

Εισάγοντας την αλλαγή στους οργανισμούς υγείας - το κρίσιμο σημείο για την επίτευξη της ποιότητας

Αρετή Σταυροπούλου*, Μιχαήλ Ροβίθης**

Το σύγχρονο περιβάλλον υγείας καλεί για μια οργανωμένη και συστηματική αλλαγή τόσο της πολιτικής που ακολουθείται στους οργανισμούς υγείας όσο και της κουλτούρας των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε αυτούς. Η αλλαγή αυτή μπορεί να βασιστεί σε συγκεκριμένες θεωρίες και μοντέλα, η εφαρμογή της ωστόσο είναι επίπονη εφόσον εμφανίζει πολλά εμπόδια και αντιστάσεις που προέρχονται είτε από την ήδη υπάρχουσα δομή του οργανισμού είτε από τους εργαζόμενους σε αυτόν. Συγκεκριμένες στρατηγικές που βοηθούν στην εφαρμογή και διατήρηση αλλαγών μέσω συνεχούς ενημέρωσης και εκπαίδευσης έχουν αναπτυχθεί και χρησιμοποιούνται τα τελευταία χρόνια. Μέσω αυτών των στρατηγικών, η αλλαγή της κουλτούρας, η χάραξη σύγχρονης πολιτικής υγείας, η διαδικασία της διασφάλισης ποιότητας και της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας, μπορούν να εφαρμοστούν με ευέλικτο και αποτελεσματικό τρόπο και να δημιουργήσουν το νέο πλαίσιο λειτουργίας των οργανισμών υγείας.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 1: 93-98, 2008

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον των οργανισμών, των φορέων χάραξης πολιτικής, των διοικητών και των επαγγελματιών υγείας για την έναρξη διαδικασιών που θα εξασφαλίσουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Αυτό το ενδιαφέρον προετοιμάζει το έδαφος για μία βαθμιαία αλλαγή στην κουλτούρα των διαφορετικών περιβαλλόντων υγειονομικής περίθαλψης. Μία αλλαγή που είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τους επαγγελματίες υγείας και την εκπαίδευσή τους και εκδηλώνεται με την εισαγωγή προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας, προγραμμάτων πιστοποίησης και των σχετικών κατευθύνσεών τους, όπως η εφαρμογή δραστηριοτήτων ελέγχου και αξιολόγησης, η εφαρμογή ερευνητικών προγραμμάτων και πρωτόκολλων κλινικών οδηγιών που υπογραμμίζουν την σημασία της ανάγκης για οργανωτικές αλλαγές.

Λέξεις κλειδιά: αλλαγή, οργανισμός υγείας, κουλτούρα, ποιότητα φροντίδας, αξιολόγηση

* MSc, Ph.D, Επίκουρος Καθηγήτρια, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

** MSc, Καθηγητής Εφαρμογών, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

Παράλληλα, έχει αρχίσει ένας διάλογος μεταξύ των επιστημόνων σχετικά με τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, τις θεωρίες της συμπεριφοράς και την αλλαγή των οργανισμών και πως θα μπορούσαν αυτές οι θεωρίες να οδηγήσουν σε μόνιμες βελτιώσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Η αλλαγή στα σύγχρονα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης, θεωρήθηκε ως πρό-ϋπόθεση για την εισαγωγή των προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας και ταυτόχρονα ως αποτέλεσμα των διάφορων δραστηριοτήτων διασφάλισης ποιότητας που εφαρμόστηκαν στα κλινικά περιβάλλοντα^{1,2}.

Η Επιτροπή για την Πιστοποίηση Οργανισμών Υγείας (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations) έχει υιοθετήσει την έννοια της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας στην «ημερήσια διάταξή της για την αλλαγή» «Agenda for Change»³, ενώ η πληροφόρηση και η εκπαίδευση ενσωματώθηκαν στις μεθοδολογίες που εφαρμόστηκαν για την βελτίωση της ποιότητας και την αποδοχή της αναπόφευκτης αλλαγής από τους επαγγελματίες υγείας⁴.

Οι προσιτάθειες διασφάλισης ποιότητας έχουν χαρακτηριστεί άνευ αξίας όταν δεν οδηγούν σε πραγματικές βελτιώσεις. Εντούτοις, οι επιτυχείς και μόνιμες βελτιώσεις απαιτούν αλλαγή κουλτούρας των επαγγελματιών υγείας και του οργανισμού στο σύνολό του. Τα προγράμματα ποιότητας και οι βελτιώσεις μπορούν να προσαρμοστούν σε ένα περιβάλλον έτοιμο να αντέξει τις αλλαγές και να προσαρμοστεί εύκολα στις καινοτόμες παρεμβάσεις.

Εκπαιδευτικό Θέμα

Η αλλαγή της επαγγελματικής κουλτούρας δεν είναι στην πραγματικότητα εύκολη και οι περισσότεροι άνθρωποι εμφανίζονται απρόθυμοι να δεχτούν αλλαγές στο επαγγελματικό τους περιβάλλον. Η γνώση ότι η επίτευξη αλλαγών αποτελεί ένα από τους πιο δύσκολα πραγματοποιήσιμους στόχους, έχει δώσει ιδιαίτερη ώθηση στις θεωρίες και στη φιλοσοφία της αλλαγής ενώ επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τόσο την διαδικασία αλλαγής που υιοθετείται όσο και την μεθοδολογία που εφαρμόζεται⁵. Τα μοντέλα και οι θεωρίες αλλαγής που εφαρμόζονται είναι σχετικά με την διασφάλιση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και άμεσα συνδεδεμένα με τις εκπαιδευτικές δραστηριότητες των επαγγελματιών υγείας.

ΘΕΩΡΙΕΣ ΑΛΛΑΓΗΣ

Ο αριθμός των θεωριών και μοντέλων για την επίτευξη αλλαγών σε ένα οργανισμό είναι τεράστιος και παρόλο που δεν είναι εφικτό να παρουσιαστούν στο σύνολό τους στο παρόν άρθρο, κρίνεται αναγκαία η παρουσίαση ορισμένων από τις σημαντικότερες θεωρίες που αφορούν στην αλλαγή σε οργανισμούς και υπηρεσίες υγείας.

Κάποια από τα κλασικά μοντέλα συμπεριφοριστικής αλλαγής, βασίζονται στα πειράματα σε ζώα του Skinner, τα οποία τεκμηρίωσαν ότι τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά ερεθίσματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αλλάξουν τη συχνότητα ενός συγκεκριμένου τρόπου συμπεριφοράς. Όταν εφαρμόζονται στις ανθρώπινες δραστηριότητες, αυτές οι θεωρίες τροποποίησης συμπεριφοράς προτείνουν ότι πρώτα πρέπει να εντοπιστούν οι δυνάμεις εκείνες που διατηρούν τη συμπεριφορά που θα πρέπει να αλλάξει και στη συνέχεια οι ίδιες αυτές δυνάμεις να χρησιμοποιηθούν για την αλλαγή της υπάρχουσας και την υιοθέτηση νέας συμπεριφοράς⁶.

Η τροποποίηση συμπεριφοράς θα πρέπει να χρησιμοποιεί την θετική εξατομικευμένη ανατροφοδότηση γιατί με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνονται καλύτερα αποτελέσματα με μεγάλη διάρκεια ενώ αντίθετα η χρήση αρνητικών κινήτρων όπως η τιμωρία μπορεί να έχει άμεσα αλλά χωρίς διάρκεια αποτελέσματα.

Αυτές οι γνώσεις που βασίζονται στις θεωρίες συμπεριφοράς, προσφέρουν χρήσιμες πληροφορίες για την κατανόηση των προσπαθειών για αλλαγή συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας και αποτελούν τη βάση της εξατομικευμένης θετικής ανατροφοδότησης και της ενίσχυσης των πρόσφατα υιοθετημένων συμπεριφορών.

Ένα άλλο μοντέλο οργανωτικής αλλαγής είναι το μοντέλο του Lewin, ο οποίος υποστηρίζει ότι η επιτυχή οργανωτική αλλαγή έχει τρία συστατικά. Την αποσταθεροποίηση "Unfreezing" την αλλαγή συμπεριφοράς "Changing" και την επανασταθεροποίηση "Re-freezing"⁷.

Η αποσταθεροποίηση αφορά στην ανάλυση των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών της υπάρχουσας συμπεριφοράς. Ένα από τα σημαντικότερα κίνητρα για να ξεκινήσει αυτή η διαδικασία ανάλυσης αποτελεί η δυσαρέσκεια για τη παρούσα κατάσταση.

Η αλλαγή αφορά στην τροποποίηση της εργασίας προς μια νέα κατεύθυνση με τη βοήθεια: α) του προσδιορισμού "identification", της αποδοχής δηλαδή από τους εργαζόμε-

νους των γενικών αρχών της αλλαγής και β) της εσωτερικής "internalisation", της αποδοχής δηλαδή από τους εργαζόμενους των οργανωτικών στόχων ως προσωπικών στόχων.

Η επανασταθεροποίηση, αφορά στην ανάπτυξη νέων συμπεριφοριστικών χαρακτηριστικών και την ενίσχυσή τους μέσα στο πλαίσιο της νέας εσωτερικής κουλτούρας του οργανισμού. Όπως και σε άλλες ανάλογες θεωρίες διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού και αλλαγής συμπεριφοράς, οι αλλαγές αυτές προϋποθέτουν την ύπαρξη ισχυρών ατόμων που έχουν ηγετικό ρόλο μέσα στον οργανισμό.

Οι σύγχρονες απαιτήσεις που εκφράζονται από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, εν μέρει λόγω των εξελίξεων στις επιστήμες υγείας εν μέρει λόγω των αλλαγών στο κοινωνικό πλαίσιο μπορούν να συμβάλουν σε μια κατάσταση που καθιστά τη διαδικασία της "αποσταθεροποίησης", - "αλλαγής" - "επανασταθεροποίησης" εφικτή. Άλλη μία ενδιαφέρουσα θεωρία είναι αυτή των Lawrence και Lorsch οι οποίοι δηλώνουν ότι η τροποποίηση της συμπεριφοράς του κάθε ατόμου εξαρτάται από το είδος της εργασίας που το άτομο ασκεί, από τη φύση του οργανισμού, και από τα χαρακτηριστικά των ανθρώπων που εμπλέκονται σε αυτή την εργασία⁸.

Ένας οργανισμός θεωρείται ένα ανοικτό σύστημα και ο κύριος λόγος που υπάρχουν κανόνες και διαδικασίες είναι η μείωση της αβεβαιότητας. Αυτή η αβεβαιότητα προέρχεται τόσο από το ίδιο το εσωτερικό περιβάλλον του οργανισμού όσο και από το εξωτερικό περιβάλλον μέσα στο οποίο λειτουργεί ο οργανισμός και παρέχει τις υπηρεσίες του. Η εσωτερική δομή του οργανισμού στοχεύει να μειώσει την αβεβαιότητα, η οποία επιβάλλεται στον οργανισμό από το εξωτερικό περιβάλλον.

Σύμφωνα με την θεωρία των Lawrence και Lorsch, ο ιδιαίτερος χαρακτήρας της κλινικής εργασίας και η αβεβαιότητα αποτελούν στοιχεία άρρηκτα συνδεδεμένα με την άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής επιστήμης, γεγονός που υποδηλώνει ότι η αλλαγή και οι βελτιωτικές παρεμβάσεις πρέπει να πραγματοποιηθούν μέσα σε αυτό το πλαίσιο και να μην αποτελούν προϊόν μιας ιεραρχικά επιβληθείσας απόφασης αλλά αντίθετα μίας απόφασης αποκεντρωμένης και συμμετοχικής.

Στο βιβλίο "The structuring of Organisations" - "Η δομή των Οργανισμών", ο Minzberg αναφέρεται στα διαφορετικά στάδια εξέλιξης των οργανισμών και στους διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους οργανώνεται η εργασία ανάλογα με το στάδιο εξέλιξης στο οποίο βρίσκεται ο κάθε οργανισμός. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στα νοσοκομεία και στην περιγραφή των μηχανισμών γραφειοκρατίας που τα διέπουν. Ειδικότερα, η περιγραφή των χαρακτηριστικών της γραφειοκρατίας, και οι δυνατότητες ή μη για αλλαγή στους οργανισμούς αυτούς μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αποτελέσουν το θεωρητικό πλαίσιο για την εισαγωγή της αλλαγής και της διασφάλισης ποιότητας⁹.

Στη δεκαετία του '80, εμφανίστηκε έντονο ενδιαφέρον για την ανάπτυξη των οργανισμών και την κουλτούρα που διέπει τους οργανισμούς αυτούς. Οι ερευνητές που ασχολήθηκαν με την διασφάλιση ποιότητας όπως ο

Deming, ο Crosby και ο Juran ανέπτυξαν θεωρίες που οδήγησαν στην διαχείριση ολικής ποιότητας^{10, 11, 12}. Η διαχείριση ολικής ποιότητας αποτελεί σύνθεση διαφορετικών θεωριών, κάποιες από τις οποίες αναφέρθηκαν παραπάνω. Παρόλα αυτά, συμπεριλαμβάνει έννοιες μοναδικές όπως για παράδειγμα η συνολική συμμετοχή, τα συστήματα βελτίωσης εσωτερικά και εξωτερικά, η συνεχής βελτίωση. Η διαχείριση ολικής ποιότητας, εστιάζει στα νοσοκομεία ως σύνολο. Οι δραστηριότητες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού εκλαμβάνονται ως μέρη ενός γενικότερου συστήματος.

Ένα μοντέλο που διαφοροποιείται από τα μοντέλα διοίκησης και τα συμπεριφοριστικά μοντέλα, είναι αυτό που διατυπώνεται από τον Rogers το 1962. Ο Rogers μελέτησε τη διάχυση των καινοτομιών και ανέπτυξε μια θεωρία στην οποία τα χαρακτηριστικά της ίδιας της καινοτομίας και τα χαρακτηριστικά των ατόμων που την υιοθετούν παίζουν πρωταρχικό ρόλο¹³.

Ως ιδιαίτερα σημαντικές ιδιότητες μιας καινοτομίας που γίνεται αποδεκτή ανέφερε τα πλεονεκτήματα της καινοτομίας για την παρούσα κατάσταση, τη συμβατότητα με τις νέες ιδέες, τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τις ανάγκες των ατόμων, το επίπεδο πολυπλοκότητας, τη δυνατότητα εκπαίδευσης, και τη δυνατότητα παρακολούθησης. Διέκρινε επίσης πέντε κατηγορίες ατόμων προσαρμοζόμενων στις καινοτομίες, α) τους καινοτόμους, β) τους εύκολα προσαρμοζόμενους, γ) την πρώιμη πλειοψηφία (συνειδητή/σταδιακή προσαρμογή), δ) την ώριμη πλειοψηφία (δύσπιστη προσαρμογή) και ε) τους δύσκολα προσαρμοζόμενους (παραδοσιακοί). Σύμφωνα με την θεωρία του, τα δίκτυα διάχυσης και οι φορείς αλλαγής δραματίζουν έναν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία της αλλαγής. Για την εισαγωγή της αλλαγής στην κλινική πρακτική αυτή η θεωρία του Rogers μπορεί να αποτελέσει ένα ιδιαίτερα χρήσιμο βοήθημα¹³.

Εκτός από τις προαναφερθείσες θεωρίες, διαδικασίες που σχετίζονται με την αλλαγή της συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας μπορούν να ενισχυθούν μέσω της θεωρίας της εκπαίδευσης ενηλίκων. Η θεωρία εκπαίδευσης ενηλίκων προτείνει ότι οι ενήλικοι μαθαίνουν μόνο ό,τι οι ίδιοι θεωρούν ότι έχουν ανάγκη να μάθουν. Επομένως οι υποκειμενικές ανάγκες εκπαίδευσης όπως γίνονται αντιληπτές από τους ίδιους τους ενήλικες πρέπει να θεωρηθούν σημαντικές τόσο για τη σύνθεση εκπαιδευτικών προγραμμάτων υποστηρικτικών προς την αλλαγή όσο και για την αναγνώριση των αντικειμενικά υπαρχουσών εκπαιδευτικών αναγκών¹⁴.

Όλες οι προαναφερθείσες θεωρίες σχετίζονται και συμβάλλουν στη διασφάλιση ποιότητας στο κλινικό περιβάλλον και στη διατύπωση των κατάλληλων στρατηγικών για την αλλαγή και την επιτυχή εφαρμογή των προγραμμάτων ποιότητας στους οργανισμούς υγείας. Η επιτυχία των θεωριών της αλλαγής συνδέεται με την ενεργό συμμετοχή του προσωπικού, τα κίνητρα για προσωπική ανατροφοδότηση, την υποστήριξη για τη διαχείριση της αλλαγής όπως επίσης και με την εισαγωγή κανόνων τυποποίησης και κλινικών πρωτοκόλλων και απαιτεί συγκεκριμένες στρατηγικές εφαρμογής.

ΑΛΛΑΓΗ, ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΤΑΣΕΙΣ

Όλες οι θεωρίες που αναφέρονται στην αλλαγή των οργανισμών, καθιστούν σαφές ότι η δέσμευση των επαγγελματιών υγείας για την διασφάλιση της ποιότητας στο εργασιακό περιβάλλον και η συμμετοχή τους σε σχετικές με την διασφάλιση ποιότητας βελτιωτικές παρεμβάσεις είναι καθοριστικής σημασίας¹⁵.

Υπάρχουν διάφορα βήματα εν τούτοις προκειμένου οι αλλαγές και η εφαρμογή προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας σε έναν οργανισμό να γίνουν με αποτελεσματικό τρόπο.

Το πρώτο βήμα που αφορά στους επαγγελματίες υγείας είναι να αποδεχτούν ότι προγράμματα διασφάλισης ποιότητας πρέπει να διεξαχθούν μέσα στον οργανισμό στον οποίο εργάζονται. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η δέσμευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για τη συμμετοχή τους στη βελτιωτική διαδικασία είναι απαραίτητη. Η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας επίσης στον αρχικό σχεδιασμό προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας θα πρέπει να είναι ουσιαστική¹⁶.

Η σύσταση μιας επιτροπής ελέγχου, η επιλογή ενός κοινά αποδεκτού προβλήματος για έρευνα, η διατύπωση κριτηρίων από τους εμπλεκόμενους στην διαδικασία ιατρούς και νοσηλευτές, καθώς και η καθολική συμμετοχή όλων των εργαζομένων στον οργανισμό, είναι βασικοί παράγοντες για την επιτυχή εφαρμογή των προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας⁵.

Ακόμη και όταν όλα αυτά συμβαίνουν σε έναν οργανισμό υγείας, η υλοποίηση των αλλαγών που έχουν σχεδιαστεί σε ένα οργανισμό υγείας συχνά, συναντά πολυάριθμα προβλήματα, αντιστάσεις και εμπόδια. Τα προβλήματα αυτά, σχετίζονται με την κουλτούρα που διέπει τους εργαζομένους στον οργανισμό αυτό, την επιλεκτική αντίληψη των ατόμων που εμπλέκονται στην διαδικασία αλλαγής και στην έλλειψη επαρκούς εκπαιδευτικής προετοιμασίας ώστε οι αλλαγές να μπορέσουν να ενσωματωθούν ομαλά στο εργασιακό περιβάλλον^{17, 18}.

Το Πρόγραμμα Συντονισμένων Ενεργειών για την Διασφάλιση Ποιότητας στα Νοσοκομεία (Concerted Action Programme on Quality Assurance in Hospitals)¹⁹, κατέγραψε επτά αιτίες που προκαλούν αντίσταση απέναντι σε οποιαδήποτε προσπάθεια για αλλαγή:

1. *Ομοιόσταση (Homeostasis)*: Μία φυσική τάση να διατηρηθούν οι ισορροπίες στις σχέσεις που αναπτύσσουν τα άτομα στο εργασιακό περιβάλλον.
2. *Συνήθεια (Habit)*: Αυτόματη συμπεριφορά που προκύπτει ως αποτέλεσμα παλαιάς επαναλαμβανόμενης συμπεριφοράς.
3. *Γενίκευση (Generalization)*: Μια φυσική τάση να διατηρηθούν οι διαδικασίες που έως πρότινος λειτουργούσαν ικανοποιητικά.
4. *Επιλογή - επιλεκτική αντίληψη (Selection)*: Μόνο οι πληροφορίες που επιβεβαιώνουν την παρούσα κατάσταση/συμπεριφορά γίνονται αποδεκτές.
5. *Εξάρτηση (Dependence)*: Οι εργαζόμενοι θεωρούν ότι η εργασιακή συμπεριφορά (συμπεριφοριστικό μοντέλο) που ήδη έχουν, διασφαλίζει την θέση τους μέσα στο εργασιακό περιβάλλον.

Εκπαιδευτικό Θέμα

6. *Συνείδηση (Conscience)*: Η διαφοροποίηση της συμπεριφοράς προκαλεί αισθήματα ενοχής στον εργαζόμενο όταν αυτή δεν είναι σύμφωνη με το σύνηθες σύστημα των κανόνων και των αξιών που διέπουν τον οργανισμό.
7. *Ασφάλεια (Safety)*: Αποφυγή της ανασφάλειας που θεωρούν οι εργαζόμενοι ότι οι αλλαγές μπορεί να προκαλέσουν.

Η διασφάλιση ποιότητας στους οργανισμούς υγείας έχει ως στόχο την συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών που οι οργανισμοί αυτοί παρέχουν. Για το λόγο αυτό, η έννοια της διασφάλισης ποιότητας έχει σε μεγάλο βαθμό γίνει συνώνυμη με την εισαγωγή αλλαγών σε αυτούς τους οργανισμούς. Όταν προτείνονται αλλαγές σε ένα οργανισμό, θα πρέπει να υιοθετηθούν και να εφαρμοστούν στρατηγικές οι οποίες λαμβάνουν υπόψη τις παραπάνω αναφερόμενες αιτίες που προκαλούν αντίσταση στην αλλαγή^{20, 21, 22}.

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΑΛΛΑΓΗ

Παρόλο που τα προγράμματα διασφάλισης ποιότητας και οι μελέτες αξιολόγησης στο εργασιακό περιβάλλον, διαμορφώνουν προτάσεις για αλλαγή, η πολυπλοκότητα των οργανισμών υγείας, καθιστά την εφαρμογή αυτών των αλλαγών δύσκολη. Για την ομαλή εισαγωγή αλλαγών στους οργανισμούς υγείας, θα μπορούσαν να εφαρμοστούν οι ακόλουθες στρατηγικές:

Εκπαίδευση:

Θεωρίες συμπεριφοράς και εκπαίδευσης τονίζουν ότι τα άτομα αλλάζουν συμπεριφορά ή άποψη σχετικά με ένα θέμα όταν αποκτήσουν περισσότερες γνώσεις για αυτό. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, τα μεταπτυχιακά μαθήματα, οι διαλέξεις για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και η συστηματική ενημέρωση του προσωπικού, αποτελούν εκπαιδευτικές προσεγγίσεις που υποβοηθούν την αλλαγή στους οργανισμούς υγείας^{23, 24, 25}.

Προϋπόθεση για μία επιτυχή εκπαιδευτική στρατηγική είναι η δεκτική συμπεριφορά για μάθηση των εργαζομένων. Η εκπαιδευτική στρατηγική παρουσιάζει επίσης και κάποιους περιορισμούς. Αυτοί οι περιορισμοί σχετίζονται με τη ίδια τη φύση της εκπαίδευσης που είναι συχνά μία μονόδρομη διαδικασία, δεν ανταποκρίνεται πάντα στις ιδιαίτερες μαθησιακές ανάγκες του κάθε εκπαιδευόμενου, ενώ μπορεί να έχει βραχυπρόθεσμη επίδραση όταν δεν ενισχύεται²⁶.

Πειθώ:

Σύμφωνα με αυτή την στρατηγική, η συμπεριφορά όχι μόνο επηρεάζεται από την παροχή της νέας γνώσης αλλά και από το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο παρουσιάζεται. Από την κατανόηση της νέας γνώσης έως την πραγματική εφαρμογή της στην καθημερινή πρακτική, το κοινωνικό πλαίσιο και οι συμπεριφορές που αναπτύσσονται μέσα σε αυτό αποκτούν πρωτεύοντα και ουσιαστικό ρόλο. *“Πως εργάζονται οι συνάδελφοί που σέβομαι και με τους οποίους διατηρώ στενές εργασιακές σχέσεις;”* Μέσα σε αυτό το πλαίσιο άτομα τα οποία χαίρουν σεβασμού και επηρεάζουν το προσωπικό με την γνώμη τους, μπορούν να

ενισχύσουν την προώθηση και διατήρηση της αλλαγής στον οργανισμό^{27, 28}.

Ισχύς:

Η χρήση κυρώσεων θα μπορούσε να εφαρμοστεί σε περίπτωση όπου ένας οργανισμός λειτουργεί με αυστηρά ιεραρχικά κριτήρια. Στους περισσότερους όμως οργανισμούς υγείας, η χρήση κυρώσεων απαντά θετικά σε μικρό μόνο βαθμό. Οι σχέσεις μεταξύ της διοίκησης, του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού δεν είναι συνήθως βασισμένες σε πολύ αυστηρές δομές διοίκησης. Επομένως η χρήση των κυρώσεων στα νοσοκομεία δεν είναι συνήθως αποτελεσματική και μπορεί ακόμη να είναι και αντιπαραγωγική. Η μέθοδος αυτή μπορεί να εφαρμοστεί μόνο όταν όλες οι άλλες μέθοδοι για αλλαγή συμπεριφοράς των εργαζομένων έχουν αποτύχει ή όταν το πρόβλημα είναι τόσο σημαντικό ώστε τέτοιου είδους μέτρα πρέπει να ληφθούν άμεσα²⁹.

Προγραμματισμός:

Ένα σαφώς καθορισμένο πρόγραμμα για την εισαγωγή της αλλαγής αυξάνει την πιθανότητα επιτυχίας του. Τα στάδια προγραμματισμού της αλλαγής είναι τα ακόλουθα:

- Σαφής καθορισμός του προβλήματος και διερεύνησης της υπάρχουσας κατάστασης
- Δυναμική εναλλακτικών προτάσεων για την επίλυση του προβλήματος
- Αξιολόγηση κάθε πιθανής λύσης σχετικά με την δυνατότητα εφαρμογής της αλλαγής και τον βαθμό αντίστασης που θα προκαλέσει στο προσωπικό
- Επιλογή μιας από τις εναλλακτικές λύσεις και καθορισμός προτεραιοτήτων
- Εφαρμογή χρονοδιαγράμματος για τη διαδικασία αλλαγής
- Καθορισμός χρονοδιαγράμματος για τη διαδικασία αξιολόγησης των αλλαγών³⁰.

Κατά τη διάρκεια του προγραμματισμού ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στην πληροφόρηση και στη διαδικασία αξιολόγησης τα οποία αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο για την αποτελεσματική εφαρμογή και διατήρηση της αλλαγής.

ΑΛΛΑΓΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Ένας προσεκτικός προγραμματισμός της εισαγωγής της αλλαγής - από την άποψη του κατάλληλου χρόνου και του περιβάλλοντος -, είναι ουσιαστικός για την επιτυχή εφαρμογή των βελτιωτικών παρεμβάσεων³¹. Τα οφέλη της αλλαγής πρέπει να είναι ορισμένα και ακριβή προκειμένου οι επαγγελματίες υγείας να αναπτύξουν μια θετική στάση απέναντι στην αλλαγή.

Για το λόγο αυτό η συνεχής αξιολόγηση των αλλαγών και των βελτιωτικών παρεμβάσεων, η παροχή πληροφοριών σε όλα τα εμπλεκόμενα στη διαδικασία μέλη, η γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης, η διαθεσιμότητα νέων ερευνητικών εργαλείων και κλινικών πρωτοκόλλων αποτελούν αναπόσπαστο στοιχείο της διαδικασίας της αλλαγής³². Τέλος η αξιολόγηση των πρόσφατων

αλλαγών είναι απαραίτητη προκειμένου να αποτραπεί η επιστροφή σε παλαιότερες συμπεριφορές. Υπάρχουν ωστόσο συγκεκριμένες προϋποθέσεις τόσο για την επιτυχία των βελτιωτικών παρεμβάσεων όσο και για την αξιολόγησή τους:

Εμπιστοσύνη:

Για την εφαρμογή αλλαγών και για την αξιολόγησή τους είναι απαραίτητο να δημιουργηθεί μια ατμόσφαιρα αμοιβαίας εμπιστοσύνης. Οι επαγγελματίες που θα συμμετέχουν στην διαδικασία αξιολόγησης θα πρέπει να καλλιεργήσουν και να διατηρήσουν ισχυρό κλίμα εμπιστοσύνης³³.

Δέσμευση:

Η ενεργός εμπλοκή του προσωπικού στις δραστηριότητες ελέγχου και αξιολόγησης διασφαλίζει τη δέσμευση για την τήρηση της διαδικασίας. Ο στόχος και τα διαφορετικά στάδια της αξιολόγησης πρέπει να είναι καθορισμένα με σαφήνεια σε όλα τα άτομα που εμπλέκονται στη διαδικασία. Η επίτευξη επίσημης συμφωνίας για τα κριτήρια που θα εφαρμοστούν για την αξιολόγηση, είναι ένα από τα εργαλεία που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την δέσμευση και συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων³⁴.

Ανατροφοδότηση:

Είναι απαραίτητο να υπάρξει ενημέρωση όλου του προσωπικού του οργανισμού για την πρόοδο της αξιολόγησης με έναν σαφή και ουσιαστικό τρόπο. Με τη συνεχή ανατροφοδότηση σχετικά με την αξιολόγηση των βελτιωτικών παρεμβάσεων και της επίτευξης της αλλαγής οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται ότι είναι μία διαδικασία που αφορά το σύνολο του οργανισμού και δεν αποτελεί μόνο απασχόληση των ολίγων³⁵.

Ειλικρίνεια:

Η ειλικρίνεια είναι ουσιαστική για την επιτυχή εφαρμογή των βελτιωτικών παρεμβάσεων και τη διαδικασία αξιολόγησης. Ειδικά όταν τα αποτελέσματα παρουσιάζονται και οι αλλαγές προτείνονται, θα πρέπει να αναλύονται λεπτομερώς τα μελλοντικά βήματα που θα ακολουθηθούν. Η επιχειρηματολογία που αφορά στις αλλαγές πρέπει να είναι κατανοητή σε όλους.

Κατανόηση:

Το άτομο που διεξάγει μια μελέτη καταγραφής και ελέγχου των βελτιωτικών παρεμβάσεων και των αλλαγών, πρέπει να είναι δεκτικό σε επιχειρήματα που αντιμετωπίζουν με σκεπτικισμό την αξιολόγηση. Τα επιχειρήματα αυτά θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη και να αξιολογηθούν. Εάν δεν αξιολογηθεί και δεν αντιμετωπιστεί η όποια αντίσταση από μέρους των εργαζομένων εν τη γενέσει της είναι πιθανόν αυτή να επανεμφανιστεί και να δημιουργήσει προβλήματα στην υιοθέτηση των αλλαγών³⁶.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η αλλαγή κουλτούρας στους οργανισμούς είναι απαραίτητη προκειμένου να στηριχθούν βελτιωτικές παρεμβά-

σεις και προγράμματα διασφάλισης ποιότητας μέσα σε ένα ανταγωνιστικό και σύγχρονο περιβάλλον υγείας. Η εισαγωγή των αλλαγών αυτών αντιμετωπίζει αντιστάσεις και εμπόδια που με κατάλληλες στρατηγικές προσεγγίσεις μπορούν να εξαλειφθούν.

Για παράδειγμα, οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες που θα εφαρμοστούν, η διάχυση των πληροφοριών, η ανατροφοδότηση και η συμμετοχή του προσωπικού είναι ιδιαίτερα σημαντικές όταν υιοθετούνται στρατηγικές αλλαγής και παρεμβάσεις διασφάλισης ποιότητας σε οργανισμούς υγείας.

Τέλος, η πληροφόρηση και η εκπαίδευση αποτελούν ουσιαστικές προϋποθέσεις για τη δημιουργία του κατάλληλου περιβάλλοντος που θα διευκολύνει την αλλαγή της κουλτούρας των οργανισμών, θα υποστηρίξει τις μακροπρόθεσμες βελτιώσεις στην κλινική πρακτική^{37, 38, 39} και θα έχει έναν ουσιαστικό ρόλο κατά τον σχεδιασμό οποιασδήποτε πρωτοβουλίας μεταρρύθμισης της υγειονομικής περιθαλψης στο σύγχρονο περιβάλλον υγείας.

SUMMARY

Change of health care policy and achievement of quality

A. Stavropoulou, M. Rovithis

hellenic hospital dentistry 1: 93-98, 2008

The modern health care environment calls for an organised and systematic change on the existing health care policy and the professional culture. This change can be based on concrete theories and models. Its application however, is laborious as it presents a number of barriers and resistances. Strategies of change can assist the application and maintenance of changes via programs of quality and continuous education. These strategies support the change of culture, the development of modern health care policies and the process of quality and evaluation of health services. Furthermore, strategies of change can be applied by health care providers and policy makers in flexible ways in order to create and maintain a modern operational framework for health care organisations.

Key words: change, healthcare organization, culture, quality care, evaluation

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Grol R, Wensing M: Implementation of quality assurance and medical audit: general practitioners' perceived obstacles and requirements. *British Journal of General Practice* 1995; 45(399): 548-552.
2. Grimshaw J, Eccles M, Russell I: Developing clinically valid practice guidelines. *Journal of Evaluation of Clinical Practice* 1995; 1(1): 37-48.
3. Thomas PC, Ketrick RG, Singesen BH: Quality Assurance and continuous quality improvement: history, current practice and

Εκπαιδευτικό Θέμα

- future directions. *Del Med J* 1992; 64(8): 5047-513.
4. Fainter J: Quality assurance not equal to quality improvement. *J Qual Assur* 1991; 13(1):8-9, 36.
 5. Klazinga N: Concerted Action Programme on Quality Assurance in Hospitals II. Package 6. Introducing Change - The last phase of QA studies. Biomed/HSR, CBO. 1995.
 6. Skinner BF: The behaviour of organisms. New York. Appleton-Century. 1938.
 7. Lewin E: Group decision and social change. In: Newcombe and Hantley EL, eds. Readings in social psychology, New York: Holt, Rinehart and Winston. 1958.
 8. Lawrence PR, Lorsch JW: Organisation and environment: managing differentiation and integration. Cambridge, Mass.: Division of Research, Graduate School of Business Administration. Harvard University Press. 1967.
 9. Minzberg C: The structure of organisations. Englewood Cliffs: Prentice Hall. 1979.
 10. Deming WE: Out of the crisis. Cambridge, Mass: Massachusetts Institute of Technology, Centre for Advanced Engineering Study. 1986.
 11. Crosby NA: Quality is free. New York: McGraw-Hill Company. 1980.
 12. Juran JM: Quality Control Handbook. New York: McGraw-Hill. 1988.
 13. Rogers AI: Diffusion of innovations. The Free Press. A Division of Macmillan Publishing Co. Inc. 1983.
 14. Knowles MS: The adult learner-A neglected species. 2nd ed. Huston, USA: Gulf Publishing. 1978.
 15. Ferrell BR, Dean GE, Grant M, Coluzzi P: An institutional commitment to pain management. *Journal of Clinical Oncology* 1995; 13(9): 2158-2165.
 16. Wood M, Ferlie E, Fitzgerald L: Achieving clinical behaviour change: a case of becoming indeterminate. *Social Science Medicine* 1998; 47(11):1729-1738.
 17. Anderson CA, Cassidy B, Rivenburg P. Implementing continuous quality improvement (CQI) in hospitals: lessons learned from the International Quality Study. *Qual Assur Health Care* 1991; 3(3):141-146.
 18. Σταυροπούλου Α, Ζερβού-Βάλβη Φ: Διασφάλιση ποιότητας περίθαλψης και εκπαίδευση νοσηλευτών. *Κλινικά Χρονικά* 2007; 30 (4): 213-217.
 19. Concerted Action Programme on Quality Assurance in Hospitals: Methodology of a Quality Assurance Study. Package 1. COMAC/HSR, CBO. 1991.
 20. Walker C: Introducing new forms: overcoming resistance. *Journal of Nursing Quality Assurance*. 1990; 4(2):82-85.
 21. Greer AL: The shape of resistance... the shapers of change. *Joint Commission Journal of Quality Improvement*. 1995; 21(7):328-332.
 22. Harris M: Closing the gap between what we know and what we do. *Qual Lett Healthc Lead*. 1997; 9(2):2-12.
 23. Hagerty B, Early SL: Registered nurses perceptions of liberal education. *Journal of Nursing Education*. 1993; 32(4):151-156.
 24. Anderson FA Jr, Wheeler HB, Goldberg RJ, Hosmer DW, Forcier A, Patwardhan NA: Changing clinical practice. Prospective study of the impact of continuing medical education and quality assurance programs on use of prophylaxis for venous thromboembolism. *Archives of Internal Medicine*. 1994; 154(6):669-677.
 25. Inouye SK, Schlesinger MJ, Lydon TJ: Delirium; a symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. *American Journal of Medicine*. 1999; 106(5):565-573.
 26. Headrick LA, Knapp M, Neuhauser D, Gelmon S, Norman L, Quinn D, Baker R: Working from upstream to improve health care: the IHI interdisciplinary professional education collaborative. *Joint Commission Journal of Quality Improvement*. 1996; 22(3):149-164.
 27. Mittman BS, Tonesk X, Jacobson PD: (1992) Implementing clinical practice guidelines: social influence strategies and practitioner behavior change. *QRB Qual Rev Bull* 1996; 18(12):413-422.
 28. Goodpastor WA, Montoya ID: Motivating physician behaviour change: social influence versus financial contingencies. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 1996; 9(6):4-9.
 29. Concerted Action Programme on Quality Assurance in Hospitals II: Methodology of a Quality Assurance Study. Package 1. BIOMED/HSR CBO.-1994.
 30. Grayson MS, Newton DA, Klein M, Irons T: Promoting institutional change to encourage primary care: experiences at New York Medical College and East Carolina University School of Medicine. *Acad Med* 1999; 74(1 Suppl):9-15.
 31. Tittler MG, Moss L, Greiner J, Alpen M, Jones G, Olson K, Hauer M, Philips C, Megivern K: Research utilization in critical care: an exemplar. *AACN Clin Issues Crit Care Nurs* 1994; 5(2):124-132.
 32. Marshall MN: Improving quality in general practice: qualitative case study of barriers faced by health authorities. *BMJ* 1999; 319(7203):164-167.
 33. Klazinga N, Lombarts K, van Everdingen J: Quality management in medical specialties: the use of channels and dikes in improving health care in The Netherlands. *Jt Comm J Qual Improv* 1998; 24(5):240-250.
 34. Gates PE: Clinical quality improvement: getting physicians involved. *QRB Quality Rev Bull* 1993; 19(2):56-61.
 35. Bekker H, Thornton J, Airey C, Connelly J, Hewison J, Robinson M, Lileyman J, MacIntosh M, Maule A, Michie S, Pearman A: Informed decision making: an annotated bibliography and systematic review. *Health Technology Assessment*. 1999; 3(1):1-156.
 36. Ribnick PG, Carrano VA: Understanding the new era in health care accountability: report cards. *J Nurs Care Qual* 1995; 10(1):1-8.
 37. Hawkins RA: Breaking down the communication barrier. *J Qual Assur* 1991; 13(4):12-14.
 38. Rogut L: Reshaping inpatient care: efficiency and quality in New York City hospitals. *Pap Ser United Hosp Fund NY* 1996; 1-41.
 39. O'Leary DS: Preface. In: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation. The Measurement Mandate. On the road to performance improvement in Health Care. Illinois: Oakbrook Terrace. 1993.

Διεύθυνση για επικοινωνία:

Αρετή Σταυροπούλου
 Ανώτατο Τεχνολογικό
 Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης
 ΣΕΥΠ - Τμήμα Νοσηλευτικής
 Σταυρωμένος 71004
 Τηλ.: 2810 379501
 E-mail.: aretis@seyp.teicrete.gr