

2015

þÿ ” μ⁻⁰ Ä μ Â À ¿¹ Ì Ä · Ä ± Â Ã Ä ¿ Ç Î Á ¿

Andreou, Andreas

þÿ Á Ì³ Á ± ¼ ¼ ± ” · ¼ Ì Ä¹ ± Â ”¹ ¿⁻⁰ · Ä · Â, £ Ç ¿ » ® ÿ¹⁰ ¿ ½ ¿ ¼¹⁰ Î ½ · Ä¹ Ä Ä · ¼ Î ½⁰ ±¹ ”¹ ¿⁻⁰ ·
þÿ ± ½ μ Ä¹ Ä Ä ® ¼¹ ¿ · μ ¬ Ä ¿ »¹ Â ¬ Æ ¿ Ä

<http://hdl.handle.net/11728/6976>

Downloaded from HEPHAESTUS Repository, Neapolis University institutional repository



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

‘ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ’

ΑΝΤΡΕΑ ΑΝΔΡΕΟΥ

ΑΡ.ΦΟΙΤ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:1123305578

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΙΩΑΝΝΗΣ ΒΛΑΣΗΣ

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2015

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	5
1. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	7
2. ΟΡΙΣΜΟΙ.....	9
2.1 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	9
2.2 Διασφάλιση ποιότητας.....	9
2.3 Διαρκής βελτίωση ποιότητας.....	10
2.4 Ο κύκλος ποιότητας.....	10
2.5 Δείκτες ποιότητας.....	12
2.6 Χαρακτηριστικά δεικτών ποιότητας.....	13
2.7 Τύποι δεικτών ποιότητας.....	14
2.7.1 Rate based ή σκόρπιοι δείκτες.....	15
2.7.2 Δείκτες που σχετίζονται με τη δομή, τη διαδικασία, και το αποτέλεσμα.....	16
2.7.3 Διαρθρωτικοί δείκτες.....	17
2.7.4 Δείκτες διαδικασίας.....	18
2.7.5 Δείκτες αποτελέσματος.....	19
3. ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	24
4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΕΝΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	26
5. Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	28
6. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΔΕΙΚΤΩΝ.....	28
7. ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	30
8. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ.....	31
8.1 Η ιστορία του χειρουργείου.....	31
8.2 Χαρακτηριστικά περιβάλλοντος χειρουργείου.....	32
8.3 Τάσεις και εξελίξεις στην χειρουργική.....	34
8.4 Εμφάνιση και ανάπτυξη του Χειρουργείου Ημερήσιας Νοσηλείας.....	34
8.5 Επιδράσεις της διαχειριζόμενης φροντίδας.....	35
9. Η ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΕΝΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ.....	36
10. ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ.....	37

11. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	39
12. ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΗΓΕΣΙΑ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ.....	40
12.1 Διαχείριση Ολικής Ποιότητας.....	40
12.2 Ικανοποίηση πελατών και αποτίμηση εκβάσεων.....	41
12.3 Διαφορές μεταξύ Διοίκησης και Ηγεσίας	42
12.4 Διαχείριση του χειρουργείου.....	43
13. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ.....	44
13.1 Παραδοσιακή οργανωτική δομή	44
14. Ο ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ.....	45
14.1 Διαχείριση Ανθρωπίνων Πόρων.....	46
15. ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ.....	47
16. ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	48
17. ΜΕΡΟΣ Β – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	50
17. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	57
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	59

Περίληψη

Η χρήση των δεικτών ποιότητας μπορεί να λειτουργήσει ως εργαλείο βελτίωσης της ποιότητας στο χώρο του χειρουργείου αλλά και γενικότερα. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται οι δείκτες ποιότητας του χειρουργείου, σε συνδυασμό με τα οφέλη στην ποιότητα. Επίσης, παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά αυτών αλλά και τα κριτήρια για την επιλογή τους, οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα αλλά και γίνεται η διασφάλιση της. Στο δεύτερο κομμάτι, παρουσιάζεται οτιδήποτε αφορά αποκλειστικά το χειρουργείο, όπως τα χαρακτηριστικά του «υγιεινού» χειρουργείου αλλά και η δομή, οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα στις χειρουργικές επεμβάσεις.

Εισαγωγή

Ίσως το απαιτητικότερο τμήμα του νοσοκομείου, το χειρουργείο είναι ένας χώρος εξαιρετικά αγχώδης, στελεχωμένος με προσωπικό που πρέπει να διαθέτει ιδιαίτερες γνώσεις και δεξιότητες ώστε να ανταποκριθεί στις καθημερινές προκλήσεις. Σε μια εποχή που διεθνώς υπάρχει η ανάγκη μεταρρύθμισης των συστημάτων υγείας (λόγω προβλημάτων οργάνωσης και ανάγκης μείωσης του κόστους), ο στόχος της ποιοτικής παροχής φροντίδας υγείας φαντάζει ιδιαίτερα δύσκολος αλλά όχι και ουτοπικός. Απαιτείται η χρήση των δεικτών ποιότητας με βάση τα οποία καθορίζεται και μετριέται η ποιότητα της φροντίδας. Η χρήση των δεικτών ποιότητας μπορεί να λειτουργήσει ως εργαλείο βελτίωσης της ποιότητας. Το ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ποιότητας στη παρεχόμενη φροντίδα υγείας, αυξάνεται ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από τους manager του χώρου. Η ποσοτικοποίηση των επιθυμητών-θετικών και μη επιθυμητών-αρνητικών συνεπειών των ενεργειών στη φροντίδα υγείας γίνεται μέσω της μέτρησης των αποτελεσμάτων της παρεχόμενης φροντίδας και είναι ουσιαστική για τον καθορισμό της ποιότητας.

Μεθοδολογία

Σε αυτό το κεφάλαιο της διατριβής θα περιγράψουμε την μεθοδολογία που ακολουθήσαμε προκειμένου να περιγράψουμε τους δείκτες της ποιότητας στο χειρουργείο σε γενικότερο συνδυασμό με την ποιότητα υγιεινής του χειρουργείου. Επίσης, θα παρουσιαστεί η δομή των χειρουργείων , από την διοίκηση μέχρι τον νοσηλευτή και το πώς επηρεάζουν την ποιότητα αυτών.

Στην έρευνα που διενεργήθηκε, χρησιμοποιήθηκαν αρκετές ερευνητικές μέθοδοι τόσο μεμονωμένα, όσο και συνδυαστικά, όπως η επισκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, εκτεταμένη έρευνα μέσω διαδικτύου σε απλές ιστοσελίδες για γενικές πληροφορίες , έρευνα μέσω σχεδιασμού δύο συγκεκριμένων online ιστοσελίδων όπως η online βιβλιοθήκη (<http://home.highwire.org>) που απευθύνεται σε φοιτητές αλλά και σε οποιονδήποτε χρειάζεται η θέλει πληροφορίες για κάποιο θέμα , με αρκετά δωρεάν αρχεία.

Η έρευνα μας επικεντρώνεται στο σύγχρονο περιβάλλον ενός χειρουργείου αλλά και γενικά στο περιβάλλον ενός νοσοκομείου, και περιλαμβάνει από την δομή του χειρουργείου έως και το περιβάλλον που πρέπει να υφίσταται , και από την ποιότητα – θέματα υγιεινής στο νοσοκομείο έως και την ιεραρχία του.

Επικεντρωνόμαστε κυρίως στους δείκτες ποιότητας , στο τι είναι αυτοί , με ποια κριτήρια εγκρίθηκαν αυτοί , στους τύπους των δεικτών , και στη συνέχεια αναφερόμαστε πιο συγκεκριμένα στους δείκτες ποιότητας στο χειρουργείο. Επίσης , παρουσιάζεται το πώς επηρεάζονται αλλά και το πώς επηρεάζουν την ποιότητα στο καθημερινό χειρουργείο αλλά και γενικότερα στην υγιεινή των νοσοκομείων.

Στην προσπάθεια μας να αποκτήσουμε όσο το δυνατόν ορθότερη και πληρέστερη άποψη σχετικά με τα θέματα που απασχολούν την έρευνα και προκειμένου να καταλήξει σε χρήσιμα ερευνητικά συμπεράσματα, αποφασίστηκε η επικοινωνία με στελέχη που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με το νοσοκομειακό χώρο αλλά και πιο συγκεκριμένα με τον χώρο του χειρουργείου (π.χ. διευθυντές, νοσηλευτές, χειρουργούς , ειδικευόμενους και μη , διευθυντικά στελέχη) από 2 νοσοκομεία και μια κλινική. (Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης – ΑΧΕΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης – Ιπποκράτειο, Ιδιωτική κλινική Κουανός Σταυρός – Euromedica)

Σκοπός της έρευνας αποτελεί η αποτύπωση της πραγματικής κατάστασης και όχι η ωραιοποίηση της, για αυτό και έχει καταστεί σαφές προς τους συμμετέχοντες σε αυτή ότι απαιτείται η ειλικρινή τους απόκριση στα ερωτήματα που τίθενται. (Μέρος Β) Για να αποφύγουμε τις απαντήσεις που θα ωραιοποιούσαν την κατάσταση στα πρώτα 10 άτομα σχετικά με το συγκεκριμένο περιβάλλον , αποφασίσαμε να προβούμε σε προσωπικές ή τηλεφωνικές συνεντεύξεις με τους συμμετέχοντες οι οποίες εξασφαλίζουν μεγαλύτερη αντικειμενικότητα, καθώς όπως ακριβώς συμβαίνει και στην πρακτική του εσωτερικού ελέγχου δίνεται η δυνατότητα να ζητηθεί τεκμηρίωση, ενώ επίσης φαίνεται και από το ύφος του συνομιλητή αν είναι ειλικρινής. Σε περιπτώσεις που οι συμμετέχοντες δεν δέχονταν να δώσουν τεκμηρίωση, οι απαντήσεις προσαρμόζονταν αντίστοιχα.

1. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

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

Η Αγγλίδα Florence Nightingale ήταν πρωτοπόρος στην αξιοποίηση επιδημιολογικών στοιχείων (στοιχεία θνητότητας των τραυματιών κατά τη διάρκεια του Πολέμου της Κριμαίας) για τη βελτίωση της περίθαλψης, στα τέλη του 19ου αιώνα, αν και συνάντησε αντιστάσεις στο περιβάλλον της.

Στις αρχές του 20ού αιώνα, ο Ernest Avery Codman, γενικός χειρουργός στο Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, έδωσε έμφαση στο «τελικό αποτέλεσμα» της περίθαλψης (Καραθανασή . Κ et all , 2013).

Επανεξέταξε τους ασθενείς του ένα έτος μετά το χειρουργείο για να αξιολογήσει το όφελος και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας. Ήταν ο πρώτος που εισήγαγε την πρακτική της παρακολούθησης των ασθενών μετά από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις (follow-up).

Στη συνέχεια, ο A. Flexner πρότεινε την καθιέρωση προτύπων λειτουργίας των ιατρικών σχολών, καθώς ήταν αντιληπτό ότι η ποιότητα της εκπαίδευσης των ιατρών έχει αντίκτυπο στην παρεχόμενη φροντίδα. Παράλληλα, το 1918, θεσπίστηκε το Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Τυποποίησης (Hospital Standardization Program) από το Αμερικανικό Κολέγιο Χειρουργών, πρόδρομος της Επιτροπής Διαπίστευσης των Νοσοκομείων (Joint Commission on Accreditation of Hospitals), που ιδρύθηκε το 1952, ως ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός για την αξιολόγηση της λειτουργίας των νοσοκομείων (Δουσης. Ε , 2007 , 177-188).

Τη δεκαετία 1960–1970, στην Αμερική, θεωρείται ότι καθιερώθηκε η συστηματική αξιολόγηση μέσω ενός πλαισίου διασφάλισης της ποιότητας, και μάλιστα με υποχρεωτικό χαρακτήρα, καθώς ήταν απαραίτητη η πιστοποίηση των οργανισμών από την Joint Commission on Accreditation of Health Organizations για τον έλεγχο της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, με δείκτες τις νέες εισαγωγές και τη διάρκεια νοσηλείας. Ήταν ένα γραφειοκρατικό σύστημα για τον έλεγχο του κόστους των αποζημιώσεων Medicare, που περιόρισε σημαντικά την αυτονομία των ιατρών (Δουσης. Ε , 2007 , 177-188).

Έως τα τέλη του 1970 έγινε η μετάβαση από την επιθεώρηση μεμονωμένων περιπτώσεων στη στατιστική ανάλυση μοντέλων παροχής φροντίδας, με σημαντική καθυστέρηση σε σχέση με το βιομηχανικό τομέα που ήδη εφαρμοζόταν από το 1930. Μέχρι τότε, η διασφάλιση της ποιότητας στην υγεία είχε περισσότερο ακαδημαϊκό-ερευνητικό χαρακτήρα. Ο Avedis Donabedian, σε μια ανασκόπηση μελετών της περιόδου 1954–1984, κατέγραψε τις προηγούμενες προσπάθειες και διαμόρφωσε το πλαίσιο διασφάλισης ποιότητας στο τρίπτυχο “sound structures, good processes and suitable outcomes” (σωστές δομές, καλές διαδικασίες και κατάλληλα αποτελέσματα) (Δουσης. Ε , 2007 , 177-188).

Αν και η έννοια της διασφάλισης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας έχει συνδεθεί με τεχνικά θέματα, όπως η λειτουργία του ιατρο - τεχνολογικού εξοπλισμού, γίνεται αντιληπτό ότι η έννοια της ποιότητας είναι ευρύτερη και αφορά στη συνολική λειτουργία ενός τμήματος, με αφετηρία τα ζητήματα στελέχωσης, διοίκησης και οργάνωσης έως την κλινική πρακτική, με επίκεντρο τις ανάγκες του ασθενούς. Συνεπώς, η βελτιστοποίηση μόνο ορισμένων κρίσιμων σημείων της λειτουργίας ενός τμήματος δεν είναι πλέον αρκετή για να εξασφαλιστεί ότι κάθε ασθενής θα λάβει τη βέλτιστη διαθέσιμη αντιμετώπιση για την περίπτωσή του. (MAINZ , 2003, p523-530)

2. Ορισμοί

2.1 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα. Από διοικητική σκοπιά, σημαίνει την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας με οικονομικό τρόπο και ορθολογική κατανομή των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων. Από την πλευρά των ασθενών σημαίνει δυνατότητα επιλογής και πρόσβασης στις επιθυμητές και κατάλληλες υπηρεσίες στο συντομότερο χρόνο. Είναι εμφανές ότι η έννοια της ποιότητας έχει διαφορετικές αποχρώσεις για τους άμεσα ενδιαφερόμενους (εσωτερικοί, εξωτερικοί «πελάτες») (MAINZ , 2003, p523-530).

Ένας άλλος ορισμός για την ποιότητα αναφέρει ότι αυτή επιτυγχάνεται όταν οι διαδικασίες και οι δράσεις ενός οργανισμού είναι σχεδιασμένες κατά τέτοιον τρόπο ώστε να ανταποκρίνονται, διαρκώς, αρχικά στις ανάγκες και ακολούθως στις απαιτήσεις των εσωτερικών και των εξωτερικών πελατών. Αρκετές φορές, οι προσδοκίες των ασθενών είναι μεγαλύτερες από τις ανάγκες τους και ένας αποτελεσματικός τρόπος να προσεγγίσουν οι επαγγελματίες υγείας τις προσδοκίες των ασθενών είναι η ανάπτυξη αρμονικής σχέσης μαζί τους και οι περιοδικές έρευνες (ερωτηματολόγια ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας) (Καραθαναση . K et all , 2013).

Ακόμη, ένας ορισμός για την ποιότητα που έχει διατυπωθεί είναι και ο εξής: Να επιτυγχάνεται το σωστό άμεσα και στη συνέχεια να βελτιώνεται διαρκώς (αυτό ισχύει, για παράδειγμα, όταν ο ιατρός κινητοποιείται για την καλύτερη προσέγγιση μιας περίπτωσης που είναι αφορμή για περισσότερη γνώση και εμπειρία που θα αποδοθεί στον επόμενο ασθενή) (Καραθαναση . K et all , 2013).

2.2 Διασφάλιση ποιότητας

Η έννοια της διασφάλισης ποιότητας (quality assurance) περιλαμβάνει το σχεδιασμό, την ανάπτυξη των στόχων ποιότητας, τον καθορισμό των προτύπων ποιότητας, την παρακολούθηση με τη χρήση δεικτών και τη δράση με τη συμμετοχή όλων. Αφορά, δηλαδή, στις αναγκαίες, οργανωμένες και συστηματοποιημένες ενέργειες που απαιτούνται για να

εξασφαλιστεί ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ικανοποιεί δεδομένες απαιτήσεις ποιότητας (π.χ. ISO 9000:1994). Συνεπώς, έχει ευρεία εφαρμογή, καλύπτοντας όλες τις διαδικασίες στη λειτουργία ενός οργανισμού και αφορά σε κάθε εμπλεκόμενο μέλος του προσωπικού. Οι έλεγχοι στο πλαίσιο της διασφάλισης της ποιότητας είναι προϋπόθεση για την πιστοποίηση των υπηρεσιών (M. De Vos et all , 2009, p 1-11) .

Με το σχεδιασμό που γίνεται στο πλαίσιο της διασφάλισης ποιότητας παρέχεται η δυνατότητα κατανομής και αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων, παράλληλα με την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της προόδου σε σχέση με προκαθορισμένους στόχους. Επί πλέον, με την καταγραφή των διαδικασιών περιορίζονται οι διακυμάνσεις, γίνονται προβλέψιμα τα αποτελέσματα και μπορούν να αναδειχθούν σημεία που χρειάζονται βελτίωση. Συνεπώς, είναι απαραίτητη η διασφάλιση της ποιότητας για να τεθεί ο στόχος της διαρκούς βελτίωσης ποιότητας (M. De Vos et all, 2009, p 1-11).

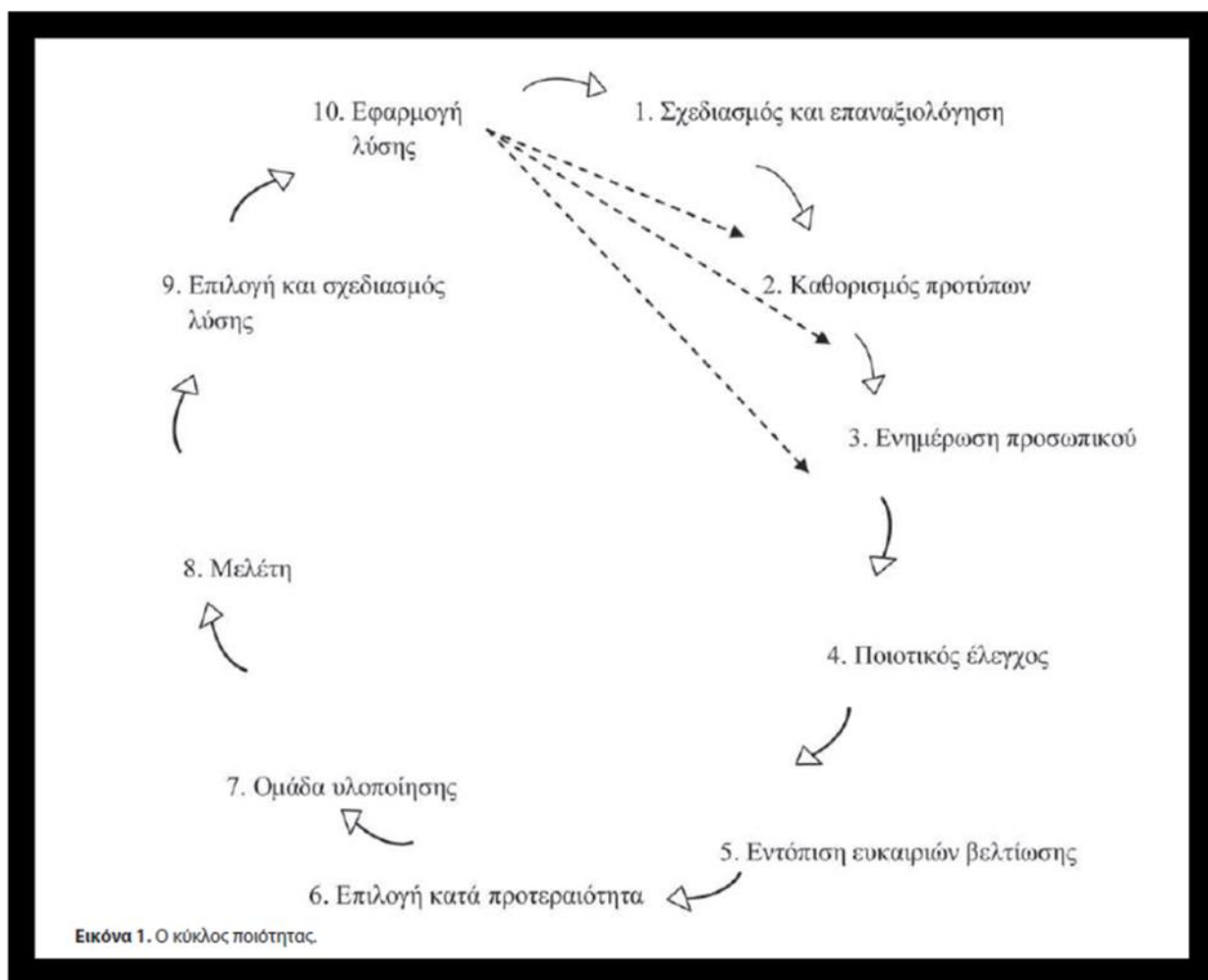
2.3 Διαρκής βελτίωση ποιότητας

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. Αφορά στη βελτίωση των διαδικασιών που ελέγχουν το τελικό αποτέλεσμα και κλειδί αποτελεί η επισήμανση της απόκλισης και η διορθωτική ενέργεια. Οι δράσεις περιστρέφονται γύρω από τον ασθενή ως επίκεντρο κάθε βελτίωσης (Καραθαναση . K et all , 2013).

2.4 Ο κύκλος ποιότητας

Ένα μοντέλο διαρκούς βελτίωσης της ποιότητας περιγράφεται σχηματικά με τον κύκλο ποιότητας (εικ. 1). Τα πρώτα τρία βήματα του κύκλου (σχεδιασμός, καθορισμός προτύπων ποιότητας, ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού) εντάσσονται στο πλαίσιο της διασφάλισης ποιότητας. Ακολουθεί ο ποιοτικός έλεγχος, ενώ τα επόμενα έξι βήματα εντάσσονται στη διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας, για την εξασφάλιση χαμηλού εύρους διακύμανσης και επομένως ελεγχόμενων αποτελεσμάτων. Ο μηχανισμός που περιγράφεται σχηματικά αρχίζει με την εντόπιση των ευκαιριών για βελτίωση και την επιλογή τους κατά σειρά προτεραιότητας. Ακολουθεί η δημιουργία μιας πολυσυλλεκτικής ομάδας ατόμων που θα έχουν

την ευθύνη της υλοποίησης, καθορίζοντας τα μέσα και το επιθυμητό αποτέλεσμα. Αφού μελετηθεί η περίπτωση και επιλεγεί μια λύση, εφαρμόζεται, επαναξιολογείται και ενσωματώνεται, εφ' όσον παρέχει τα επιθυμητά αποτελέσματα, ενώ συνεχίζεται ο μηχανισμός διαρκούς βελτίωσης (Α. Παπακωστίδη (2012) 480-488).



(Α. Παπακωστίδη (2012) 480-488)

2.5 Δείκτες ποιότητας

Οι δείκτες ποιότητας έχουν οριστεί με διάφορους τρόπους:

A. όσον αφορά τα μέτρα που αξιολογούν μια συγκεκριμένη διαδικασία υγειονομικής περίθαλψης ή έκβασης .

B. τις ποσοτικές μετρήσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της ποιότητας, την διαχείριση , τις κλινικές και υποστηρικτικές λειτουργίες που επηρεάζουν την έκβαση του ασθενή.

Γ. ως μέσα μετρήσεων , screens , Xags , τα όποια χρησιμοποιούνται ως οδηγοί για την παρακολούθηση , την αξιολόγηση και την βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας των ασθενών , τις υποστηρικτικές κλινικές υπηρεσίες και την οργανωτική λειτουργία που επηρεάζουν την έκβαση των ασθενών (Α. Παπακωστίδη (2012) 480-488) .

Οι δείκτες παρέχουν ποσοτική βάση στους ιατρούς αλλά και σε ομάδες αυτών , σχεδιάζοντας έτσι τον στόχο για να επιτευχθεί η βελτίωση της περίθαλψης, αλλά και οι διαδικασίες παροχής περίθαλψης στον ασθενή (Α. Παπακωστίδη (2012) 480-488).

Η μέτρηση των δεικτών αλλά και η παρακολούθηση αυτών εξυπηρετούν πολλούς σκοπούς. Παρέχουν την δυνατότητα :

- Να τεκμηριώσουν την ποιότητα της περίθαλψης,
- Να κάνουν συγκρίσεις με την πάροδο του χρόνου (benchmarking) μεταξύ των διάφορων τόπων , όπως από νοσοκομείο σε νοσοκομείο αλλά και τμήματα αυτών , όπως χειρουργική μονάδα τους ενός νοσοκομείου με ενός άλλου,
- Να προβαίνουν σε κρίσεις και να θέτουν προτεραιότητες , όπως η επιλογή ενός νοσοκομείου ή μιας χειρουργικής επέμβασης ή την οργάνωση της περίθαλψης ,
- Υποστηρίζουν την υπευθυνότητα , την ρύθμιση και την διαπίστευση,
- Υποστηρίζουν τις υπηρεσίες βελτίωσης αλλά και την επιλογή των παροχών στον ασθενή
- Η χρήση των δεικτών επιτρέπει στους επαγγελματίες και στις οργανώσεις να παρακολουθούν και να αξιολογούν τι συμβαίνει στον ασθενή ως συνέπεια του πόσο καλοί επαγγελματίες είναι αλλά και τα οργανικά συστήματα πόσο καλά λειτουργούν για να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών (Α. Παπακωστίδη (2012) 480-488)

Οι δείκτες δεν είναι το άμεσο μέτρο μέτρησης της ποιότητας , γιατί η ποιότητα είναι πολυδιάστατη και η κατανόηση της απαιτεί πολλές διαφορετικές μετρήσεις . Οι δείκτες βασίζονται στα πρότυπα της φροντίδας. Αυτά μπορεί να είναι τεκμηριωμένα και να προέρχονται από την ακαδημαϊκή βιβλιογραφία , όπως μετά-αναλύσεις, ή τυχαίες ελεγχόμενες δοκιμές ή όταν δεν υπάρχουν στοιχεία , καθορίζονται από μια ομάδα ειδικών από επαγγελματίες υγείας με μια διαδικασία συνεννόησης με βάση την εμπειρία τους . Έτσι οι δείκτες και τα πρότυπα μπορούν να περιγραφτούν σύμφωνα με τις επιστημονικές αποδείξεις, για την ικανότητα τους να προβλέψουν τα αποτελέσματα τους. (Α. Παπακωστίδη (2012) 480-488)

2.6 Χαρακτηριστικά δεικτών ποιότητας

Ο ιδανικός δείκτης ποιότητας έχει τα ακόλουθα βασικά χαρακτηριστικά:

- i. Ο δείκτης βασίζεται σε συμφωνημένους ορισμούς και περιγράφεται πλήρως,
 - ii. Ο δείκτης είναι ο πολύ συγκεκριμένος και ευαίσθητος , όπως το να ανιχνεύει μερικά θετικά ή αρνητικά λάθη.
 - iii. Ο δείκτης να είναι έγκυρος και αξιόπιστος ,
 - iv. Ο δείκτης να διακρίνει καλά,
 - v. Ο δείκτης να σχετίζεται με τα αναγνωρισμένα γεγονότα για τον χρήστη , όπως εάν προορίζεται για κλινικές παροχές , να είναι σχετικό με την κλινική πρακτική,
 - vi. Ο δείκτης να επιτρέπει χρήσιμες συγκρίσεις , και
 - vii. Να είναι αποδεδειγμένος
- (Καραθαναση . K et all , 2013)

Κάθε δείκτης πρέπει να περιγράφετε και να ορίζεται αναλυτικά με ρητές προδιαγραφές δεδομένων προκειμένου να είναι ειδικός και ευαίσθητος. Οι δείκτες ποικίλουν στην εγκυρότητα και στην αξιοπιστία τους.

Εγκυρότητα είναι ο βαθμός , ο οποίος μετράει ο δείκτης , και προορίζεται για μέτρηση , όπως για παράδειγμα το αποτέλεσμα της μέτρησης A , αντιστοιχεί στην πραγματική κατάσταση του φαινομένου που μετριέται. Ο έγκυρος δείκτης ξεχωρίζει την φροντίδα ανάμεσα σε αυτήν της

καλής και της κακής ποιότητας και συμφωνεί με άλλα μέτρα που προορίζονται για την μέτρηση της ποιότητας (Καραθανασή . K et all , 2013)

Η αξιοπιστία είναι ο βαθμός ο οποίος καθορίζεται από τις επαναλαμβανόμενες μετρήσεις του ίδιου φαινομένου από διαφορετικές συλλέκτες δεδομένων σε διαφορετικές ώρες και μέρη , παίρνει παρόμοια αποτελέσματα. Η αξιοπιστία είναι σημαντική όταν χρησιμοποιείται ένας δείκτης για να γίνουν συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων ή μέσα τις ίδιες τις ομάδες με συνάρτηση με τον χρόνο.

Ένας έγκυρος δείκτης πρέπει να είναι επαναλήψιμος και συνεπής . Οι δείκτες πρέπει να βασίζονται στα καλύτερα διαθέσιμα αποδεδειγμένα στοιχεία . Η δύναμη των αποδεικτικών στοιχείων καθορίζει την επιστημονική του ορθότητα και η βελτίωση του δείκτη παράγει συνεπή και αξιόπιστη βελτίωση στην ποιότητα της περίθαλψης . (MAINZ , 2003, p523-530)

2.7 Τύποι δεικτών ποιότητας

Ο παρακάτω πίνακας αναφέρει και ξεχωρίζει τους δείκτες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για συγκεκριμένο σκοπό.

Πίνακας 1: κατηγορίες κλινικών δεικτών ποιότητας (MAINZ , 2003, p523-530)

<u>Rate – based ή σκόρπιοι</u>
<u>Σχετικοί με την δομή – διαδικασία – αποτέλεσμα</u>
<u>Γενικές ή συγκεκριμένες ασθένειες</u>
<i>Λειτουργία</i>
<i>Διαλογή</i>
<i>Διάγνωση</i>
<i>Θεραπεία</i>
<i>Ακολουθία</i>
<u>Κύριας αίσθησης</u>
<i>Ιστορικό</i>
<i>Φυσική εξέταση</i>
<i>Εργαστηριακή – ακτινολογική μελέτη</i>

Φαρμακευτική αγωγή
Άλλες παρεμβάσεις

2.7.1 Rate based ή σκόρπιοι δείκτες

Οι συγκεκριμένοι δείκτες χρησιμοποιούν τα δεδομένα σχετικά με τα γεγονότα που αναμένονται να συμβούν με κάποια συχνότητα. Αυτά μπορεί να εκφράζονται ως αναλογίες ή ως ποσοστά (ανάλογα μέσα σε ένα δεδομένο χρονικό διάστημα), ανάλογα, ή μέσες τιμές για ένα δείγμα πληθυσμού. Για να επιτρέπουν συγκρίσεις μεταξύ των παροχών ή τις κινήσεις σε συνάρτηση με τον χρόνο, οι δείκτες αυτοί , πρέπει τόσο ο αριθμητής , όσο και ο παρονομαστής να καθορίζουν τον πληθυσμό που βρίσκεται σε κίνδυνο για ένα συμβάν. Αλλά και την χρονική περίοδο κατά την οποία το συμβάν μπορεί να πραγματοποιηθεί. Ένας δείκτης προσδιορίζει μεμονωμένα γεγονότα ή φαινόμενα που είναι εγγενώς ανεπιθύμητα, και πάντα χρειάζονται περαιτέρω ανάλυση και έρευνα. Κάθε επεισόδιο θα προκαλέσει μια έρευνα. Τα συμβάντα Sentinel αντιπροσωπεύουν το ακραία φτωχή απόδοση και χρησιμοποιούνται γενικά για τη διαχείριση του κινδύνου. Ο παρακάτω Πίνακας παρουσιάζει παραδείγματα δεικτών rate-based και sentinel. αυτές και οι δυο μπορεί να είναι γενικά για τις συγκεκριμένες ασθένειες, και σχετικά είτε με τη δομή, είτε τη διαδικασία, είτε το αποτέλεσμα (MAINZ , 2003, p523-530)

Πίνακας 2 : κατηγορίες κλινικών δεικτών(MAINZ , 2003, p523-530)

- Rate – based η sentinel
- Σχετικοί με την δομή-διαδικασία-κόστος
- Γενικοί ή συγκεκριμένης ασθένειας
- Τύπος φροντίδας
 - ✓ Προληπτικά
 - ✓ Διαπεραστικά
 - ✓ Χρονικοί
- Λειτουργία
 - ✓ Προφύλαξη
 - ✓ Διάγνωση
 - ✓ Θεραπεία
 - ✓ Επακόλουθα

- Τροπικότητα
 - ✓ Ιστορικό
 - ✓ Εξέταση
 - ✓ Εργαστηριακή-ραδιολογική έρευνα
 - ✓ Φαρμακευτική αγωγή
 - ✓ Άλλες παρεμβάσεις

2.7.2 Δείκτες που σχετίζονται με τη δομή, τη διαδικασία, και το αποτέλεσμα

Οι δείκτες μπορούν να συνδέονται με τη δομή, τη διαδικασία ή το αποτέλεσμα της υγειονομικής περίθαλψης. Η «Δομή» υποδηλώνει τα χαρακτηριστικά των ρυθμίσεων εντός της οποίας συντελείται φροντίδα. Αυτό περιλαμβάνει τα γνωρίσματα των υλικών πόρων (όπως οι εγκαταστάσεις, ο εξοπλισμός και η χρηματοδότηση), του ανθρώπινου δυναμικού (όπως ο αριθμός και τα προσόντα του προσωπικού), καθώς και την οργανωτική δομή (όπως Το ιατρικό προσωπικό, η οργάνωση, οι μέθοδοι αξιολόγησης από ομότιμους κριτές, και τις μεθόδους απόδοσης). Παραδείγματα των διαρθρωτικών δεικτών παρατίθενται στον πίνακα Α. Παπακωστίδη (2012) 480-488.

Η «Διαδικασία» δηλώνει ό, τι είναι στην πραγματικότητα, γίνεται στο «δίνε και στο λαβείν» της φροντίδας, δηλαδή οι δραστηριότητες του ασκούμενου στη διάγνωση, συνιστώντας την εφαρμογή της θεραπείας, ή άλλες αλληλεπιδράσεις με τον ασθενή.

Οι Μετρήσεις των «αποτελεσμάτων» επιχειρούν να περιγράψουν τα αποτελέσματα της φροντίδας σχετικά με την κατάσταση της υγείας των ασθενών και των πληθυσμών Α. Παπακωστίδη (2012) 480-488.

Οι Βελτιώσεις στη γνώση και στις διορθωτικές αλλαγές στην συμπεριφορά του ασθενούς μπορεί να περιλαμβάνονται σε ένα ευρύ ορισμό του αποτελέσματος, και έτσι μπορεί να αντιπροσωπεύει το βαθμό ικανοποίησης του ασθενούς.

Για μια διαδικασία να είναι έγκυρη, θα πρέπει προηγουμένως έχει αποδειχθεί ότι παράγει ένα καλύτερο αποτέλεσμα. Ομοίως, με τη χρήση διαρθρωτικών δεικτών για την αξιολόγηση της ποιότητας είναι δυνατόν μόνο εάν τα δομικά συστατικά αυξήσουν την πιθανότητα είτε με ένα καλό αποτέλεσμα, ή με μία διαδικασία που προηγουμένως έχει φανεί ότι δίνουν καλύτερα αποτελέσματα. Είναι απαραίτητο, λοιπόν, να έχουν συσταθεί τέτοιες σχέσεις πριν την χρήση

οποιοδήποτε συστατικού της δομής ή της διαδικασίας για την αξιολόγηση της ποιότητας. Αυτοί οι δεσμοί μπορούν να βασίζονται σε επιστημονική Λογοτεχνία, ενώ αν υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία, η επαγγελματική εμπειρία σχετικά με Αυτούς τους δεσμοί μπορεί να αποδειχτεί χρησιμοποιώντας μεθόδους συναίνεσης. Μόνο οι κλινικοί δείκτες που βασίζονται σε στοιχεία είχαν σχέση μεταξύ της δομής ή της διαδικασίας και την υγεία των ασθενών Και τα αποτελέσματα επιβεβαιώθηκαν. Η ικανότητα να αξιολογεί την ποιότητα της ιατρικής τεχνικής φροντίδας, οριοθετείται από τις δυνάμεις και τις αδυναμίες των κλινικών επιστημών (Α. Παπακωστίδη (2012) 480-488).

2.7.3 Διαρθρωτικοί δείκτες

Η Δομή» αναφέρεται στα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας που επηρεάζουν την ικανότητα του συστήματος να καλύψει τις ανάγκες της υγειονομικής περίθαλψης των επιμέρους ασθενείς ή μιας κοινότητας. Οι Διαρθρωτικούς δείκτες περιγράφουν το είδος και την ποσότητα των πόρων που χρησιμοποιούνται από το σύστημα υγείας ή την οργάνωση για την παροχή προγραμμάτων και υπηρεσιών, και αφορούν την παρουσία ή τον αριθμό του προσωπικού, των πελατών, τα χρήματα, τα κρεβάτια, τις προμήθειες, και τα κτίρια. Παραδείγματα των διαρθρωτικών δεικτών παρατίθενται στον Πίνακα. Η αξιολόγηση της δομής είναι μια απόφαση σχετικά με το αν η περίθαλψη παρέχεται υπό όρους που είτε είναι ευνοϊκοί είτε δυσμενείς για την παροχή της καλής φροντίδας (MAINZ , 2003, p523-530)

Δείκτες δομής: (εγκαταστάσεις και στελέχωση) (MAINZ , 2003, p523-530):

- Κατάλληλες εγκαταστάσεις (έκταση, θωράκιση, λειτουργικότητα, υγιεινή, ασφάλεια, προσβασιμότητα, αισθητική των χώρων)
- Προδιαγραφές και επάρκεια ιατρό-τεχνολογικού εξοπλισμού
- Αριθμός έκτακτων συμβάντων που έθεσαν τα μηχανήματα εκτός λειτουργίας/έτος
- Βασική και συνεχιζόμενη εκπαίδευση προσωπικού
- Τμηματοποίηση, διεύθυνση προσωπικού, συστήματα αμοιβών
- Αναλογία προσωπικού/ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία/έτος.

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά, παρά το γεγονός ότι αντιπροσωπεύουν αναγκαίες συνθήκες για την παροχή υπηρεσιών υγείας, δεν αποτελούν ταυτόχρονα και ικανές συνθήκες για τη διασφάλιση ικανοποιητικών αποτελεσμάτων.

2.7.4 Δείκτες διαδικασίας

Οι δείκτες διαδικασίας εκτιμούν τι έκανε ο πάροχος για τον ασθενή και πόσο καλά έγινε. Διαδικασίες είναι μια σειρά από αλληλένδετες δραστηριότητες που γίνονται για την επίτευξη των στόχων. Οι δείκτες διαδικασίας μετράνε τις δραστηριότητες και τα δεδομένα σε επεισόδια φροντίδας των ασθενών. Παραδείγματα δεικτών διαδικασίας απαριθμούνται στον Πίνακα. Ορισμένοι συγγραφείς περιλαμβάνουν τις δραστηριότητες του ασθενούς στην αναζήτηση περίθαλψης και στη διαδικασία στον ορισμό της φροντίδας της υγείας (MAINZ, 2003, p523-530)

Δείκτες διαδικασιών

- Διάρκεια κατά την οποία έχει τεθεί κάποιο μηχάνημα εκτός λειτουργίας/έτος
- Κατάσταση αναμονής (για ριζικές ή για ανακουφιστικές θεραπείες του καρκίνου)
- Πληρότητα του φακέλου ιστορικού του ασθενούς και ακρίβεια της κάρτας θεραπείας του.
- Αναλογία κλινικών περιπτώσεων που αντιμετωπίστηκαν στο πλαίσιο ενός ογκολογικού συμβουλίου (multidisciplinary approach)/σύνολο ασθενών/έτος.
- Αριθμός των πλάνων ακτινοθεραπείας που βασίστηκαν στο σύστημα σχεδιασμού με CT/συνολικό αριθμό θεραπειών/έτος.
- Αριθμός των σύμμορφων (conformed) πεδίων ανά συνεδρία ακτινοθεραπείας στο σύνολο των θεραπειών
- Αριθμός θεραπειών στις οποίες επιτελείται έλεγχος και επιβεβαίωση της ακρίβειας με εντοπιστικά (portal films)
- Αριθμός ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία/ ώρα
- Αναμονή των ασθενών στους χώρους του τμήματος
- Εφαρμογή επίσημου προγράμματος διασφάλισης ποιότητας (quality assurance).

Παρ' ότι οι δείκτες διαδικασίας μπορεί να είναι ενδεικτικοί της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ορισμένοι είναι δύσκολα μετρήσιμοι, ενώ η ελλιπής ή η προβληματική καταγραφή των δεδομένων μπορεί να οδηγήσει σε αμφίβολα συμπεράσματα. (MAINZ, 2003, p523-530)

2.7.5 Δείκτες αποτελέσματος

Τα αποτελέσματα είναι οι καταστάσεις υγείας ή τα γεγονότα που ακολουθούν φροντίδα, και μπορεί να επηρεαστούν από την υγειονομική περίθαλψη. Ένας ιδανικό δείκτης μέτρησης των αποτελεσμάτων περιλαμβάνει το αποτέλεσμα των διεργασιών της φροντίδας στην υγεία και στην ευημερία των ασθενών .

Τα αποτελέσματα μπορούν να είναι εκφράζονται ως «Οι πέντε Ds»:

- (i) θανάτου: ένα κακό αποτέλεσμα,
- (ii) της νόσου: τα συμπτώματα, τα φυσικά σημάδια και οι εργαστηριακές ανωμαλίες
- (iii) δυσφορία: συμπτώματα όπως πόνο, ναυτία ή δύσπνοια
- (iv) την αναπηρία: μειωμένη ικανότητα που συνδέεται με τις συνήθεις δραστηριότητες στο σπίτι, στη δουλειά, και
- (v) δυσαρέσκεια: συναισθηματικές αντιδράσεις στην ασθένεια και τη φροντίδα της, όπως η θλίψη και η οργή.

Δείκτες αποτελέσματος:

- Ποσοστά επιβίωσης ανά κατηγορία νόσου.
- Διάστημα ελεύθερο νόσου.
- Διάστημα ελεύθερο υποτροπής νόσου.
- Τοξικότητα (πρώιμη, όψιμη)
- Δείκτες ποιότητας ζωής των ασθενών.
- Ικανοποίηση των ασθενών, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τη συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων.

Συχνά, ένας δείκτης αποτελέσματος μπορεί να επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες εκτός από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (π.χ. η επιβίωση εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, όπως η ηλικία, η νοσηρότητα, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο)

(Α.Παπακωστίδη (2012) 480-488) Οι Ενδιάμεσοι δείκτες αποτελεσμάτων αντανακλούν στις αλλαγές στο βιολογικό status που επηρεάζουν μετέπειτα τα αποτελέσματα για την υγεία. Μερικά από τα αποτελέσματα μπορεί να αξιολογηθούν μόνο μετά από χρόνια (π.χ. επιβίωση του καρκίνου μετά από 5 χρόνια). Επομένως, είναι σημαντικό να αξιολογηθούν οι ενδιάμεσοι δείκτες αποτελεσμάτων. Θα πρέπει να είναι τεκμηριωμένοι και να αντικατοπτρίζουν το αποτέλεσμα (π.χ. HbA1c στο διαβήτη). Γενικότερα , Μπορούν να θεωρηθούν ως βραχυπρόθεσμη έκβαση . Παρατίθενται παραδείγματα στο Πίνακα 3.

Δείκτες rate based
καθαρό και μολυσμένο τραύμα
- αριθμητής: ο αριθμός των ασθενών που ανέπτυξαν μόλυνση σε τραύμα από την 5 ^η μετεγχειρητική ημέρα
- παρονομαστής : ο συνολικός αριθμός των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση μέσα στο χρόνο , και έχουν μετεγχειρητική διάρκεια παραμονής του ≥ 5 ημέρες
Ενδονοσοκομειακές βακτηριαιμίες
- αριθμητής: συνολικός αριθμός των ασθενών που αποκτούν βακτηριαιμία
- παρονομαστής: συνολικός αριθμός των ασθενών στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της περιόδου της μελέτης
Δείκτες Sentinel
- Οι αριθμοί των ασθενών που πεθαίνουν κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης
- Οι αριθμοί των ασθενών που πεθαίνουν κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου

Πίνακας 3: παραδείγματα από rate- based και sentinel δείκτες(MAINZ , 2003, p523-530)

Δομή
<ul style="list-style-type: none"> - Ποσοστό των ειδικών σε άλλους γιατρούς - Η πρόσβαση στις ειδικές τεχνολογίες (π.χ. μαγνητική τομογραφία) - Πρόσβαση των ειδικών μονάδων (π.χ. μονάδες εγκεφαλικών επεισοδίων) - Κλινικά κατευθυντήριες γραμμές, αναθεωρημένες, για κάθε δεύτερο χρόνο - Φυσιοθεραπευτές ανατίθενται σε ειδικές μονάδες
Διαδικασία
<ul style="list-style-type: none"> - Ποσοστό ασθενών με διαβήτη που τους δόθηκε τακτική φροντίδα για ποδιών - Ποσοστό σθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου που έλαβαν thrombolyses - Ποσοστό ασθενών που αξιολογήθηκε από ένα γιατρό μέσα σε 24 ώρες από την υποβολή

<ul style="list-style-type: none"> - Ποσοστό ασθενών που έλαβαν θεραπεία σύμφωνα με τις κλινικές κατευθυντήριες γραμμές
<p>Αποτέλεσμα</p> <p>Ενδιάμεσα</p> <ul style="list-style-type: none"> - Αποτελέσματα για την HbA1c για διαβητικούς - αποτελέσματα προφίλ Λιπιδίων για τους ασθενείς με υπερλιπιδαιμία - Αποτελέσματα πίεσης του αίματος για υπερτασικούς ασθενείς <p>Τελικό αποτέλεσμα (θα πρέπει να καθοριστεί για τις ασθένειες)</p> <ul style="list-style-type: none"> - θνησιμότητα - νοσηρότητα - λειτουργική κατάσταση - μέτρησης της κατάστασης της υγείας - εργασιακή κατάσταση - Ποιότητα ζωής - ικανοποίηση των ασθενών

Πίνακας 4: Παραδείγματα δεικτών που σχετίζονται με τη δομή, τη διαδικασία και το αποτέλεσμα (MAINZ, 2003, p523-530)

<p>Γενικοί δείκτες</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ποσοστό των ειδικών σε άλλους γιατρούς - Εγγεγραμμένοι ασθενείς στο τμήμα επειγόντων > 6 ώρες - Μη προγραμματισμένη επιστρέφει στο χειρουργείο - Θνησιμότητα ασθενών <p>Οι δείκτες συγκεκριμένων ασθενειών</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ποσοστό των καρδιολόγων σε σύγκριση με άλλους γιατρούς για θεραπεία ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια στο Καρδιολογικό Τμήμα - Ποσοστό ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο που έλαβαν θεραπεία με αναστολέα θρομβοκυττάρων < 24 ώρες μετά την εισαγωγή τους - Ποσοστό ασθενών με κάταγμα ισχίου που χρειάζονται δεύτερη εγχείρηση - Ποσοστό των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα που είναι ζωντανοί 30 ημέρες μετά τη χειρουργική επέμβαση

- Ποσοστό των ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου που λαμβάνουν β-αναστολέα μέσα σε 24 ώρες από την εισαγωγή τους
- Ποσοστό ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη που κάνουν εξετάσεις αμφιβληστροειδούς ετησίως

Πίνακας 5: Παραδείγματα των γενικών και συγκεκριμένων- ασθενειών δεικτών(MAINZ , 2003, p523-530)

Δείκτης	Τύπος φροντίδας	Λειτουργία	Τροπικότητα
Δρεπανοκυτταρική αναιμία: τα παιδιά με Θετική δρεπανοκυτταρική	χρονιαία	θεραπεία	Οθόνη φαρμακευτικής αγωγής ή παιδιά με υποψία να είναι θετικά για δρεπανοκυτταρική αναιμία-θα πρέπει να διατίθενται καθημερινά πενικιλίνη. Προφύλαξη από τουλάχιστον από 6 μήνων μέχρι τουλάχιστον 5 ετών
Ουρολοίμωξη: τα παιδιά με διάγνωση λοίμωξης του ουροποιητικού συστήματος, θα πρέπει να επαναξιολογηθούν σε 48 ώρες για να διαπιστωθεί εάν	οξύς	Σε ακολουθία	Άλλες επαφές

υπάρχει κλινική βελτίωση			
Καλή Φροντίδα παιδιού: το βάρος του παιδιού θα πρέπει να μετράται τουλάχιστον τέσσερα φορές κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής. Οι πληροφορίες αυτές πρέπει είτε αποτυπώνονται σε μια καμπύλη ανάπτυξης ή να καταγράφονται με το ηλικία / φύλο εκατοστημόριο	Προληπτικά	διαλογή	Φυσική εξέταση

Πίνακας 6: Παράδειγμα δεικτών που ταξινομούνται σύμφωνα με το είδος της περίθαλψης, τη λειτουργία, και την τροπικότητα(MAINZ , 2003, p523-530)

3. Διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Οι στρατηγικοί στόχοι για τα συστήματα υγείας, στο πλαίσιο της διοίκησης ποιότητας, είναι (MAINZ , 2003, p523-530):

(i) Αποτελεσματικότητα (effectiveness), Αποδοτικότητα (efficiency) και τεχνική ικανότητα (technical competence).

Η ποιότητα μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από κατάλληλες και ορθές διαδικασίες στο πνεύμα και στην εξοικονόμηση πόρων. Η σπατάλη και η άσκοπη επανάληψη θα πρέπει να εξαιρεθούν, καθώς αυξάνονται οι απαιτήσεις για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σε ένα περιβάλλον περιορισμένων διαθέσιμων πόρων. Για να επιτευχθεί αυτό απαιτούνται τεκμηριωμένοι στόχοι και κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, που καλούνται κάθε φορά να παρέχουν καλύτερες υπηρεσίες και να ανταποκριθούν στις καθημερινές προκλήσεις, τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών και της κοινότητας.

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

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

(iv) Συνέχεια της φροντίδας (continuity). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προϋποθέτει μια συνεχή διαδικασία αξιολόγησης, βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς. Επίσης, η συνέχεια των υπηρεσιών αφορά στη

μετάβαση του ασθενούς από το ένα τμήμα στο επόμενο, ανεξάρτητα από το χρόνο ή τον τόπο. Σε κατακερματισμένα και αποσυνδεδεμένα συστήματα υγείας δεν μπορούν να επιτευχθούν οι στόχοι ποιότητας.

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

(MAINZ , 2003, p523-530)

4. Παράγοντες για την επιτυχία ενός προγράμματος βελτίωσης ποιότητας

Για να επιτευχθούν οι στόχοι ποιότητας, οι ακόλουθοι παράγοντες θεωρούνται σημαντικοί:

- **Ηγεσία.** Με ένα χαρισματικό ηγέτη μπορεί να επιτευχθεί η συνεχιζόμενη βελτίωση ποιότητας σε έναν οργανισμό. Αυτός ο οποίος θα συντονίζει τις διαδικασίες πρέπει να είναι άνθρωπος με όραμα, πειθώ, ικανότητες και επικοινωνιακό ταλέντο που θα υποστηρίζει ένα συμμετοχικό τρόπο διοίκησης.
- **Δέσμευση στο στόχο.** Εκφράζεται με ενεργό συμμετοχή. Ειδικά, ένας ηγέτης θα πρέπει να είναι παρών στη λήψη αποφάσεων, ενώ παράλληλα να εκχωρεί αρμοδιότητες με τη σύσταση ομάδων, τη δράση των οποίων θα υποστηρίζει και θα επιβλέπει.
- **Επικέντρωση στους ασθενείς, στους χρήστες των υπηρεσιών και στους προμηθευτές.** Καθώς ο λόγος ύπαρξης ενός οργανισμού είναι οι «πελάτες» του, χρειάζεται προσεκτική ανάγνωση των αναγκών και των προσδοκιών τους, ώστε να ανευρεθούν τρόποι να ικανοποιηθούν.
- **Διαρκείς βελτιώσεις των διαδικασιών, με στόχο καλύτερα αποτελέσματα.** Τα επιθυμητά αποτελέσματα που κινητοποιούν τους μηχανισμούς ποιότητας επιλέγονται σύμφωνα με τις προτεραιότητες του οργανισμού και εναρμονίζονται με τα διεθνώς αποδεκτά επιστημονικά πρότυπα. Με την ανάπτυξη ενός σχεδίου δράσης, επιτυγχάνονται οι στόχοι.
- **Ενδυνάμωση των εργαζομένων.** Είναι οι εσωτερικοί «πελάτες» και η βάση του συστήματος. Θα πρέπει να εκπαιδεύονται συστηματικά για να παρέχουν τις καλύτερες υπηρεσίες στους «εξωτερικούς πελάτες». Αρκεί να τους παρέχονται τα εργαλεία, οι τεχνικές και η υποστήριξη ώστε να είναι σε θέση να λαμβάνουν αποφάσεις και να συμμετέχουν στις διαδικασίες βελτίωσης ποιότητας. Η ηγεσία θα πρέπει να αφουγκράζεται τις ανάγκες των εργαζομένων, τις αδυναμίες και τα δυνατά σημεία τους.

- Προληπτικές βελτιώσεις. Είναι προτιμότερο για έναν οργανισμό να αποφύγει το μοντέλο της «διαχείρισης κρίσεων» (risk management), στο οποίο οι δράσεις για την όποια βελτίωση κινητοποιούνται από κάποιο λάθος ή κάποια κρίση. Μια τέτοια πρακτική προάγει την αδράνεια αντί της διάθεσης για καινοτομία. Το κλειδί της υπεροχής είναι η διάθεση να αναζητηθούν οι ευκαιρίες για περαιτέρω βελτίωση.
- Τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων. Η σωστή διαχείριση της πληροφορίας και η αξιοποίηση επιστημονικών εργαλείων αποτελούν τη βάση για τη λήψη αποφάσεων προς αποφυγή σφαλμάτων και αυθαιρεσιών.
- Πολυσυλλεκτική, ομαδική εργασία. Παρέχει το πλεονέκτημα της συνέργειας των ατόμων, ώστε το τελικό αποτέλεσμα να είναι πολύ περισσότερο από το απλό άθροισμα των επί μέρους στοιχείων.
- Συνεχιζόμενη εκπαίδευση και επιβράβευση. Η επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό είναι η πλέον επιτυχής και εξασφαλίζει την υγιή ανάπτυξη και τη συνεχιζόμενη βελτίωση. Επί πλέον, όταν οι εργαζόμενοι είναι ικανοποιημένοι, με υψηλό ηθικό, τότε δημιουργούνται οι κατάλληλες προϋποθέσεις για αυξημένη παραγωγικότητα και υπερβάσεις.
(Α. Παπακωστίδη (2012) 480-488)

5. Η μέτρηση της ποιότητας

Η ποιότητα είναι απτή και μπορεί να μετρηθεί. Σύμφωνα με τη συστημική θεωρία του Donebedian, στις υπηρεσίες υγείας μπορούν να διακριθούν τρία συστατικά στοιχεία:

1. Η δομή (ανθρώπινοι πόροι και εγκαταστάσεις-υποδομές)
2. Οι διαδικασίες (οργάνωση, λειτουργία του οργανισμού και παροχή υπηρεσιών υγείας)
3. Τα αποτελέσματα (των δράσεων και των υπηρεσιών).

Σε κάθε κατηγορία υπάρχουν ποσοτικά χαρακτηριστικά που μπορούν να μετρηθούν, όπως η εκπαίδευση και τα έτη εμπειρίας των ιατρών, οι χρόνοι αναμονής των ασθενών, η ακρίβεια των μηχανημάτων, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, τα ποσοστά επιτυχίας των θεραπειών κ.ά. Αρκεί να εντοπιστούν τα κρίσιμα σημεία ενδιαφέροντος στις υπηρεσίες υγείας και στη συνέχεια μπορούν να οριστούν πρότυπα καλής πρακτικής, δείκτες αξιολόγησης και δράσεις συμμόρφωσης. (Α. Παπακωστίδη (2012) 480-488)

6. Κριτήρια επιλογής δεικτών

Τα βασικά κριτήρια για την επιλογή ενός δείκτη αξιολόγησης της λειτουργίας ενός υγειονομικού οργανισμού είναι τα παρακάτω:

1. Η χρησιμότητα (usefulness). Ο δείκτης θα πρέπει να εκφράζει μια σημαντική παράμετρο, να συνδράμει στην εξαγωγή συμπερασμάτων και να συνδέεται με την αντίστοιχη δυνατότητα παρέμβασης για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων
2. Η εγκυρότητα (validity). Είναι ο βαθμός στον οποίο ο δείκτης μετρά αυτό που ισχυρίζεται ότι μετρά. Σε αντίθετη περίπτωση, υφίσταται η προκατάληψη (bias) ή το συστηματικό σφάλμα. Η εγκυρότητα ενός δείκτη ανιχνεύεται δυσκολότερα απ' ό,τι η αξιοπιστία του, καθώς απαιτεί διαδοχικές συσχετίσεις μετρήσεων
3. Η αξιοπιστία (reliability). Είναι ο βαθμός συνέπειας μεταξύ των αποτελεσμάτων, εάν η μέτρηση επαναληφθεί υπό παρόμοιες συνθήκες σε διαφορετικά χρονικά σημεία. Η αξιοπιστία ενός οργάνου μέτρησης εκφράζει αφ' ενός την ακρίβεια και τη συνέπεια της μέτρησης ως προς το θέμα το οποίο μελετά και αφ' ετέρου το εύρος μεταβλητότητας των αποτελεσμάτων από τυχαίους παράγοντες. Η αξιοπιστία μιας μέτρησης ελέγχεται με το

συντελεστή συσχέτισης μεταξύ επαναλαμβανόμενων μετρήσεων και κυμαίνεται για τις αξιόπιστες μετρήσεις από 0,70–0,90

4. Η δυνατότητα σύγκρισης (comparability). Εξασφαλίζεται με την ύπαρξη πρότυπων δεικτών, με ευρεία έκταση εφαρμογής, και τη διαθεσιμότητα αντίστοιχων στοιχείων σε άλλες χώρες
5. Η ανταποκρισιμότητα (responsiveness). Η έννοια της ανταποκρισιμότητας αποδίδει το βαθμό ευαισθησίας ενός δείκτη να ανιχνεύει μεταβολές. Η ανταποκρισιμότητα ενός δείκτη έχει ιδιαίτερη σημασία, όταν χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της επίδρασης μιας ιατρικής παρέμβασης
6. Η ειδικότητα (specificity). Πρόκειται για την ικανότητα διάκρισης διαφορών στις εξεταζόμενες ομάδες ασθενών, π.χ. άτομα με καλή ποιότητα ζωής και άτομα με κακή ποιότητα ζωής
7. Η ευαισθησία (sensitivity). Τέλος, η ευαισθησία διερευνά την ακρίβεια του δείκτη και το κατά πόσο διαπιστώνονται από την επαναλαμβανόμενη χρήση του αλλαγές ή διαφοροποιήσεις.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι ο συστηματικός έλεγχος των ιατρικών διαδικασιών και των κλινικών αποτελεσμάτων με τη χρήση δεικτών, καθώς και η σύγκρισή τους με τα επιστημονικώς αποδεκτά πρότυπα καλής πρακτικής, δεν είναι κάτι στατικό. Τα πρότυπα που χρησιμοποιούνται, οι δείκτες και οι μηχανισμοί υπόκεινται σε επαναξιολόγηση και τροποποίηση, σύμφωνα με την τρέχουσα επιστημονική γνώση (Α. Παπακωστίδη (2012) 480-488)

7. Το κόστος της ποιότητας

Είναι κατανοητό ότι για την αρχική εφαρμογή ενός προγράμματος διασφάλισης ποιότητας, συνεχιζόμενης βελτίωσης και περιοδικών ελέγχων προστίθεται κόστος στη λειτουργία του οργανισμού. Βέβαια, η αύξηση του κόστους δεν συνεπάγεται αυτόματα και βελτίωση της ποιότητας, ούτε όμως η ποιότητα ισοδυναμεί με πρόσθετο κόστος για τον οργανισμό, τουλάχιστον όχι μακροπρόθεσμα. Εξάλλου, ένα βασικό αίτημα της διοίκησης ποιότητας είναι η αποδοτικότητα. (Καραθαναση . K et all , 2013)

Το κόστος της ποιότητας εστιάζεται σε τρία σημεία. Το κόστος της πρόληψης, της αποτίμησης και της αποτυχίας (εσωτερικής και εξωτερικής). Οι πόροι που χρειάζονται για την εκπαίδευση του προσωπικού στις νέες μεθοδολογίες, για την εφαρμογή ελέγχων και μετρήσεων των αποτελεσμάτων και για την οργάνωση ενός συστήματος καταγραφής των διαδικασιών αυξάνουν αρχικά το κόστος, ενώ η αναζήτηση λύσεων απαιτεί χρόνο, χρήμα και πρόσθετη εργασία. Εφ' όσον ενσωματωθούν οι καλές πρακτικές και εξασφαλιστεί μια αρμονική ροή των διαδικασιών, έχοντας όλοι συνειδητοποιήσει τι απαιτείται για τη βελτίωση της ποιότητας, τότε αυτοματοποιούνται οι δράσεις και ελαχιστοποιείται το κόστος της προετοιμασίας(Καραθαναση . K et all , 2013)

Παράλληλα, με τη διοίκηση ποιότητας μειώνεται το κόστος της αποτυχίας. Η εσωτερική αποτυχία, δηλαδή το κόστος της σπατάλης, των καθυστερήσεων και των άσκοπων επαναλήψεων, εξαλείφεται μέσα από τη σοφή διαχείριση και την αποτελεσματική ροή διαδικασιών. Επίσης, καθώς μειώνονται τα σφάλματα ή τουλάχιστον ελέγχονται οι καταστροφικές τους συνέπειες για τους ασθενείς, απαλλάσσεται ο οργανισμός από το εξωτερικό κόστος, που είναι το πλέον σοβαρό και αφορά σε περιπτώσεις κακής πρακτικής (mal practice) που καταλήγουν στην απώλεια της αξιοπιστίας του οργανισμού. Στη φάση που πλέον έχουν συντονιστεί αρμονικά οι διαδικασίες, το κόστος μειώνεται όσο αυξάνει η ποιότητα και επανατροφοδοτείται ο κύκλος για τη συνεχιζόμενη βελτίωση ποιότητας. (Καραθαναση . K et all , 2013)

8. Εισαγωγικά στοιχεία για το χειρουργείο

8.1 Η ιστορία του χειρουργείου

Παρόλο που η ιστορία του χειρουργείου είναι γενικά καταγραμμένη και επαρκώς τεκμηριωμένη, η ιστορία του ως χώρου για την διεξαγωγή των χειρουργικών επεμβάσεων, είναι λιγότερο κατανοητή. Τα χειρουργεία του 18ου αιώνα ουσιαστικά ήταν αίθουσες διαλέξεων, οι οποίες χρησιμοποιούνταν για την επίδειξη της τομής των πτωμάτων. Ζώντας ασθενείς, πείθονταν ενίοτε να υποβληθούν σε χειρουργικές επεμβάσεις, πράγμα που αποτελούσε χρήσιμη εμπειρία για το κοινό.

Οι περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις ήταν σύντομες, ήσσονος σημασίας και εκτελούνταν συνήθως σε τόπους βολικούς για τον ασθενή, όπως η οικία του. Επειδή ο ρόλος των παθογόνων, στην πρόκληση των μετεγχειρητικών λοιμώξεων δεν τους είχε ακόμη διευκρινιστεί, τους είχε δοθεί μικρή σημασία όπως και σε άλλα στοιχεία, που αφορούν το χώρο του χειρουργείου. Ο καλός φωτισμός στο χειρουργείο λόγω χάρη, δε θεωρείτο πιο απαραίτητος από τις αρχιτεκτονικές διακοσμήσεις, που αποσκοπούσαν στον εντυπωσιασμό του κοινού ή των ασθενών. Η εισαγωγή της αναισθησίας περί το 1840, επηρέασε ελάχιστα τον τόπο διεξαγωγής των χειρουργικών επεμβάσεων. (Δουσης. Ε , 2007 , 177-188)

Στα τέλη του 19ου αιώνα, ανακαλύφθηκε η αναγκαιότητα της αντισηψίας, και έτσι κατέστη προφανής και η αναγκαιότητα για τον κατάλληλο σχεδιασμό του χώρου, όπου θα στεγαζόταν το χειρουργείο. Με βάση την τεχνική της αντισηψίας, καθετί που ερχόταν σε επαφή με τον ασθενή έπρεπε να απολυμανθεί με καρβοξυλικό οξύ. Εξαιτίας της καυστικής ιδιότητας του καρβοξυλικού οξέος, οι χειρουργοί άρχισαν να φορούν ποδιές, για να προστατεύσουν τα πολιτικά τους ενδύματα και ελαστικά γάντια, για να προστατεύσουν τα χέρια τους. (Δουσης. Ε , 2007 , 177-188)

Στις αρχές του 20ου αιώνα, τα περισσότερα μεγάλα νοσοκομεία είχαν τρία χειρουργεία, ένα για γενικές, ένα για ορθοπεδικές, και ένα για γυναικολογικές επεμβάσεις. Αυτή η πρώτη εξειδικευμένη χρήση του χώρου για τα χειρουργεία, προέκυψε πιθανότατα για λόγους διευκόλυνσης των γιατρών, και όχι για την εγκατάσταση ειδικού εξοπλισμού, ή λόγω των διαφορετικών αναγκών σε στελέχωση.

Ο τομέας της χειρουργικής αναπτύχθηκε ραγδαία, κατά την διάρκεια του 2ου Παγκόσμιου Πολέμου. Η εξέλιξη των χειρουργικών τεχνικών στο πεδίο της μάχης, σε συνδυασμό με την εμφάνιση των αντιβιοτικών, δημιούργησε μια ατμόσφαιρα, στην οποία οι εξελίξεις της χειρουργικής λάμβαναν χώρα, σχεδόν σε καθημερινή βάση. Αν και τα χειρουργεία των δεκαετιών του '50 και του '60, δεν διέφεραν ουσιαστικά από τα αντίστοιχα των αρχών του 20ου αιώνα, η ανάπτυξη της τεχνολογίας, δημιούργησε την ανάγκη για χρήση περισσότερων τμημάτων ιατρικού εξοπλισμού, στις πολύπλοκες χειρουργικές επεμβάσεις. (Δουσης. Ε , 2007 , 177-188)

8.2 Χαρακτηριστικά Περιβάλλοντος Χειρουργείου

Οι ομάδες στα χειρουργεία, εκτελούν συχνά δύσκολες επεμβάσεις, κάτω από δυσμενείς συνθήκες. Σε κάθε περίπτωση, τα προβλήματα στη χειρουργική δεν είναι δυνατόν να αποφευχθούν, καθώς απορρέουν από διάφορες πηγές. Καταρχήν οι ασθενείς αλλά και οι νόσοι τους, παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις. Συνεπώς, οι χειρουργικές επεμβάσεις διεξάγονται κάτω από συνθήκες αβεβαιότητας, και οι χειρουργοί δεν γνωρίζουν εκ των προτέρων με σιγουριά, τι ακριβώς θα αντιμετωπίσουν. Δεύτερον, εφόσον μια χειρουργική επέμβαση αρχίσει, η όλη διαδικασία δεν είναι αναστρέψιμη. Τρίτον, βοήθεια δεν μπορεί να παρασχεθεί άμεσα, διότι, δεν είναι πάντοτε διαθέσιμος κάποιος άλλος χειρουργός, για επιστημονική, συμβουλευτική υποστήριξη ή άμεση παροχή βοήθειας. Τέταρτον, υπάρχουν σοβαρές χρονικές πιέσεις. Οι χειρουργικές επεμβάσεις από έμπειρα χέρια, μπορούν να διαρκέσουν μερικές ώρες. Κάποια σοβαρή χειρουργική επιπλοκή, αν και όχι μοιραία αυτή κάθε αυτή, ενδέχεται να παρατείνει τη διάρκεια της επέμβασης και της αναισθησίας, να αυξήσει την απώλεια αίματος, και να παρατείνει το διάστημα υποκατάστασης της λειτουργίας ενός οργάνου. Στην ιατρική περίθαλψη, ο χρόνος της θεραπείας μετράται σε ημέρες, εβδομάδες και μήνες. Στην χειρουργική όμως, ο χρόνος μετράται σε δευτερόλεπτα, λεπτά και ώρες. (Δουσης. Ε , 2007 , 122-133)

Τόσο η χειρουργική, όσο και η αναισθησία, ενέχουν πάντοτε κάποιο βαθμό κινδύνου. Σε κάθε ασθενή που συναινεί κατόπιν πληροφόρησης, για αναισθησία και επέμβαση, πρέπει να αναφέρεται ένας από τους κινδύνους, που είναι ο θάνατος. Απρόβλεπτα συμβάντα μπορούν να λάβουν χώρα στις επεμβάσεις, ακόμη και των πιο επιδέξιων και έμπειρων επιστημόνων, οι

οποίοι δεν είναι αλάθητοι, αλλά όπως όλοι οι άνθρωποι, τυχάνει να διαπράττουν σφάλματα. Συνεπώς, οι επαγγελματίες που εργάζονται στα χειρουργεία, συχνά γίνονται απαιτητικοί και τελειομανείς. Δεν ανέχονται την χρονοτριβή, ανεξάρτητα από την αιτία που την προκαλεί. Δεδομένων λοιπόν των υψηλών απαιτήσεων, του υψηλού κινδύνου και των δύσκολων καταστάσεων, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι, μερικές φορές δημιουργούνται σοβαρές διαπροσωπικές διενέξεις στο χειρουργείο. (Δουσης. Ε , 2007 , 122-133)

Η επικοινωνία είναι συχνά δύσκολη, ή και υπέρ του δέοντος ειλικρινής, χωρίς την παραμικρή σκέψη για τις ευαισθησίες του συνομιλητή. Παρόλο που η συνεργασία και η υιοθέτηση της ποιότητας, στη φροντίδα των ασθενών, πρέπει να είναι πρωτεύοντα χαρακτηριστικά των χειρουργείων, οι διενέξεις μεταξύ των τριών κύριων κλάδων του χειρουργείου, δηλαδή των χειρουργών, των αναισθησιολόγων και των νοσηλευτών, δεν λείπουν ποτέ. Ένας από τους βασικούς ρόλους των νοσηλευτών που εργάζονται στο χειρουργείο, είναι ότι, αποτελούν εκπροσώπους των ασθενών κατά την διάρκεια διεξαγωγής, των χειρουργικών επεμβάσεων. Ο νοσηλευτής του χειρουργείου, εκτός του ότι παρακολουθεί τις πολλαπλές ανάγκες του χειρουργικού ασθενούς, επιβάλλει και καθορίζει την πολιτική και τις διαδικασίες του χειρουργείου, πράγμα που ορισμένες φορές έρχεται σε αντίθεση, με τις προθέσεις ή τις πράξεις του εκάστοτε χειρουργού. (Δουσης. Ε , 2007 , 122-133)

Για παράδειγμα, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να διασφαλίζει ότι οι προδιαγραφές για την αποστείρωση πληρούνται, πράγμα που σημαίνει ότι θα διορθώσει το γιατρό, ό οποίος παραβιάζει τις αρχές ασηψίας αντισηψίας σε μια άσηπτη χειρουργική τεχνική. Όταν αυτό συμβεί, η εκτόνωση της σύγκρουσης αναμένεται να λάβει χώρα, μέσα σε μια ατμόσφαιρα επαγγελματισμού και συναδελφικότητας, θέτοντας την υγεία του ασθενούς σε πρώτη προτεραιότητα. Οι αναισθησιολόγοι και οι χειρουργοί μπορούν να έχουν συγκρούσεις. Βασικό καθήκον του αναισθησιολόγου είναι, να εξασφαλίσει ότι η κατάσταση του ασθενούς είναι ικανοποιητική, προκειμένου να υποστεί χειρουργική επέμβαση. Πρακτικά αυτό σημαίνει ότι, ο αναισθησιολόγος πρέπει να αξιολογήσει τη δυνατότητα προεγχειρητικής εκτίμησης του χειρουργού. Εάν κριθεί ανεπαρκής, η επέμβαση πολλές φορές αναβάλλεται, ή και ακυρώνεται. Η επιλογή της αναισθησίας είναι μια δεύτερη αιτία συγκρούσεων. Ορισμένοι χειρουργοί προτιμούν, ή απαιτούν ακόμη, ένα συγκεκριμένο είδος αναισθησίας για τις επεμβάσεις τους, ενώ οι περισσότεροι αναισθησιολόγοι θεωρούν καθήκον τους, να επιλέγουν το κατάλληλο είδος αναισθησίας, με βάση τις ανάγκες του ασθενούς, το είδος της επέμβασης αλλά και τις προτιμήσεις των χειρουργών. Τελικά αποδεικνύεται ότι στο χειρουργείο, κανένας δεν αποτελεί

μοναδικό καπετάνιο του πλοίου. Οι χειρουργοί, οι αναισθησιολόγοι και οι νοσηλευτές, διαθέτουν τις δικές τους διακριτές περιοχές ευθύνης και αρμοδιοτήτων. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, όλα τα μέλη της ομάδας του χειρουργείου πρέπει να είναι έτοιμα, να δώσουν τον πρώτο λόγο σ εκείνον που διαθέτει τις περισσότερες γνώσεις και δεξιότητες κατά περίπτωση. (Δουσης. Ε , 2007 , 122-133)

8.3 Τάσεις και εξελίξεις στην χειρουργική

Στις μέρες μας, ο ρυθμός αύξησης των χειρουργικών περιστατικών, υπερβαίνει το ρυθμό αύξησης του πληθυσμού, γεγονός που αντανακλά τις αυξημένες ανάγκες για φροντίδα υγείας, ενός γηράσκοντα πληθυσμού. Ωστόσο, η αυξητική τάση των χειρουργικών επεμβάσεων μπορεί επίσης, να οφείλεται στις τεχνολογικές εξελίξεις, οι οποίες επιτρέπουν στις χειρουργικές ειδικότητες, να παρέχουν ασφαλέστερη χειρουργική θεραπεία σε μεγαλύτερο πληθυσμό. Ακόμη, οφείλεται στην εισαγωγή νέων χειρουργικών μεθόδων και τεχνικών, για προβλήματα υγείας, που παλαιότερα ήταν ανίατα. Η αλληλεπίδραση παραγόντων όπως η τεχνολογία, η διαχειριζόμενη φροντίδα, η αριθμητική αύξηση αλλά και η γήρανση του πληθυσμού, μπορεί να αποδειχτεί πολύ απρόβλεπτη, και να οδηγήσει σε σημαντικές διακυμάνσεις, στο ρυθμό ανάπτυξης των χειρουργικών μεθόδων. Οι προϊστάμενοι των χειρουργείων πρέπει να είναι ενημερωμένοι, για τις κατά τόπους διαφοροποιήσεις, οι οποίες υπερβαίνουν πιθανώς τις εθνικές τάσεις διαφοροποιήσεων, προκειμένου να λαμβάνουν σωστές αποφάσεις, ιδίως όταν αυτές αφορούν σε θέματα marketing χειρουργείου. (Δουσης. Ε , 2007 , 122-133)

8.4 Εμφάνιση και ανάπτυξη του Χειρουργείου Ημερήσιας Νοσηλείας

Το 1983, το 75% σχεδόν των χειρουργικών επεμβάσεων που εκτελούνταν στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ), αφορούσαν σε νοσοκομειακούς ασθενείς που είχαν εισαχθεί σε νοσοκομείο, ενώ μόλις 7 χρόνια αργότερα, το 1990, περισσότερο από το 1/3 των επεμβάσεων, αποτελούσαν χειρουργεία ημερήσιας νοσηλείας. Αυτή η μετατόπιση από τις επεμβάσεις κατόπιν εισαγωγής των ασθενών στο νοσοκομείο, στην εκτέλεση χειρουργείων ημέρας, έχει

δημιουργήσει πολλές δυσκολίες στην οργάνωση και διοίκηση του χειρουργείου, και έχει καταστήσει επιτακτική, την ανάγκη για αποδοτική διαχείριση, στον εν λόγω χώρο.

Η εμφάνιση και ανάπτυξη των Αυτόνομων Χειρουργικών Κέντρων και η αύξηση των χειρουργικών περιστατικών ημερήσιας νοσηλείας, είναι συνταρακτική. Πολλά χειρουργικά κέντρα, παρέχουν διαμονή 23 ωρών στους ασθενείς που χρήζουν νοσηλεία, κατά την διάρκεια της νύχτας, χωρίς όμως, να απαιτείται ο δαπανηρός εξοπλισμός του νοσοκομείου. Τα αυτόνομα χειρουργικά κέντρα, παρέχουν υψηλά ανταγωνιστικές υπηρεσίες, οι οποίες, προσελκύουν ασθενείς και μπορεί να είναι κερδοφόρα σε επίπεδα αμοιβών, που θα ήταν ασύμφορα για τα νοσοκομεία. Επιπλέον, οι μικρότερες χειρουργικές αίθουσες ή χειρουργεία, μπορεί να παρέχουν μεγαλύτερη ευκολία στους χειρουργούς, σε σύγκριση με μεγαλύτερα χειρουργεία, που ανήκουν σε νοσοκομεία. (Καραθαναση . Κ et all , 2013)

8.5 Επιδράσεις της διαχειριζόμενης φροντίδας

Η διαχειριζόμενη φροντίδα, μπορεί να αυξήσει την αποδοτικότητα και την παραγωγικότητα, επιτρέποντας στις δυνάμεις της οικονομίας, της ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς, να ασκήσουν την επίδρασή τους, στην αγορά της υγείας. Μια από τις σημαντικότερες επιδράσεις της διαχειριζόμενης φροντίδας, μέχρι σήμερα, είναι η μείωση των ημερών νοσηλείας. Η μείωση της ζήτησης για νοσοκομειακές κλίνες, έχει οδηγήσει σε συγχωνεύσεις νοσοκομείων, με ενοποιήσεις χρεών, υποβιβασμούς, ή ακόμη και τερματισμό της λειτουργίας τους. Εάν, και κατά πόσο, η διαχειριζόμενη φροντίδα θα επιφέρει μακροπρόθεσμα, ανάλογη μείωση στον αριθμό των επεμβάσεων που εκτελούνται, δεν είναι ξεκάθαρο. (Καραθαναση . Κ et all , 2013). Η διαχειριζόμενη φροντίδα ενδέχεται, σε πρώτη φάση, να μειώσει τα ποσοστά των επεμβάσεων, αλλά εάν δημιουργηθούν λίστες αναμονής των ασθενών, τότε η ζήτηση για έγκαιρες επεμβάσεις, θα εκτινάξει τα ποσοστά σε υψηλά επίπεδα, όμοια με εκείνα της εφαρμογής της διαχειριζόμενης φροντίδας.

Οι Οργανισμοί Παροχής Διαχειριζόμενης Φροντίδας (ΟΠΔΦ) διενεργούν ελέγχους, και εξετάζουν αναλυτικά, τις δαπανηρές χειρουργικές θεραπείες, ενώ συχνά, ασκούν πιέσεις στους γιατρούς, να τις αντικαταστήσουν με εναλλακτικές, λιγότερο δαπανηρές, μη χειρουργικές θεραπείες, όταν βέβαια, οι τελευταίες διατίθεται. Για τις περισσότερες χειρουργικές θεραπείες, δεν έχουν διεξαχθεί έγκυρες, επιστημονικές έρευνες, που να αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα των μεθόδων αυτών. Αν και για πολλές χειρουργικές θεραπείες δεν

υπάρχουν εναλλακτικές, μη χειρουργικές μέθοδοι, ορισμένα είδη χειρουργικών επεμβάσεων μπορούν να υποκατασταθούν, από λιγότερο δαπανηρές και εξίσου αποτελεσματικές, εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας. (Α. Παπακωστίδη (2012) 480-488).

9. Η διοικητική συγκρότηση ενός χειρουργείου

Η οργανωτική δομή ενός χειρουργείου, είναι εξαιρετικά πολύπλοκη, καθώς, σε αυτό απασχολούνται πολλές και διαφορετικές ειδικότητες, κατηγορίες και ομάδες προσωπικού. Όλοι οι προϊστάμενοι χειρουργείων, είναι υπεύθυνοι για την οργάνωση και την καθοδήγηση, όλων αυτών των διαφορετικών και ειδικευμένων, ομάδων εργαζομένων (M. De Vos et all , 2009, p 1-11).

Το βασικό πρόβλημα που προκύπτει, σε σχέση με την διοικητική συγκρότηση ενός χειρουργείου, είναι ότι, οι στόχοι των επαγγελματιών που το στελεχώνουν, συχνά δε συμβαδίζουν με τους στόχους του χειρουργείου, ή ακόμη και του νοσοκομείου. Για παράδειγμα, οι χειρουργοί, συχνά επιθυμούν να συνεργάζονται, με συγκεκριμένες ομάδες νοσηλευτών για κάθε επέμβαση που εκτελούν. Από την άλλη πλευρά, η νοσηλευτική ηγεσία, ενώ γενικά, υποστηρίζει την ιδέα αυτή, στην πράξη έχει αποδειχτεί, ότι η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας βελτιώνεται μόνο, εάν οι νοσηλευτικές ομάδες, καλλιεργούν πολλές και διαφορετικές δεξιότητες, ώστε να υπάρχει δυνατότητα κάλυψης, όλων των χειρουργικών επεμβάσεων από όλους, όταν υπάρχει ανάγκη. Μέσα λοιπόν, σε αυτό το πλαίσιο, ο προϊστάμενος του χειρουργείου, είναι αναγκασμένος να << παίζει >> το ρόλο του αστυνομικού, του οποίου ο ρόλος είναι, να επιβάλλει και να υλοποιεί, την πολιτική του χειρουργείου. (M. De Vos et all, 2009, p 1-11)

Κάτω από αυτές τις συνθήκες, αυξάνεται ο αριθμός των συσκέψεων, επιβραδύνεται η διεργασία επίλυσης των προβλημάτων, και οι στόχοι του χειρουργείου και του νοσοκομείου, είτε παραγκωνίζονται, είτε δεν τυγχάνουν της απαιτούμενης προσοχής, ώστε να αποτελούν προτεραιότητες. Η λύση έγκειται, στην ανάπτυξη συστημάτων, για την διασφάλιση συμβατότητας, ανάμεσα στους ατομικούς στόχους του προσωπικού και των χρηστών των υπηρεσιών, και στους επιχειρησιακούς στόχους του νοσοκομείου, ή του χειρουργείου. Κατά αυτόν τον τρόπο, παρέχονται κίνητρα στους χρήστες των υπηρεσιών, να προσαρμόζουν τη συμπεριφορά τους, ώστε να εργάζονται αποτελεσματικά για το νοσοκομείο. Έτσι, με την εναρμόνιση των συμφερόντων, των διαφόρων ομάδων, η αστυνόμευση από τον προϊστάμενο,

καθίστανται πλέον περιττή και περιορίζεται. Κατά αυτόν τον τρόπο, η διοίκηση επικεντρώνεται στην επιδίωξη, των κοινών συμφερόντων των χρηστών, του χειρουργείου, του προσωπικού του, αλλά και του νοσοκομείου (M. De Vos et all, 2009, p 1-11)

10. Κανονισμός λειτουργίας του χειρουργείου

Ο κανονισμός λειτουργίας του χειρουργείου, αποτελεί τη βάση για την οργανωτική και διοικητική αποτελεσματικότητα, αλλά και την εύρυθμη λειτουργία των χειρουργικών αιθουσών, και κατ' επέκταση, των χειρουργικών κλινικών. Οι διατάξεις που ρυθμίζουν, τη σύσταση της επιτροπής χειρουργείου και ορίζουν τις αρμοδιότητες της επιτροπής, περιλαμβάνονται στους νόμους 1397/81 και 2519/97.

Οι αρμοδιότητες της συντονιστικής επιτροπής του χειρουργείου, είναι οι εξής:

- Η σύνταξη εσωτερικού κανονισμού, για την ασφάλεια και την προστασία των ασθενών και των εργαζομένων, στο χώρο των χειρουργείων και της αποστείρωσης.
- Η αντιμετώπιση προβλημάτων, που αφορούν στην οργάνωση και διεκπεραίωση της εργασίας.
- Η εφαρμογή μέτρων πρόληψης και ελέγχου των περιεγχειρητικών λοιμώξεων.
- Η συνεργασία με τους διευθυντές των χειρουργικών κλινικών, για την εύρυθμη λειτουργία των χειρουργείων τους.
- Η εισήγηση προς το επιστημονικό συμβούλιο, για την προμήθεια και εφαρμογή νέων τεχνικών και υλικών, στο χειρουργείο.
- Η επίβλεψη της κατασκευής και διαρρύθμισης, των χώρων των χειρουργείων του νοσοκομείου, καθώς και η διαχείριση αυτών.
- Η εποπτεία τήρησης του εσωτερικού κανονισμού.
- Ο καταρτισμός και η εφαρμογή καθηκοντολογίου, που διέπει όλους, ανεξαιρέτως, τους εργαζόμενους μέσα στο χειρουργείο.

- Η στενή συνεργασία με άλλες επιτροπές.
- Η ενημέρωση και η εκπαίδευση των εργαζομένων στα χειρουργεία και την αποστείρωση.
- Η συλλογή και επεξεργασία στοιχείων, με στόχο τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και την αύξηση της παραγωγικότητας, του χειρουργικού τομέα. (Α. Παπακωστίδη (2012) 480-488)

Η οργάνωση της λειτουργίας των χειρουργείων, απαιτεί συστηματική προσπάθεια, τα αποτελέσματα της οποίας, έχουν μεγάλη επίδραση στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, αλλά και στη διαμόρφωση κατάλληλου και ελκυστικού περιβάλλοντος εργασίας, για τους εργαζομένους. Τα χειρουργεία είναι ιδιαίτερα τμήματα, και προκειμένου να λειτουργήσουν αποτελεσματικά, είναι αναγκαία μια ιεραρχική οργανωτική δομή, αλλά και συμμετοχικές διαδικασίες, όπως η συντονιστική επιτροπή χειρουργείου, η οποία μπορεί να παίξει καθοριστικό ρόλο, στη διαμόρφωση μιας αποτελεσματικής, οργανωτικής δομής στη λειτουργία τους. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των χειρουργείων, επιβάλλουν τη θεσμοθέτηση, δημιουργία και πιστή εφαρμογή, κανόνων και διατάξεων, που αφορούν τη λειτουργία. Οι διατάξεις αυτές, ομαδοποιούνται σε οδηγούς και εγχειρίδια που καθορίζουν ρόλους, διαδικασίες και πολιτικές, και προσπαθούν να εισάγουν στη λειτουργία των χειρουργείων, την τυποποίηση τους. Αυτή η τυποποίηση, αποτελεί βασική αρχή της νοσηλευτικής, και είναι η βάση για την εφαρμογή των αρχών της διοίκησης, της διοίκησης ολικής ποιότητας και της συγκριτικής αξιολόγησης επιδόσεων, στην οργάνωση της λειτουργίας των χειρουργείων.

Ο σκοπός του κανονισμού λειτουργίας του χειρουργείου, είναι η καταγραφή κανόνων, στους οποίους, βασίζεται η λειτουργία του χειρουργείου. Οι κανόνες είναι υποχρεωτικοί για το ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό του χειρουργείου. Η εφαρμογή και τήρηση των κανόνων, στοχεύει στην εύρυθμη λειτουργία του χειρουργείου, στην ασφάλεια και στην ποιοτική παροχή φροντίδας, καθώς και στην παραγωγική απασχόληση των εργαζομένων. (Α. Παπακωστίδη (2012) 480-488)

11. Ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις

Ένα από τα σημαντικότερα θέματα που αφορούν, στη διαπίστευση του Νοσοκομείου, έχει να κάνει με την ασφάλεια των ασθενών. Αυτός ο τομέας βέβαια, περιλαμβάνει πολλά και διάφορα θέματα, όπως την αντιμετώπιση ασθενών, που επιδεινώνονται ταχέως, το χειρισμό του οξυγόνου με ασφάλεια στο σπίτι, την πρόληψη και αντιμετώπιση κατακλίσεων, καθώς και την πρόληψη απόπειρας αυτοκτονίας, την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς στη νοσηλεία και άλλα. Όμως, στην παρούσα παράγραφο θα αναφερθεί, η ασφάλεια των ασθενών στις χειρουργικές επεμβάσεις.

Οι πιο πρόσφατοι στόχοι για την ασφάλεια των ασθενών, οι οποίοι τέθηκαν το 2006, είναι οι εξής:

- Πτώση: μείωση κινδύνου από πτώση του ασθενούς
- Λοιμώξεις: μείωση κινδύνου νοσοκομειακών λοιμώξεων
- Επέμβαση : διασφάλιση σωστού σημείου επέμβασης ασθενούς
- Κίνδυνος: βελτίωση της ασφάλειας φαρμάκων υψηλού κινδύνου
- Ταυτοποίηση: σωστή ταυτοποίηση των ασθενών
- Οδηγίες: αποτελεσματική επικοινωνία σε τηλεφωνικές και προφορικές οδηγίες (Καραθαναση . K et all , 2013)

Η ευθύνη της σωστής χειρουργικής επέμβασης, είναι στο χειρουργό, ο οποίος, και πρέπει να ενημερώνει, όλο το προσωπικό του χειρουργείου για το είδος της επέμβασης, η οποία, πρέπει να αναγράφεται στο πρόγραμμα του χειρουργείου, καθώς και σε ειδικό πίνακα που βρίσκεται στο χώρο του χειρουργείου, ώστε να είναι εύκολα προσβάσιμο σε όλους.

Τέλος, το σωστό σημείο της επέμβασης έχει μεγάλη σημασία, σε επεμβάσεις στα άκρα, στην σπονδυλική στήλη, καθώς και στο κρανίο, ή στο τμήμα κάποιου αγγείου ή νεύρου. Εκτός από την αναγραφή του ακριβούς σημείου, προεγχειρητικά από το χειρουργό στο έντυπο προεγχειρητικού ελέγχου, σημειώνεται και το σημείο με 3 διαφορετικού χρώματος μαρκαδόρους, από 3 άτομα. Ως τελικό στάδιο ελέγχου, πριν από την έναρξη της επέμβασης, γίνεται η διαδικασία του <<time out>>, κατά την οποία, όλοι διασταυρώνουν μεταξύ τους τα σωστά στοιχεία όπως αναφέρθηκαν πιο πάνω. (Καραθαναση . K et all , 2013)

12. Διοίκηση και ηγεσία του χειρουργείου

12.1 Διαχείριση Ολικής Ποιότητας

Η ποιότητα, υπό την ευρεία έννοια, ορίζεται, ως η ικανοποίηση, ή και η υπέρβαση των αναγκών ή των απαιτήσεων του πελάτη. Στο χειρουργείο για παράδειγμα, πελάτες είναι όχι μόνο οι ασθενείς, αλλά και οι χειρουργοί και όλο το προσωπικό του χειρουργείου. Προϋπόθεση για την μέτρηση της ποιότητας, είναι η δυνατότητα ποσοτικοποίησης και μέτρησης, των αναγκών και απαιτήσεων των πελατών. Για παράδειγμα, οι ασθενείς και οι χειρουργοί μπορεί να απαιτήσουν, η έναρξη των επεμβάσεων να μην καθυστερεί ποτέ, περισσότερο από μισή ώρα. Η Δ.Ο.Π. δίνει έμφαση στην τεκμηριωμένη λήψη των αποφάσεων, και υπογραμμίζει την ανάγκη για εξασφάλιση συμβατότητας, των συμφερόντων, όλων των μελών ενός οργανισμού, προκειμένου να επιτευχθούν, οι κοινοί επιχειρησιακοί στόχοι.

Μια ακόμη αρχή της Δ.Ο.Π., είναι η αποκέντρωση στη λήψη των αποφάσεων και η εμπλοκή, ακόμη και των χαμηλότερων ιεραρχικών επιπέδων σε αυτήν, διότι εκείνοι, που εφαρμόζουν τις διαδικασίες και υλοποιούν τα συστήματα, είναι σε θέση να αντιλαμβάνονται καλύτερα, τι βελτιώσεις πραγματικά χρειάζονται.

(Διασφαλιση ποιότητας, αποτελεσματικότητα και μελέτη οργάνωσης λειτουργίας χειρουργείων, nd)

Ο προϊστάμενος του χειρουργείου, προκειμένου να καθοδηγήσει σε σωστά συμπεράσματα, είναι απαραίτητο να συστήσει ομάδες εργασίας, στις οποίες, θα περιλαμβάνεται τραυματιοφορέας, που έχει συστηθεί με σκοπό, να διερευνήσει το θέμα της καθυστέρησης στην έναρξη των χειρουργικών επεμβάσεων, και να συμπεράνει, ότι η αιτία της δυσλειτουργίας, είναι η χαμηλή απόδοση των τραυματιοφορέων, που μεταφέρουν τους ασθενείς στο χειρουργείο. Αντίθετα, εάν συμμετέχει και τραυματιοφορέας στην ομάδα εργασίας, μπορεί να εντοπίσει τα προβλήματα στη λειτουργία του συστήματος, τα οποία δυσχεραίνουν τους τραυματιοφορείς, κατά την εκτέλεση των εργασιών τους, και δεν τους επιτρέπουν να είναι αποτελεσματικοί. Η Δ.Ο.Π. υποστηρίζει, ότι, η κύρια πηγή των προβλημάτων χαμηλής ποιότητας είναι οι ελλείψεις ή οι δυσλειτουργίες των επιμέρους διεργασιών, που συνθέτουν το σύστημα, και όχι η απόδοση αυτή κάθε αυτή των εργαζομένων, η οποία εξάλλου επηρεάζεται, από τα προβλήματα των συστημάτων. Επομένως, ο κάθε διευθυντής, πρέπει να εστιάζει την προσοχή του στην βελτίωση της παραγωγικής

διεργασίας, και των επιμέρους διαδικασιών που την συνθέτουν, παρά στην ατομική επίπληξη ή στην διόρθωση των πράξεων, των εργαζομένων.

Η διοίκηση πρέπει να θέτει πρότυπα για την απόδοση, όχι μόνο του συστήματος, αλλά και των ατόμων που εργάζονται μέσα σε αυτό.

(Διασφαλιση ποιότητας, αποτελεσματικότητα και μελέτη οργάνωσης λειτουργίας χειρουργείων, nd)

12.2 Ικανοποίηση πελατών και αποτίμηση εκβάσεων

Ενώ η ΔΟΠ δίνει έμφαση στην ανάπτυξη και βελτίωση των διεργασιών, μια πιο πρόσφατη τάση στην ποιότητα, επικεντρώνεται στην αποτίμηση των εκβάσεων, των ασθενών. Ο όρος «έκβαση», περιλαμβάνει, όχι μόνο τις εκβάσεις των ασθενών, αλλά και το κόστος των ιατρικών πράξεων και την ικανοποίηση των ασθενών, από τη φροντίδα υγείας.

αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών, υποδηλώνει, ότι, αρχίζει να τίθεται σε εφαρμογή ο ορισμός της ποιότητας που διατυπώθηκε παραπάνω. Μέσα από σχετικά ερωτηματολόγια, προκύπτουν τα θέματα πρώτης προτεραιότητας για τους ασθενείς, τα οποία, συχνά προκαλούν έκπληξη στους φροντιστές υγείας.

Ομοίως, όταν ζητείται από τους ασθενείς, να αξιολογήσουν τις υπηρεσίες που τους παρασχέθηκαν στο νοσοκομείο, θέματα όπως, η δυσκολία στη στάθμευση ή το άνοστο φαγητό, οδηγούν σε χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης, παρά την υψηλής ποιότητας ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας. Για τους λόγους αυτούς, οι οργανισμοί φροντίδας υγείας καταβάλλουν μεγάλες προσπάθειες, ώστε να εντοπίζουν τα θέματα που ενδιαφέρουν άμεσα τους ασθενείς και να βελτιώνουν τις υπηρεσίες τους, στους σχετικούς τομείς. (Δουσης. Ε , 2007 , 122-133)

Οι χειρουργοί επίσης, είναι πελάτες στο χειρουργείο. Συνεπώς, οι ανάγκες και οι απαιτήσεις τους, πρέπει να εντοπίζονται και να καταβάλλονται προσπάθειες για την ικανοποίησή τους. Εφόσον τα χειρουργεία, επιφέρουν μεγαλύτερο κέρδος στους οργανισμούς με την αύξηση του όγκου των υπηρεσιών που παρέχουν, οι χειρουργοί, αποτελούν σημαντικούς πελάτες των οργανισμών αυτών, και η ικανοποίηση των αναγκών και απαιτήσεών τους, αποτελεί σοβαρό μέλημα των οργανισμών. Από την άλλη πλευρά, εάν καθιερωθεί το κατά κεφαλήν σύστημα αποζημιώσεων για τους οργανισμούς φροντίδας υγείας, τότε οι χειρουργοί, αλλά και οι οργανισμοί, θα επιδιώξουν να ελαχιστοποιήσουν τον όγκο των χειρουργικών υπηρεσιών. Αυτό

οφείλεται, στο ότι, ο όγκος των υπηρεσιών στα πλαίσια του κατά κεφαλήν συστήματος, θα αποτελεί μάλλον έξοδο παρά πηγή εσόδων, σε αντίθεση με το κατά πράξεις σύστημα αποζημιώσεων. Σε ένα καθαρά κατά κεφαλήν σύστημα αποζημιώσεων, οι χειρουργοί, παύουν πλέον να παίζουν το ρόλο του πολύτιμου πελάτη, του χειρουργείου.

(Διασφαλιση ποιότητας, αποτελεσματικότητα και μελέτη οργάνωσης λειτουργίας χειρουργείων, nd)

12.3 Διαφορές μεταξύ Διοίκησης και Ηγεσίας

Στα διοικητικά καθήκοντα περιλαμβάνονται τα εξής:

- Να επικεντρώνεσαι στην ανάπτυξη και οργάνωση συστημάτων, και στη βελτίωση των παραγωγικών διεργασιών.
- Να καθορίζεις πολιτικές, και να εκπονείς διαδικασίες, διασφαλίζοντας ότι αυτές εφαρμόζονται από τους εργαζόμενους.
- Να εφαρμόζεις μεθόδους αποτελεσματικές, σε σχέση με το κόστος.
- Να επιτυγχάνεις την προσέγγιση διαφορετικών πλευρών, με σκοπό την επίλυση προβλημάτων.
- Να επιβραβεύεις τις προσπάθειες, και να επισημαίνεις τις αδυναμίες των εργαζομένων.

Στα ηγετικά καθήκοντα περιλαμβάνονται τα εξής:

- Να επικεντρώνεσαι στους στόχους και στις εκβάσεις (αποτελέσματα) των ενεργειών.
- Να υιοθετείς στρατηγική σκέψη, και να προωθείς το στρατηγικό σχέδιο.
- Να αναπτύσσεις και να καλλιεργείς κοινό όραμα.
- Να ενθαρρύνεις την ευελιξία και τη διαρκή βελτίωση, σε έναν οργανισμό.
- Να καλλιεργείς την αίσθηση του επείγοντος.
- Να πρεσβεύεις την αλλαγή.

(Διασφαλιση ποιότητας, αποτελεσματικότητα και μελέτη οργάνωσης λειτουργίας χειρουργείων, nd)

12.4 Διαχείριση του χειρουργείου

Ο προϊστάμενος του χειρουργείου, λαμβάνει καθημερινά αποφάσεις στα πλαίσια του οράματος και του στρατηγικού σχεδίου, του οργανισμού. Οι παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη, περιλαμβάνουν, τα βασικά πλεονεκτήματα του οργανισμού, τις ανάγκες των πελατών, τις δραστηριότητες των ανταγωνιστών, και τις αλλαγές στην αγορά του υγειονομικού τομέα. Ακόμη, όποτε επιδιώκεται μια αλλαγή, οι αντιδράσεις των ανταγωνιστών πρέπει να αναμένονται και να είναι, υπό παρακολούθηση. Πολλές φορές, οι συμμαχίες και οι συσχετισμοί μετατοπίζονται, καθώς το περιβάλλον της αγοράς αλλάζει. (Διασφαλιση ποιότητας, αποτελεσματικότητα και μελέτη οργάνωσης λειτουργίας χειρουργείων, nd)

Οι οργανισμοί φροντίδας υγείας, δεν έχουν την ικανότητα να ελίσσονται γρήγορα και με ευελιξία, και αυτό, αποτελεί μειονέκτημα, στα πλαίσια του σύγχρονου ραγδαία εξελισσόμενου, υγειονομικού τομέα. Με βάση τις προβλέψεις για τις ανάγκες και απαιτήσεις των πελατών, ο προϊστάμενος του χειρουργείου, πρέπει να θέτει άμεσους και επιτεύξιμους στόχους, αυξάνοντας έτσι, την ευελιξία του οργανισμού. (Μιντζαρίδης Κ, 2010, 2-10)

Η αποτίμηση της απόδοσης του χειρουργείου, πρέπει να γίνεται στη βάση ποσοτικών μετρήσεων. Συνεπώς, είναι απαραίτητο, να διευκρινίζονται οι στόχοι, να γίνονται κατανοητοί από όλους, να αναπτύσσονται μέθοδοι μέτρησης των ποσοστών επίτευξης των στόχων, και τέλος, να εντοπίζονται όλα τα εμπόδια και οι ανασταλτικοί παράγοντες. Στα πλαίσια της λειτουργίας του χειρουργείου, ο προϊστάμενος, πρέπει πάντοτε να κάνει αποτίμηση των αποτελεσμάτων της αλλαγής, και να αναπτύξει ποσοτικούς δείκτες για την μέτρηση των αλλαγών αυτών. Στο κέντρο των αλλαγών και των αποτιμήσεων, πρέπει πάντα να βρίσκεται ο ασθενής. Θέτοντας τον πελάτη στο επίκεντρο όλων των αλλαγών, εξυπηρετούνται καλύτερα τα συμφέροντα και του ίδιου του οργανισμού. (Μιντζαρίδης Κ, 2010, 2-10)

Η χειρουργική φροντίδα εξελίσσεται με ταχείς ρυθμούς, καθώς, νέες χειρουργικές τεχνικές και εξοπλισμός, έρχονται στο προσκήνιο, και καθώς, οι μέθοδοι ανάνηψης, τα αναισθητικά φάρμακα και ο αντίστοιχος εξοπλισμός, βελτιώνονται. Η αντικατάσταση των προηγούμενων, πεπαλαιωμένων τεχνικών από νέες, για την βελτίωση της ποιότητας και της αποδοτικότητας στη φροντίδα υγείας, πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα. Όπως οι γιατροί, επιζητούν νέες μεθόδους για την θεραπεία των ασθενειών, έτσι και το προσωπικό του χειρουργείου, πρέπει να επιδιώκει την αύξηση της αποτελεσματικότητας, και την βελτίωση της ποιότητας στο χειρουργείο, μέσα από σύγχρονες και βελτιωμένες μεθόδους διαχείρισης.

13. Οργανωτικές δομές του χειρουργείου

13.1 Παραδοσιακή οργανωτική δομή

Η συνήθης οργανωτική δομή νοσοκομείων που προσφέρουν χειρουργικές υπηρεσίες, βασίζεται σε ένα σύνολο κοινών δεξιοτήτων και αρμοδιοτήτων. Σε πολλά νοσοκομεία, οι ιατρικοί τομείς διαρθρώνονται από ανεξάρτητους γιατρούς, οι οποίοι δεν αποτελούν έμμισθο προσωπικό του νοσοκομείου, αλλά παρέχουν έργο ως εξωτερικοί συνεργάτες.

Πρωταρχικός σκοπός της οργανωτικής δομής είναι, να διευκολύνει τη διεκπεραίωση των εργασιών και τη λειτουργία του οργανισμού. Οι παραδοσιακές οργανωτικές δομές, είναι διαμορφωμένες έτσι, ώστε, να ομαδοποιούνται οι επαγγελματίες κατά ειδικότητα ή επαγγελματικό τίτλο. Ωστόσο, για την αποτελεσματική λειτουργία μιας πολύπλοκης και πολύπλευρης υπηρεσίας, απαιτείται διατμηματική και διατομεακή συνεργασία. (Α. Παπακωστίδη (2012) 480-488)

Η διατμηματική ή διατομεακή συνεργασία, επιτυγχάνεται μέσω της δημιουργίας μόνιμων επιτροπών, οι οποίες, περιλαμβάνουν ηγετικά στελέχη από τους επιμέρους τομείς ή τμήματα, με σκοπό την ανταλλαγή πληροφοριών και την επίλυση των υφιστάμενων προβλημάτων. Αυτού του είδους οι επιτροπές, συνεργάζονται αποτελεσματικά για την ανταλλαγή πληροφοριών, αλλά υστερούν, ως προς την δυνατότητα επίλυσης προβλημάτων, ιδιαίτερα, όταν τα χρονικά περιθώρια είναι μικρά. Πέρα από τις μόνιμες επιτροπές, δημιουργούνται διεπιστημονικές, διακλαδικές ομάδες εργασίας. Η σύσταση αυτών των ομάδων εργασίας, συνήθως, αποσκοπεί στον εντοπισμό προβλημάτων και στην διατύπωση και υποβολή προτάσεων, για την άμεση επίλυσή τους. (Διασφαλιση ποιότητας, αποτελεσματικότητα και μελέτη οργάνωσης λειτουργίας χειρουργείων, nd)

Για την αποδοτική λειτουργία του χειρουργείου, είναι απαραίτητες, τόσο οι μόνιμες επιτροπές, όσο και οι ομάδες εργασίας. Η επιτροπή αυτή, συνήθως καλείται επιτροπή χειρουργείου. Κατά κανόνα, απαρτίζεται από τους διευθυντές των χειρουργικών τομέων, το διευθυντή του αναισθησιολογικού τομέα, τον προϊστάμενο του χειρουργείου και το νοσηλευτή προϊστάμενο. Συνήθως συμμετέχουν και στελέχη της ανώτατης διοίκησης, του νοσοκομείου. Η επιτροπή αυτή

ασχολείται με θέματα λειτουργίας, αλλά και στρατηγικού σχεδιασμού. (M. De Vos et all , 2009, p 1-11)

14. Ο Προϊστάμενος του χειρουργείου

Το άτομο στο οποίο, ανατίθεται ο ρόλος του προϊσταμένου του χειρουργείου, πρέπει να διαθέτει τα κατάλληλα προσόντα για την συγκεκριμένη θέση, ως προς, την εκπαίδευση, την κατάρτιση και την εξειδίκευση. Σπουδαιότερο ακόμη, είναι το άτομο αυτό, να έχει μια σειρά δεξιοτήτων αλλά και προσωπικών χαρακτηριστικών, οι οποίες, έχουν αναπτυχθεί και καλλιεργηθεί, μέσα από τη μακροχρόνια καθημερινή τριβή και εξοικείωση, με το περιβάλλον του χειρουργείου. Ο καταλληλότερος τομέας επαγγελματικής εκπαίδευσης για έναν προϊστάμενο χειρουργείου, είναι η νοσηλευτική, η χειρουργική, ή η αναισθησιολογία. Επίσης, ένα σημαντικό εκπαιδευτικό προσόν, είναι ο μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών, στην διοίκηση επιχειρήσεων. Τα ιδιαίτερα προσόντα, που είναι απαραίτητα για έναν ειδικό τύπο νοσοκομείου, εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες, όπως, το είδος και η δυναμικότητα του νοσοκομείου, ο όγκος των χειρουργικών υπηρεσιών, η διασύνδεση με τις υποστηρικτικές υπηρεσίες του χειρουργείου. (M. De Vos et all , 2009, p 1-11)

Επιπλέον δεξιότητες, απαραίτητες για την θέση του προϊσταμένου ενός χειρουργείου, αποτελούν, η αφοσίωση στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, στον ασθενή, και η ικανότητα καλλιέργειας πνεύματος ομαδικής εργασίας, σε ένα περιβάλλον υψηλών εντάσεων και πιέσεων, όπως είναι, το χειρουργείο. Η πειθώ και η ικανότητα για διαπραγμάτευση, καθώς και για επίλυση προβλημάτων μέσα σε ομαδικό πνεύμα, αποτελούν, πολύτιμα όπλα του προϊσταμένου, στην προσπάθειά του, να επιτύχει, τις επιθυμητές αλλαγές στο χειρουργείο.

Ο προϊστάμενος χειρουργείου, πρέπει να παίζει ηγετικό ρόλο, στα θέματα σχεδιασμού του χειρουργείου και να συμμετέχει στην ομάδα στρατηγικού σχεδιασμού, του μητρικού οργανισμού. Ο προϊστάμενος του χειρουργείου, πρέπει να επιδιώκει άμεσα την εκτόνωση των συγκρούσεων , έχοντας πάντα υπόψη του, ότι οι επιχειρησιακοί στόχοι και η αποστολή του μητρικού οργανισμού, σχεδόν πάντοτε υπερισχύουν, έναντι των υπολοίπων στόχων.

Ένα βασικό σημείο, είναι, να εξασφαλίζει, ότι υπάρχουν και ότι εφαρμόζονται τα συστήματα, ώστε να παρέχονται αποδοτικές και υψηλής ποιότητας υπηρεσίες στους ασθενείς. Εάν ληφθεί

υπόψη ο αριθμός των εργασιών, που πρέπει να διεκπεραιώνονται κάθε φορά για την εκτέλεση μιας επέμβασης, προκαλεί έκπληξη το γεγονός, ότι το πρόγραμμα των επεμβάσεων τηρείται με ακρίβεια. (M. De Vos et all , 2009, p 1-11)

14.1 Διαχείριση Ανθρωπίνων Πόρων

Σε μεγάλους οργανισμούς, τα προβλήματα του προσωπικού αντιμετωπίζονται από τα τμήματα διαχείρισης, ανθρωπίνων πόρων. Σε πολλά ζητήματα και θέματα προσωπικού, εμπλέκονται άτομα από διαφορετικά τμήματα, εκτός του χειρουργείου ή ακόμη και εξωτερικοί συνεργάτες του χειρουργείου. Στις περιπτώσεις αυτές, η δεξιότητα διαπραγμάτευσης, αποτελεί βασικό προσόν για τον προϊστάμενο του χειρουργείου. Ωστόσο, ακόμη και σε περιπτώσεις απόλυτης εξουσίας του προϊσταμένου, η συζήτηση και η συμφωνία, με στόχο την εύρεση κοινά αποδεκτών λύσεων, συνήθως επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα. Πολύ συχνά, οι προϊστάμενοι χειρουργείων έρχονται αντιμέτωποι, με δύσκολες καταστάσεις έντασης και εχθρότητας, καθώς το χειρουργείο αποτελεί στρεσογόνο περιβάλλον, όπου λαμβάνονται καθημερινά, κρίσιμες αποφάσεις για την ζωή των ασθενών. (Μιντζαρίδης Κ, 2010, 2-10).

15. Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας στο χειρουργείο

Τα standards για την υγιεινή και την ασφάλεια της εργασίας στο χειρουργείο, αφορούν κυρίως, στους εξής τομείς: ασφάλεια κτιρίου, ασφάλεια ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων, πυρασφάλεια και ασφάλεια σε σχέση με τις λοιμώξεις και τις καρκινογόνες ουσίες. (Καραθαναση . K et all , 2013) (Δουσης. E , 2007 , 177-188)

Η συμμόρφωση των οργανισμών φροντίδας υγείας, με τα πρότυπα των υπεύθυνων για την πυρασφάλεια, είναι προαιρετική, στο βαθμό κατά τον οποίο ένα νοσοκομείο επιθυμεί, την ασφαλιστική κάλυψη των εγκαταστάσεων, έναντι πυρκαγιάς. Αυτό συμβαίνει, διότι η συμμόρφωση με τα πρότυπα του υπεύθυνου οργανισμού, είναι ουσιαστική προϋπόθεση, για την ασφαλιστική κάλυψη των οργανισμών φροντίδας υγείας, έναντι πυρκαγιάς. Ομοίως, η συμμόρφωση με τα πρότυπα του υπεύθυνου οργανισμού, για την ασφάλεια των κτιριακών και ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων, ειδικά για τους οργανισμούς φροντίδας υγείας, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την διαπίστευση των υπηρεσιών υγείας, από τους φορείς διαπίστευσης. (Καραθαναση . K et all , 2013) (Δουσης. E , 2007 , 177-188)

Ο χρυσός κανόνας, σε σχέση με την ασφάλεια και την προστασία του προσωπικού, του χειρουργικού συγκροτήματος, από τις αιματογενώς μεταδιδόμενες λοιμώξεις, είναι οι Διεθνείς Αρχές Πρόληψης. Οι Αρχές αυτές, διατυπώθηκαν από τον OSHA (Occupational Safety and Health Administration) το 1991, με σκοπό να δώσουν μια απάντηση, στους προβληματισμούς και τις ανησυχίες των επαγγελματιών υγείας, σχετικά με τον ιό της Ανοσοανεπάρκειας και τον ιό της Ηπατίτιδας β. (Καραθαναση . K et all , 2013)

Ο κίνδυνος, για την πιθανή εξάπλωση της φυματίωσης στις υπηρεσίες υγείας, έχει γίνει και πάλι ορατός. Το γεγονός αυτό, έχει αυξήσει την ανησυχία, λόγω των επιδημιών φυματίωσης που παρατηρήθηκαν σε ορισμένα νοσοκομεία, σε μερικές από τις οποίες, ανιχνεύθηκαν πολυανθεκτικά στελέχη του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης. (Καραθαναση . K et all , 2013)

Οι κυριότεροι καρκινογόνοι παράγοντες, που έχουν εντοπιστεί στο χώρο του χειρουργείου, σχετίζονται με τις αναθυμιάσεις, που αναδύονται κατά την εφαρμογή μεθόδων laser, ή την χρήση της διαθερμίας. Ωστόσο, δεν υπάρχει συμφωνία ως προς το βαθμό επικινδυνότητας του καπνού αυτού, για την υγεία του προσωπικού του χειρουργείου. (Καραθαναση . K et all , 2013)

16. Βελτίωση της ποιότητας

Η βελτίωση της ποιότητας έχει βάση, τα εξής:

- Οι εργαζόμενοι σε ένα χώρο εργασίας, καταβάλλουν κάθε δυνατή προσπάθεια, ώστε να εκτελούν τις εργασίες τους, όσο το δυνατόν καλύτερα.
- Το σύστημα μέσα στο οποίο εργάζεται ο καθένας, είναι πρωταρχικός παράγοντας, για τον έλεγχο και την βελτίωση της ποιότητας.
- Το σύστημα βρίσκεται, υπό τον έλεγχο της διοίκησης
- Οι εργαζόμενοι βρίσκονται στην καταλληλότερη θέση, για να εντοπίζουν τα προβλήματα, σε σχέση με την ποιότητα και να προτείνουν αλλαγές που θα τους επιτρέψουν, να γίνουν πιο αποτελεσματικοί στην εργασίας τους.
- Το σύστημα αποτελείται, από αλληλεπιδράσεις μεταξύ των εργαζομένων, τόσο των επαγγελματιών όσο και του υποστηρικτικού προσωπικού.
- Κάθε εργαζόμενος, είναι ορισμένες φορές προμηθευτής και άλλες πελάτης, αναλόγως με την αλληλεπίδραση μέσα στο σύστημα.
- Η εδραίωση ξεκάθαρων τρόπων επικοινωνίας, μεταξύ των εσωτερικών πελατών και των εσωτερικών προμηθευτών, είναι παράγοντας κλειδί για την επιτυχία του συστήματος.
- Ο βαθμός της ευθύνης, όσων σχετίζονται με την φροντίδα των ασθενών, είναι κρίσιμο σημείο για την διασφάλιση των αρμοδιοτήτων και τον εντοπισμό ευκαιριών, για την βελτίωση της ποιότητας.
- Η ποιότητα ορίζεται, ως *η ικανοποίηση ή και η υπέρβαση των αναγκών και απαιτήσεων του πελάτη.*

Το χειρουργικό συγκρότημα πρέπει, να διαθέτει έναν υπεύθυνο για την συλλογή και διαχείριση όλων των πληροφοριών, που σχετίζονται για την ποιότητα της νοσηλείας, αλλά και της ροής των ασθενών. Ακόμη και σε μεγάλα χειρουργικά συγκροτήματα, ο ρόλος αυτός, είναι τμήμα μόνο του ρόλου του συντονιστή χειρουργείου, που είναι ο προϊστάμενος ο ίδιος. Οι δραστηριότητες για την βελτίωση της ποιότητας, προϋποθέτουν μεγάλο βαθμό αλληλεπίδρασης και

επικοινωνίας, μεταξύ των εργαζομένων, με διάφορους ρόλους. Τα προβλήματα του συστήματος, εντοπίζονται από τους ίδιους τους εργαζομένους, όπως και οι ευκαιρίες, και οι τρόποι για την βελτίωση του. (Δουσης. Ε , 2007 , 177-188) (Καραθαναση . Κ et all , 2013

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:.....

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

- ◆ Θα πρέπει να συμπληρώσετε αυτό το ερωτηματολόγιο μόνο εάν νοσηλευθήκατε στο νοσοκομείο.
- ◆ Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται ανώνυμα. Το Νοσοκομείο μας έχει λάβει όλα τα απαιτούμενα μέτρα για την προστασία των προσωπικών σας δεδομένων.
- ◆ Απαντήστε όλες τις ερωτήσεις, επιλέγοντας το κατάλληλο τετράγωνο αριστερά από την απάντησή σας.
- ◆ Μερικές φορές θα σας ζητηθεί να προσπεράσετε ορισμένες ερωτήσεις σε αυτό το ερωτηματολόγιο.

Όταν αυτό συμβαίνει, θα δείτε ένα βέλος με μία σημείωση, που σας λέει ποια είναι η επόμενη προς απάντηση ερώτηση, όπως σημειώνεται παρακάτω:

ΝΑΙ

ΟΧΙ → εάν η απάντηση είναι ΟΧΙ πηγαίνετε στην ερώτηση Νο 1

Κλινική στην οποία νοσηλευτήκατε: 1 _____

2 _____

3 _____

Φύλο: Άντρας Γυναίκα Ηλικία: _____

Ποιος συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο: Ο ίδιος ο ασθενής Συγγενής ή συνοδός

Ημερομηνία συμπλήρωσης: _____

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΟΥ ΣΑΣ ΠΑΡΑΣΧΕΘΗΚΕ

ΑΠΟ ΤΙΣ/ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΕΣ/ΤΕΣ

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΟΥ ΣΑΣ ΠΑΡΑΣΧΕΘΗΚΕ

ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ

1. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι νοσηλεύτριες/τές σάς φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό:

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές Φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν απαντώ

2. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι νοσηλεύτριες/τές σάς άκουσαν με προσοχή:

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές Φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν απαντώ

3. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι νοσηλεύτριες/τές σας εξήγησαν τα πράγματα με κατανοητό τρόπο;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές Φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν απαντώ

5. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι γιατροί σάς φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό:

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές Φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν απαντώ

6. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι γιατροί σάς άκουσαν με προσοχή:

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές Φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν απαντώ

7. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι γιατροί σας εξήγησαν τα πράγματα με κατανοητό τρόπο;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές Φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν απαντώ

ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

4. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, και αφού είχατε πατήσει το κουμπί κλήσης για βοήθεια, πόσο συχνά λάβατε την βοήθεια έγκαιρα;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές Φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν υπάρχει κουμπί βοήθειας
- 6 Δεν απαντώ

ΟΙ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΣΑΣ ΑΠΟ ΑΥΤΟ

ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

10. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, χρειασθήκατε βοήθεια από τους νοσηλεύτριες/ τες για να πάτε στο λουτρό ή για να χρησιμοποιήσετε την πάπια ;

- 1 ΝΑΙ
- 2 ΟΧΙ → εάν η απάντηση είναι ΟΧΙ πηγαίνετε στην ερώτηση Νο 12
- 3 Δεν απαντώ

11. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά σας βοήθησαν οι νοσηλεύτριες/ τες για να πάτε στο λουτρό ή για να χρησιμοποιήσετε την πάπια;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν απαντώ

12. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο,

8. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά καθαρίζονταν το δωμάτιο και το λουτρό;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν απαντώ

9. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά υπήρχε ησυχία τη νύχτα γύρω από το δωμάτιό σας;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν απαντώ

14. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά το προσωπικό του νοσοκομείου έκανε ό,τι μπορούσε προκειμένου να σας βοηθήσει στην αντιμετώπιση του πόνου;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν απαντώ

15. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο σας χορηγήθηκαν φάρμακα που δεν τα είχατε πάρει στο παρελθόν;

χρειαστήκατε αναλγητικό (παυσίπονο)

φάρμακο;

1 ΝΑΙ

2 ΟΧΙ → εάν η απάντηση είναι ΟΧΙ

πηγαίνετε στην ερώτηση Νο 15

3 Δεν απαντώ

13. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο,

πόσο συχνά ελεγχόταν καλά ο πόνος;

1 Ποτέ

2 Μερικές φορές

3 Συνήθως

4 Πάντα

5 Δεν απαντώ

19. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο,

οι γιατροί, οι νοσηλεύτριες/τες ή το άλλο

προσωπικό συζήτησαν μαζί σας σχετικά με τυχόν

βοήθεια που θα χρειαζόσασταν μετά την έξοδό σας από

1 ΝΑΙ

2 ΟΧΙ

3 Αυτή η ερώτηση δεν αφορά όσους

απάντησαν με την επιλογή 3 στην ερώτηση 18

4 Δεν απαντώ

20. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο,

σας δόθηκαν γραπτές πληροφορίες σχετικά

με το ποια συμπτώματα ή προβλήματα

υγείας θα πρέπει να προσέξετε μετά

την έξοδό σας από το νοσοκομείο;

1 ΝΑΙ

2 ΟΧΙ

1 ΝΑΙ

2 ΟΧΙ → εάν η απάντηση είναι ΟΧΙ

πηγαίνετε στην ερώτηση Νο 18

3 Δεν απαντώ

16. Πριν σας χορηγηθεί οποιοδήποτε νέο

φάρμακο, πόσο συχνά το προσωπικό του

νοσοκομείου σας ενημέρωσε για τον λόγο

που αυτό χορηγείται;

1 Ποτέ

2 Μερικές φορές

3 Συνήθως

4 Πάντα

5 Αυτή η ερώτηση δεν αφορά όσους

απάντησαν ΟΧΙ στην ερώτηση 15

6 Δεν απαντώ

17. Πριν σας χορηγηθεί οποιοδήποτε νέο

φάρμακο, πόσο συχνά το προσωπικό του

νοσοκομείου σας περιέγραψε τυχόν

παρενέργειες που αυτό μπορούσε να έχει;

1 Ποτέ

2 Μερικές φορές

3 Συνήθως

4 Πάντα

5 Αυτή η ερώτηση δεν αφορά όσους

απάντησαν ΟΧΙ στην ερώτηση 15

6 Δεν απαντώ

ΟΤΑΝ ΦΥΓΕΤΕ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

18. Όταν φύγετε από το νοσοκομείο, θα πάτε

3 Αυτή η ερώτηση δεν αφορά όσους απάντησαν με την επιλογή 3 στην ερώτηση 18

4 Δεν απαντώ

ΓΙΑ ΕΞΑΣ

23. Γενικά, πώς θα αξιολογούσατε συνολικά

την Υγεία σας;

1 Εξαιρετη

2 Πολύ Καλή

3 Καλή

4 Ικανοποιητική σε σχέση με τα προβλήματα

5 Φτωχή

6 Δεν απαντώ

24. Ποιο είναι το επίπεδο σπουδών σας;

1 Απόφοιτος Δημοτικού

2 Απόφοιτος Γυμνασίου

3 Απόφοιτος Λυκείου

4 Απόφοιτος ΑΕΙ-ΤΕΙ

5 Δεν απαντώ

25. Ποια είναι η ιθαγένεια/υπηκοότητά σας;

(αυτή που αναγράφεται στην ταυτότητα ή το διαβατήριό σας)

1 Ελληνική

2 Άλλο από Ελληνική

(παρακαλώ σημειώστε)

3 Δεν απαντώ

κατευθείαν στο σπίτι σας ή στο σπίτι κάποιου άλλου ή σε άλλη υγειονομική μονάδα;

1 Στο δικό μου σπίτι

2 Στο σπίτι κάποιου άλλου

3 Σε άλλη υγειονομική μονάδα,

Εάν θα πάτε σε άλλη υγειονομική

Μονάδα πηγαίνετε στην ερώτηση Νο 21

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Παρακαλούμε απαντήστε στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου μόνο για την νοσηλεία σας στο νοσοκομείο που αναφέρεται. Μην συμπεριλάβετε στις απαντήσεις σας εμπειρίες σας από τυχόν νοσηλεία σας σε άλλα νοσοκομεία.

21. Χρησιμοποιώντας τους αριθμούς από το 0 έως το 10, όπου το 0 είναι το χειρότερο Νοσοκομείο και το 10 το καλύτερο, με ποιο βαθμό θα αξιολογούσατε αυτό το νοσοκομείο για την παραμονή σας;

0 0 το χειρότερο νοσοκομείο

1 1

2 2

3 3

4 4

5 5

6 6

7 7

8 8

9 9

10 10 το καλύτερο νοσοκομείο

11 Δεν απαντώ

22. Θα συστήνατε αυτό το νοσοκομείο

στους φίλους ή στους συγγενείς σας;

1 Σίγουρα όχι

2 Πιθανά όχι

3 Πιθανά ναι

4 Σίγουρα ναι

5 Δεν απαντώ

26. Πόσο καιρό διαμένετε στην Ελλάδα;

1 Μόνιμος κάτοικος

2 Άλλο

(παρακαλώ σημειώστε το
χρονικό διάστημα διαμονής
.....)

3 Δεν απαντώ

27. Ποια γλώσσα μιλάτε κυρίως

στο σπίτι σας;

1 Ελληνικά

2 Κάποια άλλη γλώσσα

(παρακαλώ σημειώστε.....)

3 Δεν απαντώ

*Σας ευχαριστώ θερμά που διαθέσατε το χρόνο σας για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου,
συμβάλλοντας στην προσπάθειά μας για συνεχή βελτίωση της ποιότητας υγεινής στο νοσοκομείο*

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς δικαιούνται τη βέλτιστη φροντίδα, σύμφωνα με την τρέχουσα επιστημονική γνώση και τους διαθέσιμους πόρους. Καθώς οι ασθενείς (και τα δικαιώματά τους) έρχονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος για τα συστήματα υγείας, καθίσταται εντονότερη η ανάγκη να ενισχυθεί ο ρόλος της διοίκησης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Είναι σημαντικό να ενσωματωθούν οι διαδικασίες διασφάλισης της ποιότητας στη ροή του τμήματος με τη συμμετοχή του προσωπικού, στο σύνολό του (σελ 47). Ο φόβος της αλλαγής και η ανησυχία για το αρχικό κόστος και το γραφειοκρατικό φόρτο μπορούν να υπερνικηθούν μόλις εφαρμοστούν οι πρώτοι έλεγχοι και αναδειχθούν οι αδυναμίες του τμήματος. Τότε θα αρχίσει να φαίνεται η αξία ενός πρωτοκόλλου ποιότητας, στη διαμόρφωση και την υλοποίηση του οποίου θα συμμετέχουν όλοι. Είναι ευθύνη της ηγεσίας να εμπνεύσει το όραμα της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς, μέσα από μια διαδικασία διαρκούς βελτίωσης που δεν θα αποτελεί απειλή για τους εργαζόμενους, αλλά ευκαιρία για επαγγελματική και ηθική ολοκλήρωση (σελ 44).

Η καταγραφή των διαδικασιών και η εφαρμογή πρωτοκόλλων, όπως αυτά προκύπτουν από μελέτες που, ως γνωστόν, διεξάγονται σε καθορισμένες συνθήκες, έχουν έννοια εφ' όσον υλοποιούνται στην καθημερινή πράξη και εξετάζονται τα αποτελέσματα. Αν και είναι εντατική η προσπάθεια της επιστημονικής κοινότητας για να διατυπωθούν τεκμηριωμένες κατευθυντήριες οδηγίες για τη βέλτιστη πρακτική, είναι λίγα τα διαθέσιμα στοιχεία για την υλοποίησή τους από τα τμήματα (σελ 47). Συνεπώς, η καταγραφή των διαδικασιών και η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων της κλινικής πρακτικής, εκτός από την πειθαρχία που επιβάλλει, μπορεί να οδηγήσει σε χρήσιμα συμπεράσματα για την επίλυση καθημερινών προβλημάτων. Ακόμη, η τήρηση κοινής μεθοδολογίας από τα τμήματα επιτρέπει περισσότερο αξιόπιστες συγκρίσεις των αποτελεσμάτων τους και χρήσιμο υλικό για μελέτες.

Φυσικά, δεν μπορεί να υπάρξει βελτίωση της ποιότητας χωρίς μέτρηση της απόδοσης. Οι επαγγελματίες υγείας είναι αρκετά εξοικειωμένοι με τις στατιστικές μεθόδους και τα περισσότερα τμήματα συμμετέχουν σε κλινικές μελέτες. Μένει να εφαρμοστεί μια στατιστική μεθοδολογία για τη συστηματική αξιολόγηση της καθημερινής κλινικής πρακτικής, όπως υποδεικνύουν τα συστήματα ποιότητας (σελ 48).

Τα χειρουργεία και γενικότερα τα νοσοκομεία, υπάρχουν και λειτουργούν, για να παρέχεται στους ασθενείς φροντίδα, η οποία, είναι ή πρέπει να είναι συνεχής, απρόσκοπτη και σε 24ωρη βάση.

Η ποιότητα στα χειρουργεία, αφενός μεν παραμένει διαχρονικό ζητούμενο και αφετέρου, δεν αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο θέμα. Πέραν τούτου, τα συστήματα καθώς και οι σχετικές πολιτικές υγείας, περιπλέκονται και περιπλέκουν το όλο θέμα, όλο και περισσότερο. Παρόλο που οι παρεμβάσεις, του κάθε συστήματος παροχής φροντίδας, υλοποιούνται, με πρόθεση το όφελος του ατόμου και της κοινωνίας γενικότερα, εντούτοις, κάποιες φορές, γίνονται λάθη εις βάρος του ασθενή και έτσι τραυματίζεται και η ποιότητα (σελ 48) .

Η αναζήτηση της ποιότητας, συγκαταλέγεται ανάμεσα στους στόχους των χειρουργείων και γενικά των υπηρεσιών υγείας, και τείνει να καλύψει όλο το φάσμα τους. Χρειάζεται όμως, ακόμη πολλή εργασία και λήψη πολλών μέτρων γι αυτό. Τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν, πρέπει να συνάδουν με την κουλτούρα, ώστε να είναι αποτελεσματικά, γνωρίζοντας, ότι οι δαπάνες για την αποκατάσταση των θυμάτων ιατρικής, μπορεί να χρησιμοποιηθούν για προγράμματα πρόληψης και κατά επέκταση, για βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών.

Για την οικογένεια που βίωσε ιατρική αμέλεια και κυρίως, στο χειρουργείο με μη αναστρέψιμο αποτέλεσμα, το ποσοστό της απώλειας είναι 100% ,ανεξάρτητα αν για το γενικό πληθυσμό, η συγκεκριμένη επίπτωση είναι ένα στο εκατομμύριο (σελ 48 - 49).

Δεδομένα επιδημιολογικά στοιχεία, αποκαλύπτουν, ότι τα χειρουργικά λάθη σε ένα μεγάλο ποσοστό, αποκαλύπτονται έξω από την χειρουργική αίθουσα, αφού ήδη ο ασθενής έχει εμφανίσει μετεγχειρητικές επιπλοκές. Η ολοκληρωμένη προστασία της υγείας, του κάθε ασθενούς που πρόκειται να χειρουργηθεί, καθώς και η θωράκιση της περιεγχειρητικής του ασφάλειας, προϋποθέτουν την εφαρμογή λιστών ελέγχου, όχι μόνο κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, αλλά τόσο προεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά, καθώς και την αυστηρή τήρηση των κατευθυντήριων οδηγιών, έτσι ώστε, η ασφάλεια των ασθενών να αποτελεί πράγματι, έναν δείκτη ποιότητας των χειρουργείων σαν τμήμα (σελ 48 -49).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Haberthür. F, (1993) Quality assurance. A review with special reference to surgical gynecology *Gynakologisch-geburtshilfliche Rundschau* 33(2), p78-84
2. Weber. M, Ganzoni. N, (1994) Quality assurance in surgery, *Helvetica Chirurgica Acta* , 60(6), p 939-941
3. H. Choon, T. Phua, S. Chuen, J. Fung Yen Lim (2011) Assessing the Performance of Operating Rooms: What to Measure and Why? *Proceedings of Singapore Healthcare*, 20, 2
4. JAN MAINZ (2003) Methodology Matters Defining and classifying clinical indicators for quality improvement *International Journal for Quality in Health Care*; 15, 6: pp. 523–530
5. Καραθανάση. Κ, Μαλλιαρού Μ, Ζυγά .Σ, (2013), ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ, ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΤΟΜΟΣ 1, ΤΕΥΧΟΣ 2
6. Μιντζαριδης Κ, φαιτατζιδου Α. Εγχειρίδιο εφαρμογής της λίστας ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις, Σεπτέμβριος 2009 , Παγκόσμια Ένωση για την ασφάλεια των ασθενών , 1 , [μεταφρασμένο με την έγκριση του Π.Ο.Υ (WHO)]
7. Gerald C, D. Int-Hout 2009 Definitions of Quality Indicators, Air Motion Control In the Hospital Operating Room 1.3 , ASHRAE Journal ashrae.org
8. McGory, ML., Kenneth K.; Shekelle, P, Rubenstein, L, Leonardi, M, Janak A. (2009) Developing Quality Indicators for Elderly Surgical Patients *Annals of Surgery* 250 , (2) - pp 338-347
9. Fink, Arlene PhD§; Ko, C lifford Y. MD, MS, MSHS, FAC S
10. ENHANCING SURGICAL CARE IN BC: IMPROVING PERIOPERATIVE QUALITY, EFFICIENCY, AND ACCESS 2011 British Columbia Medical Association.
11. Neil JA, Nye PE, Toven LA. 2005 Environmental surveillance in the operating room *PubMed – NCBI*, 82(1):43-9

12. Carling PC , Bartley JM (2010) Evaluating hygienic cleaning in health care settings: what you do not know can harm your patients. *Am J Infect Control*. 2010 Jun;38(5 Suppl 1):S41-50. doi: 10.1016/j.ajic..03.004.
13. Marisa Cevasco, MD, Stanley W Ashley, MD (2011) Quality Measurement and Improvement in General Surgery *The Permanente Journal* , 15 , 4
REVIEW ARTICLE
14. M. DE VOS, W. GRAAFMANS, M. KOOISTRA, B.MEIJBOOM, P. DER VOORT, G.WESTERT, 2009 *International Journal for Quality in Health Care*, Using quality indicators to improve hospital care: a review of the literature, pp. 1–11
15. Heather Lyu, BA; Elizabeth C. Wick, MD; Michael Housman, PhD; Julie Ann Freischlag, MD; Martin A. Makary, MD, 2013 Patient Satisfaction as a Possible Indicator of Quality Surgical Care , *JAMA Surg*. 2013;148(4) , 362-367
16. Philip C. Carling, MD, Judene M. Bartley, MS, MPH, CIC Boston, Massachusetts, and Detroit, Michigan Evaluating hygienic cleaning in health care settings: What you do not know can harm your patients, *Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology*,
17. Peter P.M. Harteloh Frank W.S.M. Verheggen (1994) Quality assurance in health care. From a traditional towards a modern approach *HEALTH POLICY* Volume 27, Issue 3, 261–270
18. Sheryl M Davies, MA, Jeffrey Geppert, JD, Mark McClellan, MD, PhD, Kathryn M McDonald, MM, Patrick S Romano, MD, MPH, and Kaveh G Shojania, MD. 2001 Refinement of the HCUP Quality Indicators *Technical Reviews, No. 4* Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US)
19. Marli de Carvalho JericóI; Márcia Galan PerrocaII; Vivian Colombo da PenhaIII 2011 Measuring quality indicators in the operating room: cleaning and turnover time *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.19 no.5
20. Archer, Toma; Macario, Alexb 2006 The drive for operating room efficiency will increase quality of patient care *Current Opinion in Anaesthesiology* 19 , 2, pp 171-17
21. Διασφαλιση ποιότητας, αποτελεσματικότητα και μελέτη οργάνωσης λειτουργίας χειρουργείων. Η περίπτωση του ιδιωτικού τομέα. University of

Peloponnisos Homepage(<http://www.uop.gr/>) Ιδρυματικό Αποθετήριο Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

22. Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: the official Handbook Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation Health Care Organization, 1998.
23. Δούσης Ε, Η συμβολή της τυποποίησης και των κανονισμών λειτουργίας στην οργάνωση και διοίκηση των χειρουργείων, Νοσηλευτική 2007, 45: 177-188.
24. Gabel RA, Kusli JC, Lee BS, Spratt DG, Ward DS. Οργάνωση και διοίκηση χειρουργείου. Μετάφραση Λάμπρου Π. Αθήνα, Mediforce, 2001:27-39, 147-164, 193-204, 317-343.
25. Δούσης Ε, Κανονισμός Λειτουργίας χειρουργείων στην Ελλάδα- Μέρος 1, Νοσηλευτική 2007, 46: 122-133.
26. Μιντζαρίδης Κ, Φαιτατζίδου Α, Εγχειρίδιο Εφαρμογής της Λίστας Ελέγχου για την Ασφάλεια στις Χειρουργικές επεμβάσεις, πρώτη έκδοση, 2010, 2-10.
27. Α. Παπακωστίδη, Ν. Τσουκαλάς(2012) Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της, ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE.29,4 , 480-488