

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

## Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας και το περιεχόμενο ενός πλαισίου Κλινικής Διακυβέρνησης

Α. Ψαρίκογλου-Χατζηβασιλείου<sup>1</sup>, Ι. Αποστολάκης<sup>2</sup>, Π. Σαράφης<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα,

<sup>2</sup>ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα/Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα,

<sup>3</sup>Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα/Αναπληρωτής Καθηγητής, Γενικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λαμία

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στον 21ο αιώνα, με την παγκόσμια οικονομική ύφεση και την υγειονομική κρίση να ταλανίζουν ακόμη τον πλανήτη, έχοντας σαν άμεσο αποτέλεσμα τη γεωμετρική αύξηση στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, φαντάζει επιβεβλημένη η εφαρμογή ενός πλαισίου που θα χρησιμοποιηθεί για την εξασφάλιση της ποιότητας στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Πολλές χώρες με πρωτοπόρο το Ηνωμένο Βασίλειο, έχουν θεσμοθετήσει πλαίσια Κλινικής Διακυβέρνησης για την υποστήριξη της παροχής ασφαλούς και ποιοτικής φροντίδας στους πάσχοντες και τους πολίτες. Οι έννοιες της ποιότητας στη φροντίδα υγείας και της Κλινικής Διακυβέρνησης είναι στενά συνδεδεμένες δεδομένου ότι η Κλινική Διακυβέρνηση δημιουργήθηκε για να εξασφαλίσει συνεχή βελτίωση στην ποιότητα φροντίδας που παρέχεται από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας.

Η παρούσα ανασκόπηση έχει σαν σκοπό την εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, την καταγραφή των διαστάσεων της καθώς και των δεικτών ποιότητας. Επίσης περιγράφει συνοπτικά το πλαίσιο Κλινικής Διακυβέρνησης της Αυστραλίας, το οποίο και προσαρμόζει, εμπλουτίζοντας το, στην ελληνική πραγματικότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας με σκοπό να χρησιμοποιηθεί σαν βάση για τη δημιουργία ενός πλαισίου Κλινικής Διακυβέρνησης για την Ελλάδα. Αναφέρονται τέλος και πιθανές αλλαγές που θα μπορούσαν να βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η υιοθέτηση του Αυστραλιανού πλαισίου Κλινικής Διακυβέρνησης προσθέτοντας τη συνεχή εκπαίδευση και κατάρτιση του υγειονομικού προσωπικού, τη διαφάνεια αλλά και τον ενισχυμένο ρόλο των κοινωνικών εταίρων μπορούν να δώσουν θεαματικά αποτελέσματα στην ποιότητα φροντίδας υγείας. Η δημιουργία ενός ασθενοκεντρικού χαρακτήρα για το ΕΣΥ, η χρήση προτύπων ποιότητας, πρωτοκόλλων, κατευθυντήριων οδηγιών, δεικτών ποιότητας από την Πρωτοβάθμια Υγεία ως και τα τριτοβάθμια νοσοκομεία, από τα ΤΕΠ των νοσοκομείων ως και τα εργαστήρια είναι φανερό ότι θα αυξήσουν την ασφάλεια των ασθενών και μπορούν να αποτελέσουν την κινητήριο δύναμη για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

*Λέξεις κλειδιά:* ποιότητα φροντίδας υγείας, διαστάσεις ποιότητας, δείκτες ποιότητας, Κλινική Διακυβέρνηση, πρότυπα ποιότητας

---

Α. Ψαρίκογλου-Χατζηβασιλείου, Ι. Αποστολάκης, Π. Σαράφης. Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας και το περιεχόμενο ενός πλαισίου Κλινικής Διακυβέρνησης. *Επιστημονικά Χρονικά* 2022; 27(1): 76-92

---

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στον 21<sup>ο</sup> αιώνα, μετά από την παρατεταμένη παγκόσμια οικονομική ύφεση και την υγειονομική κρίση που επέφερε η πανδημία του SarsCov2, οι ανάγκες των ασθενών για υπηρεσίες υγείας αυξήθηκαν αλματωδώς. Τα συστήματα υγείας σε παγκόσμια κλίμακα, αλλά και στην Ελλάδα, καλούνται να διαχειριστούν τις παραπάνω συνθήκες συνδυάζοντας τη βέλτιστη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων με τη διασφάλιση της κλινικής αποτελεσματικότητας, της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της ασφάλειας των ασθενών.

Η ποιότητα στον χώρο της Υγείας, δανείστηκε αρχικά στοιχεία από το χώρο της βιομηχανίας και της παραγωγής προϊόντων, πέρασε στο χώρο της παροχής υπηρεσιών και τέλος μεταπήδησε στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στην ασφάλεια του ασθενούς αλλά και του ίδιου του επαγγελματία υγείας [1].

Η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι πολυδιάστατη, δυναμική και πολύπλοκη και η δυσκολία στον προσδιορισμό της έγκειται στην ιδιομορφία των υπηρεσιών που περιλαμβάνει. Περικλείει όλο το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και όλα τα εμπλεκόμενα άτομα (ασθενείς, φροντιστές, συγγενείς, επαγγελματίες υγείας, διοικητικό προσωπικό, κοινωνικό περίγυρο).

Σήμερα είναι επιτακτική η ανάγκη επένδυσης στην ποιότητα και στην ασφάλεια στον τομέα της υγείας. Αρκετές χώρες, με πρωτοπόρο το Ηνωμένο Βασίλειο, θέσπισαν πλαίσια Κλινικής Διακυβέρνησης (ΚΔ), για τη

«συστημική» διαχείριση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσω των εθνικών πολιτικών υγείας. Η ΚΔ περιλαμβάνει το θεσμικό και λειτουργικό πλαίσιο, μέσα από το οποίο οι μονάδες φροντίδας υγείας ενισχύουν και βελτιώνουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με τη χρήση θεραπευτικών πρωτοκόλλων, προτύπων και δεικτών ποιότητας, τεκμηριωμένης φροντίδας κτλ.

Τα πιο ολοκληρωμένα πλαίσια ΚΔ έχουν αναπτυχθεί από το Ηνωμένο Βασίλειο, την Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία. Στην Ελλάδα, μέχρι σήμερα, δεν έχει καθοριστεί πλαίσιο ΚΔ. Το 2020 με το νόμο 4715 ιδρύεται ο «Οργανισμός Διασφάλισης Ποιότητας στην Υγεία ΑΕ - Ο.ΔΙ.ΠΥ ΑΕ», με σκοπό τη βελτίωση, με βάση τα διεθνή επιστημονικά πρότυπα, της ασφάλειας, επάρκειας και καθολικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας [2]. Μεταξύ άλλων στις αρμοδιότητες του Ο.ΔΙ.ΠΥ υπάγονται και η ανάπτυξη ή η υιοθέτηση προτύπων ποιότητας για τις υπηρεσίες υγείας και τις διοικητικές πρακτικές, η διαμόρφωση διεθνώς αποδεκτών δεικτών αξιολόγησης της ποιότητας των ιατρικών και λοιπών υπηρεσιών φροντίδας υγείας στα δημόσια νοσοκομεία καθώς και η αξιολόγηση των παρόχων υπηρεσιών υγείας ως προς την υιοθέτηση τους στα θεσπισμένα πρότυπα ποιότητας [3].

Σκοπός του άρθρου είναι η εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και της ΚΔ καθώς και η περιγραφή του πλαισίου ΚΔ της Αυστραλίας και η πιθανή προσαρμογή του στην ελληνική πραγματικότητα. Στην πρώτη ενότητα θα αναπτυχθεί η έννοια της ποιότητας στις

υπηρεσίες υγείας, θα αναφερθούν οι διαστάσεις και οι δείκτες ποιότητας. Στη δεύτερη ενότητα θα περιγραφεί το πλαίσιο ΚΔ της Αυστραλίας και τέλος θα προταθεί ένα πιθανό πλαίσιο κλινικής διακυβέρνησης για την Ελλάδα.

## ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η έννοια της ποιότητας, αποτελεί πρόκληση για τον ερευνητή και είναι πολύ δύσκολο να αποδοθεί με έναν και μοναδικό ορισμό λόγω της ρευστότητας και της πολυπλοκότητας της. Ο κάθε ορισμός για την ποιότητα εκφράζει και τη θέση που καταλαμβάνει κάθε ομάδα εμπλεκόμενου στο σύστημα υγείας [4] και βασίζεται στο κριτήριο που χρησιμοποιεί ο συγγραφέας π.χ. ικανοποίηση και ασφάλεια ασθενών, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας [5]. Επίσης αξίζει να αναφερθεί ότι ο ορισμός της ποιότητας υπηρεσιών υγείας διαφέρει στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα ανάλογα με τις προσδοκίες των χρηστών και με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ποιότητας που οι χρήστες υπηρεσιών υγείας δίνουν σημασία π.χ. στον ιδιωτικό τομέα εστιάζουν περισσότερο στις ξενοδοχειακές υποδομές ενώ στο δημόσιο στην πιο εύκολη πρόσβαση.

Η ετομολογική προσέγγιση της λέξης ποιότητα αναφέρεται στα χαρακτηριστικά ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που το κάνουν να ξεχωρίζει από όμοια τους.

Ο Donabedian όρισε την ποιότητα ως «το είδος της φροντίδας το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει τα καλώς έχειν του ασθενούς λαμβανομένων υπόψιν των ωφελειών και των απώλειών που εμπεριέχει η διαδικασία της περίθαλψης σε όλα τα επιμέρους της σημεία» [6]. Ο Donabedian δηλαδή συνδέει την ποιότητα φροντίδας με τη διαδικασία της φροντίδας και επισημαίνει ότι ο σκοπός της είναι να μεγιστοποιήσει «τα καλώς έχειν» του ασθενούς, αναγνωρίζοντας ταυτόχρονα και τα και όρια της ποιότητας, υπογραμμίζοντας ότι αναμένονται κατά τη διαδικασία της φροντίδας κέρδη αλλά και απώλειες.

Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικής όρισε την ποιότητα ως «το βαθμό στον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, σε άτομα και πληθυσμούς, αυξάνουν την πιθανότητα επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων για τους ασθενείς και παρέχονται με βάση την τρέχουσα επιστημονική γνώση» [7]. Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό η ποιότητα δεν ταυτίζεται μόνο με τις θετικές εκβάσεις στην υγεία του ασθενή δηλαδή σε έναν ασθενή μπορεί να μην έχουμε θετικά αποτελέσματα στην υγεία του παρά την βέλτιστη παρεχόμενη φροντίδα υγείας, ενώ σε κάποιον άλλο με μέτρια παρεχόμενη φροντίδα να έχουμε βελτίωση της υγείας του. Για το λόγο αυτό στην αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας δεν πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν μόνο η έκβαση, αλλά και η διαδικασία παροχής φροντίδας που ακολουθήθηκε. Επίσης σύμφωνα με τον ορισμό αυτό η ποιότητα συνδέεται με την τρέχουσα επιστημονική γνώση, επισημαίνοντας ότι δεν χαρακτηρίζεται από στατικότητα και ότι μπορεί να μεταβληθεί ανάλογα με τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα κάθε εποχής.

Σύμφωνα με την Agency For Health Care Research And Quality (AHRQ) ποιότητα είναι το «Να κάνει κανείς τα σωστά πράγματα, για τον σωστό ασθενή, την κατάλληλη στιγμή, με τον σωστό τρόπο για να επιτύχει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα»[8]. Το 2006 ο ΠΟΥ όρισε την ποιότητα φροντίδας ως «τη διαδικασία λήψης στρατηγικών επιλογών στα συστήματα υγείας» [9].

Εκτός όμως από τους ορισμούς για την ποιότητα φροντίδας υγείας στις υπηρεσίες υγείας οι ερευνητές έχουν ασχοληθεί και με τις διαστάσεις της. Πολλές φορές οι διαστάσεις της ποιότητας συγχέονται με τους δείκτες ποιότητας, γεγονός που πρέπει να αποφεύγεται, γιατί οι διαστάσεις προκύπτουν μέσα από ανάλυση ερωτηματολογίων που απευθύνονται στους χρήστες, ενώ οι δείκτες ποιότητας προκύπτουν από τους ειδικούς και στηρίζονται στην τρέχουσα επιστημονική γνώση[10].

Οι Parasuraman και συν το 1995 προσδίδουν 11 διαστάσεις στην ποιότητα [11]:

- i. **Αξιοπιστία:** αναφέρεται στην παροχή των υπηρεσιών με τρόπο αξιόπιστο και έγκυρο.
- ii. **Ανταπόκριση:** αναφέρεται στη δυνατότητα άμεσης απάντησης στα παράπονα των πελατών -ασθενών με αποτελεσματικό τρόπο.
- iii. **Εξυπηρέτηση των πελατών:** αναφέρεται στην προσπάθεια της υπηρεσίας να εξυπηρετεί και τις πιο εξεζητημένες απαιτήσεις των πελατών.
- iv. **Εμπιστευτικότητα:** αναφέρεται στην ικανότητα της υπηρεσίας να μη

μοιράζεται απόρρητες πληροφορίες του χρήστη.

- v. **Επαγγελματική επάρκεια:** αναφέρεται στο επίπεδο γνώσεων, πληροφόρησης και κλινικών δεξιοτήτων του προσωπικού.
- vi. **Προσβασιμότητα:** αναφέρεται στην εύκολη προσέγγιση και επικοινωνία της υπηρεσίας από το χρήστη.
- vii. **Αβρότητα:** αναφέρεται στην ευγένεια και στους καλούς τρόπους του προσωπικού σε σχέση με το χρήστη.
- viii. **Επικοινωνία:** αναφέρεται στην ενημέρωση των χρηστών σε γλώσσα κατανοητή από την υπηρεσία.
- ix. **Ασφάλεια:** αναφέρεται στη διατήρηση του αισθήματος ασφάλειας των χρηστών και στην απουσία των πιθανών κινδύνων.
- x. **Ορατά χαρακτηριστικά:** αναφέρεται στην κατάσταση των κτηριακών υποδομών, του εξοπλισμού, την εμφάνιση του προσωπικού.
- xi. **Κατανόηση και γνώση των αναγκών του πελάτη:** αναφέρεται στην κατανόηση των αναγκών των πελατών και την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών.

Οι δείκτες ποιότητας είναι εργαλεία που έχουν οριστεί από επίσημους φορείς και έχουν σαν σκοπό την εκτίμηση και την αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας [12]. Αποτελούν το μέσο «μέτρησης» και σύγκρισης της απόδοσης, όχι μόνο των υγειονομικών υπαλλήλων, αλλά και

των τμημάτων μιας υγειονομικής μονάδας και χρησιμοποιούνται για τη σύγκριση τμημάτων μεταξύ τους ως προς την υιοθέτηση και την εφαρμογή των επιλεγμένων πρότυπων λειτουργίας. Παρέχουν άμεσα τα αποτελέσματα ενεργειών καθορισμένων χρονικών περιόδων και αποτελούν το έναυσμα για συνεχή βελτίωση. Υπάρχουν πολλές ταξινομήσεις των δεικτών ποιότητας, η πιο χρησιμοποιούμενη κατατάσσει τους δείκτες ποιότητας ως:

**A) Δείκτες Δομής:** κατάλληλες εγκαταστάσεις, προσβασιμότητα, αισθητική και ασφάλεια των χώρων, υγιεινή, επάρκεια ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, αριθμός έκτακτων συμβάντων που θέτουν τον εξοπλισμό εκτός λειτουργίας, συνεχιζόμενη εκπαίδευση προσωπικού, αναλογία ιατρών/ασθενών, αναλογία νοσηλευτών/κλινών κ.ά.

**B) Δείκτες Διαδικασιών:** πληρότητα ιατρικού φακέλου ασθενών, χρόνος αναμονής, αριθμός ασθενών σε θεραπεία/ώρα, εφαρμογή επίσημου προγράμματος διασφάλισης ποιότητας κ.ά.

**Γ) Δείκτες Αποτελέσματος-Έκβασης:** ποσοστά επιβίωσης ανά κατηγορία νόσου, διάστημα ελεύθερο νόσου, ποιότητα ζωής ασθενών, ικανοποίηση ασθενών κ.ά.

Πολλοί διεθνείς οργανισμοί έχουν καθιερώσει δείκτες ποιότητας όπως:

- η **AHRQ** [13] που περιλαμβάνει τους i) δείκτες ποιότητας πρόληψης με τα ποσοστά εισαγωγής από π.χ. βραχυπρόθεσμες ή μακροχρόνιες επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια,

ουρολοίμωξη, ΧΑΠ, άσθμα κ.ά ii) ενδονοσοκομειακούς δείκτες ποιότητας, με τα ποσοστά θνησιμότητας από π.χ. εκτομή παγκρέατος, εκτομή οισοφάγου, by pass, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια, εγκεφαλικό επεισόδιο, πνευμονία, καισαρική τομή, κάταγμα ισχίου κ.ά iii) δείκτες ασφάλειας των ασθενών με ποσοστά επιπλοκών μετά από χειρουργείο, ποσοστά σήψης, ποσοστά μαιευτικών κακώσεων, αιμορραγίας ή πνευμονικής εμβολής μετά από χειρουργείο κ.ά και iv) παιδιατρικούς δείκτες ποιότητας με ποσοστά λοίμωξης νεογέννητου, ιατρογενούς πνευμοθώρακα, τυχαίου τραύματος, επιπλοκών διαβήτη, γαστροεντερίτιδας, ουρολοίμωξης κ.ά.

- ο **OECD** [14] που περιλαμβάνει i) δείκτες ποιότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με τις εισαγωγές στα νοσοκομεία από άσθμα, ΧΑΠ, υπέρταση, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, διαβήτη, ii) τους δείκτες ποιότητας στη φροντίδα για τον καρκίνο που καταγράφεται η πενταετής επιβίωση από καρκίνο του μαστού, του τραχήλου της μήτρας, του κόλου, του ορθού, του πνεύμονα, του στομάχου κ.α., iii) δείκτες ποιότητας στην οξεία φροντίδα με καταγραφή της θνησιμότητας μετά από 30 ημέρες από αιμορραγικό ή ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, έμφραγμα του μυοκαρδίου, κάταγμα ισχίου κ.α., iv) δείκτες ποιότητας στη φροντίδα ψυχικής υγείας π.χ. καταγραφή των αυτοκτονιών μέσα στο νοσοκομείο από διανοητικά νοσήματα, v) δείκτες ποιότητας για την ασφάλεια των ασθενών με καταγραφή



των μετεγχειρητικών θρομβώσεων και πνευμονικών εμβολών, μαιευτικών τραυμάτων κ.α., vi) δείκτες ποιότητας που αφορούν τις εμπειρίες των ασθενών αλλά και τα συνταγογραφημένα φάρμακα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και

- η Αυστραλιανή Επιτροπή Ασφάλειας και Ποιότητας στη Φροντίδα Υγείας [15] με καταγραφή δεικτών ποιότητας νοσοκομειακής φροντίδας, τυπικής φροντίδας και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

## ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ

Ο όρος **Κλινική Διακυβέρνηση (ΚΔ)** χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά το 1998 από το Ηνωμένο Βασίλειο και έχει ως σκοπό τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας καθώς και της ασφάλειας του ασθενή. Σύμφωνα με τους Scally and Donaldson [16] «Κλινική Διακυβέρνηση είναι ένα σύστημα μέσω του οποίου οι οργανισμοί είναι αρμόδιοι για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες τους και τη διασφάλιση υψηλών προτύπων φροντίδας δημιουργώντας ένα περιβάλλον στο οποίο θα αναπτυχθεί η αριστεία στην κλινική φροντίδα». Η ΚΔ δηλαδή ορίζεται από την ηγεσία και έχει σαν μέλημα όχι μόνο να διασφαλίζει τα πρότυπα φροντίδας αλλά μπορεί να κάνει και συγκρίσεις μεταξύ όμοιων υπηρεσιών, επιδιώκοντας την αριστεία.

Τα κράτη με τα πιο ολοκληρωμένα πλαίσια ΚΔ παρουσιάζουν το Ηνωμένο Βασίλειο που περιγράφει επτά (7) βασικούς πυλώνες (κλινική αποτελεσματικότητα,

διαχείριση κινδύνων, συμμετοχή ασθενών, κλινικός έλεγχος, διαχείριση προσωπικού, χρησιμοποίηση πληροφοριών, εκπαίδευση και κατάρτιση) η Νέα Ζηλανδία με τέσσερις (4) πυλώνες (δέσμευση και συμμετοχή καταναλωτών, κλινική αποτελεσματικότητα, βελτίωση ποιότητας και ασφάλεια ασθενών, δεσμευμένο και αποτελεσματικό εργατικό δυναμικό) [17] και η Αυστραλία με πέντε (5) βασικούς πυλώνες [18].

Το Αυστραλιανό πλαίσιο ΚΔ περιλαμβάνει τους πυλώνες που περιγράφονται στη συνέχεια:

1. **Διακυβέρνηση, Ηγεσία και Κουλτούρα.** Οι έννοιες είναι άρρηκτα συνδεδεμένες μεταξύ τους. Οι ηγέτες όλων των βαθμίδων της ιεραρχίας καθιερώνουν συστήματα κλινικής διακυβέρνησης με σκοπό την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των ασθενών καθώς και τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Έχουν βασικό ρόλο στην υιοθέτηση της κουλτούρας από τον οργανισμό, στη μείωση των λαθών κατά την προσφορά της περίθαλψης και στην ελάττωση των βλαβών στους ασθενείς. Σημαντικός όμως είναι και ο ρόλος της κουλτούρας του οργανισμού-υγειονομικής μονάδας, που συμπεριλαμβάνει τις αξίες, πεποιθήσεις και παραδοχές που μοιράζονται οι επαγγελματίες, οι οποίες τελικώς μεταφράζονται σε επαναλαμβανόμενους τρόπους συμπεριφοράς. Η κουλτούρα του οργανισμού πρέπει να ενθαρρύνει τη μάθηση μέσω της εμπειρίας, τη χρήση και τη διάδοση της γνώσης, τις συνεργασίες με τους διάφορους κοινωνικούς εταίρους

καθώς και την αποτελεσματική ηγεσία ώστε να επέλθει βελτίωση στην ποιότητα των υπηρεσιών [19].

2. **Ασφάλεια Ασθενών και συστήματα βελτίωσης της ποιότητας.** Ακολουθείται η νομοθεσία και οι κανονισμοί που έχουν θεσπιστεί, υιοθετούνται πολιτικές, διαδικασίες και πρωτόκολλα που έχουν σαν σκοπό να εξασφαλίζουν την ασφάλεια και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, που επανεξετάζονται κατά τακτά χρονικά διαστήματα ώστε να διασφαλίζεται η εγκυρότητα (σύμφωνα με την τεκμηριωμένη σύγχρονη ιατρική πρακτική), η αποτελεσματικότητα και η τήρηση τους.

Η ποιότητα σε όλους τους τομείς των υγειονομικών μονάδων μετράται συστηματικά και δίνεται έμφαση στην αξιολόγηση της απόδοσης, των εντοπισμό των κινδύνων και τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών. Τα μέτρα απόδοσης που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των υπηρεσιών σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας, πρέπει να είναι απλά, διαφανή, ακριβή και να μπορούν να συλλεχθούν και να ταξινομηθούν τακτικά με ελάχιστη προσπάθεια από το προσωπικό. Εξασφαλίζουν τη ποιότητα των υπηρεσιών, εντοπίζουν τομείς που επιδέχονται βελτίωση και επιβλέπουν τις προσπάθειες βελτίωσης. Τα μέτρα ποιοτικής απόδοσης ορίζονται για κάθε υπηρεσία ξεχωριστά και επανεξετάζονται σε κάθε επίπεδο του οργανισμού από τα στελέχη ως και τους διοικητικούς διευθυντές. Η αναφορά ποιότητας για τη διακυβέρνηση και τη διαχείριση πραγματοποιείται σε όλες τις υπηρεσίες.

Η διαχείριση των κινδύνων, οργανωτικών και κλινικών, γίνεται μέσω ενός καθορισμένου πλαισίου διαχείρισης κινδύνων. Οι κίνδυνοι, εντοπίζονται για λόγους πρόληψης, αξιολογούνται και η διαχείριση τους γίνεται μέσω ενός κεντρικού μητρώου για την υποστήριξη της επίτευξης των στόχων κάθε υπηρεσίας.

Για κάθε παρεχόμενη υπηρεσία θεσμοθετείται ένα μητρώο βελτίωσης ποιότητας που καθιστά δυνατή την καταγραφή και την παρακολούθηση δραστηριοτήτων και πρωτοβουλιών βελτίωσης της ποιότητας που έχουν εντοπιστεί μέσω παρακολούθησης της απόδοσης ή και με άλλους τρόπους όπως ελέγχους, παράπονα και σχόλια ανατροφοδότησης από κοινωνικούς εταίρους.

Σημαντικότερο ρόλο για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών λαμβάνει ο έλεγχος της διαχείρισης όχι μόνο των περιστατικών αλλά και της υπάρχουσας ανατροφοδότησης καθώς και των σχολίων – παραπόνων από τους χρήστες υπηρεσιών υγείας. Η πολιτική διαχείρισή τους ακολουθεί τα υπάρχοντα εθνικά πρότυπα. Στη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας συμβάλλουν και οι ηχογραφήσεις κλήσεων που αφορούν διαχείριση περιστατικών και έκφραση παραπόνων.

Πρέπει τέλος να εξασφαλισθεί η εξωτερική διασφάλιση της ποιότητας υπηρεσιών και των συστημάτων ασφάλειας που επιτυγχάνεται μέσω ενός συνδυασμού ανεξάρτητων αναθεωρήσεων και ενός ισχυρού προγράμματος εσωτερικού ελέγχου. Οι

πάροχοι κλινικών υπηρεσιών που ανατίθενται σε εξωτερικούς συνεργάτες είναι διαπιστευμένοι από αναγνωρισμένο φορέα διαπίστευσης [20].

**3. Κλινική απόδοση και αποτελεσματικότητα.** Το ανθρώπινο δυναμικό πρέπει να χαρακτηρίζεται από τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες καθώς επίσης να έχει την συνεχή επίβλεψη ώστε να προσφέρει ασφαλή, υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη στους ασθενείς. Όλες οι παρεχόμενες υπηρεσίες από τη διαλογή των περιστατικών ως και την ψηφιακή υγεία ακολουθούν κατευθυντήριες οδηγίες, πρωτόκολλα και ιατρική που στηρίζεται σε αποδείξεις.

Οι προσφερόμενες υπηρεσίες υπόκεινται τακτική αξιολόγηση ως προς την ποιότητα, την ασφάλεια, την αποτελεσματικότητα και την αποδοχή από τον ασθενή- καταναλωτή χρησιμοποιώντας ποιοτικές και ποσοτικές μεθόδους έρευνας π.χ. έρευνες καταναλωτών, μελέτες σύνδεσης δεδομένων, κλινικούς ελέγχους κ.ά.

Η κατάρτιση και η εκπαίδευση του προσωπικού είναι συνεχής, ακολουθεί κατευθυντήριες οδηγίες και στηρίζεται στα πιο πρόσφατα επιστημονικά δεδομένα. Οι πάροχοι υπηρεσιών πρέπει να διασφαλίσουν ότι το κλινικό τους προσωπικό πληροί τις ελάχιστες απαιτήσεις για το ρόλο του, έχει την κατάλληλη επίβλεψη και λαμβάνει ολοκληρωμένο προσανατολισμό, ανατροφοδότηση και ανάπτυξη.

**4. Ασφαλές περιβάλλον για την παροχή φροντίδας.** Το περιβάλλον όσο αφορά τις εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό, την

καθαριότητα, την έλλειψη ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων πρέπει να βασίζεται σε πρότυπα ασφάλειας, ώστε να προάγει την εμπιστοσύνη των εν δυνάμει ασθενών. Στην Αυστραλία έχει δημιουργηθεί το εγχειρίδιο Υγιεινής και Ασφάλειας της εργασίας το οποίο διασφαλίζει την ασφάλεια και την ευημερία του προσωπικού, ορίζει ρόλους και αρμοδιότητες, τη διακυβέρνηση, τη σχετική νομοθεσία καθώς και τις πολιτικές και τις διαδικασίες του οργανισμού.

Για την ασφαλή ανάπτυξη και τη λειτουργία ψηφιακών τεχνολογιών υγείας αναπτύχθηκαν αυστηρές διαδικασίες προδιαγραφών, δοκιμών και διασφάλισης της ποιότητας. Έτσι κάθε ψηφιακή υπηρεσία υγείας είναι ασφαλής, υπόκειται συνεχείς ελέγχους ποιότητας και ασφάλειας καθώς και εύκολα μπορεί να εξασφαλιστεί η ανάκτηση βασικών συστημάτων σε περίπτωση διακοπής λειτουργίας, αστοχίας ή και καταστροφής.

Τέλος σημαντική είναι και η εξασφάλιση του απόρρητου και της ασφάλειας των δεδομένων ώστε τα προσωπικά ευαίσθητα δεδομένα και τα δεδομένα υγείας των ασθενών να προστατεύονται κατάλληλα και οι πιθανές παραβιάσεις της ιδιωτικότητας να αντιμετωπίζονται άμεσα. Τα δεδομένα συλλέγονται, αποθηκεύονται, χρησιμοποιούνται, διαβιβάζονται, διατηρούνται και διαγράφονται σύμφωνα με τους καθορισμένους κανονισμούς ή και πρότυπα.

**5. Συνεργασία με τους καταναλωτές.** Τα συστήματα υγείας πρέπει να σχεδιάζονται και να χρησιμοποιούνται για να



υποστηρίζουν ασθενείς, φροντιστές, οικογένειες ασθενών, οι οποίοι με τη σειρά τους θα πρέπει να συνεργάζονται με τους υγειονομικούς για τον προγραμματισμό, το σχεδιασμό και την αξιολόγηση της προσφερόμενης υγειονομικής περίθαλψης. Οι υγειονομικοί πρέπει να ενθαρρύνουν τόσο τους ασθενείς όσο και τις οικογένειές τους να συμμετέχουν ενεργά στη λήψη αποφάσεων που σχετίζεται με τη φροντίδα και τη θεραπεία ώστε να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα στην υγεία των ασθενών. Ταυτόχρονα, μέσω της ειλικρινούς επικοινωνίας με τη χρήση ερωτηματολογίων ή ακόμη και με την απλή

καταγραφή της εμπειρίας των ασθενών και των οικογενειών τους θα λαμβάνεται η απαραίτητη ανατροφοδότηση, της οποίας τα αποτελέσματα θα καταγράφονται και θα αξιολογούνται. Με τον τρόπο αυτό θα λαμβάνονται υπόψιν και θα υιοθετούνται πρακτικές οι οποίες επέφεραν καλά αποτελέσματα και ικανοποίησαν τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας και θα απορρίπτονται πρακτικές οι οποίες είτε δεν είχαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα είτε δεν ικανοποίησαν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους λόγω διαφορετικών πεποιθήσεων, αρχών ή επιθυμιών.



**Εικόνα 1.** Πλαίσιο Κλινικής Διακυβέρνησης της Αυστραλίας (Προσαρμογή από [18])

Για να επιτευχθούν όλα τα παραπάνω με το λιγότερο δυνατό κόστος πρέπει καταρχήν να είναι καλά θεσμοθετημένοι οι ρόλοι και οι αρμοδιότητες που θα πρέπει να έχει κάθε μια από τις εμπλεκόμενες ομάδες στην περίθαλψη [21].

Είναι σημαντικό να επισημανθεί επίσης ότι για τη διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι απαραίτητη η χρησιμοποίηση προτύπων ποιότητας (8 πρότυπα για την Αυστραλία) [22], θεραπευτικών πρωτοκόλλων [23], δεικτών (ποσοτικών και ποιοτικών) [24] ακόμη και δομημένων ερωτηματολογίων και επιστημονικών ερευνών που θα δώσουν χρήσιμες πληροφορίες για τις υπηρεσίες ή τους παράγοντες που επιδέχονται βελτίωση στα νοσηλευτικά ιδρύματα όπως π.χ. για την προαγωγή της ασφάλειας των ασθενών στις μονάδες μητρότητας [25] (π.χ. ομαδική εργασία, κλίμα ασφάλειας, ικανοποίηση, συνθήκες εργασίας κ.ά.) ή στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας-ΜΕΘ [26] (ηλικία, υποδομές, σοβαρότητα περιστατικών, ικανότητες των νοσηλευτών κ.ά.), για τον ελάχιστο αριθμό νοσηλευτών ανά κρεβάτι ασθενών που είναι απαραίτητος, ανάλογα με το τμήμα νοσηλείας, για την ποιοτική και ασφαλή φροντίδα των ασθενών [27].

## **ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΑΛΛΑΓΕΣ ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

Στην Ελλάδα, μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει πλαίσιο ΚΔ. Με τη σύσταση όμως του

Ο.ΔΙ.ΠΥ. άρχισαν να χαράσσονται οι πρώτες αδρές γραμμές για την υιοθέτηση πολιτικών με σκοπό την εξασφάλιση της ποιότητας στην παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα. Το πλαίσιο της ΚΔ της Αυστραλίας θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως βάση στην οποία είναι εφικτό να προστεθούν, να προσαρμοστούν και να ενσωματωθούν στοιχεία, δημιουργώντας έτσι πλαίσιο ΚΔ που θα ήταν πιο εύκολα εφαρμόσιμο στην Ελλάδα.

Στο Αυστραλιανό πλαίσιο για την ΚΔ, θα μπορούσε να προστεθεί για την Ελλάδα, ο πυλώνας της συνεχούς κατάρτισης, εκπαίδευσης, απόκτησης κλινικών δεξιοτήτων και έρευνας του εμπλεκόμενου στην παροχή φροντίδας προσωπικού. Η κατάρτιση αφορά την απόκτηση νέων γνώσεων και δεξιοτήτων, ενώ η εκπαίδευση αφορά το να κάνει κανείς τη δουλειά του καλύτερα αποκτώντας και τα τυπικά προσόντα όπως την απόκτηση εξειδικευμένων πτυχίων ή διπλωμάτων[28]. Μια νέα επιτακτική ανάγκη είναι και η εκπαίδευση των υγειονομικών σε ομάδες, η οποία απαιτεί και την αναγκαία χρηματοδότηση. Η έρευνα και τα αποτελέσματά της είναι πολύ σημαντικά γιατί οδηγούν σε υιοθέτηση καλών επαγγελματικών πρακτικών. Τεχνικές όπως η κριτική αξιολόγηση της βιβλιογραφίας, η δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων αποτελούν εργαλεία για την προώθηση της εφαρμογής των ερευνητικών αποδεικτικών στοιχείων στην παροχή φροντίδας υγείας[29].

Ένας ακόμη πυλώνας που θα μπορούσε να προστεθεί στο πλαίσιο ΚΔ της Ελλάδας θα ήταν η διαφάνεια. Διαδικασίες οι οποίες είναι ανοιχτές στο δημόσιο έλεγχο, με παράλληλο σεβασμό στην ιδιωτικότητα του ασθενούς και



**Εικόνα 2.** Προτεινόμενο Πλαίσιο Κλινικής Διακυβέρνησης για την Ελλάδα (Προσαρμογή από [18])

με εμπιστοσύνη στον επαγγελματία υγείας, οι οποίες μπορούν να αιτιολογηθούν δημοσίως, αποτελούν σημαντικό στοιχείο της ποιοτικής φροντίδας. Η διαφάνεια καθιστά απαραίτητη την ανάπτυξη μιας κουλτούρας ανταλλαγής πληροφοριών και γνώσης μεταξύ των υγειονομικών. Συμβάλλει επίσης και στην απόκτηση γνώσης μέσα από τα λάθη κατά τη διάρκεια της κλινικής άσκησης με κύριο σκοπό τον εντοπισμό των αιτιών των λαθών, τη μελλοντική αποφυγή τους και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας [30].

Τέλος, ο ρόλος των κοινωνικών εταίρων (π.χ. οι διοικητές, οι εργαζόμενοι, οι ασθενείς, η κυβέρνηση) που εμπλέκονται με την υγεία θα

μπορούσε να ενισχυθεί, να γίνει πιο ανθρωποκεντρικός και να προάγει τη συνεργασία τους προς εξασφάλιση της ποιοτικής φροντίδας υγείας [31]. Έτσι π.χ. βασικό έργο των διοικητών είναι να βρουν εργαζόμενους – υγειονομικούς τους οποίους θα τοποθετήσουν ανάλογα με τα προσόντα τους στις κατάλληλες θέσεις, εξασφαλίζοντας με τον τρόπο αυτό τη βέλτιστη παρεχόμενη φροντίδα υγείας, ταυτόχρονα όμως θα πρέπει να εξασφαλίσουν την καλύτερη δυνατή επικοινωνία και συνεργασία σε όλα τα επίπεδα παροχής φροντίδας μεταξύ των διοικητών και των εργαζομένων, να εμπνέουν τους εργαζόμενους και να παρέχουν κίνητρα για την αύξηση της αποδοτικότητας και της

αποτελεσματικότητας τους. Οι εργαζόμενοι στον χώρο της υγείας που αποτελούν και την κύρια επαφή με τους πελάτες- ασθενείς, πρέπει να είναι ασθενοκεντρικοί, να συνεργάζονται μεταξύ τους αλλά και με τη διοίκηση, να ακούν τους ασθενείς τους, να μελετούν και να μαθαίνουν από τα λάθη τους, να ακολουθούν σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες, πρωτόκολλα και να χαρακτηρίζονται από την συνεχή εκπαίδευση και απόκτηση δεξιοτήτων με κύριο σκοπό την βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των ασθενών. Οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν ενεργό ρόλο στη φροντίδα που τους παρέχεται, δίνοντας πληροφορίες στους επαγγελματίες υγείας για το ατομικό και οικογενειακό τους ιστορικό, συμμετέχοντας έτσι ενεργά στη χάραξη ενός εξατομικευμένου πλάνου φροντίδας. Θα πρέπει επίσης οι ασθενείς να αναφέρουν τις αποκλίσεις ποιότητας που πιθανόν να εντόπισαν κατά τη διάρκεια χρήσης των υπηρεσιών υγείας [31]. Η κυβέρνηση τέλος με τις παρεμβάσεις της μέσα από τη νομοθεσία, την παροχή πόρων, τη σωστή διάρθρωση της εκπαίδευσης στα επαγγέλματα υγείας, τη διαφάνεια στη διαλογή των διοικητικών στελεχών και την προώθηση του εθνικού πλαισίου κλινικής διακυβέρνησης μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

Όσο αφορά τις δομικές και άλλες αλλαγές που είναι απαραίτητες, αρχικά, θα πρέπει να γίνει το σύστημα υγείας στην Ελλάδα περισσότερο ασθενο-κεντρικό. Οι διάφοροι οργανισμοί υγείας θα πρέπει να ενημερώνουν πως οι πληροφορίες και η ανατροφοδότηση από παλαιότερους και νεότερους ασθενείς χρησιμοποιούνται για πρόσβαση και βελτίωση της ποιότητας υγείας [32]. Οι ασθενείς μαζί με την οικογένεια τους

θα πρέπει να συμμετέχουν στο σχεδιασμό, την ανάπτυξη και την αξιολόγηση της φροντίδας ώστε να διασφαλιστεί η καταλληλότερη για τις ανάγκες τους [33]. Όλο το προσωπικό στους οργανισμούς υγείας πρέπει να είναι ασθενοκεντρικό στην εργασία του: από τον ιατρό που σχεδιάζει τις θεραπευτικές επιλογές με τον ασθενή, τη νοσηλεύτρια/η την οποία οι χρόνια πάσχοντες θα μπορούν εύκολα να προσεγγίσουν αν έχουν απορίες (π.χ. για μέτρηση αρτηριακής πίεσης, σακχάρου, τρόπου χορήγησης ινσουλίνης) ως και τους διοικητές οι οποίοι πρέπει να περνούν χρόνο στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών-ΤΕΠ ή στις διάφορες κλινικές ώστε να βλέπουν τη φροντίδα που λαμβάνουν οι ασθενείς και να γίνονται δέκτες των σχολίων τους ή και των παραπόνων τους.

Επίσης πρέπει να οργανωθούν πιο αυστηρά οι τρεις βαθμίδες παροχής φροντίδας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα, αφού πρώτα χρησιμοποιήσει πρότυπα και δείκτες ποιότητας [34], θα πρέπει να ενισχυθεί, να υπάρχει περισσότερη και πιο άμεση πρόσβαση σε πληροφορίες για το ιστορικό των ασθενών μέσω της ενημέρωσης των ηλεκτρονικών φακέλων τους μετά από νοσηλείες ή ραντεβού σε δευτεροβάθμια ή και τριτοβάθμια νοσοκομεία, θα πρέπει να υπάρχει άμεση ανατροφοδότηση πληροφοριών από και προς την πρωτοβάθμια. Ακόμη, θα πρέπει ίσως να αλλάξει και ο χάρτης των υγειονομικών δομών της χώρας. Όπου π.χ. υπάρχουν σε μικρή χιλιομετρική απόσταση δυο δευτεροβάθμια νοσοκομεία θα ήταν ίσως δόκιμο το ένα από τα δυο να αποκτούσε ένα πιο εξειδικευμένο χαρακτήρα βασισμένο σε διεθνή πρότυπα ποιότητας υγείας π.χ. ογκολογικό, παρηγορητικής φροντίδας, αποκατάστασης,

ημερήσιας νοσηλείας. Επιπλέον, θα πρέπει να ενισχυθεί η λειτουργία εξωτερικών ιατρείων με μεγάλη επισκεψιμότητα και αποτελεσματικότητα με ταυτόχρονο περιορισμό άλλων ιατρείων που δε λαμβάνουν την ανάλογη ανταπόκριση από τους ασθενείς. Η υιοθέτηση και η διασφάλιση προτύπων ποιότητας σε κλινικές και εργαστήρια, μετρήσιμων δεικτών στα ΤΕΠ [35], θα ήταν ένα ακόμη βήμα προς την αύξηση της παρεχόμενης ποιότητας φροντίδας υγείας.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σημασία υιοθέτησης στρατηγικών και πολιτικών που θα αυξήσουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στον τομέα της υγείας είναι μεγάλη και μπορεί να επιτευχθεί μέσα από ένα καλά ανεπτυγμένο πλαίσιο ΚΔ. Το πλαίσιο αυτό θα πρέπει να είναι εφαρμόσιμο σε όλες τις βαθμίδες της παροχής υγειονομικής φροντίδας, να έχει έντονα ασθενοκεντρικό χαρακτήρα και θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη την κουλτούρα και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του πληθυσμού που απευθύνεται.

Για την Ελλάδα, ένα πλαίσιο βασισμένο στους 5 βασικούς πυλώνες του Αυστραλιανού μοντέλου ΚΔ, θα μπορούσε να εφαρμοστεί, προσαρμόζοντας το στην πραγματικότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας και στην κουλτούρα των Ελλήνων. Θα μπορούσαν να προστεθούν επίσης και άλλα χαρακτηριστικά όπως αρχικά η συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού, με διαρκή απόκτηση νέων σύγχρονων γνώσεων και δεξιοτήτων. Η εμπλοκή και η συνεργασία των κοινωνικών εταίρων σε θέματα ποιοτικής

φροντίδας θα πρέπει να είναι πιο άμεση, εποικοδομητική και ουσιαστική. Τέλος να υιοθετηθεί η διαφάνεια με την οποία θα πραγματοποιούνται οι διαδικασίες οι οποίες θα μπορούν να υποστούν οποιαδήποτε στιγμή δημόσιο έλεγχο με πλήρη όμως σεβασμό της ιδιωτικότητας του ασθενούς και εμπιστοσύνη στον επαγγελματία υγείας.

Για την υιοθέτηση ενός πλαισίου κλινικής διακυβέρνησης απαιτούνται ορισμένες αλλαγές που αφορούν τη δομή και τη λειτουργία των υγειονομικών δομών της χώρας. Αρχικά θα πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη βαρύτητα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με συνεχή εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού της, ώστε να αναζητούν φροντίδα σε δευτεροβάθμια ή και τριτοβάθμια νοσοκομεία, οι ασθενείς που πραγματικά το έχουν ανάγκη. Στις νοσοκομειακές δομές η υιοθέτηση και χρησιμοποίηση προτύπων σε κλινικές και εργαστηριακά τμήματα, η χρήση δεικτών στα τμήματα ΤΕΠ και χειρουργείων θα οδηγήσει σε βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Δευτεροβάθμια νοσοκομεία με περισσότερο ειδικό ρόλο π.χ. παρηγορητικής φροντίδας, ημερήσιας νοσηλείας, ψυχικών νοσημάτων, σε περιοχές όπου υπάρχουν σε μικρή χιλιομετρική απόσταση περισσότερο του ενός θα αποσυμφορίζαν τα τριτοβάθμια νοσοκομεία με άμεσο αντίκτυπο στην ποιότητα φροντίδας και στην ασφάλεια των ασθενών.

Όλα τα παραπάνω είναι εφικτά με την κατάλληλη προετοιμασία και την προσαρμογή του Αυστραλιανού πλαισίου ΚΔ στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των Ελλήνων. Απαιτούν όμως ισχυρή βούληση για λήψη πολιτικά δύσκολων αποφάσεων (αλλαγή ύφους



δευτεροβάθμιων νοσοκομείων, κατάργηση ασύμφορων δομών) καθώς και χρηματοδότηση με σωστή διαχείριση πόρων,

σε μια εποχή που ολόκληρος ο πλανήτης ταλανίζεται έντονα από την οικονομική, την υγειονομική και την ανθρωπιστική κρίση.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ραφτόπουλος Β.Τα ευ και τα φευ της ποιότητας και της ασφάλειας στις Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας .Στο: Υπηρεσίες Υγείας Συστήματα και Πολιτικές . Λευκωσία:Broken Hill Publishers Ltd; 2020:σελ482.
2. Νόμος 4715/2020,άρθρο 4, παρ.1.Σύσταση και σκοπός του «Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία Α.Ε.», Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας ( ΦΕΚ 149/Α/1-8-2020).
3. Νόμος 4715/2020, άρθρο 5.Αρμοδιότητες Ο.Δι.ΠΥ. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας ( ΦΕΚ 149/Α/1-8-2020).
4. Κωσταγιόλας Π, Καϊτελίδου Δ, Χατζοπούλου Μ.Προσεγγίσεις για τη βελτίωση της ποιότητας: η έννοια και οι ορισμοί της ποιότητας. Στο: Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπασωτηρίου;2008: σελ 61-65.
5. Ραφτόπουλος Β.Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας: από το χθες στο σήμερα.Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Στο: Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Λευκωσία: Αυτοέκδοση; 2009:σελ.70.
6. Donabedian A.The definition of quality.In: Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor,Michigan:Health Administration Press;1980:p.6.
7. Lohr K. Health, Health Care, and Quality of Care.Defining the quality of Health care. In: Medicare: A Strategy for Quality Assurance: Volume1. Washington (DC): National Academies Press;1990:p21-22.
8. Agency For Health Care Research And Quality (AHRQ). Cognitive Testing Protocol AHRQ QI template.2020. Διαθέσιμο στο: [https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/QI\\_Reporting/Model\\_Report\\_Health\\_Topics.pdf](https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/QI_Reporting/Model_Report_Health_Topics.pdf) [Τελευταία πρόσβαση στις 20 Φεβρουαρίου 2022].
9. WHO.Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices In Health Systems.2006..Διαθέσιμο στο: [https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf) [Τελευταία πρόσβαση 20 Φεβρουαρίου 2022]
10. Ραφτόπουλος Β. Οι διαστάσεις της ποιότητας της φροντίδας. Στο: Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Λευκωσία: Αυτοέκδοση;2009:σελ 140-141.
11. Parasuraman A, Zeirhanl VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. Journal of Marketing.1985;49(4): 41-50.

12. Ραφτόπουλος Β. Τα ευ και τα φευ της ποιότητας και της ασφάλειας στις Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας. Στο: Υπηρεσίες Υγείας Συστήματα και Πολιτικές. Λευκωσία: Broken Hill Publishers Ltd; 2020:σελ.492.
13. Agency For Health Care Research And Quality. Quality Improvement and Monitoring at your fingertips. Get to know the AHRQ quality. Indicators.2022. Διαθέσιμο στο: <https://qualityindicators.ahrq.gov/> [Τελευταία πρόσβαση στις 21 Φεβρουαρίου 2022]
14. OECD. OECD.Stat.Health Care Quality Indicators.2022. Διαθέσιμο στο: Health Care Quality Indicators (oecd.org) [Τελευταία πρόσβαση στις 21 Φεβρουαρίου 2022]
15. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQH). Indicators, measurement and reporting.2019. Διαθέσιμο στο: <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/indicators-measurement-and-reporting> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Φεβρουαρίου 2022].
16. Scally G& Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. BMJ.1998; 317(7150): 61-65.
17. Health Quality and Safety Commission New Zeland. Clinical Governance: guidance for health and disability providers 2017. Διαθέσιμο στο:  
[https://www.psnz.org.nz/Folder?Action=View%20File&Folder\\_id=96&File=HQS-ClinicalGovernance%20\(2\).pdf](https://www.psnz.org.nz/Folder?Action=View%20File&Folder_id=96&File=HQS-ClinicalGovernance%20(2).pdf) [Τελευταία πρόσβαση 1 Μαρτίου 2022].
18. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQH). The National Safety and Quality Health Service (NSQHS) Standards 2017. Διαθέσιμο στο:  
<https://www.safetyandquality.gov.au/standards/nsqhs-standards> [Τελευταία πρόσβαση 24 Φεβρουαρίου 2022].
19. Act. Act health clinical governance framework 2018-2023. Διαθέσιμο στο:  
<https://www.health.act.gov.au/sites/default/files/2019-02/ACT%20Health%20Clinical%20Governance%20Framework%202018-2023.pdf> [Τελευταία πρόσβαση 24 Φεβρουαρίου 2022]
20. Healthdirect Australia. Clinical Governance and Quality Framework.2021. Διαθέσιμο στο:  
[https://media.healthdirect.org.au/publications/Clinical-Governance-and-Quality-Framework\\_v7.0\\_EXTERNAL.pdf](https://media.healthdirect.org.au/publications/Clinical-Governance-and-Quality-Framework_v7.0_EXTERNAL.pdf) [Τελευταία πρόσβαση στις 8 Απριλίου 2022].
21. Australian Government Fact sheet 4: Roles and responsibilities for clinical governance. Clinical Governance in aged care 2019. Διαθέσιμο στο:  
[https://www.agedcarequality.gov.au/sites/default/files/media/Fact\\_sheet\\_4\\_Roles\\_and\\_responsibilities\\_for\\_clinical\\_governance.pdf](https://www.agedcarequality.gov.au/sites/default/files/media/Fact_sheet_4_Roles_and_responsibilities_for_clinical_governance.pdf) [Τελευταία πρόσβαση στις 2 Απριλίου 2022]
22. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (ACSQH). National Model Clinical Governance Framework 2017. Διαθέσιμο στο:

<https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/National-Model-Clinical-Governance-Framework.pdf> [Τελευταία πρόσβαση στις 27 Μαρτίου 2022].

23. Heymann T. Clinical protocols are key to quality health care delivery. *Int J Health Care Qual Assur.*1994;7(7):14-7.
24. Azami-Aghdash S, Tabrizi SJ., Bazargani-Sadeghi H, Hajebrahimi S, Naghavi-Behzad, M. Developing performance indicators for clinical governance in dimensions of risk management and clinical effectiveness. *Int J Qual Health Care.* 2015;27(2):110-116.
25. Raftopoulos V, Savva N, Papadopoulou M. Safety culture in the maternity units: a census survey using the Safety Attitudes Questionnaire. *BMC Health Services Research.* 2011:238.
26. Raftopoulos V, Pavlakis A. Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the safety attitudes questionnaire. *J Crit Care.*2013;28(1), 51-61.
27. Μαλλιάρου Μ,Καραθανάση Κ,Σαράφης Π. Ασφαλής νοσηλευτική στελέχωση:μία συστηματική ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης.*2008;1:38-46.
28. Chambers R and Wakley G. The 14 themes of clinical governance. Establishing and sustaining a learning culture. In: *Making Clinical Governance Work for You.* Abingdon: Radcliffe Medical Press;2000:p35-36.
29. Starey, N. What is clinical Governance ? 2003.Τελευταία πρόσβαση στις 25/2/2022 διαθέσιμο στο: <http://www.bandolier.org.uk/painres/download/whatis/WhatisClinGov.pdf> [Τελευταία Πρόσβαση : 20 Μαρτίου 2022].
30. Kaini BK. Healthcare Governance for Accountability and Transparency. *J Nepal Health Res Counc.* 2013;11(23):109-11.
31. Huotari P, Havrdova'Z. Stakeholders' roles and responsibilities regarding quality of care. *Int J Health Care QualAssur.*2016;29(8):864-876.
32. Halligan A, Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality.*BMJ.* 2001;322(7299):1413-1417.
33. Macfarlane AJR.What is clinical governance? *BJA.*2019;19(6):174-175.
34. Simou E, Pliatsika P, Koutsogeorgou E., Roumeliotou A. Quality Indicators for Primary Health Care: A Systematic Literature Review, *J Public Health Manag Pract.*2015;21(5):8-16.
35. Μαλλιάρου Μ,Σαράφης Π, Ζυγά Σ. Ποιότητα παροχής φροντίδας στο τμήμα Επειγόντων. *Το Βήμα του Ασκληπιού.*2009;8(1):25-4.

REVIEW

## *Quality in Health Care and the Content of a Clinical Governance Framework*

**A. Psarikoglou-Chatzivasileiou<sup>1</sup>, I. Apostolakis<sup>2</sup>, P. Sarafis<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras, <sup>2</sup> School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras /Laboratory of Medical Physics, School of Medicine, National and Kapodistrian University, Athens, <sup>3</sup> School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras / Associate Professor, General Department, University of Thessaly, Lamia, Greece

### **ABSTRACT**

In the 21st century, with the global economic downturn and the health crisis still plaguing the planet, with the immediate result of a geometric increase in demand for health services, it seems imperative to implement a framework that will be used to ensure the quality of health care. Many countries, led by the United Kingdom, have established Clinical Governance frameworks to support the provision of safe and quality care to patients and citizens. The concepts of quality in healthcare and Clinical Governance are closely linked as Clinical Governance were created to ensure continuous improvement in the quality of care provided by the health services offered.

The purpose of this review is the conceptual approach of quality in health services, the recording of its dimensions as well as the quality indicators. It also briefly describes the Australian Clinical Governance framework, which adapts it, enriching it, to the Greek reality of the National Health System in order to be used as a basis for creating a Clinical Governance framework for Greece. Finally, possible changes are mentioned that could improve the quality of the provided services.

Adopting the Australian Clinical Governance Framework by adding ongoing education and training of healthcare staff, transparency and the enhanced role of the stakeholders have spectacular results in the quality of healthcare. The creation of a patient-centered character for the National Health System, the use of quality standards, protocols, guidelines, quality indicators from Primary Health to tertiary hospitals, from the Emergency Departments of hospitals to laboratories is clear that they will increase patient safety and can be the driving force for improving the quality of health services provided.

*Keywords:* health care quality, quality dimensions, quality indicators, Clinical Governance, quality standards

---

**A. Psarikoglou-Chatzivasileiou, I. Apostolakis, P. Sarafis. Quality in Health Care and the Content of a Clinical Governance Framework. Scientific Chronicles 2022; 27(1): 76-92**

---