επιστημονική και ακριβή, παρέχει αντικειμενικές και ακριβείς βάσεις για την επιβολή του περιβαλλοντικού νόμου, καθώς και βάσεις πολιτικής για την ενίσχυση των προσπαθειών ελέγχου των αποβλήτων και δύναμη» (σελ. 8).

Οι Fakoya, Van der Poll (2013) στο άρθρο τους «Integrating ERP and MFCA systems for improved waste-reduction decisions in a brewery in South Africa» τονίζουν

την εφαρμογή της τεχνολογίας ERP (enterprise resource planning) και MFCA (material flow cost accounting) στη βελτίωση των αποφάσεων που αφορούν τη μείωση των αποβλήτων. Επισημαίνουν ότι οι μάνατζερς για να πάρουν αποφάσεις πρέπει να αναλύσουν τα πρόσφατα δεδομένα αλλά και το ιστορικό εισαγωγής και εξαγωγής δεδομένων που αφορούν στα απόβλητα και που προσφέρονται από ένα ERP σύστημα μέσω ενός συστήματος MFCA. Σύμφωνα με τους ανωτέρω μελετητές, το MFCA προσφέρει λεπτομερή πληροφορία σχετικά με το κόστος των αποβλήτων, αναλύοντας τη ροή των υλικών πόρων και της ενέργειας στην παραγωγική διαδικασία και η εφαρμογή ενός ERP συστήματος δημιουργεί μια βάση δεδομένων όπου οι μάνατζερς έχουν γρήγορη πρόσβαση σε δεδομένα που τους διευκολύνουν στη λήψη αποφάσεων. Τα ανωτέρω συστήματα (ERP και MFCA) βοηθούν τους Διοικητές (managers) των οργανισμών να μπορούν να καταγράφουν το χαμηλότερο κόστος και να έχουν μια ξεκάθαρη εικόνα της ροής των υλικών πόρων. Οι μελετητές Mentzelou, Vosniakos, Dardavesis, Papadakis, Nikolaou & Athansiadou (2009) στο άρθρο τους «An information system for hospital waste management» από την πλευρά τους επισημαίνουν τη συμβολή των ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων στη βελτίωση της διαχείρισης των αποβλήτων των υγειονομικών μονάδων. Υπογραμμίζουν ότι ένα ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα διαχείρισης αποβλήτων σε ένα νοσοκομείο οδηγεί στην ενσωμάτωση όλων των τμημάτων σε ένα πληροφοριακό σύστημα που θα ικανοποιεί τις ιδιαίτερες απαιτήσεις και ανάγκες τους. Όπως αναφέρουν οι ανωτέρω μελετητές ένα ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα εκτελεί έναν αριθμό λειτουργιών όπως:

- ✓ Ενσωμάτωση των πληροφοριών που αφορούν στα απόβλητα της υγειονομικής μονάδας.
- ✓ Παρακολούθηση των παραγόμενων αποβλήτων.
- ✓ Τυποποίηση των διαδικασιών διαχείρισης αποβλήτων.

Στο πληροφοριακό σύστημα που παρουσιάζουν οι Mentzelou et al. (2009) και το οποίο απεικονίζεται στην παρακάτω εικόνα, τα δεδομένα εισάγονται μέσω των σημείων εισαγωγής στοιχείων από κάθε τμήμα/εργαστήριο του νοσοκομείου, επικυρώνονται και αποθηκεύονται σε μια βάση δεδομένων. Συνεπώς ο προσδιορισμός και ο διαχωρισμός των αποβλήτων ολοκληρώνεται. Σύμφωνα με τα κριτήρια που έχουν δοθεί, ο server αυτόματα δημιουργεί ένα μήνυμα για το προσωπικό, τους προμηθευτές και τις εταιρίες που ασχολούνται με τη διαχείριση και επεξεργασία των αποβλήτων.



Εικ.1: Πληροφοριακό σύστημα για τη διαχείριση νοσοκομειακών αποβλήτων (Mentzelou, Vosniakos, Dardavesis, Papadakis, Nikolaou & Athansiadou, 2009:289)

Το πληροφορικό σύστημα περιλαμβάνει αυτόματο υπολογισμό των ποσοτήτων των αποβλήτων, εβδομαδιαίες, μηνιαίες και ετήσιες αναφορές σχετικά με τις ποσότητες των αποβλήτων, υποσύνολα αποβλήτων για τα δεδομένα χρονικά διαστήματα, ετήσια σύνολα των ποσοτήτων των αποβλήτων, εκθέσεις σχετικά με την αξία, τις δαπάνες και τα κέρδη, κατηγορίες, αναφορά των σημείων και των διαδρομών διαχείρισης των αποβλήτων, πληροφορίες για την περιοχή αποθήκευσης των αποβλήτων, αναφορές που αφορούν στον έλεγχο των αποβλήτων. Όπως όμως υπογραμμίζουν οι ανωτέρω μελετητές, η επιτυχημένη εφαρμογή του συστήματος απαιτεί αποδοχή της εισαγωγής του, εκπαίδευση στη λειτουργία του πληροφοριακού συστήματος και στη σωστή διαχείριση των αποβλήτων. Επισημαίνουν τη σπουδαιότητα ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος ως εργαλείο για την αξιολόγηση της απόδοσης του συστήματος διαχείρισης και υιοθέτησης αλλαγών ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι και τα πρότυπα ποιότητας.

Οι Askarian, Heidarpoor & Assadian (2010) από την πλευρά τους μελέτησαν την εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας με σκοπό τη βελτίωση της διαχείρισης των αποβλήτων, τον προσδιορισμό προτύπων, τη μείωση του κόστους και των κινδύνων από τα μολυσματικά απόβλητα στο νοσοκομείο Namazi στο Ιράν. Οι ανωτέρω αναφέρουν ότι ο Rad (2005) τονίζει πως η Διοίκηση Ολική Ποιότητας είναι ένα σημαντικό εργαλείο ενδυνάμωσης της διαδικασίας εφαρμογής καλύτερων ιατρικών πρακτικών και βελτίωσης των ιατρικών αποτελεσμάτων. Οι Askarian et al. (2010) εφάρμοσαν τη Διοίκηση Ολικής

Ποιότητας στο νοσοκομείο Namazi, προσδιορίζοντας εννέα στάδια τα οποία ήταν τα εξής:

1. Αναζήτηση μιας διαδικασίας που χρειάζεται βελτίωση. Συγκεκριμένα επέλεξαν να βελτιώσουν τη διαχείριση και τη μείωση των επικίνδυνων αποβλήτων.
2. Οργάνωση μιας ομάδας, η οποία αφού εκπαιδεύτηκε εφάρμοσε τη διαδικασία. Η ομάδα, η οποία επιλέχθηκε ανάλογα με τα καθήκοντά τους, αποτελούνταν από προϊσταμένους του νοσοκομείου, τον μάνατζερ περιβαλλοντικής υγείας του νοσοκομείου, νοσηλευτές από διαφορετικούς θαλάμους, οι οποίοι ήταν υπεύθυνοι για το διαχωρισμό των αποβλήτων στους θαλάμους τους και τον επικεφαλής των υπεύθυνων συλλογής των ιατρικών αποβλήτων.
3. Αποσαφήνιση της επίκαιρης γνώσης της διαδικασίας. Αξιολογήθηκαν η τρέχουσα παραγωγή αποβλήτων και τα κανάλια διάθεσης αποβλήτων.
4. Κατανόηση των πηγών απόκλισης. Ως ενδεχόμενες πηγές απόκλισης προσδιορίστηκαν οι μέθοδοι, η διαχείριση, οι μεμονωμένοι μάνατζερς, το υλικό και το προσωπικό.
5. Επιλογή της βελτίωσης, η οποία ορίστηκε ως εξορθολογισμός της μεθόδου διαχωρισμού των αποβλήτων με την εισαγωγή νέων διαδικασιών, νέων κατευθυντήριων οδηγιών και την αύξηση της γνώσης του προσωπικού.
6. Σχεδιασμός της βελτίωσης και συνεχής συγκέντρωση δεδομένων. Προκειμένου να δημιουργηθεί μια βάση καταγραφής των αποτελεσμάτων της βελτίωσης και των δεδομένων, τα μολυσματικά απόβλητα ζυγίζονταν ημερησίως για ένα μήνα.
7. Εφαρμογή της βελτίωσης, της συγκέντρωσης και της ανάλυσης των δεδομένων. Καταρτίστηκε και εφαρμόστηκε μια νέα πολιτική για τη διαχείριση των αποβλήτων.
8. Έλεγχος και μελέτη των αποτελεσμάτων. Ένα μήνα μετά την εφαρμογή της πολιτικής, τα απόβλητα ζυγίστηκαν και αναλύθηκαν εκ νέου.
9. Ενέργεια για τη διατήρηση του κέρδους και για συνεχή βελτίωση. Συμφωνήθηκε ότι η νέα στρατηγική, η οποία ήταν επιτυχής, έπρεπε να επεκταθεί σε όλο το νοσοκομείο.

Το αποτέλεσμα της ανωτέρω μελέτης έδειξε ότι η εφαρμογή της Διοίκησης της Ολικής Ποιότητας στο νοσοκομείο οδήγησε σε 26% μείωση των επικίνδυνων αποβλήτων προκαλώντας 26% εξοικονόμηση επί των συνολικών δαπανών για τη διάθεση των ιατρικών αποβλήτων.

Σύμφωνα με τα ανωτέρω, η αποτελεσματικότητα του συστήματος διαχείρισης αποβλήτων επηρεάζεται θετικά από τη χρήση καλών πρακτικών, οι οποίες μπορεί να εμπεριέχουν και τη χρήση της τεχνολογίας. Η υιοθέτησή τους θα πρέπει να αποτελεί

σημαντικό μέλημα όλων των υγειονομικών μονάδων που επιθυμούν την ελαχιστοποίηση της παραγωγής των αποβλήτων, των κινδύνων που προκύπτουν από τη μη σωστή διαχείριση αυτών και την εξοικονόμηση πόρων.

3.4 Ποιοτική έρευνα για τη διαχείριση αποβλήτων στο Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Λήμνου

Όπως όλες οι Υγειονομικές Μονάδες έτσι και το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Λήμνου είναι παραγωγός αποβλήτων. Ένα μέρος αυτών των αποβλήτων ανήκουν στην κατηγορία επικίνδυνα και η διαχείρισή τους θα πρέπει να είναι σύμφωνη με τις οδηγίες και τα μέτρα που έχουν θεσπιστεί έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η ασφάλεια και προστασία των ασθενών, των εργαζομένων και να προστατεύεται το περιβάλλον.

3.4.1 Μεθοδολογία έρευνας

Στη συνέχεια θα παρουσιαστεί η ποιοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε με **αντικείμενο και ερευνητικό πεδίο** τη διαδικασία διαχείρισης των επικίνδυνων αποβλήτων στο Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Λήμνου. **Σκοπός της έρευνας** αποτέλεσε η αποτύπωση της διαδικασίας διαχείρισης των επικίνδυνων αποβλήτων, που θα οδηγήσει στη βελτίωσή της και στη δημιουργία μιας βάσης καταγραφής των δεδομένων με σκοπό τον ορθολογικό διαχωρισμό των αποβλήτων, τη μείωση των ποσοτήτων τους, καθώς και του κόστους συλλογής / μεταφοράς εντός και εκτός της ΥΜ, αποθήκευσης και επεξεργασίας.

Τα **ερευνητικά ερωτήματα** που διατυπώθηκαν προκειμένου να εξυπηρετήσουν το σκοπό της ποιοτικής έρευνας είναι :

1. Ακολουθείται το κανονιστικό πλαίσιο για την εφαρμογή των διαδικασιών ολοκληρωμένης διαχείρισης των αποβλήτων; Έχουν ορισθεί οι υπεύθυνοι της διαχείρισης και έχουν καθορισθεί οι αρμοδιότητες τους στην ενδονοσοκομειακή διαχείριση των ΕΑΥΜ;
2. Έχουν καθορισθεί οι διαδικασίες συλλογής, διαχωρισμού, μεταφοράς και αποθήκευσης και ο εξοπλισμός που θα χρησιμοποιείται; Έχει πραγματοποιηθεί επαρκής εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα διαχείρισης των ΕΑΥΜ που στοχεύουν στη διασφάλιση της υγιεινής και ασφαλείας στους χώρους εργασίας, αλλά και στην προστασία των ασθενών και του περιβάλλοντος;
3. Τηρείται ηλεκτρονικό ή χειρόγραφο Μητρώο παραγωγής ΕΑΥΜ και το σύστημα διαχείρισης των αποβλήτων παρακολουθείται με κάποιο πληροφοριακό σύστημα;

4. Παρακολουθείται η εξέλιξη του κόστους διαχείρισης και εφαρμόζονται πρακτικές μείωσής του;

Η παραγωγή των δεδομένων, για τη μελέτη περίπτωσης στο Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Λήμνου, πραγματοποιήθηκε με την **ερευνητική μέθοδο της ημιδομημένης συνέντευξης** με ένα σύνολο ερωτήσεων προς την Υπεύθυνη Διαχείρισης Αποβλήτων του Νοσοκομείου, η οποία αποτέλεσε το **δείγμα** της έρευνας, με κριτήριο τη μέγιστη δυνατή πληροφόρηση σχετικά με το αντικείμενο, καθώς είναι αρμόδια για την καθημερινή εφαρμογή και τον έλεγχο του συστήματος διαχείρισης των παραγόμενων αποβλήτων. Όπως αναφέρεται στους Ίσαρη και Πουρκός (2015), στην ποιοτική έρευνα το δείγμα δεν χρειάζεται να είναι ποσοτικά μεγάλο, δεν υπάρχουν αριθμητικοί περιορισμοί και σταθεροί κανόνες ως προς το μέγεθος του δείγματος.

3.4.2 Ανάλυση Δεδομένων και Ερμηνεία Ευρημάτων

Από τη **θεματική ανάλυση** των ερευνητικών δεδομένων προέκυψαν τα εξής:

Έχει καταρτιστεί και θεωρηθεί ο Εσωτερικός Κανονισμός Διαχείρισης Αποβλήτων το έτος 2017, αλλά δεν έχει αναθεωρηθεί όπως η νομοθεσία ορίζει λόγω των αυξημένων αναγκών και υποχρεώσεων του προσωπικού που προέκυψαν από την πανδημία covid-19. Με απόφαση του Συμβουλίου Διοίκησης του νοσοκομείου, το έτος 2017 ορίσθηκε η Επιτροπή διαχείρισης των αποβλήτων, αποτελούμενη από τον Διοικητή του νοσοκομείου, την Πρόεδρο της Επιτροπής Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, τη Δ/ντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, τους Δ/ντές των Κλινικών Τμημάτων, τον Δ/ντή του Ακτινολογικού Τμήματος, την Υπεύθυνη του Φαρμακείου, την Προϊστάμενη του Τμήματος Επιστασίας και Ιματισμού, τη Νοσηλεύτρια Επιτήρησης Λοιμώξεων, την Επισκέπτρια Υγείας ως Αναπληρώτρια της Νοσηλεύτριας Επιτήρησης Λοιμώξεων, τον Υπεύθυνο Αποθήκευσης με τον αναπληρωτή του.

Από την Επιτροπή Διαχείρισης Αποβλήτων του Γ.Ν. – Κέντρο Υγείας Λήμνου έχει ορισθεί ΥΔΑΥΜ, η ιδιότητα της οποίας συμπίπτει με αυτή της Νοσηλεύτριας επιτήρησης λοιμώξεων, λόγω σχετικότητας με το αντικείμενο. Επιβλέπει όλες τις διαδικασίες, προγραμματίζει την αποκομιδή των αποβλήτων που παράγονται στο νοσοκομείο, έχει καταρτίσει τον Εσωτερικό Κανονισμό Αποβλήτων, έχει δημιουργήσει τα απαραίτητα έντυπα, καταθέτει ετησίως έκθεση στο ηλεκτρονικό μητρώο αποβλήτων και ασκεί όλα τα καθήκοντα που ορίζει η νομοθεσία. Έχει τη γενική εποπτεία του συστήματος συλλογής των αποβλήτων στους κατάλληλους περιέκτες, της μεταφοράς και της αποθήκευσης των ΕΑΥΜ εντός της Υ.Μ. και της παράδοσής τους στην εξουσιοδοτημένη εταιρεία που θα τα παραλάβει και θα τα μεταφέρει εκτός Υ.Μ. για την

περαιτέρω επεξεργασία τους, αποστείρωση ή αποτέφρωση. Σε συγκεκριμένες περιπτώσεις έχει προκύψει συνεργασία της ΥΔΑΥΜ με τον Πρόεδρο της επιτροπής λοιμώξεων και συγκεκριμένα σε λανθασμένη απόρριψη αιχμηρών αντικειμένων και στον τραυματισμό προσωπικού.

Με ευθύνη της ΥΔΑΥΜ, για πρώτη φορά το έτος 2016 πραγματοποιήθηκαν από την ίδια εκπαιδευτικά σεμινάρια για το Νοσηλευτικό, Ιατρικό, Διοικητικό, Παραϊατρικό προσωπικό και το Συνεργείο Καθαριότητας, στις θεματικές ενότητες :

1. Οδηγίες εφαρμογής των πρακτικών διαχείρισης των αποβλήτων.
2. Υγιεινή των χεριών και χρήση μέσων ατομικής προστασίας.
3. Τραυματισμοί προσωπικού από αιχμηρά αντικείμενα και έκθεση σε βιολογικά υγρά.
4. Αντιμετώπιση ατυχημάτων και Σχέδιο Έκτακτης Ανάγκης.
5. Πληροφόρηση σχετικά με τους ρόλους και τις υπευθυνότητες κάθε κατηγορίας εργαζόμενων σύμφωνα με τον Εσωτερικό Κανονισμό.

Εκτός από το θεωρητικό μέρος, που επαναλαμβάνεται δύο φορές το χρόνο, καθώς και όταν προσλαμβάνεται νέο προσωπικό, η εκπαίδευση περιλαμβάνει και πρακτική εφαρμογή επιτόπου στο κάθε τμήμα.

Από τους Δ/ντές των κλινικών του νοσοκομείου έχουν ορισθεί ΤΥΔΑΥΜ, εννέα (9) τακτικοί με τους αντίστοιχους αναπληρωτές τους, για τα εξής Τμήματα : Παθολογικό, Χειρουργικό-Ορθοπαιδικό, Παιδιατρικό, Γυναικολογικό/Μαιευτικό, Χειρουργείο-Αναισθησιολογικό, Βιοπαθολογικό-Βιοχημικό-Αιμοδοσίας, Ψυχιατρικό, Τμήμα Επειγόντων Φροντίδας Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού. Οι αρμοδιότητες που ασκούν οι ΤΥΔΑΥΜ είναι να ελέγχουν τη διαχείριση των αποβλήτων στα Τμήματά τους, να επικοινωνούν με τον ΥΔΑΥΜ για τις διαδικασίες, να συμπληρώνουν τα απαραίτητα έντυπα-δελτία για τη μεταφορά των αποβλήτων από το τμήμα τους στο χώρο αποθήκευσης.

Για τη μεταφορά των ΕΑΥΜ όλο το προσωπικό του συνεργείου καθαρισμού έχει εκπαιδευτεί και γνωρίζει πως θα αντιμετωπίσει ένα περιστατικό με διασκορπισμένα επικίνδυνα υλικά, εφαρμόζοντας ανάλογα με το γεγονός το σχέδιο έκτακτης ανάγκης και τις οδηγίες για χρήση συγκεκριμένου εξοπλισμού, υλικών και εργαλείων από το προσωπικό καθαριότητας. Αν και έχει πραγματοποιηθεί εκπαίδευση για το ρόλο του μέλους διαχείρισης των ΕΑΥΜ και έχουν δοθεί τεχνικές οδηγίες, ο Προϊστάμενος του Τμήματος Επιστάσιας και Ιματισμού δεν ασχολείται με το συντονισμό της μεταφοράς ΕΑΥΜ, αν και εκ της νομοθεσίας είναι στις αρμοδιότητές του. Επίσης, συγκεκριμένες

είναι και οι ενέργειες του Υπευθύνου αποθήκευσης, καθώς επιβλέπει και ελέγχει τον ψυκτικό θάλαμο αποθήκευσης και ενημερώνει τον ΥΔΑΥΜ για οποιοδήποτε πρόβλημα παρουσιαστεί αλλά δεν έχει την ευθύνη του ελέγχου και της παραλαβής των εισερχομένων ποσοτήτων προς αποθήκευση μέχρι να μεταφερθούν εκτός Υ.Μ. από την εξουσιοδοτημένη εταιρεία. Ο ΥΔΑΥΜ είναι αυτός που ελέγχει και παραλαμβάνει τα ΕΑΥΜ στο χώρο αποθήκευσης και υπογράφει τα σχετικά έντυπα.

Η παραγωγή αποβλήτων στο νοσοκομείο της Λήμνου αφορά κυρίως στα Επικίνδυνα Απόβλητα Αμιγώς Μολυσματικά (ΕΑΑΜ), των οποίων η ετήσια ποσότητα από το 2017 και μετά κυμαίνεται περίπου στα 7.000 κιλά, στα 1.000-1.200 κιλά η ποσότητα των Μικτών Επικίνδυνων Αποβλήτων (ΜΕΑ) και στα 5 κιλά αυτών των Άλλων Επικίνδυνων Αποβλήτων (ΑΕΑ), εκτός κάποιων ειδικών περιπτώσεων που ανήλθε στα 30 κιλά. Εξαιτίας της πανδημίας COVID-19, το έτος 2020 παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των ΕΑΑΜ στα 10.000 κιλά περίπου και των ΜΕΑ στα 1.800 κιλά. Η παραγωγή Αστικών Στερεών Αποβλήτων (ΑΣΑ), που προσομοιάζουν με τα οικιακά απόβλητα και δίνονται στον ΟΤΑ, ανέρχεται σε 25.000 κιλά ετησίως.

Μετά τη συλλογή των ΕΑΥΜ στα τμήματα και το διαχωρισμό τους στον κατάλληλο περιέκτη (κίτρινο ή κόκκινο), από το σύνολο του προσωπικού (νοσηλευτικό, ιατρικό και παραϊατρικό), ακολουθούνται οι ενδεδειγμένες διαδικασίες συσκευασίας σε κουτιά και σακούλες (εσωτερικές και εξωτερικές) και πραγματοποιείται η μεταφορά τους για την προσωρινή αποθήκευσή τους στον ψυκτικό θάλαμο χωρητικότητας 500 κυβικών, σε εξωτερικό χώρο του υπογείου του νοσοκομείου, ο οποίος πληροί συγκεκριμένες προδιαγραφές. Η μεταφορά τους γίνεται με ειδικό κλειστό τροχήλατο από το συνεργείο καθαρισμού που έχει εκπαιδευτεί και η παραμονή τους στον ψυκτικό θάλαμο έως την παραλαβή τους από την εξουσιοδοτημένη εταιρεία διαρκεί έως ένα μήνα. Εξαιρέση αποτελούν τα ΕΑΥΜ του Μικροβιολογικού τμήματος που κατευθύνονται σε μια μονάδα αδρανοποίησης του νοσοκομείου, δύο ξεχωριστών δεξαμενών, τα οποία μέσω διακριτού αποχετευτικού δικτύου καταλήγουν στον βιολογικό καθαρισμό του νοσοκομείου. Δεν πραγματοποιείται καμία επεξεργασία αποστείρωσης και αποτέφρωσης στο νοσοκομείο, αλλά μετά την παραλαβή τους από την εξουσιοδοτημένη εταιρεία μεταφέρονται εκτός Υ.Μ. με φορτηγά ψυγεία, μία φορά το μήνα, στις κατάλληλες μονάδες επεξεργασίας.

Για την καταγραφή των παραγόμενων ποσοτήτων ανά κατηγορία αποβλήτων, αριθμό κυτίων και κιλών, τηρείται από την ΥΔΑΥΜ χειρόγραφο Μητρώο Παραγωγής ΕΑΥΜ, με βάση την ενημέρωση που λαμβάνει από τους ΤΥΔΑΥΜ, η οποία λόγω

φόρτου εργασίας είναι συνήθως τηλεφωνική. Ο υπεύθυνος αποθήκης δεν ενημερώνει με συγκεντρωτικά στοιχεία αποθήκευσης αποβλήτων. Για την παρακολούθηση της διαδικασίας διαχείρισης των αποβλήτων χρησιμοποιούνται τα πρότυπα έντυπα που αναφέρονται στο ΦΕΚ της Υ.Α., τα οποία έχουν απλοποιηθεί για τη διευκόλυνση του προσωπικού και συμπληρώνονται χειρόγραφα. Δεν τηρούνται ηλεκτρονικά αρχεία και κανένα στάδιο της διαδικασίας διαχείρισης δεν καταχωρείται σε πληροφοριακό σύστημα. Μόνο η δημιουργία της ετήσιας έκθεσης αποβλήτων πραγματοποιείται με τη χρήση της ηλεκτρονικής πλατφόρμας του Υπουργείου Περιβάλλοντος και Ενέργειας.

Το κόστος διαχείρισης των αποβλήτων συνίσταται κυρίως στην προμήθεια των υλικών συλλογής (αγορά περιεκτών, κουτιών, σακουλών), των μέσων μεταφοράς εντός της Υ.Μ. (τροχήλατων), των ψυκτικών μέσων των θαλάμων αποθήκευσης και σε λειτουργικά έξοδα. Το μεγαλύτερο μέρος στο συνολικό κόστος καταλαμβάνει το κόστος μεταφοράς εκτός της Υ.Μ., δηλαδή η χρέωση μεταφοράς αποβλήτων από αδειοδοτημένη εταιρεία. Η πορεία του κόστους είναι αυξητική, καθώς αυξήθηκαν οι παραγόμενες ποσότητες αποβλήτων.

Στο πλαίσιο της σωστής διαχείρισης αποβλήτων, της μείωσης της παραγωγής τους και της μείωσης του κόστους διαχείρισης, δίνεται μεγάλη σημασία στην εκπαίδευση του προσωπικού του νοσοκομείου έτσι ώστε να πραγματοποιείται σωστά η διαλογή στα σημεία παραγωγής και να μην απορρίπτονται αστικά απόβλητα στα κυτία των επικίνδυνων. Εξαιτίας της πανδημίας COVID-19 έχει παρατηρηθεί ότι το προσωπικό θεωρεί ασφαλέστερο απόβλητα που προσομοιάζουν με αστικά να τα απορρίπτει στους περιέκτες των ΕΑΑΜ, προκαλώντας έτσι την αύξηση του κόστους μεταφοράς και επεξεργασίας.

Από τα ανωτέρω στοιχεία της ποιοτικής έρευνας προκύπτει ότι :

1. Ακολουθείται το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο και με τον εσωτερικό κανονισμό διαχείρισης αποβλήτων έχουν καθορισθεί οι στόχοι του Γ.Ν.-Κ.Υ. Λήμνου αναφορικά με τη διαχείριση των ιατρικών αποβλήτων, οι οποίοι είναι δεσμευτικοί για όλο το προσωπικό του νοσοκομείου. Έχουν ορισθεί οι υπεύθυνοι που εμπλέκονται στην ενδονοσοκομειακή διαχείριση και έχουν καθορισθεί οι αρμοδιότητές τους και οι διαδικασίες διαχείρισης των αποβλήτων.
2. Παρά τον καθορισμό των διακριτών ρόλων και τον καθορισμό των διαδικασιών συλλογής, διαχωρισμού, μεταφοράς και αποθήκευσης των αποβλήτων, υπάρχουν υπεύθυνοι που δεν ασκούν ολοκληρωμένα τις αρμοδιότητές τους. Ο Υπεύθυνος Διαχείρισης Αποβλήτων Υγειονομικής Μονάδας (ΥΔΑΥΜ) διαθέτει τη γενική

εποπτεία του συστήματος συλλογής των αποβλήτων, της αποθήκευσής τους, όπως και το γενικό έλεγχο της μεταφοράς εντός και εκτός της ΥΜ, καθώς και την ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού.

3. Δεν τηρείται ηλεκτρονικό μητρώο παραγωγής ΕΑΥΜ, καθώς δεν χρησιμοποιείται πληροφοριακό σύστημα για την παρακολούθηση του συστήματος διαχείρισης των αποβλήτων, τη δημιουργία αρχείων και την εξαγωγή συγκεντρωτικών στοιχείων και δεδομένων που θα συμβάλουν στη βελτίωση της διαδικασίας, πιο αποτελεσματικής και πιο αποδοτικής.
4. Το προσωπικό της υγειονομικής μονάδας είναι επαρκώς εκπαιδευμένο σε θέματα διαχείρισης των ΕΑΥΜ και πραγματοποιείται η επικαιροποίηση των γνώσεων του ανά τακτά χρονικά διαστήματα για τη διασφάλιση της υγιεινής και ασφαλείας στους χώρους εργασίας.
5. Διαφαίνεται η αναγκαιότητα εφαρμογής μιας καλής πρακτικής που θα οδηγήσει στη μείωση του κόστους διαχείρισης, στη διάθεση των οικονομικών πόρων σε άλλες υπηρεσίες υγείας του νοσοκομείου και θα συμβάλλει στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών.

3.5 Διαχείριση αποβλήτων στο Γ.Ν.- Κέντρο Υγείας Λήμνου με εφαρμογή πληροφοριακού συστήματος ως καλή πρακτική

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι το σύστημα διαχείρισης των αποβλήτων του Γενικού Νοσοκομείου – Κέντρο Υγείας Λήμνου δεν παρακολουθείται με κάποιο πληροφοριακό σύστημα. Η εφαρμογή του προτείνεται ως καλή πρακτική που θα συμβάλλει στην ορθή εισαγωγή δεδομένων που θα αφορούν στις παραγόμενες ποσότητες αποβλήτων, στην επεξεργασία τους έτσι ώστε να δημιουργηθούν αυτόματα πληροφορίες που θα αποτυπωθούν στα κατάλληλα έντυπα, θα τηρηθούν σε μορφή αρχείων, θα εξαχθούν συγκεντρωτικά στοιχεία και θα συνταχθούν αναφορές και εκθέσεις. Στόχος είναι να επιτευχθούν μετρήσιμα αποτελέσματα, να βελτιωθούν οι εσωτερικές διαδικασίες της διαχείρισης των αποβλήτων και να υποστηριχθεί η διαδικασία λήψης αποφάσεων για τη μείωση του κόστους διαχείρισης των αποβλήτων.

Η εφαρμογή του πληροφορικού συστήματος θα πληροί τα παρακάτω κριτήρια:

- ✓ αποτελεσματικότητα,
- ✓ αποδοτικότητα, ώστε με τη χρήση πόρων και χρόνου να παράγονται αποτελέσματα σε ένα αποδεκτό επίπεδο,
- ✓ υποστήριξη και δέσμευση από τη διοίκηση και συμμετοχή όλων των τμημάτων που εμπλέκονται στη διαχείριση των αποβλήτων,

- ✓ εστίαση στην παραγωγή πληροφοριών που αφορούν στα στοιχεία παραγωγής, αποθήκευσης, επεξεργασίας και κόστους διαχείρισης των επικίνδυνων αποβλήτων,

καθιστώντας την υιοθέτηση του πληροφοριακού συστήματος καλή πρακτική που θα συμβάλει στη σωστή διαχείριση των επικίνδυνων αποβλήτων του νοσοκομείου.

Οι απαιτήσεις ενός πληροφοριακού συστήματος που θα εφαρμοστεί στη διαχείριση των αποβλήτων περιλαμβάνουν:

- την εισαγωγή δεδομένων που αφορούν στα απόβλητα,
- την αυτόματη δημιουργία αρχείων αποβλήτων και ενός τυποποιημένου εσωτερικού συστήματος μεταφοράς,
- την παροχή αναφορών, ασφάλειας και ελέγχων των αποβλήτων, τον υπολογισμό του ποσοστού ανακύκλωσης, την εκτίμηση του ποσού για την προμήθεια αποθηκευτικών μέσων και ένα προσανατολισμένο προς το χρήστη σύστημα (Mentzelou et al., 2009).

Οι Mehdipour & Zerehkafi (2013) τονίζουν ότι το πληροφοριακό σύστημα είναι ένα «περιεκτικό, ενσωματωμένο σύστημα, σχεδιασμένο για να διαχειριστεί τις διοικητικές, χρηματοοικονομικές πτυχές ενός νοσοκομείου. Ο σκοπός ενός νοσοκομειακού πληροφοριακού συστήματος είναι να επιτύχει την καλύτερη δυνατή υποστήριξη στην περίθαλψη των ασθενών και στη Διοίκηση από την ηλεκτρονική επεξεργασία δεδομένων» (σελ. 55). Οι ανωτέρω μελετητές υπογραμμίζουν ότι οι κύριοι στόχοι ενός πληροφοριακού συστήματος είναι η ακρίβεια, η αξιοπιστία, κανένας πλεονασμός, η άμεση ανάκτηση των πληροφοριών, άμεση αποθήκευσή τους και εύκολο στη λειτουργία. Το πληροφοριακό σύστημα μπορεί να ορισθεί ως ένα σύνολο στοιχείων που αλληλοεπιδρούν για να παράγουν πληροφορίες. Κατά τον Kroenke, όπως αναφέρεται από τον Steven Alter (2008) πέντε είναι τα στοιχεία ενός πληροφοριακού συστήματος:

1. Υλικό (hardware),
2. Λογισμικό (software),
3. Δεδομένα (data),
4. Διαδικασίες (procedures),
5. Άνθρωποι (people).

Επομένως, στο πληροφοριακό σύστημα διαχείρισης των επικίνδυνων αποβλήτων θα πρέπει να οριστούν οι χρήστες, να καθοριστεί το είδος των δεδομένων που

χρησιμοποιεί, καθώς και οι διαδικασίες που θα υποστηρίζει. Συγκεκριμένα, οι χρήστες του πληροφοριακού συστήματος θα είναι:

1. Υπεύθυνος Διαχείρισης Αποβλήτων της Υγειονομικής Μονάδας (ΥΔΑΥΜ), ο οποίος είναι αρμόδιος για την κατάρτιση του εσωτερικού κανονισμού διαχείρισης αποβλήτων, δημιουργεί αρχεία με συγκεντρωτικά στοιχεία παραγωγής, αποθήκευσης και επεξεργασίας των ΕΑΥΜ και ενημερώνει τα μητρώα που αφορούν στην παρακολούθηση του συστήματος διαχείρισης των αποβλήτων με βάση τα δεδομένα που εισάγουν οι ΤΥΔΑΥΜ. Επίσης, αποστέλλει τα συγκεντρωτικά στοιχεία που εξάγονται από το πληροφοριακό σύστημα, ανά τακτά χρονικά διαστήματα, στον Διοικητή του νοσοκομείου, στην Επιτροπή Διαχείρισης Αποβλήτων και στις αρμόδιες εποπτεύουσες αρχές, με τη μορφή αναφορών και εκθέσεων. Είναι υπεύθυνος για την τήρηση αρχείων που θα βοηθήσουν το αρμόδιο οικονομικό τμήμα να διαμορφώσει δεδομένα κόστους συλλογής, μεταφοράς, αποθήκευσης και επεξεργασίας των ΕΑΥΜ, καθώς και αρχείων για τα εκπαιδευτικά προγράμματα που έχουν παρουσιασθεί στην ΥΜ, τις ομάδες που έχουν συμμετάσχει σε αυτά καθώς και το περιεχόμενο των προγραμμάτων αυτών.
2. Υπεύθυνος Διαχείρισης ΑΥΜ Τμήματος (ΤΥΔΑΥΜ), ο οποίος εισάγει τις ποσότητες των παραγόμενων ΕΑΥΜ από τη λειτουργία του τμήματος στο πληροφοριακό σύστημα έτσι ώστε να εξαχθούν συγκεντρωτικά στοιχεία παραγωγής ΕΑΥΜ ανά τμήμα της ΥΜ.
3. Υπεύθυνος αποθήκευσης ΕΑΥΜ, που ενημερώνει το πληροφοριακό σύστημα μετά την παραλαβή των ποσοτήτων προς αποθήκευση, έτσι ώστε να δημιουργηθεί το αρχείο παραλαβής για την αποθήκευση αποβλήτων, καθώς και κάθε φορά που εξάγονται από την αποθήκη επικίνδυνα απόβλητα προς επεξεργασία, δημιουργώντας το αρχείο εξόδου αποβλήτων και το αρχείο με τα συγκεντρωτικά στοιχεία αποθήκης.
4. Υπεύθυνος φαρμακείου, ο οποίος καταχωρεί στο πληροφοριακό σύστημα τις ποσότητες των φαρμάκων που πρέπει να καταστραφούν.

Το είδος δεδομένων που θα περιλαμβάνει είναι:

1. Κατηγορία ΕΑΥΜ και συγκεκριμένα: (i) Επικίνδυνα Απόβλητα Αμιγώς Μολυσματικά (ΕΑΑΜ), (ii) Μικτά Επικίνδυνα Απόβλητα (ΜΕΑ), (iii) Άλλα Επικίνδυνα Απόβλητα (ΑΕΑ), (iv) Ειδικά Ρεύματα Αποβλήτων.
2. Μέσα συσκευασίας. Τα ευρέως χρησιμοποιούμενα μέσα είναι οι περιέκτες κόκκινου και κίτρινου χρώματος, τα χάρτινα κουτιά και οι σακούλες κόκκινου και κίτρινου χρώματος.

3. Μέσα μεταφοράς. Εντός της Υ.Μ. η μεταφορά γίνεται με ειδικά μέσα, τροχήλατα καρότσια συγκεκριμένων προδιαγραφών .
4. Μέσα αποθήκευσης. Ο χώρος αποθήκευσης των αποβλήτων εντός της Υ.Μ. είναι ο ψυκτικός θάλαμος.
5. Προστατευτικός εξοπλισμός, δηλαδή τα μέσα ατομικής προστασίας (γάντια, φόρμα προστασίας, βιομηχανικές ποδιές, μπότες) κατά τη μεταφορά των ΕΑΥΜ.
6. Τμήματα Υγειονομικής Μονάδας που παράγουν και διαχειρίζονται απόβλητα.
7. Αριθμός κλινών, για να προσδιορίζεται η παραγωγή και το κόστος ανά κλίνη.
8. Αποστολές προς αποθήκευση.
9. Μεταφορέας εκτός υγειονομικής μονάδας.
10. Αποστολές προς επεξεργασία.
11. Μονάδα επεξεργασίας αποβλήτων.
12. Είδος επεξεργασίας, αποτέφρωση ή αποστείρωση.
13. Προγράμματα εκπαίδευσης.
14. Ατυχήματα.

Οι διαδικασίες που υποστηρίζει το Πληροφοριακό Σύστημα είναι οι εξής:

1. Καταγραφή των παραγόμενων ΕΑΥΜ προς αποθήκευση εντός της Υ.Μ..
2. Μεταφορά ΕΑΥΜ για αποθήκευση εντός Υ.Μ..
3. Αποθήκευση ΕΑΥΜ εντός Υ.Μ..
4. Μεταφορά ΕΑΥΜ εκτός Υ.Μ..
5. Επεξεργασία των ΕΑΥΜ εκτός Υ.Μ..
6. Καταγραφή συμβάντων και περιστατικών.
7. Εκπαίδευση του προσωπικού.
8. Καθορισμός κόστους διαχείρισης ΑΥΜ.

Οι πληροφορίες που παράγει το Πληροφοριακό σύστημα είναι:

1. Συγκεντρωτικά στοιχεία παραγωγής επικίνδυνων ΑΥΜ ανά Τμήμα και στο σύνολο της Υγειονομικής Μονάδας.
2. Στοιχεία αποθήκευσης επικίνδυνων αποβλήτων.
3. Στοιχεία εξόδου – επεξεργασίας επικίνδυνων αποβλήτων της Υγειονομικής Μονάδας.
4. Στοιχεία κόστους διαχείρισης αποβλήτων της Υγειονομικής Μονάδας.
5. Ανάγκες εκπαίδευσης του προσωπικού.
6. Μητρώο για την παραγωγή και διαχείριση ΕΑΥΜ.

Η ροή της διαδικασίας διαχείρισης των επικίνδυνων αποβλήτων του Γενικού Νοσοκομείου – Κέντρο Υγείας Λήμνου, με πληροφοριακό σύστημα θα έχει ως εξής:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ - ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΑΠΟΘΗΚΕΥΣΗ:

1. Ο ΤΥΔΑΥΜ στέλνει μήνυμα στο Τμήμα Επιστασίας και Καθαριότητας για τη μεταφορά επικίνδυνων αποβλήτων στο χώρο αποθήκευσης.
2. Ο ΤΥΔΑΥΜ καταχωρεί στο πληροφοριακό σύστημα τις παραγόμενες προς αποθήκευση ποσότητες ΕΑΥΜ, εκδίδει και υπογράφει κατά την αποστολή στους χώρους αποθήκευσης το αντίστοιχο Έντυπο αποστολής.
3. Ο Υπεύθυνος αποθήκευσης ελέγχει τις εισερχόμενες ποσότητες ΕΑΥΜ (πλήθος περιεκτών) στο χώρο αποθήκευσης και κατά την παραλαβή τους υπογράφει το Έντυπο αποστολής των παραγόμενων ΕΑΥΜ προς αποθήκευση. Στη συνέχεια, αντίγραφο του παραπάνω εντύπου επιστρέφεται στον ΤΥΔΑΥΜ. Ο Υπεύθυνος αποθήκευσης δημιουργεί αρχείο παραλαβής για την αποθήκευση αποβλήτων από τα Τμήματα και τις Κλινικές της Υγειονομικής Μονάδας.
4. Ο ΤΥΔΑΥΜ εξάγει πίνακα στοιχείων παραγωγής αποβλήτων ανά Τμήμα και αποστέλλει τα στοιχεία στον ΥΔΑΥΜ, ανά τακτά χρονικά διαστήματα (1 φορά εβδομαδιαίως) ή ανάλογα με τις ανάγκες της ΥΜ ή/και όποτε του το ζητά ο ΥΔΑΥΜ.
5. Με βάση τα στοιχεία παραγωγής αποβλήτων των Τμημάτων ο ΥΔΑΥΜ εξάγει τον Πίνακα συγκεντρωτικών στοιχείων παραγωγής αποβλήτων στην Υγειονομική Μονάδα.

ΕΞΑΓΩΓΗ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ:

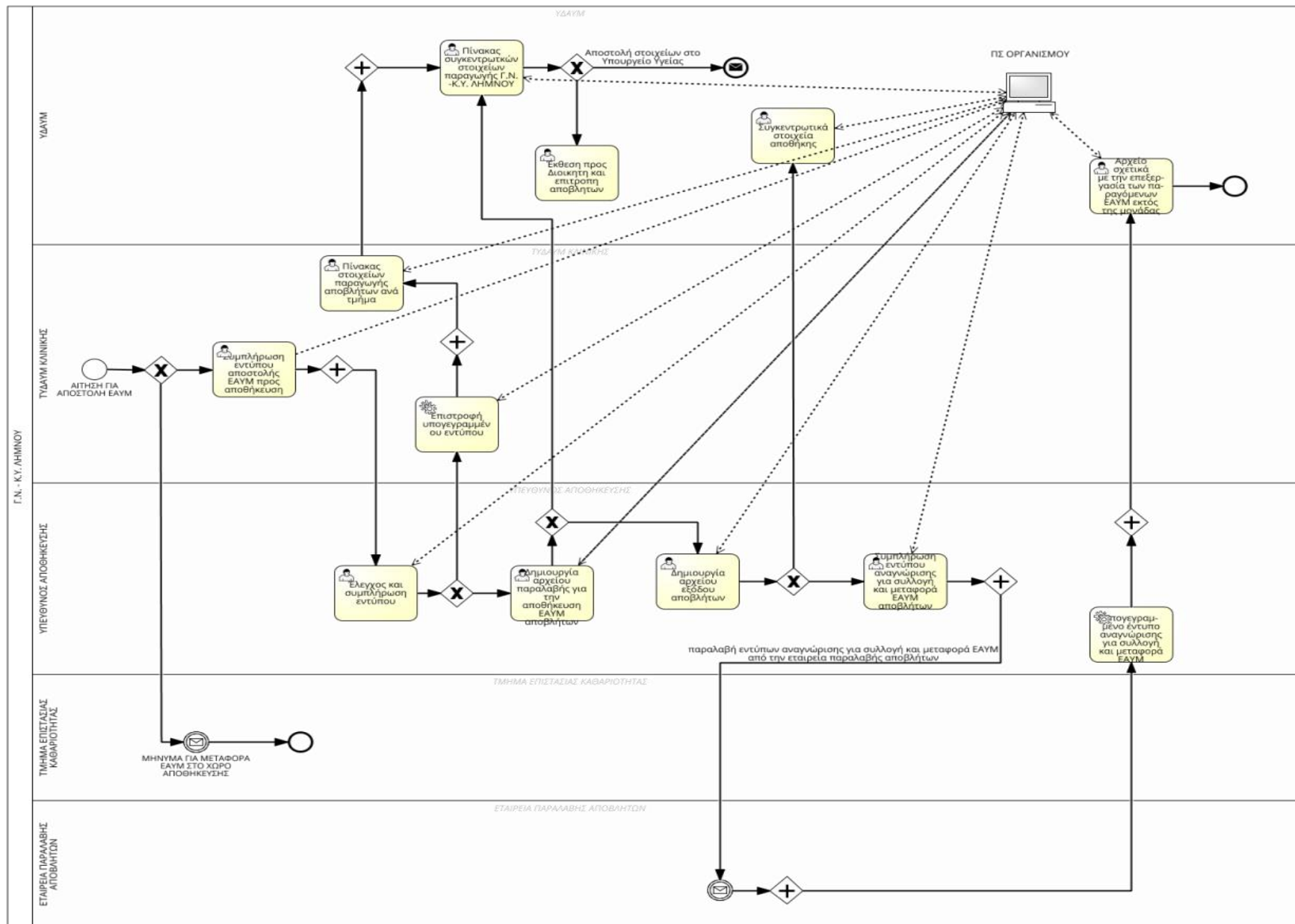
1. Ο Υπεύθυνος αποθήκευσης, κάθε φορά που εξάγονται από την αποθήκη επικίνδυνα απόβλητα προς επεξεργασία (εκτός της ΥΜ) ενημερώνει το αντίστοιχο αρχείο με πληροφορίες που αφορούν στην έξοδο ΕΑΥΜ από τους χώρους αποθήκευσης.
2. Το αρχείο παραλαβής για την αποθήκευση ΕΑΥΜ αποστέλλεται στον ΥΔΑΥΜ για τη εξαγωγή του Πίνακα συγκεντρωτικών στοιχείων παραγωγής.
3. Το αρχείο εξόδου αποβλήτων αποστέλλεται στον ΥΔΑΥΜ για να εξαχθούν Συγκεντρωτικά στοιχεία αποθήκης.
4. Τα ΕΑΥΜ που οδηγούνται προς επεξεργασία εκτός της ΥΜ, συνοδεύονται από το Έντυπο αναγνώρισης για τη συλλογή και μεταφορά επικινδύνων αποβλήτων σε τρία (3) αντίγραφα. Ο μεταφορέας παραλαμβάνει και τα τρία αυτά αντίγραφα προκειμένου να συμπληρωθούν και να υπογραφούν από τον υπεύθυνο εγκατάστασης επεξεργασίας ΕΑΥΜ. Στη συνέχεια ο μεταφορέας επιστρέφει ένα υπογεγραμμένο αντίγραφο στον Υπεύθυνο αποθήκης, διατηρεί ο ίδιος στα αρχεία του το δεύτερο και το τρίτο το διατηρεί ο υπεύθυνος επεξεργασίας.

5. Ο Υπεύθυνος αποθήκης αποστέλλει το υπογεγραμμένο έντυπο αναγνώρισης στον ΥΔΑΥΜ, ο οποίος και το διατηρεί στο αρχείο του, ώστε ο ΥΔΑΥΜ να διατηρεί όλα τα έγγραφα που αποδεικνύουν τη σωστή επεξεργασία των ΕΑΥΜ.
6. Επιπλέον, ο ΥΔΑΥΜ με βάση τα στοιχεία του ανωτέρω εντύπου εξάγει αρχείο σχετικά με την επεξεργασία των παραγόμενων ΕΑΥΜ εκτός της Υγειονομικής Μονάδας, το οποίο ενημερώνεται κάθε φορά που απόβλητα από την αποθήκευση αποστέλλονται προς επεξεργασία εκτός μονάδας.

ΕΞΑΓΩΓΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ – ΕΚΘΕΣΕΙΣ

Ο ΥΔΑΥΜ αποστέλλει στοιχεία σχετικά με την παραγωγή ΕΑΥΜ της Υγειονομικής Μονάδας στο εποπτεύον Υπουργείο Υγείας. Επίσης, με βάση τα ανωτέρω στοιχεία συντάσσει έκθεση, ανά τακτά χρονικά διαστήματα, προς το Διοικητή της ΥΜ και την Επιτροπή διαχείρισης των αποβλήτων.

Στη συνέχεια παρατίθεται η διαδικασία σε σημειογραφία BPMN στο εργαλείο Signavio:



Ένα Πληροφοριακό Σύστημα αποτελεί ένα μέσο διαχείρισης παραγωγικών λειτουργιών με στόχο :

- ✓ να επιτευχθεί αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα,
- ✓ να βελτιωθεί η διαδικασία λήψης αποφάσεων,
- ✓ να εξαλειφθούν προβλήματα ποιότητας, καθώς μειώνεται ο συνολικός χρόνος που μεσολαβεί από την αρχή μιας διεργασίας έως το τέλος της και ο σύντομος κύκλος συμβάλλει ώστε να γίνουν αντιληπτά τα σφάλματα στο πρώιμο στάδιο μιας διαδικασίας (Laudon K. & Laudon G., 2009).

Οι Kuo, Liu, Talley & Pan (2018) υποστηρίζουν ότι η εισαγωγή ενός πληροφοριακού συστήματος βοηθάει στην επίλυση πολλών προβλημάτων καθώς οι δαπάνες και η ζήτηση για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας αυξάνονται. Οι Mehdipour & Zerehkafi (2013) υποστηρίζουν ότι ένα νοσοκομειακό πληροφοριακό σύστημα προσφέρει εύκολη πρόσβαση στα δεδομένα ώστε να παράγονται ποικίλα αρχεία, βοηθάει στη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, στη λήψη αποφάσεων για την ανάπτυξη πολιτικών, στην αποδοτική χρηματοοικονομική διοίκηση, στη βελτίωση της ποιότητας της καταγραφής, ενισχύει την ακεραιότητα των πληροφοριών, μειώνει τα λάθη εγγραφής και τη διπλή καταχώριση των πληροφοριών και συμβάλλει στην ανάπτυξη μιας κοινής βάσης δεδομένων. Η επιτυχής όμως εφαρμογή ενός πληροφοριακού συστήματος απαιτεί αποδοχή της εφαρμογής, γεγονός που συνεπάγεται αλλαγές στους ρόλους του προσωπικού ή των καθιερωμένων μεθόδων διαχείρισης των αποβλήτων, κατάρτιση στη λειτουργία των πληροφοριακών συστημάτων, στη σωστή διαχείριση των κλινικών αποβλήτων και εκπαίδευση του προσωπικού του νοσοκομείου στη διαχείριση των αποβλήτων (Mentzelou et al., 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΣΥΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΓΡΑΦΕΙΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΛΗΠΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Πρωταρχικός στόχος για κάθε σύστημα υγείας είναι η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που θα αποτελούν μια ιδανική εμπειρία για τους ασθενείς και την οικογένειά τους. Η εγκαθίδρυση ασφαλών και υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας αποτελεί κύριο χαρακτηριστικό της ανθρωποκεντρικής φροντίδας (person-centred care) που σέβεται τις προτιμήσεις, τις ανάγκες και τις αξίες κάθε μεμονωμένου ασθενή. Για το λόγο αυτό πρέπει να διερευνάται και να γίνεται κατανοητό τι είναι σημαντικό για τον ασθενή, εστιάζοντας στην εμπιστοσύνη μεταξύ αυτού και των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, καθιερώνοντας τον αμοιβαίο σεβασμό, την ίση πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, την υποστήριξη, την ενημέρωση, την επικοινωνία και το συντονισμό της φροντίδας με τη συμμετοχή των ιδίων και της οικογένειάς τους.

Το εθνικό σύστημα υγείας της Ελλάδας με συγκεκριμένη νομοθεσία έχει καθορίσει τα δικαιώματα των Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας και οι οργανισμοί υγείας υιοθετούν πολιτικές και διοικητικές πρακτικές δημιουργώντας χάρτες ενημέρωσης σχετικά με τις ενδονοσοκομειακές διαδικασίες, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ληπτών υπηρεσιών υγείας, τη διοικητική υποστήριξη, την ανατροφοδότηση δεδομένων για τη βελτίωση της ποιότητας και της ικανοποίησης των ασθενών. Επίσης, έχει συστήσει όργανα προστασίας αυτών των δικαιωμάτων και οργανικές μονάδες για την υποδοχή και την καθοδήγηση των προσερχόμενων ασθενών και των συνοδών τους και την πληροφόρησή τους για τους κανόνες λειτουργίας του κάθε νοσοκομείου. Τέτοιες οργανικές μονάδες αποτελούν το Ειδικό Γραφείο με τίτλο «Γραφείο Υποδοχής Ασθενών» (άρθρο 6 παρ. 4 Νόμος 2889/2001), καθώς και το «Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας» (άρθρο 60 Νόμος 4368/2016). Σε κάθε νοσοκομείο της χώρας πρέπει να συσταθεί και να στελεχωθεί αντίστοιχο Γραφείο, το οποίο εκτός από τις αρμοδιότητες που προαναφέρθηκαν θα είναι υπεύθυνο για τη συλλογή και διεκπεραίωση καταγγελιών και παραπόνων, τη διευκόλυνση υποβολής αναφορών στο Συνήγορο του Πολίτη, στις Εθνικές Επιτροπές Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και Βιοηθικής, στις Επιτροπές Δικαιωμάτων του Υπουργείου Υγείας και άλλες αρμόδιες ελεγκτικές αρχές. Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στο θεσμικό πλαίσιο των δικαιωμάτων των ληπτών/ριών υπηρεσιών υγείας, στη σύσταση και λειτουργία Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας, καθώς και στη σύνταξη ενός Οδηγού Πολιτών, ως καλές πρακτικές ποιότητας του Γ.Ν. – Κέντρο Υγείας Λήμνου.

4.1 Θεσμικό πλαίσιο δικαιωμάτων των Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας

Η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών απασχόλησε διεθνείς και ευρωπαϊκούς οργανισμούς. Για την κατοχύρωση και τη διασφάλισή τους αυτοί οι οργανισμοί υπέγραψαν συμβάσεις, οι οποίες υιοθετήθηκαν από τα εθνικά συστήματα υγείας μέσα από νομικά κείμενα που κάνουν αναφορά στην αξιοπρεπή αντιμετώπιση των ληπτών υπηρεσιών υγείας, στην ενημέρωσή τους, στην παροχή κάθε πληροφορίας σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους και τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και στη δυνατότητα έκφρασης παραπόνων.

Η διακήρυξη της Alma-Ata το Σεπτέμβριο του 1978, έθεσε την υγεία ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και την επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας ως έναν σημαντικό παγκόσμιο κοινωνικό στόχο, η υλοποίηση του οποίου απαιτεί τη δράση πολλών κοινωνικών και οικονομικών τομέων εκτός από τον τομέα της υγείας (WHO, 1978). Η Ευρωπαϊκή Διαβούλευση για τα Δικαιώματα των Ασθενών, που πραγματοποιήθηκε στο Άμστερνταμ στις 28-30 Μαρτίου 1994 υπό την αιγίδα του Περιφερειακού Γραφείου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Ευρώπη (WHO/EURO), κατέληξε σε μια δήλωση προώθησης των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ευρώπη και ερμηνεύεται ως το δικαίωμα των πολιτών και των ασθενών να βελτιώσουν τη συμμετοχή τους στις διαδικασίες της υγειονομικής περίθαλψης και τη συνεργασία τους με τους παρόχους υπηρεσιών υγείας. Η διεθνής αυτή σύμβαση ορίζει τα δικαιώματα σχετικά με την πληροφόρηση, τη συγκατάθεση, την εμπιστευτικότητα και το απόρρητο, τη φροντίδα και τη θεραπεία (WHO, 1994).

Το 2002 συντάσσεται ο ευρωπαϊκός χάρτης δικαιωμάτων των ασθενών από το Active Citizenship Network (ACN) σε συνεργασία με 12 οργανώσεις πολιτών από ευρωπαϊκές χώρες. Το ACN είναι ένα ευέλικτο δίκτυο ευρωπαϊκών οργανώσεων πολιτών, οι οποίες συνεργάζονται μεταξύ τους σε διάφορα προγράμματα με σκοπό να ενθαρρύνουν την ενεργό συμμετοχή των πολιτών στη χάραξη ευρωπαϊκής πολιτικής. Ο ευρωπαϊκός χάρτης των δικαιωμάτων των ασθενών θέσπισε 14 δικαιώματα που στοχεύουν στο να εγγυηθούν ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της ανθρώπινης υγείας, όπως ορίζει και το άρθρο 35 του Χάρτη θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Charter of fundamental rights of the European Union) και να βεβαιώσουν την υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από τις διάφορες εθνικές υγειονομικές υπηρεσίες στην Ευρώπη. Τα 14 δικαιώματα αναφέρονται στα καθήκοντα και στις υποχρεώσεις που αναλαμβάνουν οι πολίτες και οι φορείς υγειονομικής περίθαλψης, ισχύουν για όλα τα άτομα, αναγνωρίζοντας το γεγονός ότι διαφορές στο φύλο, στη

θηρσκεία, στην κοινωνικοοικονομική θέση κ.α. πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, καθώς μπορούν να επηρεάσουν τις ιδιαίτερες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Συγκεκριμένα ο ευρωπαϊκός χάρτης δικαιωμάτων των ασθενών του Active Citizenship Network θεσπίζει για όλους τους ανθρώπους:

1. *Δικαίωμα της πρόληψης.* Να απολαμβάνουν την παροχή των κατάλληλων υπηρεσιών προκειμένου να εμποδίσουν την εμφάνιση μιας ασθένειας.
2. *Δικαίωμα της πρόσβασης,* στις υπηρεσίες υγείας που αντιστοιχούν στις ανάγκες τους, χωρίς διακρίσεις ως προς την οικονομική κατάσταση, τον τόπο κατοικίας, το είδος της ασθένειας ή το χρόνο πρόσβασης στις υπηρεσίες.
3. *Δικαίωμα της πληροφόρησης.* Σε κάθε είδος πληροφορία σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, τις υπηρεσίες υγείας και σε κάθε πληροφορία που είναι διαθέσιμη κατόπιν έρευνας και τεχνολογικής καινοτομίας.
4. *Δικαίωμα της συγκατάθεσης.* Να μπορούν να συμμετέχουν ενεργά στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στην υγεία τους έχοντας λάβει κάθε είδος πληροφορίας.
5. *Δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής,* στις διάφορες θεραπευτικές διαδικασίες και στους ειδικούς των υπηρεσιών υγείας κατόπιν επαρκούς πληροφόρησης.
6. *Δικαίωμα της εχεμύθειας και εμπιστευτικότητας.* Να παραμένουν εμπιστευτικά τα προσωπικά δεδομένα συμπεριλαμβανομένων αυτών που αφορούν στην κατάσταση της υγείας τους και στις σχετικές διαγνωστικές ή θεραπευτικές διαδικασίες, καθώς επίσης και στην προστασία του ιδιωτικού χαρακτήρα των διαγνωστικών εξετάσεων, των επισκέψεων σε ειδικούς και των ιατρικών/χειρουργικών πράξεων γενικά.
7. *Δικαίωμα του σεβασμού του χρόνου του ασθενή.* Να λαμβάνουν την απαιτούμενη θεραπευτική αγωγή σε σύντομο και προκαθορισμένο χρονικό διάστημα.
8. *Δικαίωμα της τήρησης των προδιαγραφών ποιότητας.* Να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας.
9. *Δικαίωμα της ασφάλειας.* Να μην επιβαρύνονται από κινδύνους που οφείλονται στη φτωχή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, σε λανθασμένες ιατρικές πράξεις και ιατρικά σφάλματα και να έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες και θεραπείες που να διατηρούν υψηλές προδιαγραφές στον τομέα της ασφάλειας.
10. *Δικαίωμα της καινοτομίας.* Πρόσβαση σε καινοτόμες διαδικασίες σύμφωνα με διεθνείς προδιαγραφές ανεξάρτητα από οικονομικούς παράγοντες.
11. *Δικαίωμα της αποφυγής του περιττού πόνου και της ταλαιπωρίας.* Να αποφεύγεται όσο το δυνατόν περισσότερο ο πόνος και η ταλαιπωρία σε κάθε φάση της ασθένειάς τους.

12. Δικαίωμα της εξατομικευμένης θεραπείας. Να λαμβάνουν διαγνωστικές ή θεραπευτικές υπηρεσίες προγραμματισμένες ώστε να ταιριάζουν όσο το δυνατόν περισσότερο στις προσωπικές τους ανάγκες.

13. Δικαίωμα έκφρασης παραπόνων. Να παραπονούνται σε περίπτωση που έχουν υποστεί ζημία, καθώς και να λαμβάνουν απάντηση στα παράπονά τους.

14. Δικαίωμα της αποζημίωσης. Να λαμβάνουν ικανοποιητική αποζημίωση εντός εύλογου χρονικού διαστήματος σε περίπτωση που έχουν υποστεί φυσική, ηθική ή ψυχολογική βλάβη ως αποτέλεσμα κάποιας θεραπείας στα πλαίσια των υπηρεσιών υγείας.

Η χώρα μας, επηρεασμένη από τις διεθνείς και ευρωπαϊκές συμβάσεις, νομοθετεί για τα δικαιώματα των νοσοκομειακών ασθενών με το άρθρο 47 του νόμου 2071/1992. Σύμφωνα με το νόμο αυτό, ο νοσοκομειακός ασθενής έχει το δικαίωμα της πρόσβασης και της παροχής φροντίδας σε αυτόν με τον απαιτούμενο σεβασμό και το δικαίωμα της συγκατάθεσης ή της άρνησης κάθε διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Έχει επίσης, το δικαίωμα της ενημέρωσης για την κατάσταση του, της προστασίας της ιδιωτικής του ζωής, του σεβασμού και της αναγνώρισης σ' αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων, καθώς και της έκφρασης ενστάσεων και παραπόνων. Για την προστασία των δικαιωμάτων των νοσοκομειακών ασθενών, που προβλέπονται στο άρθρο 47 του νόμου 2071/1992, αλλά και των βασικών δικαιωμάτων του συνόλου των πολιτών, με τις διατάξεις του νόμου 2519/1997 συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας η Αυτοτελής Υπηρεσία προστασίας δικαιωμάτων ασθενών και με το άρθρο 59 του νόμου 4368/2016 η Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας, η οποία εποπτεύει και ελέγχει την προστασία των δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας στους φορείς ή μονάδες της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας και περίθαλψης του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Παράλληλα, προβλέπεται η δημιουργία οργανικών μονάδων σε κάθε νοσοκομείο όπως το «Γραφείο Υποστήριξης Πολίτη», το οποίο είναι αρμόδιο για την υποδοχή, την ενημέρωση, την παρακολούθηση διακίνησης και τη διοικητική υποστήριξη, τη συλλογή και διεκπεραίωση καταγγελιών και παραπόνων και την εν γένει προάσπιση των δικαιωμάτων των χρηστών υπηρεσιών υγείας (άρθρο 6 παρ. 4 Νόμος 2889/2001). Επίσης, το 2016 με το άρθρο 60 του νόμου 4368/2016 αντικαθίσταται το άρθρο 9 του ν. 3868/2010 και συστήνεται σε κάθε νοσοκομείο «Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας», αρμόδιο για την υποδοχή, ενημέρωση σχετικά με τις

ενδονοσοκομειακές διαδικασίες και τα δικαιώματα των ληπτών υπηρεσιών υγείας, την παρακολούθηση διακίνησης του λήπτη εντός του νοσοκομείου ή σε εξωνοσοκομειακή υπηρεσία του, τη διοικητική υποστήριξη, τη συλλογή και διεκπεραίωση καταγγελιών και παραπόνων, τη διευκόλυνση υποβολής αναφορών στο Συνήγορο του Πολίτη, στις Εθνικές Επιτροπές Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και Βιοηθικής, στις Επιτροπές Δικαιωμάτων στο Υπουργείο Υγείας και άλλες αρμόδιες ελεγκτικές αρχές.

Σε εφαρμογή του ανωτέρω νόμου η Υπουργική Απόφαση Αριθμ. Α3δ/Γ.Π.οικ.10976/10.2.2017 ΦΕΚ Β΄ 662/2017 «Πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας του Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.», στο άρθρο 4, θεσπίζει τα δικαιώματα των Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας. Συγκεκριμένα, αναγνωρίζεται εκ νέου το δικαίωμα της καθολικής παροχής έγκαιρων, ασφαλών και υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας με επίκεντρο τον ασθενή, την προσωπικότητά του και τις ιδιαίτερες ανάγκες του, το δικαίωμα της πρόσβασης σε καινοτόμες διαδικασίες, σε υπηρεσίες πρόληψης, οι οποίες βελτιώνουν την ποιότητα και το προσδόκιμο ζωής, εμποδίζουν την εμφάνιση ασθενειών και αποφεύγεται στο μέγιστο δυνατό η σωματική και ψυχική καταπόνηση και η ταλαιπωρία σε κάθε στάδιο της εξέτασης, διάγνωσης, θεραπείας και νοσηλείας. Η συναίνεση και η ενεργός συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στην υγεία του αφού έχει προηγηθεί επαρκής πληροφόρησή του για τα δικαιώματα του, την ιατρική του κατάσταση, τις θεραπευτικές του επιλογές καθώς και τις ιατρικές πράξεις και τη θεραπεία στις οποίες υποβάλλεται και την αιτιολόγησή τους, αποτελούν κυριαρχικά δικαιώματα. Όπως επίσης, ο σεβασμός της ιδιωτικής ζωής, του ιατρικού απορρήτου, της εχεμύθειας και των συνθηκών ιδιωτικότητας που επιβάλλει η ιατρική δεοντολογία, καθώς και το εμπιστευτικό της επικοινωνίας με το Γραφείο και των πληροφοριών που ανταλλάσσονται με αυτό. Επιπρόσθετα, αναφέρεται ξεκάθαρα το δικαίωμα της τήρησης των κανόνων ευγένειας και διακριτικότητας κατά τη διάρκεια της παροχής υπηρεσιών υγείας και της αποτροπής περιστατικών αναξιοπρεπούς και προσβλητικής συμπεριφοράς και το δικαίωμα της φυσικής και ηθικής επανόρθωσης σε περίπτωση παραβίασης των δικαιωμάτων.

Τα βασικά στοιχεία των δικαιωμάτων των ληπτών υπηρεσιών υγείας, που είτε αποτέλεσαν κείμενο διακηρύξεων και συμβάσεων είτε νομοθεσία εθνικών κρατών, όπως η υπουργική απόφαση που προαναφέρθηκε, αποτελούν σημαντικοί παράγοντες για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, και σημαντικές διαστάσεις της φιλοσοφίας της ανθρωποκεντρικής υγειονομικής περιθαλψής (De Silva, 2014). Οργανικό στοιχείο για

την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας αποτελεί όμως, σύμφωνα με τους Μπισκανάκη & Χαραλάμπους (2018) και ο νομοθετικός προσδιορισμός των υποχρεώσεων των ασθενών. Κατά τους ανωτέρω, στο πεδίο αυτό υπάρχει ένα κενό, το οποίο μέχρι στιγμής καλύπτεται εμμέσως μέσα από τη θεσμοθέτηση των δικαιωμάτων των ασθενών και από τους κανονισμούς λειτουργίας του κάθε νοσοκομείου, τα οποία επικεντρώνονται κυρίως στη συμμόρφωση του ασθενούς στις υποδείξεις του θεράποντος ιατρού. Το 1993 το Council of Ethical & Judicial Affairs nominated του American Medical Association (AMA) δημοσίευσε μια έκθεση καταγράφοντας 10 υποχρεώσεις για τους ασθενείς. Συγκεκριμένα αναφέρει την υποχρέωση:

1. της καλής επικοινωνίας και της ξεκάθαρης και ειλικρινούς περιγραφής του προβλήματος υγείας,
2. της παροχής ενός πλήρους ιατρικού ιστορικού στο μέτρο του δυνατού,
3. του αιτήματος επιπλέον πληροφόρησης ή διευκρίνησης όταν ένα θέμα που αφορά στον ασθενή δεν έχει κατανοηθεί πλήρως,
4. της συνεργασίας στην εφαρμογή του πλάνου θεραπείας, της διαβεβαίωσης ότι οι συμφωνημένες θεραπευτικές αγωγές και οδηγίες ακολουθούνται και της έκφρασης της ανάγκης αναθεώρησής τους,
5. της εκπλήρωσης των οικονομικών υποχρεώσεων προς τη νοσηλευτική μονάδα,
6. της γνωστοποίησης των τελευταίων επιθυμιών,
7. της δέσμευσης διατήρησης της υγείας σε καλό επίπεδο και της ανάληψης της προσωπικής ευθύνης για την αποτροπή νέας εμφάνισης της ασθένειας,
8. της προσοχής των αποτελεσμάτων της συμπεριφοράς του στους άλλους και της αποφυγής τοποθετήσεων για την υγεία των άλλων,
9. της συζήτησης της δωρεάς οργάνων και
10. της μη ανάμειξης σε ανέντιμες υπηρεσίες υγείας και της καταγγελίας παράνομων ή ανήθικων ενεργειών στις αρμόδιες αρχές. (όπ. αναφ. στο English, 2005).

Για το σεβασμό, την προαγωγή και τη διασφάλιση των δικαιωμάτων αναγνωρίζεται η ανάγκη για τη δημιουργία κατάλληλων οργανωσιακών μονάδων στα νοσηλευτικά ιδρύματα και η στελέχωσή τους με εξειδικευμένο προσωπικό. Σε κάθε υγειονομική μονάδα πρέπει να συσταθούν και να στελεχωθούν κατάλληλα τα Γραφεία Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας εκπληρώνοντας απαιτήσεις τόσο οργανωσιακές και τεχνικές αλλά και συμπεριφορικές και επαγγελματισμού. Με τη δημοσίευση της Υπουργικής Απόφασης για το πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας τους, δίνεται έτσι η δυνατότητα σε κάθε υγειονομική μονάδα να βελτιώσει την ποιότητα των

υπηρεσιών υγείας που παρέχει, καθώς οι δομές και οι διαδικασίες αποτελούν κριτήρια ποιότητας.

4.2 Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας

Όπως έχει ήδη αναφερθεί και στο εθνικό σύστημα υγείας της Ελλάδας δημιουργήθηκε το νομικό πλαίσιο της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, των διαδικασιών ενημέρωσής τους γι' αυτά κατά τη λήψη ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας και της δημιουργίας οργανικών μονάδων και άλλων θεσμών παρακολούθησης, παρέμβασης και διασφάλισης της προστασίας τους. Οι θεσμικές αυτές παρεμβάσεις εντάσσονται στο πλαίσιο εφαρμογής μιας ανθρωποκεντρικής φροντίδας υγείας, ένα μοντέλο που ακολουθούν εθνικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και υγειονομικοί οργανισμοί, παγκοσμίως, για να βελτιώσουν την απόδοση των συστημάτων υγείας (Santana, Manalili, Jolley, Zelinsky, Quan & Lu, 2018).

Υιοθετώντας την ανθρωποκεντρική περίθαλψη τα συστήματα υγείας θα βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, τα οφέλη θα είναι πολύπλευρα και ευρέως κοινωνικά, καθώς για τα άτομα και τις κοινότητες βελτιώνει την πρόσβαση στη φροντίδα και τις σχέσεις με τους επαγγελματίες υγείας, αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών, την εργασιακή ικανοποίηση του προσωπικού, το οποίο αποκτά έναν ενισχυμένο ρόλο διευρύνοντας τις ικανότητες του μέσα από ευκαιρίες εκπαίδευσης και κατάρτισης σε νέες δεξιότητες (WHO, 2015).

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, στο μοντέλο του Donabedian η βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης και η αξιολόγησή της, είναι συνάρτηση τριών συστατικών στοιχείων : των δομών (structures) στις οποίες λαμβάνει χώρα η φροντίδα, των διαδικασιών (process) στην παροχή και λήψη υπηρεσιών περίθαλψης, περιλαμβάνοντας και τις ενέργειες που κάνουν οι ασθενείς αναζητώντας υγειονομική φροντίδα και τα αποτελέσματα (outcomes) της υγειονομικής περίθαλψης στην κατάσταση των ασθενών και στην υγεία του πληθυσμού, περιλαμβάνοντας και τις βελτιώσεις στην πληροφόρηση των ασθενών και στο βαθμό ικανοποίησής τους από το σύστημα υγείας (Donabedian, 1988). Για να συμβάλει το ανθρωποκεντρικό μοντέλο υγειονομικής περίθαλψης στη βελτίωση της ποιότητας στο χώρο της υγείας πρέπει να επηρεάσει και τις τρεις κατηγορίες αξιολόγησης της ποιότητας, έτσι ώστε το σύστημα ή το περιβάλλον μέσα στο οποίο παρέχεται η φροντίδα να χαρακτηρίζεται από τις διαστάσεις της ανθρωποκεντρικής παροχής υπηρεσιών υγείας, οι διαδικασίες να περιλαμβάνουν ενέργειες αλληλεπίδρασης μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας

και τα αποτελέσματα να δείχνουν την αξία εφαρμογής αυτού του μοντέλου σε τομείς διεπαφής και επικοινωνίας μεταξύ συστήματος υγείας, επαγγελματιών υγείας και ασθενών (Santana et al., 2018).

Με στόχο την υιοθέτηση διαδικασιών που αφενός θα καλλιεργούν την επικοινωνία έτσι ώστε τα δικαιώματα, οι αξίες, οι ανάγκες και οι προτιμήσεις των ασθενών να ενσωματώνονται στην άσκηση φροντίδας υγείας και αφετέρου θα παρέχουν περίθαλψη με σεβασμό και συμπονετική φροντίδα, προάγοντας τη θεραπεία και καλύτερα αποτελέσματα στην έκβαση της κατάστασης των ασθενών, σε κάθε νοσοκομείο της χώρας πρέπει να συσταθεί και να λειτουργεί αυτοτελές «Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας». Το Γραφείο θα υπάγεται απευθείας είτε στον/στην Αναπληρωτή/τρια Διοικητή/τρια, για νοσοκομεία δυναμικότητας τετρακοσίων (400) κλινών και άνω, είτε στον/ην Αντιπρόεδρο του νοσοκομείου, για νοσοκομεία έως τριακοσίων ενενήντα εννέα (399) κλινών. Πρέπει να είναι στεγασμένο σε χώρο με εύκολη πρόσβαση, εξοπλισμένο με τα κατάλληλα πληροφοριακά συστήματα διασύνδεσης με βάσεις δεδομένων και αρχείων, όλων των Τμημάτων του νοσοκομείου, με σκοπό τη δυνατότητα άμεσης άντλησης των απαιτούμενων στοιχείων και πληροφοριών (εισιτήρια, εξιτήρια, λίστες ασθενών, χρόνος αναμονής για εξέταση κ.ά.). Για τη στελέχωσή του είναι απαραίτητο το προσωπικό που θα τοποθετηθεί να έχει ειδική συναφή εκπαίδευση, ενδεικτικά στο πεδίο της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών ή του Δικαίου της Υγείας, να επιμορφώνεται τακτικά και να είναι με πλήρη ανάθεση καθηκόντων, ένας ή τρεις τουλάχιστον ανάλογα με τις κλίνες που διαθέτουν τα νοσοκομεία. Στις αρμοδιότητες του Γραφείου είναι η ενημέρωση των ασθενών για τις ενδονοσοκομειακές διαδικασίες, τα δικαιώματά τους κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας, η παρακολούθηση και η παρέμβασή του για τη διασφάλιση της προστασίας τους. Ιδιαίτερη μέριμνα πρέπει να λαμβάνει για τη διασφάλιση της πρόσβασης στη δημόσια υγεία από ανασφάλιστους ασθενείς και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και θα πρέπει να στοχεύει στη διαρκή βελτίωση των διαδικασιών εξυπηρέτησης των ληπτών/ριών υπηρεσιών υγείας, λαμβάνοντας υπόψη την ανατροφοδότηση που εισπράττει από τους ασθενείς (καταγγελίες, παράπονα, θετικές εντυπώσεις). Επιβεβλημένη είναι η συνεργασία με τα Γραφεία άλλων νοσοκομειακών μονάδων για την ανταλλαγή καλών πρακτικών και εμπειριών με στόχο την αποτελεσματικότερη λειτουργία τους και την εφαρμογή βελτιωτικών μέτρων για την προαγωγή και ουσιαστική λειτουργία του θεσμού (Υ.Α. Αριθμ. Α3δ/Γ.Π.οικ.10976/10.02.2017).

4.3 Ποιοτική έρευνα για τη λειτουργία Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας ως καλή πρακτική ποιότητας του Γ.Ν. – Κέντρου Υγείας Λήμνου

4.3.1 Μεθοδολογία έρευνας

Προκειμένου να διερευνηθεί η λειτουργία και ο ρόλος του Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας στο Γ.Ν. – Κέντρο Υγείας Λήμνου πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα. **Ερευνητικό πεδίο** αποτέλεσε το αντικείμενο και οι αρμοδιότητές του Γραφείου και η στελέχωσή του, με **σκοπό** να διαπιστωθεί το πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας του, αν αυτό μεριμνά για την ενημέρωση των ασθενών για τα δικαιώματά τους, αν παρακολουθεί και παρεμβαίνει για τη διασφάλιση της προστασίας τους και αν λειτουργεί υποστηρικτικά για τους ασθενείς κατά τη λήψη ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε να βελτιωθούν οι διαδικασίες που ακολουθούνται, να υιοθετηθούν καλές πρακτικές και να ενισχυθεί η ανθρωποκεντρική προσέγγιση της περίθαλψης των ασθενών.

Τα **ερευνητικά ερωτήματα** που διατυπώθηκαν προκειμένου να εξυπηρετήσουν το σκοπό της ποιοτικής έρευνας είναι:

1. Το Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας έχει στελεχωθεί με το απαραίτητο προσωπικό και έχει εφοδιασθεί με τον κατάλληλο εξοπλισμό και την αναγκαία ηλεκτρονική διασύνδεση με άλλα γραφεία και υπηρεσίες;
2. Οι λήπτες υπηρεσιών υγείας απευθύνθηκαν στο Γραφείο και ποιο ήταν το αποτέλεσμα των ενεργειών και της παρέμβασής του για τις υπηρεσίες που ζητήθηκαν; Υπάρχει έντυπο και ηλεκτρονικό ενημερωτικό υλικό στη διάθεση των Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας;
3. Ποια είναι η διαδικασία υποβολής και διαχείρισης των παραπόνων ή καταγγελιών που υποβάλλονται από ασθενείς ή άλλους πολίτες στο νοσοκομείο; Τηρούνται ηλεκτρονικά αρχεία και γίνεται στατιστική καταγραφή και επεξεργασία των θεμάτων που προέκυψαν και αντιμετωπίστηκαν;
4. Ποιες διοικητικές διαδικασίες ακολουθούνται για την εξυπηρέτηση των ληπτών υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα των ανασφάλιστων και ευαίσθητων κοινωνικών ομάδων, την πρόσβαση των ασθενών στον ιατρικό τους φάκελο, την ενημέρωση του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού για την αντιμετώπιση ζητημάτων που άπτονται των δικαιωμάτων και της μεταχείρισης των ληπτών/ριών υπηρεσιών υγείας;

Η παραγωγή των δεδομένων, στη μελέτη περίπτωσης του Γενικού Νοσοκομείου – Κέντρο Υγείας Λήμνου, πραγματοποιήθηκε με την **ερευνητική μέθοδο της ημιδομημένης συνέντευξης**, με ένα σύνολο ερωτήσεων προς την κοινωνική λειτουργό του νοσοκομείου – υπεύθυνη του Ειδικού Γραφείου Υποστήριξης Πολίτη με κριτήριο τη μέγιστη δυνατή πληροφόρηση σχετικά με το αντικείμενο της έρευνας.

4.3.2. Ανάλυση δεδομένων και ερμηνεία ευρημάτων

Από τη **θεματική ανάλυση** των ερευνητικών δεδομένων προέκυψαν τα εξής:

Στο Γ.Ν. – Κέντρο Υγείας Λήμνου λειτουργεί Ειδικό Γραφείο Υποστήριξης Πολίτη, το οποίο στεγάζεται στο ισόγειο του νέου κτηρίου και συγκεκριμένα στο γραφείο της κοινωνικής λειτουργού. Υπάρχει σχετική σήμανση έξω από το χώρο του γραφείου, στα εξωτερικά ιατρεία και σχετική αναφορά στην ιστοσελίδα του νοσοκομείου. Παρόλα αυτά τις περισσότερες φορές οι λήπτες υπηρεσιών υγείας απευθύνθηκαν στο Γραφείο κατά τύχη και όχι επειδή είχαν ενημερωθεί για την ύπαρξή του.

Έχει ανατεθεί σε τέσσερις υπαλλήλους, κατηγοριών ΤΕ και ΔΕ, Κλάδων Νοσηλευτικής και Κοινωνικών Λειτουργιών, να ασκούν παράλληλα με τα αντικείμενα της θέσης όπου έχουν τοποθετηθεί, και τα καθήκοντα του Ειδικού Γραφείου, χωρίς ειδική συναφή εκπαίδευση και επιμόρφωση. Το αποτέλεσμα είναι για τις ανάγκες του Γραφείου να απασχολείται κυρίως η κοινωνική λειτουργός. Οι ώρες λειτουργίας του γραφείου είναι Δευτέρα με Παρασκευή 7.00 - 15.00 και δεν λειτουργεί σε ώρες εφημερίας ή το Σαββατοκύριακο. Δεν έχει διατεθεί εξοπλισμός (Η/Υ, πληροφοριακά συστήματα, e-mail, αποκλειστική τηλεφωνική γραμμή) για την επικοινωνία με τους ασθενείς και την εξυπηρέτησή τους, την αναγκαία ηλεκτρονική αρχειοθέτηση και ηλεκτρονική διασύνδεση με άλλα γραφεία και υπηρεσίες του νοσοκομείου. Ως εκ τούτου δεν είναι εφικτή η πρόσβαση στις βάσεις δεδομένων και στα αρχεία των Τμημάτων του νοσοκομείου, με σκοπό τη δυνατότητα άμεσης άντλησης των απαιτούμενων στοιχείων και πληροφοριών (εισιτήρια, εξιτήρια, λίστες ασθενών, χρόνος αναμονής για εξέταση κ.ά.).

Αν και από την ισχύουσα νομοθεσία, το Γραφείο έχει την αρμοδιότητα να συνεργαστεί με υπηρεσίες εντός ή εκτός του νοσοκομείου, όπως π.χ. οι Επιτροπές Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας, η Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών του Υπουργείου Υγείας, ο Συνήγορος του Πολίτη, προτιμάται η παραπομπή των περιπτώσεων που χρήζουν περαιτέρω επεξεργασίας στη Διοίκηση του νοσοκομείου.

Ως προς τις αρμοδιότητες του, το Γραφείο ενημερώνει τους ασθενείς για τα δικαιώματά τους, όπως σε περιπτώσεις ανασφάλιστων και περιορίζεται στο να δέχεται τα παράπονα των ασθενών και να ενημερώνει αφενός τη Διοίκηση έτσι ώστε να βρεθεί λύση στο πρόβλημα και αφετέρου τις Υπηρεσίες, κυρίως ιατρική και νοσηλευτική, για συμμόρφωση και αποφυγή επαναλήψεων των ίδιων δυσλειτουργιών. Οι λήπτες υπηρεσιών μπορούν να καταθέσουν μια αναφορά στο Ειδικό Γραφείο ή να συμπληρώσουν ένα σχετικό ερωτηματολόγιο. Τα παράπονα έως τώρα αφορούν στην κακή συμπεριφορά του προσωπικού, κατατίθενται γραπτά αλλά τα περισσότερα εκφράζονται προφορικά και στις περισσότερες περιπτώσεις φαινομενικά τα προβλήματα επιλύθηκαν. Γίνεται χειρόγραφη στατιστική καταγραφή των θεμάτων που προέκυψαν και αντιμετωπίστηκαν, καθώς δεν τηρούνται ηλεκτρονικά αρχεία και συντάσσονται σχετικές εκθέσεις προς την Διοίκηση του νοσοκομείου και τη Διοίκηση της αρμόδιας Υγειονομικής Περιφέρειας. Εκτός από την έκφραση παραπόνων υπάρχουν και αρκετές ευχαριστήριες επιστολές για το προσωπικό του νοσοκομείου. Η πρόσβαση των ασθενών στον ιατρικό τους φάκελο δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί με ηλεκτρονικό τρόπο αλλά μόνο με κατάθεση αίτησης σε έντυπη μορφή στο Τμήμα Γραμματείας και όχι στο Γραφείο.

Δεν έχει συνταχθεί Οδηγός Πολιτών-Ασθενών και το Γραφείο δεν έχει επιμεληθεί τη δημιουργία έντυπου υλικού, στο οποίο να αναγράφονται τα δικαιώματα των ασθενών, οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, σαφείς πληροφορίες σχετικά με τα Τμήματα του νοσοκομείου, χρήσιμα στοιχεία επικοινωνίας (τηλέφωνο, e-mails), κανόνες λειτουργίας του νοσοκομείου και ωράριο λειτουργίας των υπηρεσιών και των επισκέψεων και οδηγίες υποβολής παραπόνων και καταγγελιών. Έχουν υιοθετηθεί δύο πρότυπα εντύπων του Υπουργείου Υγείας και αφορούν στο Έντυπο υποβολής παραπόνων και στο Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης ασθενών. Υπάρχουν όμως σχετικές πληροφορίες για τα περισσότερα από τα θέματα που προαναφέρθηκαν στην ιστοσελίδα του νοσοκομείου.

Από τα ανωτέρω στοιχεία της έρευνας προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα :

1. Δεν έχει συσταθεί Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας όπως ορίζουν οι διατάξεις του άρθρου 60 νόμου 4368/2016 και της Υπουργικής Απόφασης Αριθμ. Α3δ/Γ.Π.οικ.10976/10.2.2017.
2. Το Ειδικό Γραφείο Υποστήριξης Πολιτών έχει περιορισμένο ρόλο, ελλιπή στελέχωση προσωπικού, χωρίς ειδική εκπαίδευση και επιμόρφωση, ανυπαρξία εξοπλισμού και μηχανογραφικών εφαρμογών.

3. Η στέγασή του στο Γραφείο Κοινωνικού Λειτουργού ταυτίζει το αντικείμενό του με το ρόλο αυτό, με αποτέλεσμα να περιορίζονται οι αρμοδιότητές του και η αποτελεσματικότητά του.

Η σύσταση ενός Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας, μπορεί να αποτελέσει μια οργανωσιακή διαδικασία της μονάδας παροχής υγείας που αντιπροσωπεύει τον πιο αποτελεσματικό τρόπο για να επιτευχθεί ο στόχος της ενημέρωσης των ασθενών για τα δικαιώματά τους κατά τη λήψη ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας και η διασφάλιση της προστασίας τους. Η λειτουργία του θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από :

- ✓ αποτελεσματικότητα, έτσι ώστε να επιτυγχάνονται μετρήσιμα αποτελέσματα,
- ✓ αποδοτικότητα, με τη χρήση πόρων και χρόνου σε ένα αποδεκτό επίπεδο,
- ✓ εστίαση στην εκπλήρωση του ρόλου και στην άσκηση των αρμοδιοτήτων του εντός του νομικού πλαισίου που έχει θεσπισθεί,
- ✓ ικανοποιητική συνεργασία μεταξύ των διαφόρων εταίρων-μερών και τη συμμετοχή της κοινότητας,
- ✓ υποστήριξη και δέσμευση από τις σχετικές αρχές (Διοίκηση, Εποπτεύοντες Φορείς κλπ.).

Τα ανωτέρω αποτελούν κριτήρια έτσι ώστε το Γραφείο Προστασίας να αποτελέσει καλή πρακτική του νοσοκομείου που θα συμβάλει στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Για το σκοπό αυτό η λειτουργία του Γραφείου θα πρέπει να διέπεται από την ανθρωποκεντρική προσέγγιση της παροχής υπηρεσιών υγείας και τα βασικά στοιχεία αυτής, του σεβασμού των ασθενών και των οικογενειών τους, να ξεπεράσει το διεκπεραιωτικό χαρακτήρα μιας δημόσιας οργανωσιακής μονάδας, καθώς οι διοικητικές διαδικασίες και οι ενέργειες του προσωπικού του πρέπει να είναι ανάλογες του προστατευτικού σκοπού του Γραφείου.

Σημαντικές διαστάσεις της λειτουργίας του ως καλή πρακτική ποιότητας θα πρέπει να αποτελέσουν :

- ✓ Η κατάλληλη στελέχωσή του, δίνοντας προτεραιότητα στο προσωπικό που διαθέτει ειδική συναφή εκπαίδευση, το οποίο θα πρέπει ανά τακτά χρονικά διαστήματα να επιμορφώνεται και να επικαιροποιεί τις γνώσεις του.
- ✓ Η εγκατάσταση ηλεκτρονικού εξοπλισμού για τη λειτουργία του (ηλεκτρονικοί υπολογιστές, ξεχωριστή τηλεφωνική γραμμή και διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου) και την επικοινωνία με τους λήπτες/τριες υπηρεσιών υγείας, καθώς

και η χρήση εφαρμογών πληροφορικής για την αναγκαία ηλεκτρονική αρχειοθέτηση και ηλεκτρονική διασύνδεση με άλλα γραφεία και υπηρεσίες του νοσοκομείου.

- ✓ Η λειτουργία του κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες, τις ώρες επισκεπτηρίου και κατά τις ώρες εφημερίας.
- ✓ Η συστηματική συνεργασία με κάθε υπηρεσία του νοσοκομείου.
- ✓ Η δημιουργία Οδηγού του Πολίτη για τα δικαιώματα των ασθενών, το προστατευτικό τους πλαίσιο, τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, τους κανόνες λειτουργίας του νοσοκομείου και το ωράριο λειτουργίας των υπηρεσιών και των επισκέψεων, σαφείς πληροφορίες σχετικά με τα Τμήματα του νοσοκομείου, χρήσιμα στοιχεία επικοινωνίας (τηλέφωνο, e-mails) και οδηγίες υποβολής παραπόνων και καταγγελιών.
- ✓ Η δυνατότητα υποβολής ηλεκτρονικών αιτημάτων και χρήσης ηλεκτρονικής φόρμας για την πρόσβασή των ασθενών στον ιατρικό τους φάκελο.
- ✓ Η διαχείριση των παραπόνων και των καταγγελιών με σκοπό την επιβεβαίωση των πραγματικών περιστατικών, την επίλυση των προβλημάτων και δυσλειτουργιών που αναφέρονται και τη λήψη προληπτικών βελτιωτικών μέτρων.
- ✓ Η περιοδική ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού του νοσοκομείου, για τις υποχρεώσεις του, τα δικαιώματα των ληπτών/ριών υπηρεσιών υγείας και τις ορθές πρακτικές προσέγγισής τους.

Στη συνέχεια ακολουθεί μια πρόταση Οδηγού του Πολίτη για το Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Λήμνου η σύνταξη του οποίου βασίστηκε στην κείμενη νομοθεσία, σε πληροφορίες από την ιστοσελίδα του νοσοκομείου και σε αρθρογραφία.

ΟΔΗΓΟΣ ΠΟΛΙΤΩΝ

Το Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Λήμνου είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, εποπτεύεται από την 2η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς & Αιγαίου και από το Υπουργείο Υγείας. Σκοπός του είναι η παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στους κατοίκους της Λήμνου και του Αγίου Ευστρατίου με :

- Την ειδίκευση και τη συνεχή εκπαίδευση και επιμόρφωση του προσωπικού.
- Την εφαρμογή νέων μεθόδων και μορφών περίθαλψης για άμεση διάγνωση και αποτελεσματική προώθηση της υγείας των πολιτών.
- Τη συνεργασία με άλλα Νοσηλευτικά Ιδρύματα και Μονάδες Υγείας με σκοπό την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Την εξασφάλιση των οικονομικών πόρων για τη σωστή λειτουργία του Νοσοκομείου.
- Την ανάπτυξη διαδικασιών για την επίτευξη των επιχειρησιακών και στρατηγικών στόχων, που τίθενται από τη Διοίκηση 2ης Υ.ΠΕ. Πειραιώς & Αιγαίου και από το Υπουργείο Υγείας (Υ.Α. Αριθμ. Υ4α/ΟΙΚ 39170/10.04.2012).

Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας

Στο Γ.Ν. – Κέντρο Υγείας Λήμνου λειτουργεί Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας στο ισόγειο του νέου κτηρίου. Στο Γραφείο οι λήπτες υπηρεσιών υγείας μπορούν να απευθυνθούν για :

- 1) Να ενημερωθούν για τα δικαιώματά τους κατά τη λήψη ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας και σχετικά με τις ενδονοσοκομειακές διαδικασίες. Ειδικά οι ανασφάλιστοι ασθενείς για τις διαδικασίες υγειονομικής και φαρμακευτικής τους κάλυψης.
- 2) Να καταθέσουν παράπονα, καταγγελίες και θετικές εντυπώσεις για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, τόσο με τη φυσική τους παρουσία στο Γραφείο όσο με μέσω επιστολής ή e-mail, καθώς και με οποιοδήποτε άλλο πρόσφορο μέσο.
- 3) Να αιτηθούν για να λάβουν αντίγραφο του ιατρικού φακέλου τους οι ίδιοι ή ο νόμιμος αντιπρόσωπος (γονείς ανηλίκου ή δικαστικός συμπαραστάτης) ή το νομίμως εξουσιοδοτημένο από πρόσωπο (πληρεξούσιος δικηγόρος, συγγενής, τρίτο πρόσωπο). Η κατάθεση της αίτησης για αντίγραφο φακέλου, λοιπά

πιστοποιητικά και βεβαιώσεις γίνεται είτε στο Γραφείο Προστασίας στον ισόγειο χώρο του Νοσοκομείου, είτε με τη χρήση φόρμας Ηλεκτρονικής Αίτησης Εγγράφων του Γραφείου χωρίς να χρειαστεί να επισκεφθούν το Νοσοκομείο.

Πληροφορίες σχετικά με τις Υπηρεσίες και τα Τμήματα του νοσοκομείου

Το Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας διαρθρώνεται στις ακόλουθες υπηρεσίες:

I. ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

ΤΟΜΕΙΣ

α) Παθολογικός Τομέας δυναμικότητας 31 κλινών.

Παθολογικό Τμήμα με τις ειδικότητες : Καρδιολογικό, Παιδιατρικό και Ογκολογίας και τις μονάδες Τεχνητού Νεφρού και Αυξημένης Φροντίδας.

β) Χειρουργικός Τομέας, δυναμικότητας 43 κλινών και τρία Τμήματα:

1. Χειρουργικό, στον 1^ο όροφο, με τις ειδικότητες : Μαιευτικό/ Γυναικολογικό, Ωτορινολαρυγγολογικό και Οφθαλμολογικό.
2. Ορθοπεδικό
3. Αναισθησιολογικό.

γ) Εργαστηριακός τομέας με τρία Τμήματα:

1. Βιοπαθολογικό – Βιοχημικό – Αιμοδοσίας
2. Ακτινοδιαγνωστικό
3. Φαρμακευτικό

δ) Τομέας Ψυχικής Υγείας, στον 1^ο όροφο, με δυναμικότητα 6 κλινών και ψυχιατρικό τμήμα.

II. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε οκτώ (8) Νοσηλευτικά Τμήματα που καλύπτουν την Ιατρική Υπηρεσία του νοσοκομείου Λήμνου.

III. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Η Διοικητική–Οικονομική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε Τμήματα, ως ακολούθως:

1. Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού
2. Γραμματείας
3. Κίνησης Ασθενών
4. Οικονομικού
5. Τεχνικού και Βιοιατρικής Τεχνολογίας
6. Επιστάσιας–Ιματισμού

7. Αυτοτελές τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής

8. Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας

Δικαιώματα και υποχρεώσεις των ασθενών

Από το 1992 στην Ελλάδα διαμορφώθηκε το νομικό πλαίσιο που καθορίζει και προασπίζει τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς. Το Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας στοχεύει στη διασφάλιση, προαγωγή αυτών των δικαιωμάτων. Συγκεκριμένα οι λήπτες υπηρεσιών υγείας έχουν το δικαίωμα:

α. Να λάβουν έγκαιρα ασφαλείς, υψηλής ποιότητας και τις πλέον κατάλληλες με τη φύση της ασθένειας υπηρεσίες υγείας, ανάλογες με τις δυνατότητες του δημόσιου συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας.

β. Να μην γίνονται διακρίσεις αλλά να εφαρμόζεται η ισότιμη και καθολική κάλυψη των ασθενών, ανεξαρτήτως φυλής, χρώματος, εθνικής καταγωγής, θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας, οικογενειακής ή κοινωνικής κατάστασης, σεξουαλικού προσανατολισμού, σύμφωνα με το νόμο, το πλαίσιο και τους όρους που θέτει.

γ. Να παρέχονται υπηρεσίες υγείας με επίκεντρο τον ασθενή και τις ιδιαίτερες ανάγκες του, με τον απαιτούμενο σεβασμό στην αξιοπρέπεια, στην ιδιωτική του ζωή και στην προσωπικότητά του.

δ. Να έχουν πρόσβαση σε καινοτόμες διαδικασίες και να επιδιώκεται όσο το δυνατόν η αποφυγή σωματικής και ψυχικής καταπόνησης και ταλαιπωρίας.

ε. Να πληροφορούνται την ιατρική τους κατάσταση, τις θεραπευτικές τους επιλογές, να ενημερώνονται για τις ιατρικές πράξεις και τη θεραπεία στις οποίες υποβάλλονται και την αιτιολόγησή τους.

στ. Να συμμετέχουν ενεργά στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στην υγεία τους, κατόπιν επαρκούς πληροφόρησης, να δίνουν τη συγκατάθεσή τους ή να την αρνούνται σε ιατρικές πράξεις και θεραπείες, που ενέχουν κινδύνους.

ζ. Της τήρησης του ιατρικού απορρήτου, της εχεμύθειας που επιβάλλει η ιατρική δεοντολογία και του εμπιστευτικού της επικοινωνίας με το Γραφείο και των πληροφοριών που ανταλλάσσουν με αυτό.

η. Της τήρησης των κανόνων ευγένειας και διακριτικότητας κατά τη διάρκεια της παροχής υπηρεσιών υγείας και της αποτροπής περιστατικών αναξιοπρεπούς και προσβλητικής συμπεριφοράς.

θ. Της φυσικής και ηθικής επανόρθωσης σε περίπτωση παραβίασης των δικαιωμάτων με τη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου.

Οι ασθενείς έχουν την υποχρέωση :

1. Να είναι ειλικρινείς και να εκφράζουν τις ανησυχίες τους ξεκάθαρα στους θεράποντες ιατρούς, καθώς η καλή επικοινωνία είναι ουσιαστική σε μια επιτυχημένη σχέση ασθενή-ιατρού.
2. Να παρέχουν ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό στο μέτρο του δυνατού, αναφέροντας και πληροφορίες από προηγούμενες ασθένειες, φαρμακευτικές αγωγές, εισαγωγές σε νοσηλευτικά ιδρύματα, οικογενειακό ιστορικό ασθενειών και άλλα θέματα σχετικά με την παρούσα κατάσταση της υγείας τους.
3. Να ζητήσουν πληροφορίες ή διευκρινίσεις για την υγεία τους και τη θεραπεία όταν αυτοί δεν έχουν κατανοήσει πλήρως όσα τους έχουν αναφερθεί.
4. Να συνεργαστούν με τους θεράποντες ιατρούς στο πλάνο θεραπείας, ακολουθώντας τις οδηγίες τους και να δεσμευτούν για την καλή διατήρηση της υγείας τους και την πρόληψη ή αποτροπή ανάπτυξης ασθενειών με έναν υγιεινό τρόπο ζωής.
5. Να εκπληρώσουν τις οικονομικές υποχρεώσεις τους προς την υγειονομική μονάδα, ενημερώνοντας για την ασφάλισή τους για υγειονομική περίθαλψη. Να προβούν σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες, που θα τους υποδειχθούν αν είναι ανασφάλιστοι ασθενείς.
6. Να ενδιαφέρονται για τις επιπτώσεις της συμπεριφοράς τους στους άλλους ασθενείς και να είναι διακριτικοί, ειδικά σε τοποθετήσεις τους για την υγεία των άλλων.
7. Να αποφύγουν να είναι ενοχλητικοί στο περιβάλλον της κλινικής και να τηρούν τους κανόνες που έχουν τεθεί (π.χ. απαγόρευση καπνίσματος).
8. Να μην εκδηλώνουν ανάρμοστες και δόλιες συμπεριφορές και να μην συμμετέχουν σε παράνομες διαδικασίες. Να αναφέρουν στις αρμόδιες αρχές τέτοιες ενέργειες.
9. Να ενημερώνουν τους επισκέπτες τους για τους κανόνες επισκεπτηρίου που ισχύουν.

Επισκεπτήριο

Σύμφωνα με τις οδηγίες του Υπουργείου Υγείας στο πλαίσιο λήψης μέτρων προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19, παραμένει σε ισχύ η αναστολή του επισκεπτηρίου για όλους τους νοσηλευόμενους στα νοσοκομεία.

Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται το επισκεπτήριο στις περιπτώσεις που ο ασθενής βρίσκεται σε σοβαρή κατάσταση, έπειτα από ειδική άδεια που εκδίδεται από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου και μόνο με τις ακόλουθες προϋποθέσεις :

1. Το επισκεπτήριο περιορίζεται σε ένα (1) άτομο ανά ασθενή.

2. Απαγορεύεται η είσοδος στους επισκέπτες που έχουν συμπτώματα συμβατά με λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος (όπως πυρετός, βήχας, αναπνευστική δύσπνοια).
3. Οι επισκέπτες υποχρεούνται να εφαρμόζουν όλους τους κανόνες ατομικής προστασίας και υγιεινής (υγιεινή χεριών, τα μέτρα αναπνευστικής υγιεινής, κανόνες τήρησης αποστάσεων).
4. Οι επισκέπτες υποχρεούνται να φορούν μάσκα προστασίας.

Πρόσβαση των Ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας

Ανασφάλιστοι και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες έχουν το δικαίωμα της ελεύθερης πρόσβασης στις Δημόσιες Δομές Υγείας και δικαιούνται διαγνωστικής, νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Η πρόσβαση αυτή δεν εξαρτάται από την εξέταση από επιτροπές και δεν υπόκειται σε έλεγχο εισοδηματικών κριτηρίων.

Όλοι οι πολίτες, ανεξαρτήτως εθνικότητας, νομικού καθεστώτος ή κατοχής νομιμοποιητικών εγγράφων, οφείλουν να γίνονται δεκτοί στις πρωτοβάθμιες δομές υγείας και τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των Νοσοκομείων.

Οι παροχές που δικαιούνται από το δημόσιο σύστημα υγείας, εξισούνται με τις παροχές που δικαιούνται οι ασφαλισμένοι και περιλαμβάνουν όλες τις νοσηλευτικές και διαγνωστικές υπηρεσίες, το δικαίωμα να προγραμματίσουν εξετάσεις στα εξωτερικά ιατρεία και χειρουργεία, κ.α.

Οι πιστοποιημένοι στο Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης (Σ.Η.Σ.) ιατροί έχουν το δικαίωμα να συνταγογραφούν φάρμακα, θεραπευτικές πράξεις και διαγνωστικές εξετάσεις στους ανασφάλιστους και στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Οι ως άνω θεραπευτικές πράξεις και διαγνωστικές εξετάσεις πραγματοποιούνται σε δημόσιες δομές υγείας.

Οι Έλληνες πολίτες ή όποιος διαμένει νόμιμα στην Ελλάδα, απευθύνεται σε όλες τις δημόσιες δομές με το ΑΜΚΑ του. Διαφορετικά αν ανήκουν σε κάποια ευάλωτη ομάδα που χρήζει άμεσης υγειονομικής κάλυψης, δικαιούνται την Κάρτα Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (Κ.Υ.Π.Α.) με την οποία έχουν πρόσβαση στις Δημόσιες Δομές Υγείας.

Δικαιούχοι των παροχών:

α) οι μη άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένοι Έλληνες πολίτες ή ελληνικής καταγωγής ομογενείς, οι πολίτες κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και λοιπών τρίτων χωρών, οι οποίοι διαθέτουν νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής στην Ελλάδα, καθώς και τα μέλη των οικογενειών (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα) όλων των προαναφερομένων,

β) οι εγγεγραμμένοι στα Μητρώα ασφαλιστικών ταμείων της χώρας και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα), οι οποίοι έχουν απωλέσει τις ασφαλιστικές τους καλύψεις λόγω οφειλών και δεν δικαιούνται παροχών υγείας,

γ) ευάλωτες ομάδες που χρήζουν άμεσης υγειονομικής κάλυψης ανεξαρτήτως του νομικού καθεστώτος στο οποίο βρίσκονται και της κατοχής νομιμοποιητικών εγγράφων παραμονής στη χώρα:

i) ανήλικοι έως 18 ετών,

ii) γυναίκες σε κατάσταση εγκυμοσύνης,

iii) άτομα με αναπηρία που φιλοξενούνται σε δομές,

iv) άτομα που φιλοξενούνται σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας,

v) άτομα που φιλοξενούνται σε όλες τις θεραπευτικές δομές ή παρακολουθούνται στους ίδιους οργανισμούς ως εξωτερικοί ασθενείς,

vi) οι κρατούμενοι σε φυλακές, οι φιλοξενούμενοι σε ιδρύματα αγωγής ανηλίκων και σε στέγες φιλοξενίας ανηλίκων των εταιρειών ανηλίκων (Ν.Π.Δ. Δ.) και οι τελούντες σε καθεστώς διοικητικής κράτησης,

vii) όσοι παρέχουν κοινωφελή εργασία στο πλαίσιο έκτισης ποινής ή ως αναμορφωτικό μέτρο,

viii) άτομα με αναπηρία 67% και πάνω και άτομα που η κατάσταση της υγείας τους απαιτεί νοσηλεία ή χρειάζονται συνεχή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη,

ix) οι δικαιούχοι διεθνούς προστασίας (αναγνωρισμένοι πρόσφυγες και δικαιούχοι επικουρικής προστασίας) και οι ανιθαγενείς και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα),

x) όσοι διαμένουν στην Ελλάδα με καθεστώς παραμονής για ανθρωπιστικούς ή εξαιρετικούς λόγους και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα),

xi) αιτούντες διεθνούς προστασίας και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα).

Φαρμακευτική κάλυψη των ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων

Η φαρμακευτική περίθαλψη παρέχεται από τα συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ιδιωτικά φαρμακεία. Φάρμακα υψηλού κόστους παρέχονται αποκλειστικά από τα φαρμακεία των Νοσοκομείων και του Ε.Ο.Π.Υ.Υ..

Από 1/8/2016 με βάση το νέο σύστημα συνταγογράφησης οι οικονομικά αδύναμοι ανασφάλιστοι δικαιούνται μηδενικής συμμετοχής στο κόστος της φαρμακευτικής αγωγής μετά από τη διασταύρωση των εισοδηματικών και ασφαλιστικών κριτηρίων μέσω των ηλεκτρονικών συστημάτων της ΗΔΙΚΑ ΑΕ και της Γενικής Γραμματείας Πληροφοριακών Συστημάτων. Αν δεν πληρούν τα κριτήρια του εισοδήματος, της ακίνητης περιουσίας και του ορίου των τραπεζικών καταθέσεων υποχρεούνται στις ίδιες συμμετοχές στη φαρμακευτική δαπάνη που έχουν και οι ασφαλισμένοι ασθενείς.

Παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από το νοσοκομείο και οι δικαιούχοι αυτών

Εισαγωγή στο νοσοκομείο - Εξιτήριο

Ύστερα από την εξέταση του ασθενούς από τους γιατρούς του Νοσοκομείου, εκδίδεται το εισιτήριο, με το οποίο προσέρχεται ο ίδιος ή ο συνοδός του, στο Γραφείο Κίνησης με την αστυνομική του ταυτότητα και το ασφαλιστικό του βιβλιário, προκειμένου να πραγματοποιηθεί η εισαγωγή και να ενημερωθεί για τις ενδονοσοκομειακές διαδικασίες. Επίσης, θα πρέπει να γνωρίζει τον ΑΜΚΑ, το ΑΦΜ και τη Δ.Ο.Υ. που υπάγεται. Οι υπεύθυνοι ιατροί θα ενημερώσουν έγκαιρα για την ημέρα εξόδου από το Νοσοκομείο και θα χορηγηθεί το εξιτήριο, καθώς και το πληροφοριακό σημείωμα για τα στοιχεία της νοσηλείας.

Εξετάσεις – Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία -Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Στα εργαστήρια του Γ.Ν.-Κ.Υ. Λήμνου πραγματοποιούνται οι παρακάτω εξετάσεις :

- Μικροβιολογικές
- Καρδιολογικές
- Ακτινογραφίες
- Αξονική τομογραφία
- Ενδοσκοπήσεις (Γαστροσκόπηση και κολονοσκόπηση)
- Σπειρομέτρηση
- Υπέρηχος
- Ψηφιακή μαστογραφία.

Τηλέφωνο για ραντεβού: 22543-50495 Από 07:00 έως 15:00.

Στο Νοσοκομείο λειτουργούν τα παρακάτω Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία στα οποία πραγματοποιούνται προγραμματισμένα ραντεβού που κλείνονται τηλεφωνικά με σειρά προτεραιότητας, για παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

- ο Καρδιολογικό
- ο Ορθοπεδικό
- ο Οφθαλμολογικό
- ο Παιδιατρικό
- ο Παθολογικό
- ο Πνευμολογικό
- ο Χειρουργικό
- ο Ψυχιατρικό
- ο ΩΡΛ.

Στο Γ.Ν. - Κ.Υ. Λήμνου λειτουργεί στο ισόγειο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) με σκοπό την υποδοχή, διάγνωση και αντιμετώπιση ασθενών με επείγοντα και οξέα προβλήματα, καθώς και τη διαχείρισή τους ως τη στιγμή εισαγωγής τους σε Κλινική ή μεταφοράς τους σε άλλη Μονάδα Υγείας. Στο Τμήμα Επειγόντων εξετάζονται για οξέα ιατρικά προβλήματα όλοι οι πάσχοντες, ασφαλισμένοι ή μη.

Η γνώμη των ληπτών/τριών υπηρεσιών υγείας μετράει

Οι συναλλασσόμενοι με το Γ.Ν. - Κ.Υ. Λήμνου δεν πρέπει να διστάζουν να επισημάνουν αρνητικά σημεία (τυχόν υποδείξεις, προτάσεις, παράπονα), αλλά και θετικά σημεία της εμπειρίας τους. Η συλλογή των ανώνυμων ή ενυπόγραφων ερωτηματολογίων από τα ειδικά κυτία που θα βρείτε στους χώρους του Νοσοκομείου πραγματοποιείται συστηματικά και τα ερωτηματολόγια τυγχάνουν επεξεργασίας.

Οι πολίτες μπορούν να επισκεφθούν την ιστοσελίδα του Γ.Ν. - Κ.Υ. Λήμνου και να ενημερωθούν για τη δομή του Νοσοκομείου, τους κανόνες λειτουργίας, τις παρεχόμενες υπηρεσίες και άλλα ενδιαφέροντα θέματα (<https://limnoshospital.gr/>).

Κέντρο Υγείας – Γενικό Νοσοκομείο Λήμνου

Ηφαίστου 12 81400 ΜΥΡΙΝΑ ΛΗΜΝΟΥ

Τηλεφωνικό Κέντρο : (+30) 22543-50400

Τηλέφωνο Ραντεβού : (+30) 22543-50495

E-mail: info-gnlimnou@1160.syzefxis.gov.gr

www.limnoshospital.gr

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η επίτευξη υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί φιλοδοξία κάθε εθνικού συστήματος υγείας. Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι οι υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας πρέπει να χαρακτηρίζονται από ασφάλεια, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, δικαιοσύνη, να παρέχονται χωρίς καθυστερήσεις, με σεβασμό στις ανάγκες, στις προτιμήσεις και στις αξίες κάθε μεμονωμένου ασθενούς και πρέπει να επιτυγχάνουν τα επιθυμητά αποτελέσματα τόσο για τα άτομα όσο και για το συνολικό πληθυσμό.

Τις τελευταίες δεκαετίες, έχει υιοθετηθεί ένας ευρύτερος ορισμός για την υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη, που περιλαμβάνει παραμέτρους και εκτός των υγειονομικών μονάδων, δηλαδή ό,τι συμβαίνει στο σπίτι του ασθενούς, καθώς και στην τοπική κοινότητα. Υπάρχουν δεδομένα με βάση τα οποία η ανθρωποκεντρική προσέγγιση στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να οδηγήσει στη βελτίωση της ασφάλειας, της ποιότητας, της αποδοτικότητας των δαπανών υγείας, καθώς επίσης στη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών και του προσωπικού. Για να επιτευχθούν τα ανωτέρω, απαραίτητη είναι η συνεργασία με τους λήπτες των υπηρεσιών υγείας (Luxford et al., 2010), καθώς οι ασθενείς και τα μέλη της οικογένειάς τους έχουν συχνά πολύτιμες γνώσεις, τόσο για τη δική τους κατάσταση υγείας όσο και για τον τρόπο που τους παρέχεται η φροντίδα εντός του νοσοκομείου.

Οι διοικήσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, σε συνεργασία με το ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και λοιπό προσωπικό, έχουν την υποχρέωση να διασφαλίσουν την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς και τη συνεχή βελτίωσή της με τη θέσπιση δεικτών αποτελεσματικότητας και αξιολόγησης της ποιότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών φροντίδας της υγείας στα δημόσια νοσοκομεία. Απαραίτητη όμως προϋπόθεση αποτελεί, αφενός η εφαρμογή ενδεδειγμένων πρακτικών και ο επαγγελματισμός του νοσηλευτικού προσωπικού και αφετέρου η ανταπόκρισή του στις ψυχολογικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες των ασθενών, γεγονός που απαιτεί εκτός από τις τεχνικές δεξιότητες του και την άσκηση διαπροσωπικών, κοινωνικών, επικοινωνιακών δεξιοτήτων, καθώς και αυτή της ενσυναίσθησης. Οι υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας οφείλουν να είναι εξατομικευμένες για κάθε ασθενή, σύμφωνα με τις ανάγκες του, να σέβονται τις αξίες και τις πεποιθήσεις του, να χαρακτηρίζονται από τη συμμετοχή του ιδίου και της οικογένειας του στον προγραμματισμό της περίθαλψής του.

Για να μπορούν να χαρακτηρισθούν ποιοτικές θα πρέπει να αξιολογηθούν και να μετρηθούν με τη χρήση συγκεκριμένων δεικτών ποιότητας, που ποσοτικοποιούν τα αποτελέσματα εφαρμογής συγκεκριμένων πρακτικών και διαδικασιών και τη χρήση εργαλείων για τη συλλογή των πληροφοριών. Οι δείκτες ποιότητας μπορούν να υιοθετηθούν για να αξιολογηθούν τέσσερις τομείς της υγειονομικής περίθαλψης, βασιζόμενοι στο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας, που δημιούργησαν οι Kaplan & Norton (1992), δηλαδή στην Ισορροπημένη Κάρτα Αποτελεσμάτων – Balanced Score Card. Στον τομέα της χρηματοδότησης μπορεί να αξιολογηθεί το κόστος περίθαλψης δηλαδή το συνολικό κόστος, το κόστος ανά κρεβάτι και ανά ημέρα, το κόστος φαρμάκων και υλικών και αυτό των αμοιβών του προσωπικού. Στον τομέα των εσωτερικών διαδικασιών δείκτες ποιότητας αποτελούν ο μέσος χρόνος παραμονής των ασθενών στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και στις κλινικές, η θνητότητα, οι ακυρώσεις χειρουργείων, τα ιατρικά λάθη και το ποσοστό των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Στον τομέα της επιμόρφωσης και της ανάπτυξης οι δείκτες ποιότητας αναφέρονται στο προσωπικό, όπως το ποσοστό ικανοποίησης, η διαρροή, τα έξοδα επιμόρφωσης και το ποσοστό συστηματικής αποχής του προσωπικού από την εργασία. Στον τομέα αντιμετώπισης των ασθενών ως πελάτες μπορούν να αξιολογηθούν το ποσοστό ικανοποίησης και τα παράπονα των ασθενών, καθώς και οι διευκολύνσεις για τις οικογένειές τους και τους επισκέπτες. Το Balanced Score Card μπορεί να αποτελέσει εργαλείο για τη μέτρηση της απόδοσης των νοσηλευτών στοχεύοντας στη στρατηγική σκέψη, στη συνεργασία και στη συνεχή βελτίωση.

Επιπρόσθετα, οι υγειονομικοί οργανισμοί οφείλουν να αναπτύσσουν πρότυπα ποιότητας και να παρακολουθούν διαδικασίες, όπως αυτή της διαχείρισης των αποβλήτων του νοσοκομείου μέσω πληροφοριακών συστημάτων, για την ορθή εφαρμογή των μέτρων και των ενεργειών που απαρτίζουν τα στάδια της διαχείρισης και τη μείωση του κόστους. Η υιοθέτηση καλών πρακτικών, η ανάπτυξη και η εφαρμογή στρατηγικής σε όλα τα στάδια της διαχείρισης μπορεί να συμβάλλει στη σωστή διαχείριση των αποβλήτων και κατ' επέκταση στη μείωση του κόστους. Καθώς οι υγειονομικές μονάδες αναδεικνύονται σημαντικοί παραγωγοί αποβλήτων, ένα μέρος των οποίων αποτελούν επικίνδυνα απόβλητα και η μη ορθολογική διαχείριση αυτών των αποβλήτων συνεπάγεται κόστος για την υγεία, για το περιβάλλον αλλά και οικονομικό κόστος, είναι αναγκαίο τα παραδοσιακά συστήματα διαχείρισης να αντικατασταθούν από πληροφοριακά συστήματα, που θα αποτελέσουν μια σημαντική αλλαγή στις επιχειρησιακές διαδικασίες.

Το ελληνικό κράτος, στο πλαίσιο του εκσυγχρονισμού και της ορθής και αποτελεσματικής οργάνωσης του συστήματος υγείας, καθώς και του καθορισμού και της προστασίας των δικαιωμάτων των νοσοκομειακών ασθενών, έχει θεσπίσει σχετική νομοθεσία διαμορφώνοντας το κατάλληλο νομικό πλαίσιο. Οι υγειονομικές μονάδες με τη σειρά τους θα πρέπει να υιοθετήσουν εκείνες τις διαδικασίες και καλές πρακτικές ποιότητας, οι οποίες θα εμπεριέχουν την ανθρωποκεντρική προσέγγιση της υγειονομικής περίθαλψης και τον προσανατολισμό στο σεβασμό των αξιών των ασθενών, των προτιμήσεων και των ιδιαίτερων αναγκών τους, στην ενεργό συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στην υγεία τους, στην παροχή ενημέρωσης, επικοινωνίας και συναισθηματικής υποστήριξης, στην αποφυγή σωματικής και ψυχικής καταπόνησής τους και στη συμμετοχή του οικογενειακού περιβάλλοντος. Απαραίτητη είναι επίσης, η διασφάλιση, η προάσπιση και η προαγωγή των δικαιωμάτων τους, καθώς και η μέριμνα για την ενημέρωσή τους κατά τη λήψη ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας. Τα προαναφερθέντα θεωρούνται ισότιμα σημεία υψηλής ποιότητας περίθαλψης με τη λήψη της καταλληλότερης θεραπείας. Οι ασθενείς μπορούν να διαδραματίσουν ενεργούς και σημαντικούς ρόλους στη μέτρηση και στη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Για το λόγο αυτό οι οργανισμοί υγείας συστήνουν οργανικές μονάδες, όπως το Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας γιατί εκτός των άλλων αναγνωρίζουν όλο και περισσότερο την αξία των εμπειριών των ασθενών στο να τους βοηθήσουν να επανασχεδιάσουν τις διαδικασίες με έναν περισσότερο ανθρωποκεντρικό τρόπο.

Στη συγκεκριμένη εργασία, με τη βοήθεια της ποιοτικής έρευνας, διερευνήθηκε η ποιοτική διάσταση τριών διαδικασιών στο Γ.Ν. – Κέντρο Υγείας Λήμνου και συγκεκριμένα η νοσηλευτική φροντίδα, η διαχείριση των αποβλήτων και η λειτουργία Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας. Η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και η συνεχής βελτίωσή τους αποτελούν πρωταρχικό στόχο του νοσοκομείου, αλλά δεν έχει καθιερωθεί ένα σύστημα διοίκησης με στόχους και η μέτρηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών με κριτήρια ποιότητας, δείκτες και ένα εργαλείο όπως είναι το Balanced Score card. Έτσι, η παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας γίνεται αντιληπτή ως η τήρηση πρωτοκόλλων και πρότυπων διαδικασιών. Όσον αφορά στη διαχείριση των αποβλήτων, τηρείται το θεσμικό πλαίσιο και το προσωπικό έχει εκπαιδευτεί και επιμορφώνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα για το σωστό διαχωρισμό τους. Η διαδικασία μπορεί να βελτιωθεί με τη χρήση ενός πληροφοριακού συστήματος, που θα διευκολύνει την καταγραφή ενεργειών και γεγονότων, θα εξάγει ταχύτερα πληροφορίες και θα συμβάλει στη μείωση του χρόνου

ενασχόλησης του προσωπικού, καθώς και στη μείωση του κόστους. Το Ειδικό Γραφείο Υποδοχής Ασθενών που λειτουργεί έως σήμερα στο νοσοκομείο, μπορεί να αντικατασταθεί με τη σύσταση Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας, το οποίο θα στελεχωθεί σωστά και θα αναλάβει το σύνολο των αρμοδιοτήτων που προκύπτουν από τη νομοθεσία και θα μεριμνά για την ενημέρωση των ασθενών για τα δικαιώματά τους κατά τη λήψη ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας και θα παρακολουθεί και θα παρεμβαίνει για τη διασφάλιση της προστασίας τους.

Η εσωτερική αξιολόγηση που καταγράφει τυχόν δυσλειτουργίες, η αξιοποίηση τεχνολογιών πληροφορικής για τη διαχείριση διαδικασιών και η δημιουργία κατάλληλων δομών ενημέρωσης των ασθενών για τα δικαιώματά τους κατά τη λήψη ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας, θα επιδράσουν θετικά και θα βελτιώσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και τις διοικητικές πρακτικές. Δεν αρκούν όμως για την ανθρωποκεντρική αναμόρφωση ενός νοσηλευτικού ιδρύματος και τη συνεχή παροχή ποιοτικών υπηρεσιών περίθαλψης, με διαστάσεις την αποδοτικότητα, την αποτελεσματικότητα, την καινοτομία, την ασφάλεια και την ικανοποίηση ασθενών και προσωπικού. Καλές πρακτικές ποιότητας θα πρέπει να εφαρμοσθούν και σε άλλες διαδικασίες του Γ.Ν. – Κέντρου Υγείας Λήμνου, τόσο παροχής φροντίδας όσο και διοικητικές. Για παράδειγμα, στο νοσοκομείο λειτουργεί Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, που παρέχει κλασική αιμοκάθαρση στους μόνιμους και έκτακτους ασθενείς, καθώς και στους φιλοξενούμενους νεφροπαθείς κατά τη διάρκεια επίσκεψής τους στο νησί. Λόγω της ιδιαιτερότητας του αντικειμένου της Μονάδας, απαραίτητη είναι η ανάπτυξη και εγκατάσταση του διεθνούς προτύπου ISO 9001:2015 με επιδίωξη την παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, τη συνεχή βελτίωσή τους, την τήρηση των κανόνων υγιεινής και ασφάλειας, ασθενών, συνοδών και εργαζομένων, καθώς και την παρακολούθηση των βασικών διεργασιών της Μονάδας μέσα από ένα σύνολο δεικτών ποιότητας. Τα πρότυπα ISO ή άλλες διαπιστεύσεις μπορούν να εφαρμοσθούν και σε άλλα τμήματα, εργαστήρια και οργανικές μονάδες του νοσοκομείου, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα και ενισχύοντας την επιστημονική εγκυρότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Επίσης, στο νοσοκομείο δεν έχει τεθεί σε λειτουργία σύστημα ηλεκτρονικής διαχείρισης εγγράφων, όπως ορίζουν οι διατάξεις του άρθρου 18 του Ν.4727/2020. Σύμφωνα με την παρ.4 του ανωτέρω άρθρου η διακίνηση, διαβίβαση και κοινοποίηση κάθε εγγράφου μεταξύ των φορέων του δημοσίου τομέα, καθώς και η διακίνηση εγγράφων με φορείς άλλων χωρών πραγματοποιείται μέσω του Κεντρικού Συστήματος

Ηλεκτρονικής Διακίνησης Εγγράφων (Κ.Σ.Η.Δ.Ε.). Το Υπουργείο Ψηφιακής Διακυβέρνησης δίνει τη δυνατότητα σε φορείς που δεν διαθέτουν τοπικό Σύστημα Ηλεκτρονικής Διακίνησης Εγγράφων (ΣΗΔΕ), όπως το Γ.Ν. – Κέντρο Υγείας Λήμνου, να εγγραφούν στο Κεντρικό ΣΗΔΕ και να λάβουν ως υπηρεσία (software as a service) το ΣΗΔΕ Φορέων (ΣΗΔΕ-Φ), έτσι ώστε να μπορούν να διακινούν ηλεκτρονικά τα έγγραφά τους. Το Κεντρικό Σύστημα Ηλεκτρονικής Διακίνησης Εγγράφων (ΚΣΗΔΕ) αποτελεί την κεντρική υποδομή για την ανταλλαγή ηλεκτρονικών εγγράφων μεταξύ όλων των φορέων του Δημοσίου με τη χρήση εγκεκριμένων ψηφιακών υπογραφών. Υιοθετείται έτσι ένας αποτελεσματικότερος και ταχύτερος τρόπος για τη διακίνηση της αλληλογραφίας, πραγματοποιείται εξοικονόμηση χρόνου, χαρτιού και μελανιού και καλύτερη παρακολούθηση των εκκρεμοτήτων, χωρίς κόστος.

Η ανάληψη συγκεκριμένων ενεργειών από τη μεριά της Διοίκησης του νοσοκομείου για την αναζήτηση διαδικασιών που χρειάζονται βελτίωση, την ανάπτυξη πρακτικών ποιότητας ή την υιοθέτηση ήδη υφιστάμενων διαδικασιών και προτύπων, η συμμετοχή, αξιοποίηση και ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, η εκπαίδευσή του σε θέματα ποιότητας, η ενσωμάτωση ψηφιακών τεχνολογιών και λύσεων πληροφορικής στη λειτουργία του, θα ενισχύσουν την παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, βελτιώνοντας την ποιότητα της περίθαλψης και την κάλυψη των υπηρεσιών υγείας, καθώς ο ασθενής - πελάτης έχει κάθε δικαίωμα να απαιτεί την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, έχοντας καταβάλλει υψηλές εισφορές υγειονομικής περίθαλψης.

Για την επίτευξη της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών πρόληψης και φροντίδας υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας απαραίτητος είναι ο καθορισμός προτύπων ποιότητας και ασφάλειας ασθενών και εργαζόμενων, η εφαρμογή των αρχών Διοίκησης Ολικής Ποιότητας και διαδικασιών πιστοποίησης-διαπίστευσης, για όλο το δημόσιο τομέα υγείας, η εκπαίδευση όλων των εργαζομένων στην κουλτούρα και στις καλές πρακτικές ποιότητας, η ενεργοποίηση και άμεση δραστηριοποίηση του Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία (ΟΔΠΥ) και η εξασφάλιση σταθερής χρηματοδότησης της δημόσιας υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενογλώσση

- Aburge, D., Morge, V., & Bhengu, B. (2019). Effect of patient-centred care on quality nursing care, nurse-sensitive indicators and satisfaction of nurses and patients in adult medical inpatients setting: A mixed methods systematic review protocol. *Asian Journal of Research in Nursing and Health*, 2(1), σσ. 1-14.
- Active Citizenship Network (2002). *European charter of patients' rights*. Ανακτήθηκε 10/09/2021 από <http://www.activecitizenship.net/about-us.html>.
- Adhikari, S., & Supakankunit, S (2014). Benefits and costs of alternative healthcare waste management: an example of the largest hospital of Nepal. *WHO South-East Asia Journal of Public Health* 3(2), σσ. 171-178.
- Aidemark, L., Baraldi, S., Funck, E., & Jansson, A. (2010). The importance of balanced scorecards in hospitals. In M. J. Epstein, J.-F. Manzoni & A. Davila (Eds), *Performance measurement and management control: Innovative concepts and practices* (20, pp. 363-385). UK : Emerald Group Publishing.
- Alter, S. (2008). Defining information systems as work systems: implications for the IS field. *European Journal of Information Systems*, 17, σσ. 448–469.
- American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care (2016). Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *JAGS*, 64, σσ.:15–18.
- American Medical Association (1993). *Patient responsibilities*. Ανακτήθηκε 08/09/2021 από <https://www.encyclopedia.com/science/encyclopedias>.
- Askarian, M., Heidarpoor, P. & Assadian, O. (2010). A total quality management approach to healthcare waste management in Namazi Hospital, Iran. *Waste Management*, 30, σσ. 2321-2326.
- Association for the Development of the Person-Centered Approach (2004). *The History of the PCA*. Ανακτήθηκε 1/12/2021 από <https://adpca.org/the-history-of-the-pca/>.
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (2014). Nursing Care Quality Measurement. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 43 (1), σσ. 132-133.
- Australian College of Nursing (2020). *Person-Centred Care*. Ανακτήθηκε 26/09/2021 από <https://www.acn.edu.au/wp-content/uploads/position-statement-person-centred-care.pdf>.

- Báo, A., Amestoy, S., Souto de Moura, G., & Trindade, L. (2019). Quality indicators: tools for the management of best practices in Health. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72 (2), σσ. 377-384.
- Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., & Quentin, W. (2019). *Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. United Kingdom: World Health Organization.
- Charalambous, A. (2003). Μέθοδοι αξιολόγησης της νοσηλευτικής ποιότητας και στρατηγικές βελτίωσης. *Cyprus Nursing Chronicles*, 4(2), , σσ. 7-16.
- Charalambous, A., Papadopoulos, R., & Beadsmoore, A. (2008). Listening to the voices of patients with cancer and their nurses: a hermeneutic phenomenological study of quality Nursing Care. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, σσ. 436-442.
- Charalambous, A., Papadopoulos, R., & Beadsmoore, A. (2008). Ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα: Μία επιλεκτική βιβλιογραφική επισκόπηση των ερμηνειών ασθενών και νοσηλευτών. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 1 (2), σσ. 90-99.
- Chartier, Y., Emmanuel, J., Pieper, U., Pruss, A., Rushbrook, P., Stringer, R., Townend, W., Wilburn, S., & Zghondi, R. (2014). *Safe management of wastes from health-care activities* (2nd ed.). Geneva: Health Organization.
- Cleary, P., & McNeil, B. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25, σσ. 25-36.
- De Silva, D. (2014). *Helping measure person-centred care*. London: Health Foundation.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260 (2), σσ. 1743-1748.
- Dozier, A., Kitzman, H., Ingersoll, G., Holmberg, S., & Schultz, A. (2001). Development of an Instrument to Measure Patient Perception of the Quality of Nursing Care. *Research in Nursing & Health*, 24, σσ. 506-517.
- Edwards, P., Huang, D., Metcalfe, L., & Sainfort, F. (2008). Maximizing your investment in EHR. Utilizing EHRs to inform continuous quality improvement. *Journal of healthcare information management*, 22 (1), σσ. 32-37.
- Emmanuel, J. (2007, June). *Best Environmental Practices and Alternative Technologies for Medical Waste Management*. Paper presented at 8th international waste management congress and exhibition, Kasane, Botswana.
- English, D. (2005). Moral Obligations of Patients: A Clinical View. *Journal of Medicine and Philosophy*, 30, σσ. 139–152.

- Fakoya, M., & Van der Poll, H. (2013). Integrating ERP and MFCA systems for improved waste-reduction decisions in a brewery in South Africa. *Journal of Cleaner Production*, 40, σσ. 136-140.
- Gerwig., K (2001). Waste Management & Healthcare. Ανακτήθηκε 05 Αυγούστου 2021 από https://noharm-global.org/sites/default/files/documents-files/2384/Waste_Mgmt_and_Healthcare.
- Gizalew, E., Girma., M. Haftu, D., Churko, C., & Girma, M. (2018). Health-care Waste Management and Risk Factors Among Health Professionals in Public Health Facilities of South Omo Zone. *Journal of Healthcare Leadership*, 13, σσ.119-128.
- Giasuddin, A., Khurshid, N., & Seoty, N. (2020). Importance of Compliance to Quality Management of Healthcare/Medical Waste: a Review. *International Journal of Medical Science and Clinical Invention* 7 (2), 4751-4756. Doi:10.18535/ijmsci/v7i02.04.
- Hudon, C., Fortin M, Haggerty J, Loignon C, Lambert. M., & Poitras ME (2012). Patient-centered care in chronic disease management: a thematic analysis of the literature in family medicine. *Patient Education and Counseling* 88(2), σσ. 170-176. Doi:10.1016/j.pec.2012.01.009.
- Huida, L., Bingchen, F., Liheng, Y., & Yanan, L. (2012). RFID-Based Hazardous Waste Management Platform Establishment. *Procedia Engineering*, 29, σσ. 4-8. Doi:10.1016/j.proeng.2011.12.658.
- Hausmann, D., Hegyvary S., Newman, J., & Bishop, A. (1974). Monitoring Quality of Nursing Care. *Health Services Research*, 9 (2), σσ. 135-148.
- International Council of Nurses (2002). *Nursing Definitions*. Ανακτήθηκε 05/09/2021 από <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>.
- International Council of Nursing (2015). *Nurses: A force for change: Care, effective, cost effective*. Geneva: International Council of Nursing.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21st Century*. Washington: National Academy Press.
- Izumi, S., Baggs, J., & Knafl, K. (2010). Quality Nursing Care for Hospitalized Patients with Advanced Illness: Concept Development. *Research in Nursing & Health*, 33 (4), σσ. 299-315.
- Johnson, B.H., & Abraham, M.R. (2012). Partnering with patients, residents, and families. *A Resource for Leaders of Hospitals, Ambulatory Care Settings, and*

- Long-Term Care Communities*. Bethesda, MD: Institute for Patient - and Family - Centered Care.
- Kaplan, R., & Norton, D. (1992). *The Balanced Scorecard – Measures That Drive Performance*. *Harvard Business Review*, σσ. 71-79.
- Kollberg, B., & Elg, M. (2011). The practice of the Balanced Scorecard in health care services. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 60 (5), σσ. 427-445.
- Kuo, K., Liu, C., Talley, P., & Pan, S. (2018). Strategic Improvement for Quality and Satisfaction of Hospital Information Systems. *Journal of Healthcare Engineering*, σσ. 1-14.
- Larsson, B., Larsson, G. (2002). Development of a short form of the Quality from the Patient's Perspective (QPP) questionnaire. *journal of clinical nursing*, 11 (5), σσ.681-687.
- Laudon K., & Laudon G., (2009). *Πληροφοριακά συστήματα διοίκησης*. Αθήνα: Κλειδάριθμος.
- Lee, B., Ellenbecker, M., & Moure-Ersaro, R. (2004). Alternatives for treatment and disposal cost reduction of regulated medical wastes. *Waste Management*, 24(2), σσ. 143-151.
- Lindgren, M., & Andersson, I. (2011). The Karen instruments for measuring quality of nursing care: construct validity and internal consistency. *International Journal for Quality in Health Care*, 23 (3), σσ. 292– 301.
- Luxford, K., Piper, D., Dunbar, N., & Poole, N. (2010). Patient-centered care: Improving quality and safety by focusing care on patients and consumers - Discussion Paper. Canberra: Biotext.
- Maben, J., Morrow, E., Ball, J., Robert, G., & Griffiths, P. (2012). *High Quality Care Metrics for Nursing*. Ανακτήθηκε 29/12/2021 από https://www.researchgate.net/publication/263320225_High_Quality_Care_Metrics_for_Nursing.
- Mainz, J. (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15 (6), σσ. 523-530. Doi: 10.1093/intqhc/mzg081.
- Mason, J. (2002). *Qualitative Researching* (2nd ed.). London: Sage Publications.
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing: Theory and Practice*. UK: John Wiley & Sons.

- Mead, N., Bower, P., & Hann, M. (2002). The impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Social Science & Medecine*, 55(2), σσ. 283-299. Doi: 10.1016/S0277-9536(01)00171-X.
- Mehdipour, Y., & Zerehkafi, H. (2013). Hospital information system (HIS):At a glance. *Asian Journal of Computer and Information Systems*, 1 (2), σσ. 54-61.
- Mentzelou, P., Vosniakos, F., Dardavesis, Th., Papadakis, N., Nikolaou, K., & Athansiadou, Ch. (2009). An information system for hospital waste management. *Journal of Environmental Protection and Ecology*, 10 (1),_σσ. 285-294.
- Mhlanga, M., Zvinavashe, M., Haruzivishe, C., & Ndaimani, A. (2016). Quality nursing care: A concept analysis. *Journal of Medical and Dental Science Research*, 3 (1), σσ. 25-30.
- Minnesota Department of Health (2019). *Continuous Quality Improvement*. Ανακτήθηκε 06/09/2021 από <https://www.health.state.mn.us/communities/fhv/cqi.html>.
- Oldland, E., Botti, M., Hutchinson, A., & Redley, B. (2020). A framework of nurses' responsibilities for quality healthcare -Exploration of content validity. *Collegian*, 27, σσ. 150-163.
- Park, H., Lee, K., Kim, M., Lee, J., Seon, Y., & G., Ko, G. (2009). Detection and hazard assessment of pathogenic microorganisms in medical wastes. *Journal of Environmental Science and Health Part A*, 44, σσ. 995-1003. Doi: 10.1080/10934520902996898.
- Piligrimienè, Z., & Buciuiniene, I. (2008). Different perspectives on health care quality: is the consensus possible?. *Engineering Economics*, 1 (56), σσ. 104-111.
- Prüss, A., Giroult, E., & Rushbrook, P. (1999). *Safe management of wastes from health-care activities*. Geneva: Word Health Organization.
- Rahimi, H., Kavosi, Z., Shojaei, P., & Kharazmi, E. (2016). Key performance indicators in hospital based on balanced scorecard model. *Journal of Health Management & Informatics*, 4 (1), σσ. 17-24.
- Raya A. 1994. Quality in Nursing. *Nosileftiki*, 5(30), σσ. 317-320.
- Santana, M., Manalili, K., Jolley, R., Zelinsky, S., Quan, H., Lu, M. (2018). How to practice person- centred care: A conceptual framework. *Health Expectations*, 21, σσ. 429–440.
- Segen's Medical Dictionary (2012). *Best practice*. Ανακτήθηκε 10/09/2021 από <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/best+practice>.

- Schang, L., Blotenberg, I., & Boywitt, D. (2021). What makes a good quality indicator set? A systematic review of criteria. *International journal for quality in health care*, 33 (3), σσ. 1-10. Doi: 10.1093/intqhc/mzab107.
- Tafreshi, M., Pazargadi, M., & Saeedi, Z. (2007). Nurses' perspectives on quality of nursing care: a qualitative study in Iran. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20 (4), σσ. 320-328.
- Taylor, A., & Haussmann, G. (1988). Meaning and measurement of quality nursing care. *Applied Nursing Research*, 1 (2), σσ. 84-88.
- Tudor, T., Marsh, C., Butler, S., Van Horn, J., & Jenkin, L. (2008). Realising resource efficiency in the management of healthcare waste from the Cornwall National Health Service (NHS) in the UK. *Waste Management*, 28, σσ. 1209-1218. Doi:10.1016/j.wasman.2007.04.004.
- World Health Organization (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Ανακτήθηκε 08/09/2021 από http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
- World Health Organization (1994). *A declaration on the promotion of patients' rights in Europe*. Ανακτήθηκε 10/09/2021 από https://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf.
- World Health Organization (2006). *Quality of care : a process for making strategic choices in health systems*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2015). *Status of health-care waste management in selected countries of the Western Pacific Region*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2017). *Safe management of wastes from health-care activities*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2017). *A guide to Identifying and Documenting Best Practices in Family Planning Programmes*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2018). *Health-care waste*. Ανακτήθηκε 05/09/2021 από <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-care-waste>.
- World Health Organization (2018). *Handbook for national quality policy and strategy*. Geneva: World Health Organization.
- Zelman, W., Pink, G., & Matthias, C. (2003). Use of the Balanced Scorecard in Health Care. *Journal of Health Care Finance*, 29 (4), σσ. 1-16.

Ελληνική

- Ανυφαντάκη, Σ. (2017). Δείκτες ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας: Οι νοσηλευτές βελτιώνουν την ασφάλεια και μετρούν τη συμβολή τους στην έκβαση των ασθενών. *Νοσηλευτική*, 56 (1), σσ. 9–10.
- Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων L 226/3/06.09.2000. Απόφαση της Επιτροπής της 3ης Μαΐου 2000 για αντικατάσταση της απόφασης 94/3/EK για τη θέσπιση καταλόγου αποβλήτων σύμφωνα με το άρθρο 1 στοιχείο α) της οδηγίας 75/442/ΕΟΚ του Συμβουλίου και της απόφασης 94/904/EK του Συμβουλίου για την κατάρτιση καταλόγου επικίνδυνων αποβλήτων κατ' εφαρμογή του άρθρου 1 παράγραφος 4 της οδηγίας 91/689/ΕΟΚ του Συμβουλίου για τα επικίνδυνα απόβλητα. Ανακτήθηκε 05/09/2021 από <https://eur-lex.europa.eu>.
- Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης L 312/3/22.11.2008. Οδηγία 2008/98/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 19^{ης} Νοεμβρίου 2008 για τα απόβλητα και την κατάργηση ορισμένων οδηγιών. Ανακτήθηκε 05/09/2021 από <https://eur-lex.europa.eu>.
- Ευαγγέλου, Ε., & Λαμπρινού, Α. (2020). Κλινικοί δείκτες ποιότητας οι οποίοι σχετίζονται με την εντατική νοσηλευτική φροντίδα: Συστηματική ανασκόπηση βιβλιογραφίας. *Cyprus Nursing Chronicles*. 20(1) σσ. 8-23.
- Ίσαρη, Φ., & Πουρκός, Μ. (2015). *Ποιοτική Μεθοδολογία Έρευνας. Εφαρμογές στην Ψυχολογία και στην Εκπαίδευση*. Ανακτήθηκε 06/09/2021 από www.kallipos.gr.
- ΚΥΑ 146163/03.05.2012 ΦΕΚ 1537/τ. Β' /8-5-2012. Μέτρα και Όροι για τη Διαχείριση Αποβλήτων Υγειονομικών Μονάδων. Ανακτήθηκε 20/08/2021 από <http://www.et.gr>.
- Μπίμπου, Ι., & Νικηφορίδης, Π. (2016). *Νεανική παραβατικότητα: Ποιοτική προσέγγιση και καλές πρακτικές για ένα μοντέλο πρόληψης της ΕΠΑΘ*. Θεσσαλονίκη: Εταιρία Προστασίας Ανηλίκων Θεσσαλονίκης.
- Μπισκανάκη, Ε., & Χαραλάμπους, Γ. (2018). Τα δικαιώματα των ασθενών. Το Vima του Asklipiou Journal, 17 (2), σσ.102-117. DOI:10.5281/zenodo.1211005.
- Νόμος 2071/1992 ΦΕΚ Τεύχος Α' 123/15.07.1992. *Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας*. Ανακτήθηκε 29/09/2021 από <http://www.et.gr>.
- Νόμος 2519/1997 ΦΕΚ Τεύχος Α' 165/21.08.1997. *Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού συστήματος υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις*. Ανακτήθηκε 29/09/2021 από <http://www.et.gr>.

- Νόμος 2889/2001 ΦΕΚ Τεύχος Α΄ 37/02.03.2001 *Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις*. Ανακτήθηκε 20/08/2021 από <http://www.et.gr>.
- Νόμος 3868/2010 ΦΕΚ Τεύχος Α΄ 129/03.08.2010. *Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης*. Ανακτήθηκε 20/08/2021 από <http://www.et.gr>.
- Νόμος 4368/2016 ΦΕΚ Τεύχος Α΄ 21/21.02.2016. *Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις*. Ανακτήθηκε 29/09/2021 από <http://www.et.gr>.
- Νόμος 4715/2020 ΦΕΚ Τεύχος Α΄ 149/01.08.2020. *Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας - Ίδρυση και καταστατικό του Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία Α.Ε. (Ο.ΔΙ.Π.Υ. Α.Ε.), άλλες επείγουσες διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις*. Ανακτήθηκε 24/09/2021 από <http://www.et.gr>.
- Νόμος 4727/2020 ΦΕΚ Τεύχος Α΄ 184/23.09.2020. *Ψηφιακή Διακυβέρνηση (Ενσωμάτωση στην Ελληνική Νομοθεσία της Οδηγίας (ΕΕ) 2016/2102 και της Οδηγίας (ΕΕ) 2019/1024) - Ηλεκτρονικές Επικοινωνίες (Ενσωμάτωση στο Ελληνικό Δίκαιο της Οδηγίας (ΕΕ) 2018/1972) και άλλες διατάξεις*. Ανακτήθηκε 30/11/2021 από <http://www.et.gr>.
- Παπακωστίδη, Α., & Τσουκαλάς, Ν. (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29 (4), σσ. 480-488.
- Τατσιώνη, Α., & Καραθάνος (2015). Φροντίδα επικεντρωμένη στον ασθενή. Στο Τατσιώνη, Α., Καραθάνος, Β., & Μίσσιου, Α. (Επιμ.), *Εισαγωγή στη γενική ιατρική* (σ.29-48). Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Ανακτήθηκε 10/08/2021 από https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/3811/3/02_chapter_2.pdf.
- Υπουργική Απόφαση 4α/ΟΙΚ 39170 ΦΕΚ Τεύχος Β΄ 1248/11.04.2012. *Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Γ.Ν.-Κ.Υ. Λήμνου*. Ανακτήθηκε 20/08/2021 από <http://www.et.gr>.
- Υπουργική Απόφαση Αριθμ. Α3δ/Γ.Π.οικ.10976/10.2.2017 ΦΕΚ Τεύχος Β΄ 662/2017. *Πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας του Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.* Ανακτήθηκε 20/08/2021 από <http://www.et.gr>.

Υπουργικό Συμβούλιο Πράξη 39/31.8.2020 ΦΕΚ Τεύχος Α' 185/29.09.2020. Έγκριση του Εθνικού Σχεδίου Διαχείρισης Αποβλήτων (Ε.Σ.Δ.Α.). Ανακτήθηκε 20/08/2021 από <http://www.et.gr>.