



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΓΡΑΦΕΙΟΥ  
ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ**

της

ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗΣ ΚΟΤΙΟΥ

επιβλέπων καθηγητής

ΦΩΤΙΟΣ ΒΟΥΖΑΣ

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού  
διπλώματος ειδίκευσης στη Διοίκηση Επιχειρήσεων  
(με εξειδίκευση  
στη Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση Παροχής Υπηρεσιών Μονάδων Υγείας)

Μάρτιος 2010

<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b> .....	
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	4
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	6
<b>ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ</b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ..</b>	9
1.1 Ορισμός της ποιότητας.....	9
1.1.1 Ποιότητα προϊόντος.....	9
1.1.2 Ποιότητα υπηρεσιών.....	10
1.2 Η εξέλιξη της ποιότητας.....	11
1.3 Θεωρητικοί της ποιότητας.....	16
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	19
2.1 Οι πελάτες των υπηρεσιών υγείας.....	24
2.1.1 Αντιλήψεις Ασθενών .....	24
2.1.2 Απόψεις των γιατρών.....	25
2.1.3 Απόψεις των τρίτων πληρωτών.....	26
2.2 Συνεχής βελτίωση -διασφάλιση ποιότητας.....	27
2.3 Η εφαρμογή των αρχών του Deming στον τομέα της υγείας.....	29
2.4 Διαφορές διασφάλισης ποιότητας και βελτίωσης ποιότητα.....	34
2.5 Διαχείριση αλλαγής- εφαρμογή της συνεχούς βελτίωσης.....	36
2.5.1 Διαδικασία θεσμικής αλλαγής .....	36
2.5.2 Εξωτερική πίεση για αλλαγή.....	38
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ.....</b>	40
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....</b>	44
4.1 Ιδιωτικός τομέας.....	44
4.2 Δημόσιος τομέας.....	45
4.2.1 Προβλήματα στα νοσοκομεία.....	47
4.2.2 Νομοθεσία.....	47
4.2.3 Αποτελεσματική και ποιοτική λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας.....	53
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ.....</b>	55
5.1 Οφέλη από την διαχείριση ποιότητας.....	56
5.2 Προβλήματα για την υλοποίηση της διαχείρισης ποιότητας.....	56
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΓΡΑΦΕΙΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ.....</b>	58
6.1 Προϋποθέσεις για τον σχεδιασμό γραφείου ποιότητας.....	58
6.1.1 Πολιτική ποιότητας.....	58
6.1.2 Δέσμευση της διοίκησης.....	59
6.1.3 Προσδιορισμός στόχων.....	60
6.2 Σχεδιασμός συστήματος ποιότητας.....	60
6.2.1 Γραφείο ποιότητας.....	61
6.2.2 Ομάδες ποιότητας.....	63

6.3	Λειτουργία γραφείου ποιότητας.....	67
<b>ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ</b>		
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΕΡΕΥΝΑ ΣΕ ΓΡΑΦΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ</b>		
	<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ.....</b>	<b>73</b>
7.1	Μεθοδολογία έρευνας.....	73
7.2	Παρουσίαση του δείγματος της έρευνας.....	74
7.3	Ανάλυση ερωτηματολογίου.....	77
7.4	Συμπεράσματα ερωτηματολογίου.....	88
<b>ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ</b>		
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ</b>		
<b>ΓΡΑΦΕΙΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΕ</b>		
	<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ.....</b>	<b>90</b>
	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....</b>	<b>93</b>
	<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>95</b>
	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>101</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ποιότητα είναι φιλοσοφία ζωής που οδηγεί στην αξιοπιστία. Μετά την επιτυχή εφαρμογή των αρχών ποιότητας στον τομέα της βιομηχανίας έγιναν προσπάθειες να εφαρμοστούν και στον τομέα της παροχής υπηρεσιών. Ο Avedis Donabedian καθηγητής στη Σχολή Δημόσιας Υγείας του πανεπιστημίου Μίσιγκαν προχώρησε στον πρώτο κλασικό πλέον ορισμό της ποιότητας της φροντίδας στην ιατρική.

Ένας από τους στόχους της πολιτικής της ποιότητας στον χώρο της υγείας είναι η διασφάλιση και η συνεχής βελτίωσή των παρεχομένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Οι αλλαγές στον τομέα της υγείας είναι απαραίτητες, ξεκινούν από την εσωτερική ανάγκη του οργανισμού με την αναγνώριση των προβλημάτων, την προετοιμασία κατάλληλων διορθωτικών μέτρων και την εφαρμογή τους. Οι αλλαγές δεν προέρχονται μόνο από την εσωτερική ανάγκη των παρόχων υπηρεσιών υγείας, αλλά και από εξωτερικούς παράγοντες όπως ρυθμιστικούς οργανισμούς, νομικές ενέργειες.

Η ανάπτυξη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας προήλθε από αναπτυγμένες χώρες, ιδίως από τις ΗΠΑ, το Ηνωμένο Βασίλειο, την Αυστραλία εστιάζοντας στα νοσηλευτικά ιδρύματα, την υψηλή τεχνολογία και την αυτοαξιολόγηση. Στην Ελλάδα ο τομέας υγείας χωρίζεται στον ιδιωτικό και τον δημόσιο. Το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών υγείας παρέχεται από τα νοσοκομεία. Το ιδιωτικό νοσοκομείο διέπεται από εσωτερικούς κανόνες και ρυθμίσεις του εκάστοτε οργανισμού, το δε δημόσιο νοσοκομείο διέπεται από την κυβερνητική πολιτική και την νομοθεσία.

Για να εφαρμοστούν οι πολιτικές ποιότητας στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, αναγκαία παράμετρος, εκτός της νοοτροπίας της διοίκησης στην ποιότητα, είναι η ίδρυση, η λειτουργία και η επαρκής στελέχωση γραφείων ποιότητας στις μονάδες υγείας στις οποίες δεν υφίστανται..

Για να διερευνηθούν τα οφέλη από την εφαρμογή της πολιτικής της ποιότητας στον χώρο της υγείας, διενεργήθηκε έρευνα σε υπάρχοντα γραφεία ποιότητας σε μεγάλα νοσοκομεία, δύο των Αθηνών ένα ειδικό και ένα γενικό, και ενός γενικού στην Θεσσαλονίκη.

Η μεθοδολογία της έρευνας είναι η προσωπική συνέντευξη και η συμπλήρωση ερωτηματολογίου των υπευθύνων των γραφείων ποιότητας. Οι ερωτήσεις τόσο της

συνέντευξης όσο και του ερωτηματολογίου είναι, στην πρώτη ενότητα βιογραφικές και προσωπικές καθώς επίσης και ερωτήσεις σχετικά με τον ρόλο τον οποίο βιώνουν εξασκώντας το έργο τους στον οργανισμό. Στην δεύτερη ενότητα αναφέρονται στην στελέχωση του τμήματος ποιότητας και στην τρίτη στις αρμοδιότητες και την λειτουργία του τμήματος με αναφορές στην συμβολή των αποτελεσμάτων του έργου του γραφείου στην αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Τα οφέλη από την λειτουργία των γραφείων ποιότητας πέρα από την βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας είναι η υπαγωγή του οργανισμού σε πιστοποιήσεις βασισμένες στα διεθνή πρότυπα ποιότητας. Το αποτέλεσμα της λειτουργίας είναι υπηρεσίας υγείας υψηλής ποιότητας, ικανοποίηση των ενδιαφερομένων ομάδων και μείωση του κόστους.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ποιότητα δεν είναι στείρες γραφειοκρατικές διαδικασίες τις οποίες προσδιορίζει κάποιο πρότυπο, κάποιο μοντέλο λειτουργίας, ούτε ένα πιστοποιητικό για τον τοίχο· είναι φιλοσοφία ζωής που οδηγεί στην αξιοπιστία.

Η ποιότητα είναι μια έννοια η οποία δεν περικλείει μόνο την πλευρά των αποτελεσμάτων από την αγορά ενός προϊόντος ή την παροχή μιας υπηρεσίας, αλλά και την ποιότητα των ανθρώπων και των διαδικασιών. Πολλοί ερευνητές σε ολόκληρο τον κόσμο επιβεβαιώνουν την σπουδαιότητα της ποιότητας και τη συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ προσπαθειών βελτίωσης της ποιότητας, αύξησης της παραγωγικότητας, περιορισμού του κόστους, ενίσχυση της ανταγωνιστικής θέσης, ικανοποίησης του πελάτη, κ.α.

Πολλοί ορισμοί και προσεγγίσεις έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς για την ποιότητα. Για πολλούς η έννοια της ποιότητας μεταβάλλεται και μετασχηματίζεται ανάλογα με τις αλλαγές στην οργάνωση και διοίκηση των οργανισμών.

Ο Juran (1986), όρισε την ποιότητα ως «καταλληλότητα προς χρήση».

Ο Crosby (1980), προσεγγίζει την ποιότητα με τον ορισμό «Ποιότητα είναι η συμμόρφωση του προϊόντος στις απαιτήσεις.

Ο Deming (1993) ορίζει «Ποιότητα είναι η ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη».

Ο Ishikawa (1985), κάνει διαχωρισμό μεταξύ στενού και ευρέως ορισμού της ποιότητας. Με τον στενό ορισμό, ποιότητα σημαίνει ποιότητα ενός προϊόντος. Αν ερμηνευτεί ευρέως, η ποιότητα σημαίνει, ποιότητα εργασίας, ποιότητα υπηρεσιών, ποιότητα πληροφόρησης, ποιότητα διαδικασιών, ποιότητα τμήματος, ποιότητα ανθρώπων, ποιότητα συστήματος, ποιότητα οργανισμού, ποιότητα αντικειμενικών στόχων κτλ.

Γενικά, η ποιότητα περιλαμβάνει την ανταπόκριση ή την υπερκάλυψη των προσδοκιών των πελατών, η ποιότητα εφαρμόζεται στα προϊόντα, στις υπηρεσίες, στους ανθρώπους, στις διαδικασίες και στο περιβάλλον· η ποιότητα αποτελεί μια διαρκώς μεταβαλλόμενη κατάσταση.

Η ποιότητα στον τομέα της υγείας είναι περισσότερο σύνθετη υπόθεση από ότι στον χώρο της βιομηχανίας. Γι' αυτό, και η βασική της μεθοδολογία και τα αντίστοιχα εργαλεία της, που δημιουργήθηκαν κατά κύριο λόγο για τις ανάγκες της βιομηχανίας, θα

πρέπει να τροποποιούνται κατάλληλα πριν από την εφαρμογή τους στην υγεία.

Η μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των τομέων της βιομηχανίας και της υγείας έγκειται στον προσδιορισμό της ποιότητας και συνακόλουθα στον τρόπο επίτευξής της. Στην βιομηχανία η ποιότητα ταυτίζεται με την απόλυτη τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος. Στόχος είναι η ύπαρξη μηδενικών αποκλίσεων/ελαττωμάτων στην διαδικασία και στο αποτέλεσμα. Στην υγεία όμως από την στιγμή που οι ασθενείς μεταξύ τους παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στους παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας τους, είναι αναμενόμενο η στατιστική ανάλυση να αναδεικνύει σημαντικές αλλά αναγκαίες διαφορές στην αντιμετώπισή τους. Για αυτό και η έννοια του μηδενικού ελαττώματος στην υγεία ταυτίζεται με την παροχή στους ασθενείς αυτού ακριβώς που έχουν ανάγκη και που επιθυμούν. Η ελαχιστοποίηση των αποκλίσεων/ελαττωμάτων στην υγεία, στην πράξη σημαίνει βελτίωση ή εξάλειψη της κακής πρακτικής και ενθάρρυνση της καλής. Η εξασφάλιση της καταλληλότερης και πλέον επιθυμητής θεραπευτικής αγωγής αποτελεί ένα περισσότερο δύσκολο εγχείρημα από ότι η επίτευξη μηδενικών αποκλίσεων στην βιομηχανία.

Επιπρόσθετα, οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ιδιαίζουσα μορφή προσωπικών υπηρεσιών ο αποδέκτης χρήστης των οποίων αναμένει πολύ περισσότερα από ότι σε οποιαδήποτε άλλη προσωπική υπηρεσία. Εκτός από την ετοιμότητα παροχής, την δυνατότητα πρόσβασης, την καταλληλότητα και την αξιοπιστία, παράγοντες που σχετίζονται με την έγκαιρη και σωστή διάγνωση, την άμεση και αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση, την υψηλή τεχνολογία, τον άμεμπτο επαγγελματισμό και την αξιοπρέπεια του πελάτη αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα αποτελώντας άμεση προτεραιότητα.

Ο Avedis Donabedian καθηγητής στη Σχολή Δημόσιας Υγείας του πανεπιστημίου Μίσιγκαν ήταν από τους πρώτους που επικέντρωσαν την προσοχή τους σε θέματα ποιότητας στο χώρο της υγείας. Πρωταρχική μέθοδός του ήταν ο διαχωρισμός της περίθαλψης σε δομή, διαδικασία και αποτέλεσμα και η επιδίωξη της ποιότητας και στους τρεις αυτούς τομείς ώστε να επιτυγχάνεται το μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο κόστος για τον ασθενή.

Η προσπάθεια για την ποιότητα στον τομέα της υγείας εστιάστηκε αρχικά στις εργαστηριακές εξετάσεις, στην κλινική μεταβλητότητα και στις ανεπιθύμητες ενέργειες. Η αξιοπιστία και η επαναληψιμότητα των ιατρικών εξετάσεων αποτέλεσαν αντικείμενα των

πρώτων ποιοτικών ελέγχων.

Η εκτεταμένη μεταβλητότητα που χαρακτηρίζει πολλές ιατρικές πράξεις είναι δείγμα κακής πρακτικής. Η αντιμετώπιση της μεταβλητότητας αυτής η οποία παρατηρείται μεταξύ των γιατρών διαφορετικών περιοχών αποτέλεσε επίσης αντικείμενο των πρώτων μελετών στην υγεία.

Στη συνέχεια το ενδιαφέρον εντοπίστηκε στην αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών. Το μεγαλύτερο μέρος των ανεπιθύμητων ενεργειών οφείλονται σε ανθρώπινο λάθος, ενώ περίπου 10% καταλήγει σε θάνατο.

Η επιδίωξη στην ποιότητα της υγείας αφορά στη λειτουργία των συστημάτων υγείας, στη λειτουργία υπηρεσιών υγείας, νοσοκομείων, εργαστηρίων κ.α. και στην παροχή μεμονωμένης φροντίδας. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις η ποιότητα στην υγεία δεν αφορά μόνο στο ιατρικό έργο αλλά επεκτείνεται σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών και φροντίδων. Γι' αυτό άλλωστε, τα τελευταία χρόνια η ποιότητα δεν αποσκοπεί μόνο στην ικανοποίηση του ασθενούς αλλά όλων των πελατών των υπηρεσιών υγείας στους οποίους συμπεριλαμβάνονται εκτός από τους ασθενείς, οι συγγενείς, οι επισκέπτες, ο κοινωνικός περίγυρος. Οι εργαζόμενοι επίσης πρέπει να θεωρούνται ως εσωτερικοί πελάτες των υπηρεσιών.

Η σύγχρονη επανάσταση στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας με τον προσανατολισμό τους στην ποιότητα οφείλεται κυρίως στην κρίση αποτελεσματικότητας, στην συνεχή αύξηση του κόστους καθώς και στη συνεχώς αυξανόμενη απαίτηση των πολιτών για καλύτερη αντιμετώπιση, πληροφόρηση και διαχείριση των υγειονομικών τους προβλημάτων.



# ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

### 1.1 Ορισμός της ποιότητας

Η ποιότητα μπορεί να οριστεί ως μία δυναμική κατάσταση η οποία συνδέεται με τα προϊόντα, τις υπηρεσίες, τους ανθρώπους τις διαδικασίες και το περιβάλλον και η οποία ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη (Παπανικολάου, 2007).

#### 1.1.1 Ποιότητα προϊόντος

Ο όρος «ποιότητα προϊόντος» έχει πολλές διαστάσεις. Ο Garvin (1988), διατύπωσε τις παρακάτω διαστάσεις τις οποίες χρησιμοποιεί ο πελάτης για την αξιολόγηση της ποιότητας για τα υλικά αγαθά:

- Απόδοση (performance). Δηλώνει το βαθμό στον οποίο το προϊόν ανταποκρίνεται στη χρήση την οποία επιθυμεί ο πελάτης.
- Αξιοπιστία του προϊόντος (reliability). Είναι το μέγεθος εκείνο το οποίο δείχνει πόσο συχνά παρουσιάζονται προβλήματα και πόσο σοβαρά είναι αυτά.
- Διάρκεια (durability). Η χρονική διάρκεια χρήσης του προϊόντος προτού χρειαστεί να επισκευαστεί ή να αντικατασταθεί.
- Επισκευή (serviceability). Πόσο εύκολα το προϊόν επισκευάζεται. Το κόστος και η ταχύτητα επισκευής και συντήρησης.
- Αισθητική (aesthetics). Η ανταπόκριση των αισθήσεων.
- Αντιληπτική ικανότητα (perceived quality). Η υποκειμενική κρίση η οποία βασίζεται στην εικόνα και στο όνομα του προϊόντος.
- Δευτερεύοντα χαρακτηριστικά (features). Ειδικά χαρακτηριστικά τα οποία προσελκύουν τον πελάτη.
- Συμφωνία με τα πρότυπα (conformance). Ο βαθμός στον οποίο τα κύρια και δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του προϊόντος συμμορφώνονται με τα πρότυπα.

### 1.1.2 Ποιότητα υπηρεσιών

Η επίγνωση της σημασίας της ποιότητας των υπηρεσιών έχει αυξηθεί ραγδαία. Το κόστος της κακής ποιότητας είναι πολύ μεγαλύτερο στις υπηρεσίες από ότι στα υλικά προϊόντα, γεγονός που σημαίνει ότι γίνεται όλο και πιο σημαντική η εστίαση στην ποιότητα των υπηρεσιών και τη βελτίωσή τους. Έρευνες από τους Purasuraman, Zeithaml and Berry (1988), έχουν δείξει ότι ανεξάρτητα από τον τύπο της υπηρεσίας, οι καταναλωτές χρησιμοποιούν βασικά παρόμοια κριτήρια στην αξιολόγηση των υπηρεσιών. Τα κριτήρια αντιστοιχούν σε 10 κατηγορίες τα οποία καλούνται καθοριστικοί παράγοντες ποιότητας υπηρεσιών:

-Αξιοπιστία (reliability).

. Σταθερότητα φροντίδας, Συνέπεια εκτέλεσης και διάρκεια στην παροχή υπηρεσιών.

-Ανταπόκριση (responsiveness). Προθυμία, ετοιμότητα των εργαζομένων να εξυπηρετήσουν τον χρήστη.

-Ικανότητα (competence). Απαραίτητα προσόντα-δεξιότητες των εργαζομένων για να εκτελέσουν την υπηρεσία.

-Πρόσβαση (access). Πόσο εύκολο είναι να έρθεις σε επαφή ή να εισχωρήσεις στην υπηρεσία.

-Ευγένεια (courtesy). Φιλικότητα και προσανατολισμός του προσωπικού στην εξυπηρέτηση του χρήστη.

-Επικοινωνία (communication). Τρόποι πληροφόρησης του χρήστη με κατανοητούς όρους και ενδιαφέρον για τις ανησυχίες του.

-Επαγγελματική πίστη (credibility). Εμπιστοσύνη, ειλικρίνεια και καλή φήμη του προσωπικού.

-Ασφάλεια (security). Σωματική ασφάλεια, όχι ρίσκο ή αμφιβολίες, εχεμύθεια.

-Κατανόηση (understanding). Σκληρή δουλειά από τους εργαζόμενους προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες και ανησυχίες του χρήστη καθώς και επίδειξη της κατανόησης στην πράξη.

-Φυσικά χαρακτηριστικά (physical tangibles). Ευχάριστο περιβάλλον εργασίας, εμφάνιση εργαζομένων και άλλων προμηθευτών.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο παράγοντας κόστος υπηρεσίας καταλαμβάνει συνήθως

χαμηλότερη θέση στην ανωτέρω ιεράρχηση των προτεραιοτήτων. Κάθε παρέκκλιση από την κάλυψη όλων αυτών των προσδοκιών δημιουργεί την αίσθηση κακής ποιότητας, των παρεχομένων υπηρεσιών.

Υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά τα οποία διαφοροποιούν τις υπηρεσίες από τα προϊόντα:

-Οι υπηρεσίες δεν είναι κάτι το απτό και για αυτό μπορεί να είναι δύσκολο να τις προσδιορίσει και να τις εξηγήσει αυτός που τις παρέχει, ενώ δύσκολη μπορεί να είναι και η αξιολόγησή τους από τον πελάτη.

-Συχνά, ο πελάτης συμμετέχει άμεσα στην παραγωγή κάποιας υπηρεσίας.

-Σε μεγάλο βαθμό, οι υπηρεσίες καταναλώνονται την στιγμή κατά την οποία παράγονται. Οι υπηρεσίες δεν μπορούν να αποθηκευτούν ή να μεταφερθούν.

-Όταν ο πελάτης πληρώνει για κάποια υπηρεσία, δε γίνεται ιδιοκτήτης κάποιου πράγματος.

-Οι υπηρεσίες είναι δραστηριότητες ή διαδικασίες και, επομένως, δεν μπορεί να τις ελέγξει ο πελάτης προτού τις αγοράσει.

-Πολλές φορές, οι υπηρεσίες αποτελούνται από ένα σύστημα υποπηρεσιών. Ο πελάτης αποτιμά το σύνολο όλων αυτών των υποπηρεσιών. Η ποιότητα και η ελκυστικότητα της υπηρεσίας εξαρτάται από τη συνολική εμπειρία την οποία είχε ο πελάτης (Παπανικολάου, 2007).

## 1.2 Η εξέλιξη της ποιότητας

Συστηματικές μέθοδοι ποιοτικού ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά με την έκρηξη της εκβιομηχάνισης και της μαζικής παραγωγής. Το 1920, οι Γερμανοί Daevs (1924) και Becker (1927) συνειδητοποίησαν ότι οι αποκλίσεις κατά τη διαδικασία παραγωγής μπορούν να περιγραφούν με στατιστικές μεθόδους. Ο Garvin (1988) προσπάθησε να χαρτογραφήσει την εξέλιξη του κινήματος της Ποιότητας. Το περιέγραψε από την άποψη τεσσάρων ξεχωριστών εποχών ποιότητας:

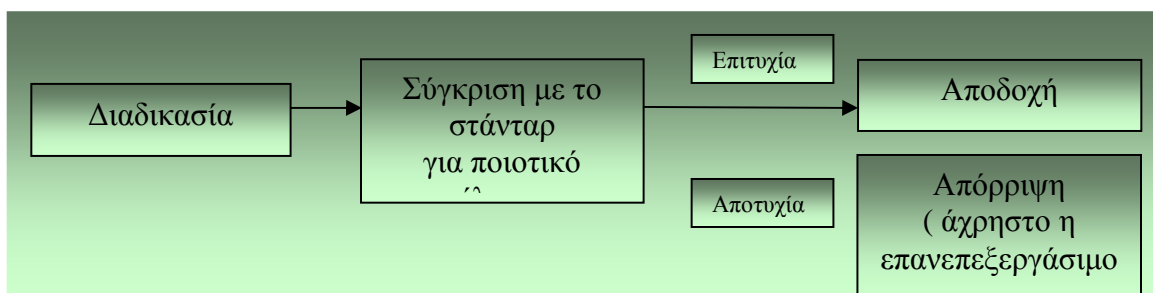
-επιθεώρηση

-στατιστικός ποιοτικός έλεγχος

-διασφάλιση ποιότητας

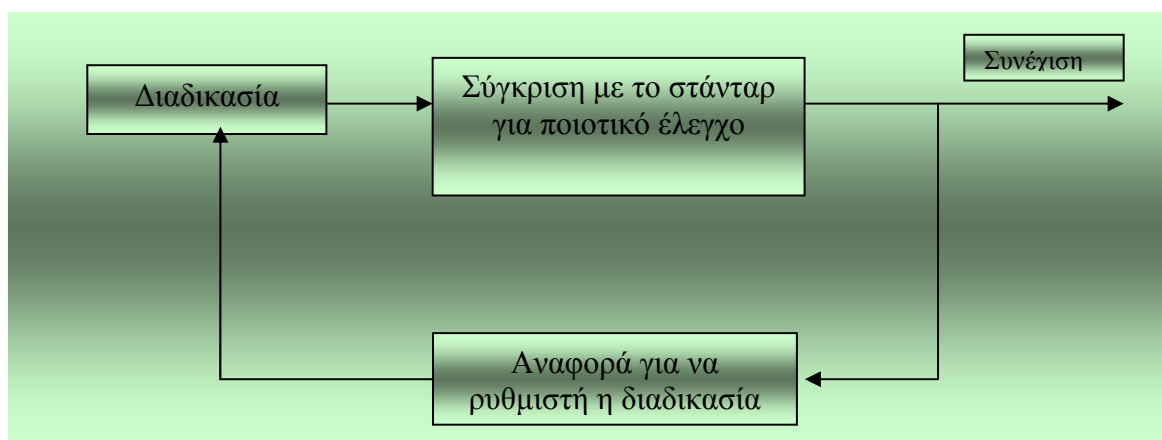
## -διοίκηση ολικής ποιότητας

Επιθεώρηση είναι δραστηριότητες όπως η μέτρηση, η εξέταση η δοκιμασία, ο υπολογισμός ενός ή περισσότερων χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή υπηρεσίας και η σύγκριση αυτών με εξειδικευμένες απαιτήσεις για να καθοριστεί η συμμόρφωση (ISO8402 ). (Σχήμα 1)



Σχήμα 1 Διαδικασία επιθεώρησης(Παπανικολάου, 2007).

Ο ποιοτικός έλεγχος εντοπίζεται στις αρχές του εικοστού αιώνα. Για πρώτη φορά η ποιότητα αντιμετωπίζεται ως μια ξεχωριστή ευθύνη της διοίκησης και ως μια ανεξάρτητη λειτουργία. Κατά την εποχή του ποιοτικού ελέγχου, αναπτύχθηκαν τα απαραίτητα μαθηματικά και στατιστικά εργαλεία του κινήματος ποιότητας. Ποιοτικός έλεγχος είναι το σύνολο των λειτουργικών τεχνικών διαδικασιών, οι οποίες επιβεβαιώνουν την ποιότητα ενός προϊόντος ή υπηρεσίας βάσει συγκεκριμένων προδιαγραφών. Η κλασική προσέγγιση στον έλεγχο ποιότητας βασίζεται σε επιθεωρήσεις του προϊόντος μετά την παραγωγή και βέβαια, την επανόρθωση αν διαπιστωθεί αστοχία. Η επανόρθωση κοστίζει πολύ περισσότερο και είναι δυσκολότερη, γιατί το κόστος κατασκευής του ελαττωματικού προϊόντος ή υπηρεσίας έχει ήδη καταβληθεί. (Σχήμα 2)



Σχήμα 2 Διαδικασία ποιοτικού ελέγχου (Παπανικολάου, 2007).

Η διασφάλιση ποιότητας οριοθετεί τη στροφή των επιχειρήσεων από τον έλεγχο της ποιότητας στην πρόληψη της ποιότητας, δίνει έμφαση στο σχεδιασμό του προϊόντος και στη διαδικασία παραγωγής. Η φιλοσοφία της διασφάλισης ποιότητας είναι ότι η παρέμβαση στην ποιότητα πρέπει να γίνει στα αρχικά στάδια σχεδίασης του προϊόντος και απαιτεί την αποτελεσματική τήρηση συγκεκριμένων προδιαγραφών στην παραγωγική διαδικασία καθώς και τη συστηματική αναπληροφόρηση με τους προμηθευτές και τους εργαζόμενους. Κατά την περίοδο της διασφάλισης της ποιότητας, τέσσερα στοιχεία εξελίχθηκαν:

- ο προσδιορισμός των εξόδων της ποιότητας,
- ο έλεγχος ολικής ποιότητας,
- ο σχεδιασμός αξιοπιστίας και
- τα μηδέν ελαττώματα (Feigenbaum 1988 ).

Η διασφάλιση της ποιότητας αποπειράται να προλάβει και να αποφύγει τα λάθη σε όλα τα σημεία του οργανισμού, τα οποία θα μπορούσαν να έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα του ολοκληρωμένου παραδοτέου προϊόντος ή υπηρεσίας. Διασφάλιση ποιότητας είναι το σύνολο των προγραμματισμένων ή συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών, οι οποίες είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή υπηρεσία θα πληροί ορισμένες προδιαγραφές. Ένα γνωστό πρότυπο διασφάλισης ποιότητας που χρησιμοποιείται σε διμερείς συμβάσεις συνεργασίας προμηθευτή-πελάτη είναι το ISO 9000-2000. Ο βασικός σκοπός του ISO 9000 είναι να διασφαλίσει στους αγοραστές ότι το προϊόν τηρεί τις προδιαγραφές και ικανοποιεί τις ανάγκες του πελάτη.

Το τέταρτο στάδιο στην εξελικτική πορεία της βελτίωσης της ποιότητας είναι η διοίκηση ολικής ποιότητας, ένα καινούργιο υπόδειγμα στην οργάνωση και διοίκηση των επιχειρήσεων. Διοίκηση ολικής ποιότητας (Total Quality Management TQM ) είναι το σύνολο των δραστηριοτήτων και μεθόδων οι οποίες εφαρμόζονται από τον οργανισμό, με στόχο την ικανοποίηση του πελάτη και την ταυτόχρονη ενεργοποίηση όλου του δυναμικού του οργανισμού ( έμψυχου και άψυχου ) με το μικρότερο δυνατό κόστος. Η διοίκηση ολικής ποιότητας μπορεί να περιγραφεί ως φιλοσοφία εκείνη του μάνατζμεντ η οποία επιζητεί τη συνεχή βελτίωση στην ποιότητα εκτέλεσης όλων των διεργασιών, προϊόντων και υπηρεσιών σε έναν οργανισμό. Η διοίκηση ολικής ποιότητας παρέχει ένα μέσο με το οποίο οι οργανισμοί μπορούν να πετύχουν συμμετοχή των εργαζομένων, ικανοποίηση των

πελατών και ανταγωνιστικότητα. Βασίζεται στην υπόθεση ότι το 90% των προβλημάτων ενός οργανισμού είναι προβλήματα διαδικασιών και όχι προβλήματα εργαζομένων. Ο Oakland (1989 ) αναφέρει ότι η διοίκηση ολικής ποιότητας είναι μια προσέγγιση για την βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ευελιξίας ενός οργανισμού στο σύνολό του. Είναι αναγκαίος ένας τρόπος οργάνωσης και συμμετοχής όλου του οργανισμού, κάθε τμήματος, κάθε δραστηριότητας, κάθε ατόμου σε κάθε επίπεδο. Τα πλεονεκτήματα της διοίκησης ολικής ποιότητας συνοψίζονται στο ότι βοηθά τους οργανισμούς να επικεντρώσουν την προσοχή τους καθαρά στις απαιτήσεις της αγοράς, να επιτύχουν απόδοση άριστης ποιότητας σε όλους τους τομείς, να θέσουν σε λειτουργία τις απλές διαδικασίες οι οποίες είναι απαραίτητες για την επίτευξη απόδοσης ποιότητας, να εξετάζουν κριτικά και συνεχώς όλες τις διαδικασίες ώστε να απομακρύνουν τις μη παραγωγικές διαδικασίες και τις απώλειες, να επισημάνουν τις βελτιώσεις οι οποίες απαιτούνται και να αναπτύξουν μέτρα απόδοσης, να αντιληφθούν πλήρως και λεπτομερώς τον ανταγωνισμό αναπτύσσοντας αποτελεσματικές ανταγωνιστικές στρατηγικές, να αναθεωρούν συνεχώς τις διαδικασίες αναπτύσσοντας τη στρατηγική της ατέρμονης βελτίωσης. Σήμερα η διοίκηση ολικής ποιότητας είναι μια διαδικασία διαρκούς προγραμματισμού, συνεχούς βελτίωσης εφαρμογής και αξιολόγησης των δομών, των συστημάτων, των διαδικασιών και των δραστηριοτήτων οι οποίες εξασφαλίζουν την ποιότητα.

Η συνεχής βελτίωση ποιότητας (continuous quality improvement, C.Q.I. ) τονίζει ότι οι οργανισμοί χρειάζονται συνεχώς ευκαιρίες να επαυξήσουν την ποιότητα των προϊόντων ή υπηρεσιών τους και με την εφαρμογή της στατιστικής ανάλυσης και των τεχνικών ελέγχου θα διευκολύνουν τις διαδικασίες αξιολόγησης και ανάπτυξης ( Juran 1988 ). Τα βασικά στοιχεία τα οποία είναι αντιπροσωπευτικά της συνεχούς βελτίωσης ποιότητας περιλαμβάνουν:

- εστίαση στον πελάτη
- συστημική άποψη
- συμμετοχή του ατόμου το οποίο υλοποιεί την εφαρμογή
- ανάλυση καθοδηγούμενη από δεδομένα
- προσδιορισμό των πολλαπλών αιτιών
- προσδιορισμός λύσης

- βελτιστοποίηση διαδικασιών
- συνεχής βελτίωση
- μάθηση του οργανισμού

Τα απαραίτητα δομικά στοιχεία για την οργάνωση και υποστήριξη της διαδικασίας συνεχούς βελτίωσης είναι:

- οργάνωση συμβουλίου ποιότητας για τον καθορισμό προτεραιοτήτων και τον έλεγχο της στρατηγικής και της εφαρμογής συνεχούς βελτίωσης ποιότητας,
- μέτρα ικανοποίησης πελατών – εισαγωγής εργαλείων έρευνας αγοράς για την παρακολούθηση της ικανοποίησης των πελατών σε διάφορα επίπεδα,
- ομάδες βελτίωσης διαδικασιών, έμφαση στη διαμόρφωση και ενίσχυση ομάδων εργαζομένων για τον χειρισμό υπαρχόντων προβλημάτων και ευκαιριών,
- αφοσίωση της ανώτατης διοίκησης· η ανώτατη διοίκηση πρέπει να καταστήσει τη διαδικασία αποτελεσματική και να καλλιεργήσει την ενσωμάτωσή της στη θεσμική δομή του οργανισμού,
- επτά βασικά εργαλεία ποιότητας, χρήση ενός ή περισσότερων από τα εργαλεία ποιότητας: διαγράμματα ροής, διαγράμματα αιτίας- αποτελέσματος, φύλλα ελέγχου, διαγράμματα ροής, διαγράμματα Pareto, διαγράμματα ελέγχου και αναλύσεις συσχέτισης, ιστογράμματα,
- στατιστική ανάλυση, χρήση στατιστικής, συμπεριλαμβανομένου του στατιστικού ελέγχου διαδικασιών, για να προσδιοριστεί και να ελαχιστοποιηθεί η απόκλιση σε διαδικασίες και πρακτικές,
- benchmarking, χρήση συγκριτικής αξιολόγησης για να προσδιοριστούν οι καλύτερες πρακτικές, να αντιγραφούν ως διαδικασίες ή να χρησιμοποιηθούν ως στόχοι επίδοσης,
- ανασχεδιασμός των διαδικασιών ( re-engineering ), διασφάλιση ότι το τελικό προϊόν συμμορφώνεται με τις απαιτήσεις των πελατών χρησιμοποιώντας τεχνικές ανάπτυξης λειτουργιών ποιότητας ή ανασχεδιασμό διαδικασιών,.

Εκτός από τα δομικά στοιχεία υπάρχουν και τα εξειδικευμένα. Δηλαδή υπάρχει ένας αριθμός πρόσθετων προσεγγίσεων και τεχνικών που συσχετίζονται με την συνεχή βελτίωση ποιότητας στον τομέα της φροντίδας υγείας

- επιδημιολογικές μελέτες,
- κλινική διακυβέρνηση,

- ανάλυση κόστους αποτελεσματικότητας, κόστους χρησιμότητας, κόστους οφέλους
- τεχνικές διαχείρισης κρίσεων κτλ.

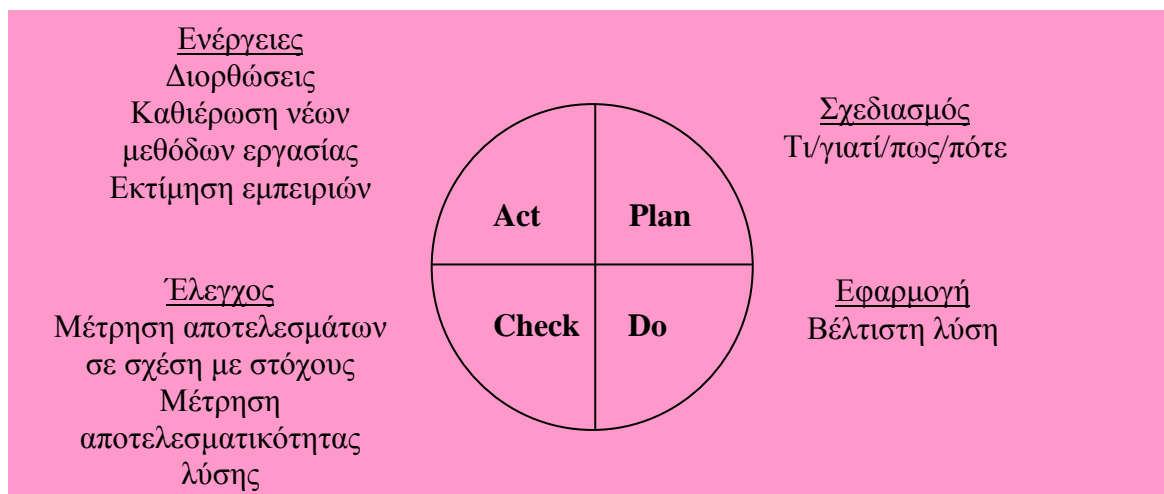
Οι τάσεις οι οποίες επηρεάζουν το μέλλον της διαχείρισης ποιότητας περιλαμβάνουν:

- τους απαιτητικούς παγκόσμιους πελάτες,
- τη μεταβολή των προσδοκιών των πελατών,
- τις αντιφατικές οικονομικές πιέσεις,
- τις νέες προσεγγίσεις της διοίκησης ( Feigenbaum 1988 ).

### 1.3 Θεωρητικοί της ποιότητας

Η αποτυχία της διοίκησης να προγραμματίσει το μέλλον, προβλέποντας τα πιθανά προβλήματα, προκαλεί σπατάλη ανθρώπινου δυναμικού, πρώτων υλών, χρόνου και μηχανών, τα οποία έχουν σαν αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους παραγωγής άρα και της τελικής τιμής του προϊόντος ( Deming, Out of Crisis 1986 ). Τα πλέον γνωστά σημεία της θεωρίας του Deming είναι:

- τα δεκατέσσερα σημεία του Deming,
- οι επτά θανατηφόρες ασθένειες,
- ο κύκλος του Deming.(σχήμα 3)



Σχήμα 3 Ο κύκλος του Deming (Τσιότρας 2002)



Ο Juran (1974 ), ορίζει την ποιότητα ως καταλληλότητα προς χρήση. Η καταλληλότητα προς χρήση είναι μια έννοια χρηστικής αξίας, η οποία ποικίλλει από τον ένα πελάτη στον άλλο. Αναλύεται σε τέσσερα στοιχεία :

- ποιότητα σχεδίασης,
- έλεγχος ποιότητας,
- διαθεσιμότητα,
- εξυπηρέτηση.

Το κυριότερο σημείο της θεωρίας του, η τριλογία του Juran, εξετάζει

- τον προγραμματισμό ποιότητας,
- τον έλεγχο ποιότητας,
- τη βελτίωση ποιότητας (“The Trilogy”, Juran 1986).

Η διοίκηση όχι το εργατικό δυναμικό, είναι αυτή η οποία ασκεί τη μεγαλύτερη επίδραση στα ζητήματα της ποιότητας. Οι εργαζόμενοι μπορούν να συμβάλλουν μόνο όσο το σύστημα τους το επιτρέπει.

Ο Crosby θεωρείται ο πατέρας της θεωρίας των « μηδέν λαθών». Είναι ο πατέρας του μηνύματος «Κάνε το σωστό με την πρώτη φορά». Προβάλλει τέσσερα αξιώματα για το μάνατζμεντ της ποιότητας:

- η ποιότητα είναι συμμόρφωση με τις προδιαγραφές. Δεν είναι κατά ανάγκη ποιοτικό κάτι που είναι «καλό» ή «κομψό»,
- η ποιότητα επιτυγχάνεται με πρόληψη και όχι με διαπίστωση της αστοχίας,
- το πρότυπο απόδοσης είναι τα μηδέν λάθη,
- η ποιότητα δε μετριέται με δείκτες αλλά με το κόστος της μη ποιότητας.

Ο Ishikawa (1985) κατέταξε τα εργαλεία στατιστικού ελέγχου σε τρία επίπεδα από την άποψη των γνώσεων στατιστικής οι οποίες απαιτούνται για την εφαρμογή τους:

- στο χαμηλότερο επίπεδο –των επτά εργαλείων- έχουμε τα εργαλεία τα οποία μπορεί να μάθε και να εφαρμόσει ο καθένας στον οργανισμό,
- στη συνέχεια έχουμε τα εργαλεία τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν από στελέχη και ειδικούς στην ποιότητα και περιλαμβάνουν τον έλεγχο υποθέσεων, τη δειγματοληψία, κτλ,
- στο τρίτο επίπεδο μπορούν να χρησιμοποιηθούν εργαλεία μόνο από ειδικούς και συμβούλους ποιότητας.

Ο Taguchi (1976) δίνει έμφαση στη μηχανική προσέγγιση της ποιότητας. Στηρίζει

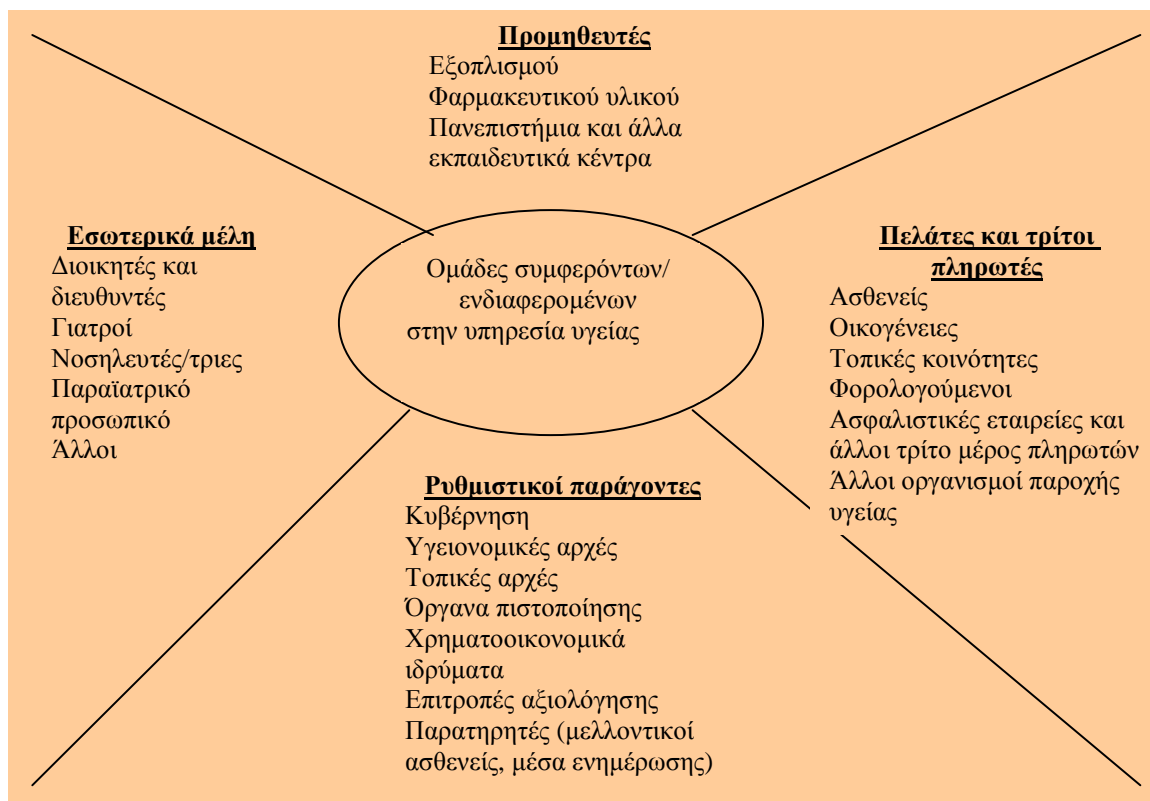
την άποψη του στο σχεδιασμό της ποιότητας δίνοντας τρία επίπεδα:

- σχεδιασμός συστήματος,
- παραμετρικός σχεδιασμός,
- σχεδιασμός ανοχής.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το ραγδαία μεταβαλλόμενο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον και η ραγδαία μεταβαλλόμενη τεχνολογία θέτουν σε αμφισβήτηση τις αντιλήψεις για την ποιότητα σε σχέση με την υγειονομική περίθαλψη. Πολλές από τις ιδέες για την ποιότητα έχουν βασιστεί στην ιατρική και χειρουργική περίθαλψη στα νοσοκομεία, χρησιμοποιώντας τις παραδοσιακές έννοιες εγγύησης ποιότητας ή ελέγχου ποιότητας.

Σύμφωνα με ένα πλαίσιο το οποίο προτάθηκε από μια ομάδα εμπειρογνομόνων στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας/Ποιότητα υγείας το 2001, η ποιότητα των συστημάτων υγείας ορίζεται ως το επίπεδο επίτευξης των εγγενών στόχων των συστημάτων υγείας για τη βελτίωση της υγείας και την ανταπόκριση στις εύλογες προσδοκίες του πληθυσμού. ( Evans, Murray 2001 ). Η ποιότητα πρέπει να αξιολογείται από την άποψη των κύριων συμμετεχόντων ( χρήστες, προμηθευτές φροντίδας, ασφαλιστικοί οργανισμοί, πολιτικοί και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας ) και σε σχέση με σαφή κριτήρια, τα οποία αντανακλούν τις αξίες που διέπουν μια δεδομένη κοινωνία.



Σχήμα 4 Ομάδες συμφερόντων/ενδιαφερομένων σε έναν οργανισμό φροντίδας υγείας (Mohanty, Santhi Haripriya 1996)

Τα πιο συχνά αναφερόμενα στοιχεία ενός «καλού» συστήματος υγείας σχετίζονται με την προσαρμογή της έννοιας εισροής – διαδικασίας – αποτελέσματος από τον Donabedian. Πρωτοπόρος στα θέματα του ορισμού και της βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία ο Avedis Donabedian ( 1980 ), προχώρησε σε μια εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας και κατέγραψε μια σειρά από σημαντικές παραμέτρους, οι οποίες επιδρούν καθοριστικά στον ορισμό της. Η πρώτη παρατήρηση έχει να κάνει με τις τρεις επιμέρους διαστάσεις στην παροχή φροντίδας:

-το τεχνικό μέρος, που αναφέρεται στην εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας καθώς και των άλλων επιστημών υγείας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενή,

-το διαπροσωπικό μέρος, που αναφέρεται στην ανθρώπινη (ψυχολογική ) διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από τον γιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, τη συμπεριφορά τους απέναντί του η οποία υπαγορεύεται από την επαγγελματική ηθική και δεοντολογία, τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών,

-η ξενοδοχειακή υποδομή, που αναφέρεται στο χώρο, το περιβάλλον και τις συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρονται οι φροντίδες, ανέσεις και ευκολίες.

Με δεδομένες τις τρεις διαστάσεις ο Donabedian προχώρησε στον πρώτο κλασικό πλέον ορισμό της ποιότητας της φροντίδας στην ιατρική, ως: «Αυτό το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ευημερία του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη την εξισορρόπηση των ωφελειών αλλά και των απωλειών οι οποίες ακολουθούν τη διαδικασία της φροντίδας σε όλα τα επιμέρους της σημεία» Donabedian ( 1980 ).

Ο Donabedian ( 1990 ), στο άρθρο με τίτλο: “The Seven Pillars of Quality” («Οι επτά στυλοβάτες της ποιότητας»), περιγράφει τα επτά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της υγειονομικής φροντίδας που ορίζουν την ποιότητα:

-κλινική αποτελεσματικότητα ( efficacy ): η βέλτιστη δυνατότητα παροχής φροντίδας με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας,

-αποτελεσματικότητα ( effectiveness ): ο βαθμός στον οποίο υλοποιούνται εφικτές υγειονομικές βελτιώσεις,

-αποδοτικότητα ( efficiency ): η ικανότητα επίτευξης των μέγιστων δυνατών υγειονομικών βελτιώσεων με το χαμηλότερο κόστος,

-βελτιστότητα ( optimality ): το ισοζύγιο κόστος – όφελος με τα μέγιστα πλεονεκτήματα,

-αποδεκτικότητα ( acceptability ): η προσαρμογή στις προτιμήσεις των ασθενών όσον αφορά στην προσπελασιμότητα, τη σχέση επαγγελματία – ασθενή, στις παροχές, τις συνέπειες της φροντίδας και το κόστος της φροντίδας,

-νομιμότητα ( legitimacy ): η οποία σχετίζεται με όλα τα παραπάνω,

-δίκαιη διανομή ωφελειών ( equity ): ο δίκαιος καταμερισμός της παροχής φροντίδας και οι επιπτώσεις στην υγεία.

Οι επαγγελματίες της υγειονομικής φροντίδας πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις προτιμήσεις των ασθενών κατά την αποτίμηση και τη διασφάλιση της ποιότητας.

Η ποιότητα δεν μπορεί να κρίνεται μόνο από τους επαγγελματίες οι οποίοι παρέχουν υγειονομική φροντίδα αλλά πρέπει να περιλαμβάνει και τις απόψεις και προτιμήσεις των ασθενών όπως επίσης και της κοινωνίας στο σύνολό της. Το 1990 το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine) ορίζει την ποιότητα στη φροντίδα υγείας ως: «το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για τα άτομα και τους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι συνεπείς με την τρέχουσα επαγγελματική γνώση» (Lohr, Donaldson, Harris – Wehling 1992, Lohr 1990). Αυτός ο ορισμός αναγνωρίζει ότι η ποιότητα βρίσκεται στα μάτια του κατόχου και τελικά αποτελεί ένα σχετικό στόχο και όχι έναν απόλυτο. Υποδηλώνει επίσης, ότι η ποιότητα εξαρτάται από την επαγγελματική γνώση η οποία δεν είναι σταθερή αλλά εξελίσσεται.

Το Ινστιτούτο Ιατρικής προσδιορίζει τέσσερις βασικούς λόγους για την ανεπαρκή ποιότητα της φροντίδας:

-την αυξανόμενη πολυπλοκότητα της επιστήμης και της τεχνολογίας,

-την αύξηση των χρόνιων καταστάσεων,

-ένα σύστημα παροχής ανεπαρκώς οργανωμένο,

-τους περιορισμούς στην εκμετάλλευση της επανάστασης στην τεχνολογία της πληροφορικής.

Επίσης, το Ινστιτούτο Ιατρικής έχει ορίσει τους στόχους ενός προγράμματος παρακολούθησης της φροντίδας υγείας.

Ο πρωταρχικός στόχος ενός συστήματος διασφάλισης ποιότητας είναι να καταστεί η φροντίδα υγείας πιο αποτελεσματική στην βελτίωση της κατάστασης υγείας και της ικανοποίησης ενός πληθυσμού, εκτός των πόρων που η κοινωνία και τα άτομα έχουν επιλέξει να ξοδέψουν για αυτή τη φροντίδα. Η διασφάλιση ποιότητας έχει επίσης, οριστεί

ως οργανωμένα προγράμματα για την προστασία και τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας, αξιολογώντας την ιατρική φροντίδα, διορθώνοντας τα προβλήματα και παρακολουθώντας τις διορθωτικές δράσεις. Τελευταία, η έννοια έχει φτάσει να περικλείει όχι μόνο αυτό που αποκαλούνταν παραδοσιακά ποιότητα – δηλαδή αποτελεσματικότητα – αλλά και αυτό που υποδηλώνει ο περιορισμός του κόστους – δηλαδή αποδοτικότητα. Ο περιορισμός κόστους περιλαμβάνει, παράλληλα με τη μείωση των εξόδων, την κατανομή των πόρων με αποδοτικό τρόπο.

Η αποδοτικότητα αποτελεί την αναλογία ενός προϊόντος προς τους πόρους οι οποίοι χρησιμοποιούνται για να παραχθεί. Για την φροντίδα υγείας αποτελεί την έκταση στην οποία η φροντίδα επιτυγχάνει αποτελέσματα ενώ ξοδεύονται όσο το δυνατό λιγότεροι πόροι.

Η αποτελεσματικότητα είναι το όφελος το οποίο επιτυγχάνεται από τον προμηθευτή φροντίδας υγείας κάτω από τις συνηθισμένες συνθήκες φροντίδας. Έχει οριστεί ως ο βαθμός στον οποίο τα συστήματα φροντίδας υγείας ή οι επαγγελματίες υγείας επιτυγχάνουν δηλωμένους ή αποδεκτούς στόχους (Cohen 2000). Σε αυτό το σημείο, οι οικονομολόγοι της υγείας αντιμετωπίζουν το πολύπλοκο ζήτημα των περιορισμένων, ανεπαρκών ή συνεχώς μεταβαλλόμενων προτύπων αποτελεσματικότητας.

Στις περισσότερες βιομηχανίες, τα πρότυπα ελέγχονται από τους managers, και μεταβάλλονται μόνο εσκεμμένα. Στη φροντίδα υγείας, η αποτελεσματικότητα μπορεί να οριστεί μόνο εν μέρει από τους managers, επειδή για τον ασθενή το επίπεδο αποτελεσματικότητας, αξιολογείται διαφορετικά. Ένα σημαντικό τμήμα του μοντέλου φροντίδας υγείας αποτελεί η ικανοποίηση των καταναλωτών. Ο Maxwell (1984), προσδιορίζει την ποιότητα αναφερόμενος σε έξι παραμέτρους:

- προσπελασιμότητα, η υπερπήδηση των πάσης φύσεως εμποδίων (γεωγραφικών, οικονομικών, γλωσσικών), προκειμένου να διασφαλισθεί η χρήση των υπηρεσιών υγείας,
- ισότητα, η παροχή υπηρεσιών οι οποίες εξυπηρετούν τις ανάγκες για όλα ανεξαιρέτως τα κοινωνικά στρώματα,
- κοινωνική αποδοχή, η άποψη του πελάτη σχετικά με τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών, η κριτική του, η αξιολόγηση της υπηρεσίας η οποία του προσφέρεται,
- σχετικότητα ως προς τις ανάγκες, συμφωνία ανάμεσα στις ανάγκες των ατόμων, στην έννοια της αρρώστιας και της αναπηρίας η οποία γίνεται δεκτή σε συγκεκριμένο

κοινωνικό σύνολο και στην υπηρεσία η οποία παρέχεται,.

-αποδοτικότητα, το χαμηλότερο δυνατό κόστος για συγκεκριμένες παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας,

-τεχνική αποτελεσματικότητα, η επίτευξη του καλύτερου τεχνικού αποτελέσματος στην θεραπεία του ασθενή (Maxwell , 1984 ) .

Η ποιότητα της φροντίδας η οποία αναμένεται από μια υπηρεσία, γίνεται σαφής με γραπτά πρότυπα τα οποία δείχνουν τον τρόπο με τον οποίο η υπηρεσία, πρέπει να παραχθεί, καθώς και τα αποτελέσματα τα οποία πρέπει να επιτευχθούν από αυτή την υπηρεσία. Ένα πρότυπο είναι μια γραπτή δήλωση αξίας κανόνων, συνθηκών και πράξεων σε έναν ασθενή ή μέλος του προσωπικού, ή το σύστημα το οποίο έχει εγκριθεί από μια αρμόδια αρχή.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υψηλής ποιότητας περίθαλψη διαθέτει τα εξής χαρακτηριστικά:

-ένα υψηλό επίπεδο επαγγελματικής υπεροχής,

-αποτελεσματικότητα στη χρήση διαθέσιμων πόρων,

-μείωση κινδύνων για τους ασθενείς,

-ικανοποίηση του ασθενή,

-τελική θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενή.

Ουσιαστικά υπάρχουν τρία επίπεδα ποιότητας για τα οποία γίνεται λόγος σήμερα. Αυτά τα επίπεδα είναι αθροιστικά, με τη δυσκολία στην επίτευξη της ποιότητας να αυξάνεται σε κάθε επίπεδο:

-ποιότητα συμμόρφωσης – συμμόρφωση με τις προδιαγραφές, η ύπαρξη μιας υπηρεσίας που πληροί προκαθορισμένα πρότυπα,

-ποιότητα απαιτήσεων – κάλυψη των συνολικών απαιτήσεων των πελατών, η ύπαρξη αντιλαμβανόμενων ιδιοτήτων μιας υπηρεσίας, οι οποίες καλύπτουν ή ξεπερνούν τις απαιτήσεις των πελατών

-ποιότητα είδους – ποιότητα τόσο εξαιρετική που να ευχαριστεί τον πελάτη, η ύπαρξη αντιλαμβανόμενων ιδιοτήτων μιας υπηρεσίας που να ξεπερνά σημαντικά τις προσδοκίες των πελατών και με τον τρόπο αυτό να ευχαριστεί τον πελάτη με την αξία της. ( Dumas et. Al. 1987).

## 2.1 Οι πελάτες των υπηρεσιών υγείας

Ο κλάδος της υγειονομικής περίθαλψης ασχολείται με όλο και πιο εξελιγμένους καταναλωτές, εργαζομένους, κυβέρνηση, οργανισμούς και άλλους πελάτες των υπηρεσιών υγείας. Με αυξημένη ευαισθητοποίηση σε θέματα ποιότητας, οι ομάδες αυτές αναζητούν τρόπους για να καθορίσουν και να μετρήσουν την ποιότητα και να λάβουν αποφάσεις για τη λήψη υγειονομικής περίθαλψης βασιζόμενοι τόσο στα αντικειμενικά στοιχεία όσο και τις αντιλήψεις της ποιότητας. Έτσι, ενώ ο κλάδος συνεχίζει να καταπιάνεται με το υποκείμενο ζήτημα των τρόπων βελτίωσης της ποιότητας της περίθαλψης και πώς μπορεί να μετρηθεί καλύτερα, μια σημαντική μεταβλητή είναι η αντίληψη της ποιότητας των υπηρεσιών μεταξύ των ασθενών, γιατρών, και πληρωτών. Η πρόκληση για τον πάροχο είναι να εκφράσει την «ποιότητα» σε σχέση με ποιούς από αυτούς τους διαφορετικούς πελάτες μπορεί να συσχετιστεί (Rowland, 1997).

### 2.1.1 Αντιλήψεις Ασθενών

Για να κατανοήσουμε τη σημασία των διαφορών μεταξύ ομάδων αγοραστών, θα μπορούσε κανείς να εξετάσει τα αποτελέσματα της διεξοδικής έρευνας σχετικά με το πώς οι καταναλωτές, οι γιατροί, και το τρίτο μέρος οι πληρωτές βλέπουν το ποιοτικό μόνιμο προσωπικό, όπως έχει πρόσφατα αναληφθεί από την Voluntary Hospitals of America (VHA), πανεθνική συμμαχία των 740 ιδιωτικών νοσοκομείων.

Η μελέτη VHA (Voluntary Hospitals of America) δημοσιοποίησε, για παράδειγμα, ότι περισσότερο από το ήμισυ των καταναλωτών που ερωτήθηκαν, δήλωσαν ότι θα μπορούσαν να προσδιορίσουν υψηλής ποιότητας νοσοκομεία στην περιοχή τους. Το πιο σημαντικό κριτήριο της ποιότητας σε πράξεις από τους ασθενείς ήταν η στάση φροντίδας των εργαζομένων, το 52 % των καταναλωτών, ακολουθούμενη από υψηλά καταρτισμένο ιατρικό προσωπικό το 38 %. Προηγμένες τεχνολογικές υπηρεσίες και ένα ευρύ φάσμα των υπηρεσιών που αναφέρθηκε το 20 % των ερωτηθέντων καταναλωτών, και το 15% στην ποιότητα εξομοιώνοντας την με την φήμη του νοσοκομείου. Καταναλωτές αναφέρονται λιγότερο στην αρμόδια διοίκηση, την αποδοτικότητα του κόστους, και τις αποτελεσματικές διαδικασίες χρέωσης ως δείκτες ποιότητας.



Τα νοσοκομεία κακώς πωλούν τα προϊόντα τους σε καταναλωτές που βασίζονται σε ιατρικές επιδόσεις. Ορισμένοι εμπειρογνώμονες μάρκετινγκ επισημαίνουν ότι είναι αναμενόμενο οι καταναλωτές να μην μπορούν να αξιολογήσουν συνολικά κλινικά δεδομένα που χρησιμοποιούνται για τον καθορισμό της ποιότητας και ότι οι καταναλωτές πάντα θα βασίζονται στην ποιότητα σχετικά με τους παράγοντες που μπορούν να αξιολογήσουν.

Τα περισσότερα νοσοκομεία δίνουν προσοχή στη χρησιμοποίηση των μέτρων της ηθικής, την νοσηρότητα, την ηλικία, το φύλο, τη φυλή και άλλες μεταβλητές,

Μερικοί διοικητές νοσοκομείων υπερασπίζονται την αποφυγή τους για την προώθηση της κλινικής ποιότητας στους καταναλωτές στη βάση ότι οι γιατροί και όχι οι ασθενείς είναι η αρχική αγορά τους, καθώς οι ασθενείς πηγαίνουν αναπόφευκτα στα νοσοκομεία με τα οποία οι γιατροί τους συνδέονται. Ωστόσο, υπάρχει ολοφάνερη τάση ως προς την επιλογή του νοσοκομείου από τους ασθενείς. Οι πιο απαιτητικοί ασθενείς δεν ακολουθούν τυφλά τις προτιμήσεις των γιατρών τους. Στη σημερινή αγορά, καταναλωτές με συνείδηση της ποιότητας είναι νέοι, μορφωμένοι, και καλύτερα ενημερωμένοι ως προς το αποτέλεσμα της διαφήμισης της υγειονομικής περίθαλψης σε συνδυασμό με τις προσπάθειες ομάδων καταναλωτών και των μέσων ενημέρωσης να εκπαιδεύσουν το κοινό. Ως εκ τούτου, οι αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα αλλάζουν μέχρι το σημείο που οι ασθενείς μαθαίνουν να επιλέγουν μεταξύ ανταγωνιστικών φορέων παροχής χρησιμοποιώντας σημαντικά κλινικά κριτήρια ποιότητας (Rowland, 1997).

### **2.1.2 Απόψεις των γιατρών**

Οι γιατροί σίγουρα αναμένεται να δώσουν πολύ μεγαλύτερη προσοχή, στα κλινικά κριτήρια από ότι οι καταναλωτές. Στην πραγματικότητα, η έρευνα VHA αποκάλυψε ότι γιατροί, σε αντίθεση με τους καταναλωτές, αποδίδουν μεγάλη σημασία στην τεχνολογία, τις εγκαταστάσεις, την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών και την υποστήριξη. Οι γιατροί επί πλέον ανέφεραν την εκπαίδευση και την έρευνα ως σημαντική συνάρτηση της ποιότητας.

Ωστόσο, όπως με τους ασθενείς, οι γιατροί τείνουν να εξισώνουν την ποιότητα με τη δομή ενός οργάνου, δομή σημαίνει τα υλικά και κοινωνικά μέσα που χρησιμοποιούνται

για να παρέχουν την φροντίδα. Αυτή περιλαμβάνει τον αριθμό, τα προσόντα του προσωπικού, τον τρόπο με τον οποίο το προσωπικό οργανώνεται και διοικείται, τον χώρο, τον εξοπλισμό και άλλες ιατρικές εγκαταστάσεις . Η αξιολόγηση της δομής είναι μια απόφαση για το αν η περίθαλψη παρέχεται υπό συνθήκες που ευνοούν την παροχή καλής φροντίδας. Ορισμένα νοσοκομεία τώρα, πωλούν υπηρεσίες με επιτυχία στους ιατρούς βασιζόμενα στην προσφορά για περισσότερα συστήματα ελέγχου της ποιότητας. Πολλά νοσοκομεία δημιουργούν συστήματα που συλλέγουν πληροφορίες σχετικά με μεταβολές στην ιατρική πρακτική προτύπων και αναμεταδίδουν τα στοιχεία αυτά στο ιατρικό προσωπικό. Πιστεύουν ότι οι ιατροί που λαμβάνουν πλήρεις πληροφορίες θα λαμβάνουν καλύτερες αποφάσεις για τη φροντίδα που παρέχουν και θα είναι σε θέση να βελτιώσουν τις επιδόσεις τους. Αν και οι γιατροί συνεχίζουν να επιλέγουν μεταξύ περισσότερων ανταγωνιστικών νοσοκομείων με βάση την γεωγραφική ευκολία ή την προτίμηση των ασθενών, υπάρχει όμως μια μεταστροφή στην επιλογή των γιατρών με βάση την αντίληψη της ποιότητας της φροντίδας για μια συγκεκριμένη ασθένεια. Σύμφωνα με εμπειρογνώμονες, τα νοσοκομεία θα πρέπει να καθορίσουν την θέση τους και να επικεντρωθούν σε αυτό που μπορούν να κάνουν καλύτερα και όχι να προσποιούνται ότι είναι τα καλύτερα σε όλη την περιοχή και με αυτόν τον τρόπο να χάνουν την ευκαιρία να διαφοροποιηθούν (Rowland, 1997).

### **2.1.3 Απόψεις των τρίτων πληρωτών**

Περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη ομάδα, αυτοί που πληρώνουν τους λογαριασμούς ασκούν μεγαλύτερη πίεση στους φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης για την ανάπτυξη ουσιαστικών κριτηρίων ποιότητας, ιδίως τα κριτήρια με βάση τα κλινικά αποτελέσματα. Οι εργοδότες, ανησυχούν ιδιαίτερα για το ρυθμό, την ταχύτητα, και την έκταση της αποκατάστασης των υπαλλήλων τους, τα οποία θεωρούν σημαντικούς παράγοντες για να επανέλθουν στην απασχόληση τους. Ασφαλιστές υγείας που παρέχουν κάλυψη ειδικών αναγκών ανησυχούν εξίσου για αυτή τη μεταβλητή.

Το τρίτο μέρος των πληρωτών (κυβερνητικές υπηρεσίες, εργοδότες, συνδικαλιστικές οργανώσεις, και ασφαλιστικές εταιρείες), εξακολουθούν να ανησυχούν για το κόστος, αλλά φαίνονται πιο σίγουροι για την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών

περιορισμού του κόστους τους από ό, τι έκαναν πριν από μερικά χρόνια. Το νέο ενδιαφέρον του τρίτου μέρους των πληρωτών, βρίσκεται στην αξία, η οποία αναζητά λεπτές ισορροπίες στοιχείων για την εξισορρόπηση της ποιότητας της φροντίδας με τα έξοδα. Μεταξύ των τρίτων πληρωτών η έννοια της ποιότητας με οποιοδήποτε κόστος έχει αντικατασταθεί από το ενδιαφέρον για την κατάλληλη προσοχή στην καλύτερη διαθέσιμη τιμή Ένας αριθμός των τρίτων πληρωτών έχει αντιληφθεί ότι η ποιότητα και η συγκράτηση του κόστους είναι ταυτόχρονα εφικτό, στην πραγματικότητα, οι υψηλής ποιότητας υπηρεσίες κοστίζουν συχνά λιγότερο από τις κατώτερης ποιότητας υπηρεσίες

Για να επιτύχουν τους στόχους τους, το μεγάλο κομμάτι του τρίτου μέρους πληρωτών, οι μεγάλοι ασφαλιστές και ομάδες εργοδοτών αναπτύσσουν τις «ποιοτικές» προδιαγραφές για τους παρόχους Αυτές περιλαμβάνουν συνήθως έρευνες ικανοποίησης ασθενών, την κατάρτιση των γιατρών, πιστοποιήσεις νοσοκομείων, και το φάσμα των υπηρεσιών που προσφέρονται. Οι πάροχοι που θέλουν να πωλήσουν τις υπηρεσίες τους στους μικρότερους του τρίτου μέρους χορηγούς συνήθως τώρα εστιάζουν στον ίδιο τύπο κριτηρίων στις εκστρατείες των μάρκετινγκ τους (Rowland, 1997).

## **2.2 Συνεχής βελτίωση -διασφάλιση ποιότητας**

Η συνεχής βελτίωση ποιότητας στην υγεία δεν ταυτίζεται με τη διασφάλιση ποιότητας αν και μερικές φορές οι έννοιες συμπίπτουν. Η σύγχυση η οποία περιβάλλει τη χρήση των όρων συνεχής βελτίωση ποιότητας και διασφάλιση ποιότητας προέρχεται σε μεγάλο βαθμό από τη διαφορά στην ποιότητα όπως αυτή διατυπώνεται στο έργο πρώιμων ηγετών στο κίνημα ποιότητας της φροντίδας υγείας και από την απλοϊκή εκλαϊκευση της ποιότητας από τις ομάδες και τους οργανισμούς φροντίδας υγείας (Παπανικολάου 2007).

Μια προσέγγιση διασφάλισης ποιότητας περιλαμβάνει την εξάλειψη των ελαττωμάτων. Σε μια γραμμή συναρμολόγησης, τα ελαττώματα αναφέρονται σε βλάβες οι οποίες εντοπίζονται σε απτά προϊόντα. Σε μια βιομηχανία υπηρεσιών, όπως η φροντίδα υγείας, τα ελαττώματα αναφέρονται στους εκτελεστές οι οποίοι διεκπεραιώνουν ανεπαρκώς ένα έργο ή υπηρεσία. Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα της ποιότητας φροντίδας. Ωστόσο, αποτελεί μόνο μια όψη της και δε θα πρέπει να συγχέεται με τη συνολική προσπάθεια ποιότητας. Τα ζητήματα ασφάλειας προκύπτουν σε

πολλές κατηγορίες – ατυχήματα κατά τη λήψη φροντίδας, ιατρικά λάθη και ιατρογενείς ασθένειες. Όλα αυτά αποτελούν δικαιολογημένες ανησυχίες σχετικά με τις προσπάθειες ποιότητας της φροντίδας υγείας (Τούντας 2003)..

Η βελτίωση ποιότητας συνήθως περιλαμβάνει ένα σύνολο κοινών χαρακτηριστικών, συμπεριλαμβανομένων των εξής:

- μια σύνδεση με τα βασικά στοιχεία του στρατηγικού σχεδίου του οργανισμού,
- ένα συμβούλιο ποιότητας το οποίο απαρτίζεται από την κορυφαία ηγεσία του ιδρύματος,
- εκπαιδευτικά προγράμματα για το προσωπικό,
- μηχανισμοί για την επιλογή ευκαιριών βελτίωσης,
- διαμόρφωση ομάδων βελτίωσης διαδικασιών,
- υποστήριξη του προσωπικού για ανάλυση και ανασχεδιασμό των διαδικασιών,
- πολιτικές προσωπικού οι οποίες κινητοποιούν και υποστηρίζουν τη συμμετοχή του προσωπικού στη βελτίωση των διαδικασιών.

Η συνεχής βελτίωση ποιότητας ( CQI ) αποτελεί τόσο μια προσέγγιση όσο και ένα σύνολο δραστηριοτήτων οι οποίες εφαρμόζονται σε διάφορα χρονικά σημεία σε έναν ή περισσότερους ευρείς τύπους πρωτοβουλιών βελτίωσης επίδοσης οι οποίες αναλαμβάνονται εντός ενός δεδομένου οργανισμού:

- προσπάθειες τοπικής βελτίωσης σε επίπεδο τμήματος ή διαδικασιών. Η τοπική βελτίωση προκύπτει όταν μια ειδική ομάδα συγκροτείται για να εξετάσει ένα συγκεκριμένο πρόβλημα ή μια ευκαιρία βελτίωσης της διαδικασίας,
- μάθηση του οργανισμού. Η μάθηση του οργανισμού προκύπτει όταν αυτή η διαδικασία καταγράφεται και οδηγεί στην ανάπτυξη πολιτικών και μεθόδων, οι οποίες υλοποιούνται στην συνέχεια,
- ανασχεδιασμός διαδικασιών. Ο ανασχεδιασμός διαδικασιών προκύπτει όταν μια σημαντική επένδυση αναμειγνύει εσωτερικούς και εξωτερικούς πόρους για να υλοποιήσει αλλαγές, συχνά συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης συστημάτων πληροφοριών, τα οποία έχουν ριζικό αντίκτυπο στις βασικές διαδικασίες του οργανισμού,
- τεκμηριωμένη ιατρική και διοίκηση που βασίζεται σε στοιχεία. Η τεκμηριωμένη ιατρική και η διοίκηση που βασίζεται σε στοιχεία περιλαμβάνει την επιλογή των καλύτερων κλινικών και διοικητικών πρακτικών οι οποίες καθορίζονται από την εξέταση της βιβλιογραφίας και τον συνυπολογισμό της εσωτερικής εμπειρίας.

Η συνεχής βελτίωση ποιότητας εμφανίζεται με πολλές μορφές, εισάγεται για πολλούς λόγους και διαθέτει ένα σύνολο ξεχωριστών χαρακτηριστικών και λειτουργιών. Αυτά τα χαρακτηριστικά και οι λειτουργίες ορίζονται συχνά ως η ουσία της καλής διοίκησης. Περιλαμβάνουν:

- την κατανόηση και την προσαρμογή του οργανισμού στο εξωτερικό περιβάλλον,
- εξουσιοδότηση των κλινικών γιατρών και των managers να αναλύουν και να βελτιώνουν διαδικασίες,
- το ρόλο κλειδί των πελατών στον προσδιορισμό της ποιότητας,
- την ανάπτυξη προσέγγισης πολλαπλών τομέων η οποία ξεπερνά τις συμβατικές τμηματικές και επαγγελματικές γραμμές, γκρεμίζοντας έτσι τους τοίχους που χωρίζουν τμήματα και επαγγελματικές ομάδες στους περισσότερους οργανισμούς υγείας,
- την υιοθέτηση μιας σχεδιασμένης, διατυπωμένης φιλοσοφίας συνεχούς αλλαγής και προσαρμογής,
- τη δημιουργία μηχανισμών για να εξασφαλιστεί η υλοποίηση των καλύτερων πρακτικών μέσω της σχεδιασμένης μάθησης του ίδιου του οργανισμού,
- την παροχή κινήτρων για μια λογική, συνεργατική προσέγγιση της ανάλυσης και βελτίωσης των διαδικασιών η οποία να βασίζεται σε στοιχεία (Παπανικολάου 2007).

### **2.3 Η εφαρμογή των αρχών του Deming στον τομέα της υγείας**

Για την αντιμετώπιση της βελτίωσης της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, οι διοικητές των νοσοκομείων στραφήκαν στις πρακτικές που χρησιμοποιούν άλλες επιχειρήσεις και βιομηχανίες όπου ο ανταγωνισμός και οι πιέσεις είναι μεγάλες.

Οι αρχές που δίδαξε ο Δρ W. Edwards Deming βοήθησαν τα αποτελέσματα των επιχειρήσεων με την εφαρμογή της διαδικασίας της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας. Παρά το γεγονός ότι η επιτυχία των αρχών Deming είναι καλά τεκμηριωμένη στον τομέα της μεταποίησης και σε μικρότερο βαθμό στον τομέα των υπηρεσιών, η χρήση τους στα νοσοκομεία είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Η μοναδική προσπάθεια μεταφοράς για χρήση από φορείς υγειονομικής περίθαλψης των δεκατεσσάρων σημείων του Deming βρίσκεται σε εξέλιξη στο Νοσοκομείο Corporation of America που κατέχει και διαχειρίζεται περίπου 400 νοσοκομεία σε όλο τον κόσμο (Rowland, 1997).

Ο Deming ανέπτυξε μια θεωρία 14 σημείων για τον τρόπο διοίκησης τα οποία

29

εφαρμόζονται και στον τομέα της υγείας.

### Σημείο 1. Αφοσίωση στον σκοπό της βελτίωσης των υπηρεσιών

Η προσήλωση στον σκοπό είναι το σημαντικότερο σημείο. Μιλάει συγκεκριμένα για το ρόλο της διοίκησης στην διοχέτευση των αρχών της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών σε έναν οργανισμό υγειονομικής περιθαλψής. Ανησυχία για μακροπρόθεσμους και όχι βραχυπρόθεσμους στόχους οι οποίοι είναι αναγκαίοι, για να επιβιώσουν τα νοσοκομεία. Οι σημερινοί διοικητές τείνουν να επικεντρώνονται στα τρέχοντα προβλήματα και όχι με το πού ο οργανισμός θέλει να βρίσκεται σε 5, 10, ή 20 χρόνια Τα όργανα που αποτυγχάνουν να καθορίσουν τους στόχους τους για το μέλλον και να τους διαβιβάσουν σε όλο το προσωπικό, δεν θα παραμείνουν στην επιχείρηση.

### Σημείο 2. Υιοθέτηση νέας φιλοσοφίας

Οι άνθρωποι πρέπει να καταλάβουν ότι είναι δυνατόν οι διαδικασίες που πρέπει να γίνουν μπορούν να γίνουν σωστά από την πρώτη φορά. Ορισμένες διαδικασίες που πραγματοποιούνται κάθε μέρα στα νοσοκομεία εκτελούνται σωστά την πρώτη φορά αλλά υπάρχει και ένα σημαντικό ποσοστό διαδικασιών που δεν εκτελείτε σωστά . Ως αποτέλεσμα των λαθών, δημιουργείται το κόστος της αναθεώρησης ή ακόμη της λιμνάζουσας κατάστασης. Επειδή είναι δυνατόν να γίνουν τα πράγματα σωστά από την πρώτη φορά, δεν είναι αποδεκτό τίποτε λιγότερο .Ενεργώντας σωστά την πρώτη φορά πρέπει να καθιερωθεί.

Στο παρελθόν οι επαγγελματίες στον τομέα της υγείας είχαν διαφορετική αντιμετώπιση της ποιότητας σε σχέση με το κόστος. Η νέα φιλοσοφία είναι ότι η αύξηση της ποιότητας με την προσέλκυση νέων χρηστών, αγοραστών και την αύξηση της αποτελεσματικότητας και της παραγωγικότητας, μεταφράζονται σε μείωση του κόστους.

### Σημείο 3. Σταματώντας την επιθεώρηση επιτυγχάνεται η ποιότητα

Η διαδικασία φροντίδας των ασθενών δεν προσφέρεται για επιθεώρηση με την παραδοσιακή έννοια του όρου. Ο απαιτούμενος αριθμός ατόμων για την ολοκλήρωση αυτού του έργου θα ήταν μεγάλος. Αντίθετα, οι έννοιες αναθεώρησης και ελέγχου κρίθηκαν ικανές να αντικαταστήσουν την επιθεώρηση. Η έκταση και η ποικιλία των εν λόγω δραστηριοτήτων, αναθεώρησης και ελέγχου, δεν έχουν μόνο επεκταθεί τα τελευταία χρόνια, αλλά βρίσκονται σε στάδιο επιτήρησης επειδή στοχεύουν περισσότερο σε απομόνωση των επιδόσεων οι οποίες πέφτουν κάτω από ένα αποδεκτό ελάχιστο. Η

βελτίωση της ποιότητας, ωστόσο, είναι χτισμένη σε συστήματα μέτρησης που επιτρέπουν στους ανθρώπους να επωφελούνται από τις ευκαιρίες για τη βελτίωση των διαδικασιών παροχής φροντίδας. Οι προκύπτουσες πληροφορίες επίσης θα μετρούσαν εάν οι αλλαγές που εισήχθησαν σε μια διαδικασία φροντίδας ολοκλήρωσαν πραγματικά τον προοριζόμενο σκοπό .

Ο πιο σημαντικός στόχος, είναι ο οργανισμός να εστιάσει την προσοχή στη βελτίωση της όλης διαδικασίας ή στο σύστημα περίθαλψης, προωθώντας την συνεργασία και τον συντονισμό, αναγνωρίζοντας τις ανάγκες κατάρτισης, καθώς και την αποτελεσματική εφαρμογή της νέας τεχνολογίας. Οι πληροφορίες και τα συστήματα μέτρησης μπορούν να υποστηρίξουν τις προσπάθειες των ανθρώπων να είναι στο μέλλον παραγωγικοί αντί να αποδίδονται ευθύνες για όσα συνέβησαν χθες. Το αποτέλεσμα είναι τι ποιότητα υγειονομικής περίθαλψης θα κληθούν να αναπτύξουν τα ιδρύματα.

Σημείο 4. Τέλος στην επιλογή των προμηθευτών με μόνο κριτήριο την τιμή.

Οι οργανισμοί φροντίδας υγείας πρέπει να εξετάσουν το συνολικό κόστος της χρήσης, και όχι μόνο την τιμή αγοράς. Ένας διευθυντής ενός νοσοκομείου δηλώνει ότι ένα ποσοστό από 30 – 50 % του καινούργιου εξοπλισμού δεν λειτούργησε σωστά την πρώτη φορά. Το κόστος που πρέπει να δαπανηθεί για να διορθωθεί η παρούσα κατάσταση είναι μεγάλο, άσχετα αν η τιμή αγοράς του εξοπλισμού ήταν χαμηλή. Ως εκ τούτου, όταν βλέπουν το κόστος χρήσης του εξοπλισμού, οι διευθυντές θα πρέπει να εξετάσουν, μεταξύ άλλων, το κόστος καθυστέρησης παράδοσης, το κόστος της εγκατάστασης, το κόστος του χρόνου μη λειτουργίας του εξοπλισμού από κακό σχεδιασμό, καθώς και το κόστος της αναποτελεσματικότητας των εργαζομένων λόγω κακής λειτουργίας του εξοπλισμού. Όταν ένα νοσοκομείο έχει κάποιους που επιθεωρούν τα στοιχεία της προσφοράς, είτε τυχαία είτε βασισμένα στην απαίτηση της επιθεώρησης του κόστους που καθορίζει το νοσοκομείο, αυτό συμβαίνει επειδή δεν έχει εταιρική σχέση με τους πωλητές των οποίων τα προϊόντα λειτουργούν σωστά κάθε φορά. Τα νοσοκομεία, επίσης, θα πρέπει να έχουν άποψη στο πρόγραμμα των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, όπως οι νοσηλευτικές σχολές και οι ιατρικές σχολές, ως προμηθευτές της εργασίας και θα πρέπει να γίνουν πλήρως εταίροι για να μειώσουν την ανάγκη επανακατάρτισης των νέων εργαζομένων. Το εκτιμώμενο κόστος του να προσλάβει μια πρόσφατα αποφοιτήσασα νοσηλεύτρια μέχρι να φτάσει σε παραγωγικό επίπεδο σε ένα νοσοκομείο είναι σημαντικό, έστω και αν μόλις ολοκλήρωσε

εκτεταμένη εκπαιδευτική προετοιμασία.

Σημείο 5. Συνεχής βελτίωση κάθε διαδικασίας για προγραμματισμό παραγωγής υπηρεσίας

Για να επιτευχθεί η νέα ποιότητα, κάθε εργαζόμενος νοσοκομείου πρέπει να γνωρίζει πώς να κάνει βελτιώσεις και πρέπει να του δοθεί η άδεια να ενεργήσει. Είναι ευθύνη της διοίκησης να εξασφαλίσει ότι κάθε εργαζόμενος ξέρει την αποστολή του νοσοκομείου και να αντιλαμβάνεται πώς ο οργανισμός καθορίζει την ποιότητα σαν μια σημαντική σχέση μεταξύ στόχων και πελατών. Στη συνέχεια, κάθε εργαζόμενος μπορεί να έχει την δυνατότητα να προβεί σε βελτιώσεις.

Σημείο 6. Κατάρτιση και επανακατάρτιση πάνω στην εργασία.

Οι εργαζόμενοι είναι τα πιο πολύτιμα περιουσιακά στοιχεία του ιδρύματος και πρέπει να καθοδηγούνται και όχι να οδηγούνται από τη διοίκηση. Το προσωπικό πρέπει να είναι εκπαιδευμένο να γνωρίζει ποια είναι η δουλειά του, γιατί γίνεται αυτή, και πώς να την βελτιώσει.

Σημείο 7. Ηγεσία του οργανισμού για τη βελτίωση συστημάτων ποιότητας

Το σύγχρονο έργο του διοικητή είναι να καθορίσει το σύστημα. Αλλά δεν μπορούν οι διοικητές να εργαστούν σε σύστημα βελτίωσης, εφόσον δεν μπορούν να καταλάβουν. Αν οι διοικητές δεν γνωρίζουν τους τρόπους να περιγράψουν συστήματα από ποσοτική άποψη και δεν ξέρουν πώς να μεταφράσουν αυτή την πληροφορία για σχεδιασμό των βελτιώσεων, δεν μπορούν να βελτιώσουν τα συστήματα. Όταν συμβεί αυτό, πάρα πολλοί διοικητές ξεπέφτουν και κατηγορούν το χαμηλό επίπεδο των εργαζομένων, εκφοβίζοντας και προτρέποντάς τους να εργαστούν σκληρότερα. Αντ' αυτού, ο ρόλος του διοικητή είναι να βοηθήσει την ομάδα να προετοιμαστεί και να βελτιωθεί και στη συνέχεια να πανηγυρίσει για τις επιτυχίες της

Σημείο 8. Απομάκρυνση του φόβου

Εάν οι εργαζόμενοι φοβούνται να κάνουν βελτιώσεις ή να υποβάλουν προτάσεις για βελτιώσεις, δεν θα γίνει τίποτα και ο χαμένος θα είναι το σύστημα ποιότητας ή ο οργανισμός.

Σημείο 9. Κατάργηση των εμποδίων μεταξύ των τμημάτων του προσωπικού

Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης έχουν πολλά τμήματα και ομάδες εργαζομένων. Είναι πολύ πιο εύκολο να διαμαρτύρονται για τους άλλους και τον τρόπο με



τον οποίο κάνουν τη δουλειά τους από το να κατανοήσουν πώς εκτελούν τα καθήκοντά τους και στη συνέχεια να συνεργαστούν για να εκτελέσουν καλύτερα τα καθήκοντα. Τα τμήματα στα νοσοκομεία συχνά υπάρχουν ως κουτιά σε ένα οργανόγραμμα. Ανταγωνισμός, όχι ομαδική εργασία, υπάρχει μεταξύ των τμημάτων, και οι εργαζόμενοι δεν σκέφτονται για την κατανομή των πόρων προς όφελος του ασθενούς. Όταν οι εργαζόμενοι σε διάφορα τμήματα δεν αντιλαμβάνονται ότι το νοσοκομείο είναι ένα σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης που αποτελείται από διασυνδεδεμένες διεργασίες, τα προβλήματα θα το διαβρώσουν.

Σημείο 10. Εξάλειψη συνθημάτων, προτροπών, θέσπιση εφικτών στόχων.

Λέγοντας απλά στον εργαζόμενο να κάνει καλύτερη δουλειά είναι προσβλητικό. Είναι πολύ πιο χρήσιμο για τους διοικητές να πουν στον εργαζόμενο τι πρέπει να κάνει για να καταστεί ευκολότερη η δουλειά του.

Σημείο 11. Εξάλειψη των αριθμητικών ποσοτώσεων για το προσωπικό και τους αριθμητικούς στόχους για τη διοίκηση.

Οι διοικητές των νοσοκομείων βρισκόμενοι υπό πίεση για την κάλυψη βραχυπρόθεσμων οικονομικών στόχων, μπορούν να επηρεάσουν σοβαρά το μακροπρόθεσμο κόστος και την ποιότητα της περίθαλψης. Με την πρόσληψη προσωπικού με σύμβαση, ενώ τα λειτουργικά έξοδα μειώνονται, αυξάνεται η δυσφορία του προσωπικού και μειώνεται η ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας. Όταν η διοίκηση στέλνει το μήνυμα ότι η ποσότητα είναι πιο σημαντική, οι εργαζόμενοι, θα αποδώσουν στην ποσότητα. Αλλά αν το μήνυμα είναι η ανησυχία για την ποιότητα, οι εργαζόμενοι θα απαντήσουν επίσης με υψηλότερη ποιότητα εργασίας.

Σημείο 12. Άρση των εμποδίων για την υπερηφάνεια στην εργασία

Η συμπεριφορά της διοίκησης που προτρέπει τους υπαλλήλους να συνεργάζονται πιο αποτελεσματικά είναι πολύ πιο σημαντική από τη συμπεριφορά που προωθεί την ατομική επίδοση. Δυστυχώς, ένας οργανισμός ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που αγνοεί την αξία της υποκίνησης του προσωπικού επηρεάζει αρνητικά την υπερηφάνεια της εργασίας. Οι διοικητές δεν πρέπει να επικεντρώνονται σε μεμονωμένες αξιολογήσεις των επιδόσεων, αλλά μάλλον στη βελτίωση των επιδόσεων των εργαζομένων με την πάροδο του χρόνου. Θα πρέπει να επιτρέπουν στους υπαλλήλους να διεκδικούν τις επιβραβεύσεις

για να έχουν υπερηφάνεια για το καλό έργο που έχουν επιτελέσει.

Σημείο 13. Οργανισμός με δραστήριο πρόγραμμα εκπαίδευσης και αυτοβελτίωσης για όλους.

Η φθηνότερη μορφή της έρευνας και της ανάπτυξης είναι ένα προσωπικό υψηλά μορφωμένο και υψηλά υποκινούμενο για να εφαρμόσει τις γνώσεις στο χώρο εργασίας. Μια τέτοια κατάσταση αποδόσεων επιστρέφει ξανά και ξανά. Ο Deming δήλωσε ότι η ποιότητα αρχίζει και τελειώνει με την εκπαίδευση· η μάθηση δεν χρειάζεται να είναι συνδεδεμένη με την εργασία ενός ατόμου, είναι πολύτιμη για τον εργοδότη και το σημαντικό είναι να κρατήσει σε εγρήγορση την δημιουργικότητα των εργαζομένων. Πολύ συχνά, επειδή η προσωπική ανάπτυξή τους δεν γίνεται προτεραιότητα από τους εργοδότες, οι εργαζόμενοι βρίσκουν άλλες χρήσεις δημιουργικότητας. αντί για την ανεύρεση τρόπων βελτίωσης της αποτελεσματικότητας του νοσοκομείου και εφαρμογής των γνώσεων για τις ανάγκες του.

Σημείο 14 Δέσμευση για τη μετατροπή.

Για να επιτευχθεί ο μετασχηματισμός απαιτούνται σημαντικοί πόροι, για αυτό δεν πρέπει να σπαταληθούν. Η βοήθεια όλων είναι αναγκαία. Οι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης δεν μπορούν να αντέξουν οικονομικά σε οποιονδήποτε άλλο τρόπο εκτός από το να βάλουν τον καθένα να εργαστεί για αυτήν την αλλαγή.

## **2.4 Διαφορές διασφάλισης ποιότητας και βελτίωσης ποιότητας**

Ο Berwick (1990) και ο Roberts (1990) έχουν εντοπίσει τις βασικές διαφορές μεταξύ διασφάλισης ποιότητας (QA) και βελτίωσης ποιότητας (QI):

Διασφάλιση ποιότητας:

- είναι μια λειτουργία εξειδικευμένου προσωπικού,
- εξετάζει τον γιατρό και άλλους που παρέχουν φροντίδα,
- αναζητεί τις αποκλίσεις από το καθορισμένο για να διορθώσει τις μη αποδεκτές διακυμάνσεις,
- ρωτάει ποιος κάνει τι εδώ,
- ρωτάει γιατί αυτό είναι διαφορετικό,
- η έκθεση της διασφάλισης ποιότητας θα μπορούσε να σημειώνει ότι η θνησιμότητα κατά

τις χειρουργικές επεμβάσεις στο νοσοκομείο π.χ. είναι 5% κάτω από το εθνικό ποσοστό και ότι δεν ανιχνεύθηκαν σημαντικά προβλήματα,

-χρησιμοποιεί πρότυπα απόδοσης,

-οι δραστηριότητες της περιλαμβάνουν γιατρούς, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες,

-οι εκθέσεις για την ποιότητα χρησιμοποιούν κριτικούς όρους όπως «τέλειος» ή «απαιτούν βελτίωση»,

-οι εκθέσεις για την ποιότητα προετοιμάζονται από εξειδικευμένο προσωπικό,

-οι εκθέσεις ζητούν συγκεκριμένες ενέργειες διαχείρισης όπως σχηματισμό ομάδων για να αναλάβουν αποστολές.

#### Βελτίωση ποιότητας(QI):

-είναι υπόθεση όλων,

-μελετά τις διεργασίες παραγωγής,

-προσέχει επίσης τις αποκλίσεις αλλά ενδιαφέρεται πολύ περισσότερο στη βελτίωση του μέσου όρου,

-ρωτάει πώς μπορεί να ολοκληρωθεί το νοσοκομειακό έργο,

-ρωτάει πώς μπορούμε να το κάνουμε συνεχώς καλύτερο,

-η έκθεση της βελτίωσης ποιότητας. θα έχετε ένα στόχο για τα επόμενα δύο χρόνια, να μειώσει το ποσοστό κάτω από 5%,

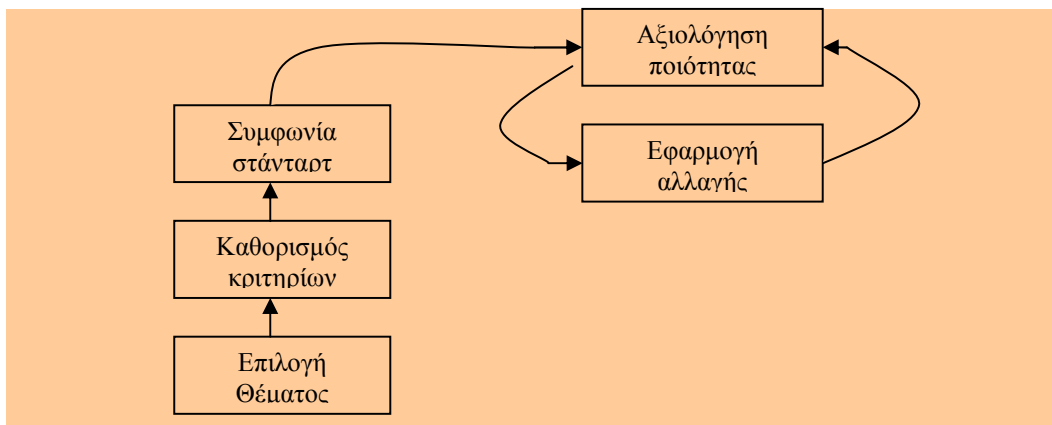
-προσπαθεί να βελτιώνει συνεχώς τις δυνατότητες των εργασιών που καλύπτουν τις προδιαγραφές οι οποίες τίθενται από τους ασθενείς, τους εργαζόμενους και από άλλους δικαιούχους στο χώρο του νοσοκομείου,

-βασίζεται στην προϋπόθεση ότι στην ανάλυση των προβλημάτων και στη διαμόρφωση των λύσεων πρέπει να συμμετέχει ένα μεγάλο φάσμα λειτουργιών και ιεραρχικών επιπέδων,

-οι εκθέσεις είναι λιγότερο κριτικές και περισσότερο αναλυτικές. Γίνεται χρήση διαγραμμάτων ροής διεργασιών και διαγραμμάτων ελέγχου,

-οι αντίστοιχες εκθέσεις συντάσσονται από μέλη των ομάδων εργασίας από κάθε τμήμα του νοσοκομείου,

-οι εκθέσεις δίνουν στους managers την πληροφόρηση την οποία ζητάνε για τη βελτίωση της ποιότητας



Σχήμα 5 Ο κύκλος διασφάλισης της ποιότητας(Τσιότρας 2002)

## 2.5 Διαχείριση αλλαγής- εφαρμογή της συνεχούς βελτίωσης

Το προσωπικό των νοσοκομείων που συμμετέχει στην αξιολόγηση της ποιότητας και την αξιολόγηση των δραστηριοτήτων έχει γίνει ιδιαίτερα ικανό στην ανάπτυξη των περίπλοκων μεθόδων. Η υπόθεση σε αυτές τις δραστηριότητες είναι ότι η διορθωτική δράση θα ακολουθήσει την τεκμηρίωση των ανεπαρκειών στις κλινικές πρακτικές και τις διαδικασίες των νοσοκομείων. Αυτή η πεποίθηση είναι σύμφωνη με την αρχή της εθελοντικής αναθεώρησης και εμπιστοσύνης επάνω στην εκπαίδευση και την αυτορύθμιση. Τα δεδομένα παρουσιάζουν, λίγες σημαντικές αλλαγές στη συμπεριφορά, στην οποία η διορθωτική δράση και τα κατάλληλα μέτρα είναι ανεπαρκή συνήθως, εκεί όπου η αναθεώρηση δεν είναι ούτε δομημένη ούτε πειθαρχημένη.

### 2.5.1 Διαδικασία θεσμικής αλλαγής

Η διαδικασία της θεσμικής αλλαγής περιλαμβάνει τα εξής σημαντικά βήματα:  
 Η αναγνώριση του προβλήματος. Αυτό περιλαμβάνει μια αναθεώρηση του νοσοκομείου με τον προσδιορισμό εκείνων των στοιχείων που είναι αντιπροσωπευτικά τάσεων και σημαντικών προβλημάτων  
 Προετοιμασία των κατάλληλων διορθωτικών μέτρων. Αυτό περιλαμβάνει την ανάπτυξη ενός σχεδίου για τη βελτίωση των επιδόσεων. Η φύση της απαιτούμενης δράσης εξαρτάται από τα αποτελέσματα των μελετών της αξιολόγησης της ιατρικής φροντίδας και

επαλήθευσης, αναθεωρήσεις διαγραμμάτων, κλπ.

Εφαρμογή. Μια προγραμματισμένη και δομημένη διαδικασία είναι απαραίτητη για να εξασφαλιστεί η συμμόρφωση με το σχέδιο διορθωτικής δράσης και μέτρησης, των αποτελεσμάτων. Λογικό αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας είναι η αποδοχή του επαγγελματία της ανάγκης για αλλαγή και την έγκρισή της στην πράξη. Η διαδικασία επιτυγχάνει αξιοπιστία στη δυναμική του νοσοκομείου. Στην πραγματικότητα, εκτός αν η σημασία των διορθωτικών ενεργειών γίνεται αποδεκτή, αυτό το βήμα δεν μπορεί να επιτευχθεί, ακόμη και κάτω από τις ευνοϊκές περιστάσεις

Τα πρώτα δύο βήματα μπορούν συνήθως να ολοκληρωθούν. Ο διαχωρισμός της οργάνωσης του νοσοκομείου μπορεί να εξηγήσει γιατί το τρίτο βήμα συχνά δεν επιτυγχάνεται και γιατί τα νοσοκομεία καθιερώνουν συνήθως αξιολόγηση ποιότητας παρά προγράμματα διασφάλισης ποιότητας (Rowland, 1997).

Για να εφαρμοστεί η διαδικασία της αλλαγής ο διοικητής πρέπει να καταλάβει την ανάγκη για την αλλαγή και να παρακινηθεί για να χρησιμοποιήσει την επιρροή του για να επιτύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Τα κατάλληλα μέσα για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι διαθέσιμα

Ο διοικητής έχει την αναγνωρισμένη ευθύνη για τη διαδικασία της αξιολόγησης της ιατρικής φροντίδας μέσω των εκθέσεων των ιατρικών πινάκων και των περιλήψεων της φροντίδας των ασθενών, δραστηριοτήτων που υποβάλλονται από την επιτροπή ποιότητας. Επιπλέον, το ιατρικό προσωπικό, για να εξασφαλίσει υψηλά πρότυπα πρέπει να διοριστεί και έπειτα να αναβαθμολογείται ετησίως.

Ρόλος του διοικητή νοσοκομείων

Ο διοικητής έχει περιορισμένη αρμοδιότητα να διαπραγματευτεί τα προβλήματα της ιατρικής φροντίδας, και η ιατρική φροντίδα δεν μπορεί να αναβαθμιστεί χωρίς τη συνεργασία του ιατρικού προσωπικού. Συχνά, ο διοικητής πρέπει να στηριχθεί κυρίως επάνω στις άτυπες μεθόδους για το προσωπικό, οι οποίες περιλαμβάνουν την πειθώ και τη διαπραγμάτευση. Αν και αναγνωρίζεται γενικά ως αποστολέας στη δραστηριοποίηση της αλλαγής, ο διοικητής δεν μπορεί πάντα να έχει επαρκή εξουσία για να είναι αποτελεσματική σε αυτόν τον ρόλο. Αυτό συσχετίζεται άμεσα με τον έλεγχο ανικανότητας του διοικητή να ελέγξει τους παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν στις αλλαγές στην οργάνωση. Παραδείγματος χάριν, ο διοικητής απαιτεί την πλήρη υποστήριξη του

διοικητικού συμβουλίου όταν υπάρχουν διαμάχες του ιατρικού προσωπικού ή συγκρούεται με τον μεμονωμένο επαγγελματία Δυστυχώς, η εξάρτηση του νοσοκομείου από τους γιατρούς εμποδίζει συχνά τη χρήση των κυρώσεων για να εξασφαλίσει τη διόρθωση των αναγνωρισμένων ανεπαρκειών.

Ο ρόλος του Ιατρικού προσωπικού

Μέσα σε κάθε νοσοκομείο, η οργάνωση του ιατρικού προσωπικού παρέχει το πλαίσιο για τη ρύθμιση της συμπεριφοράς των μελών του και το επίπεδο της περίθαλψης. Σε νοσοκομεία που έχουν εξαιρετικά δομημένες υπηρεσίες και το προσωπικό πλήρους απασχόλησης, οι εποπτικές δραστηριότητες μπορεί να είναι σχετικά αποτελεσματικές. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ωστόσο, είναι δύσκολο για το ιατρικό συμβούλιο να ελέγχει τις δραστηριότητες του προσωπικού. Αυτή η δυσκολία φανερώνεται από τις παραβατικές, ανεπαρκείς καταχωρήσεις μέσα στα ιατρικά αρχεία και στη μικρή συμμετοχή στις συνεδριάσεις των επιτροπών. Για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων, ο διοικητής συνήθως απαιτεί τη συνεργασία του ιατρικού συμβουλίου, η οποία μπορεί να απορριφθεί λόγω της παραδοσιακής απροθυμίας του ιατρικού προσωπικού για την επιβολή κυρώσεων εις βάρος συναδέλφων. Ο δισταγμός αυτός συμβάλλει σημαντικά στην θεσμική αδυναμία να προβεί σε διορθωτικές ενέργειες κατά των επαγγελματικών ανεπαρκειών. Το αποτέλεσμα των συγκρούσεων μεταξύ του διοικητή, του διοικητικού συμβουλίου, και του ιατρικού προσωπικού είναι η σύγχυση σχετικά με την αρμοδιότητα και την ευθύνη για τις δράσεις και τις αλλαγές στην πολιτική της ποιότητας. Η οργάνωση του νοσοκομείου διακρίνεται από την έλλειψη μιας ενιαίας αρχής λειτουργίας. Εκτός από αυτή τη διαπραγματεύσιμη ισορροπία δυνάμεων, η οποία αναστέλλει την αλλαγή, τα νοσοκομεία, όπως και πολλοί άλλοι οργανισμοί, πρέπει να αντιμετωπίσουν το βάρος της παράδοσης, της ασφάλειας, καθώς και την ανάγκη να διατηρηθεί το status quo. Χωρίς να ορίζεται σαφώς η ηγεσία, είναι δύσκολο για τα νοσοκομεία να αντιμετωπίσουν σοβαρά θέματα φροντίδας ασθενών που απαιτούν μια αλλαγή στη συμπεριφορά ή την κατάσταση.

## 2.5.2 Εξωτερική πίεση για αλλαγή

Οι αλλαγές στις πολιτικές των νοσοκομείων ασκούνται συνήθως από εξωτερικές και όχι εσωτερικές πιέσεις. Το πιο επιτακτικό κίνητρο είναι η αποζημίωση. Όλο και

περισσότερο, η ποιοτική φροντίδα έχει γίνει ανησυχία των συνεισφερόντων τρίτων μερών, οι αναθεωρήσεις τους έχουν επεκταθεί πέρα από τη χρησιμοποίηση στην τυποποιημένη ρύθμιση και τις συστάσεις για τα «ποιοτικά» νοσοκομεία. Ορισμένοι του τρίτου μέρους πληρωτών έχουν αρχίσει να επανεξετάζουν την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης που παρέχεται στους ασθενείς και αρνήθηκαν την πληρωμή σε νοσοκομεία τα οποία δεν εκτελούν επαρκή αριθμό ειδικών διαδικασιών ή έχουν κατώτερα πρότυπα προγραμμάτων. Πολλές υπηρεσίες υγείας έχουν συστήσει μηχανισμούς ελέγχου του κόστους που επηρεάζουν την πληρωμή για τα υποβαθμισμένα φροντίδα.

Μια άλλη σημαντική επιρροή στις πολιτικές του νοσοκομείου είναι τα σημαντικά χρηματικά ποσά που χορηγούνται στους ενάγοντες στις δράσεις καταχρήσεις. Το δικαστήριο υποστήριξε τις πράξεις ευθύνης ως από αποτρεπτικό παράγοντα φτωχών πρακτικών. Δεδομένου ότι τα νοσοκομεία και οι γιατροί εκτίθενται στην απειλή της δυσμενούς δημοσιότητας εκτός από τις οικονομικές απώλειες, υπάρχει αύξηση των κινήτρων για την πραγματοποίηση αλλαγών.

Παρότι τα νοσοκομεία ανταποκρίνονται πιο αποτελεσματικά στους εξωτερικούς ρυθμιστικούς οργανισμούς και στις νομικές ενέργειες από ό, τι στο πλαίσιο της αυτορρύθμισης, το πράττουν με συνεχή παράπονα για την γραφειοκρατική αδιαλλαξία των κανονιστικών διαδικασιών. Ορισμένες από αυτές τις αντιρρήσεις μπορούν στην πραγματικότητα να δικαιολογηθούν, αλλά οι αλλαγές στη συμπεριφορά είναι δύσκολο να επιτευχθούν χωρίς αυτές τις πιέσεις. Δεδομένου ότι τα νοσοκομεία δεν έχουν καταδείξει πειστικά την ικανότητά τους για την αυτορρύθμιση, η εξωτερική αναθεώρηση είναι πιθανό να κερδίσει την πρόσθετη υποστήριξη ως δημόσια πίεση για την υπεύθυνη τοποθέτηση (Rowland, 1997).

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

Μεγάλο τμήμα της έρευνας για την ανάπτυξη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας προήλθε από αναπτυγμένες χώρες, ιδίως από τις ΗΠΑ, το Ηνωμένο Βασίλειο, την Αυστραλία εστιάζοντας στα νοσηλευτικά ιδρύματα, την υψηλή τεχνολογία και την αυτοαξιολόγηση. Αρχική προτεραιότητα σε αυτές τις χώρες είναι η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, της Δημόσιας υγείας αλλά και η συμμετοχή των καταναλωτών. Τα προγράμματα ποιότητας καθοδηγούνται από την κυβέρνηση και από το νομοθετικό έλεγχο. Ωστόσο, η δημόσια, πολιτική και επαγγελματική δυσαρέσκεια με τις υπηρεσίες υγείας εμφανίζει μια παγκόσμια συμφωνία. Οι ανησυχίες συνδέονται ιδιαίτερα με την πρόσβαση και τη συνοχή της φροντίδας, την κλινική αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια των ασθενών, το οικονομικό αντίκρισμα, την ανταπόκριση στις προσδοκίες των καταναλωτών και τη δημόσια ευθύνη.

Στην Ευρώπη, οι βασικοί διακυβερνητικοί συντελεστές για την πολιτική της ποιότητας στη φροντίδα της υγείας είναι το Συμβούλιο της Ευρώπης (Council of Europe ), η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (European Commission ) και το Τοπικό Γραφείο για την Ευρώπη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ( WHO, Regional Office for Europe ). Άλλες επιρροές είναι οι υπηρεσίες χρηματοδότησης, όπως η Παγκόσμια Τράπεζα και εθνικές υπηρεσίες ανάπτυξης και δυνάμεις αγοράς οι οποίες προκύπτουν από την ελευθερία της μετακίνησης, την ασφάλεια, το εμπόριο και την επαγγελματική πρακτική. Λιγότερο επίσημα δίκτυα προωθούν επίσης, τη δημιουργία και την ανταλλαγή στοιχείων και μεθόδων βελτίωσης ποιότητας μέσω διεθνών εταιρειών όπως: International Society for Technology Assessment, (ISTAHC), [www.istahc.org](http://www.istahc.org), (Αξιολόγηση της Τεχνολογίας), Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations, (JCHAO), International society for Quality, (ISQua), [www.isqua.org.au](http://www.isqua.org.au), European Society for Quality in Healthcare, (ESQH) [www.esqh.net/](http://www.esqh.net/), World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners, (WONCA) [www.wonca.org](http://www.wonca.org) (Πρωτοβάθμια φροντίδα), αλλά και συνεργασιών επαγγελματικών και τεχνικών συμφερόντων όπως: European Organization for Quality, (EOQ), <http://www.eoq.org/start.html>, European Foundation for Quality Management, (EFQM), <http://www.efqm.org/> και η συνεργασία Cochrane (Cochrane collaboration,



<http://hiru.mcmaster.ca/cohrane/>).

Το Συμβούλιο της Ευρώπης (Council of Europe ) καθιέρωσε μια επιτροπή ειδικών της ποιότητας το 1995. Αυτή η επιτροπή σχεδίασε μια σειρά συστάσεων για τα υπουργεία υγείας ([www.cm.coe.int/ta/rec/1997/97\\_r17.html](http://www.cm.coe.int/ta/rec/1997/97_r17.html)), σύμφωνα με τις οποίες οι κυβερνήσεις των Κρατών – μελών θα έπρεπε να καθιερώσουν ένα σύστημα βελτίωσης ποιότητας, εφαρμόζοντας πολιτικές και δομές, οι οποίες να υποστηρίζουν την ανάπτυξη και εφαρμογή των συστημάτων βελτίωσης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας σε όλα τα επίπεδα. Η απόφαση βασίστηκε στην ιδέα ότι η λήψη φροντίδας υγείας καλής ποιότητας αποτελεί ένα θεμελιώδες δικαίωμα για κάθε άτομο και για κάθε κοινότητα, εκφράζεται δε ρητά στο άρθρο 11 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη σχετικά με τα δικαιώματα προστασίας της υγείας. Η γενική διεύθυνση για την υγεία και την προστασία των καταναλωτών, της Ευρωπαϊκής Ένωσης (European Union) αποστολή έχει την προστασία της υγείας, της ασφάλειας, των οικονομικών συμφερόντων των καταναλωτών καθώς και της δημόσιας υγείας στο επίπεδο της Ευρωπαϊκής Ένωσης ( European Community. Communication on the Health Strategy of the European Community. <http://europa.eu.int/comm/dgs/healthconsumer/generalinfo/mission.en.html>).

Αν και η παροχή υπηρεσιών υγείας αποτελεί αδιαμφισβήτητα ευθύνη του κάθε κράτους, η κοινή ατζέντα της διαφάνειας και της προστασίας των καταναλωτών επιφέρει όλο και περισσότερη κοινωνική αν όχι νομική πίεση στα κράτη για την Ευρωπαϊκή τυποποίηση, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η ελεύθερη και ασφαλής διακίνηση αγαθών, προσωπικού και καταναλωτών. Το 1998 στη Βιέννη οι υπουργοί υγείας συμφώνησαν να συνεργαστούν για την ποιότητα στη φροντίδα υγείας. ([www.bmags.gv.st](http://www.bmags.gv.st), [www.gesundheit.bmag.gv.at](http://www.gesundheit.bmag.gv.at)). Το Μάιο του 2000, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή υιοθέτησε μια νέα δημόσια στρατηγική υγείας (European Union <http://europa.eu.int/comm/health/ph/general/phpolicynew.html>) λαμβάνοντας υπόψη τις πρόσφατες νομικές και πολιτικές εξελίξεις στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Η παράγραφος 48 του εγγράφου στρατηγικής του 2000 εισήγαγε την έννοια της ενεργούς εξάπλωσης των καλύτερων πρακτικών στη φροντίδα υγείας μεταξύ των Κρατών – μελών της Ένωσης και μεταξύ αυτών που επιδιώκουν να γίνουν μέλη.

Από το 1977 η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization) [www.who.int](http://www.who.int) εισήγαγε τους παγκόσμιους στόχους της υγείας

για όλους από το έτος 2000 υιοθετώντας τη διακήρυξη του διεθνούς συνεδρίου για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, που διεξήχθη στην Alma – Ata, Ρωσία, το 1978. Στην ίδια απόφαση, τα Κράτη μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας προσκλήθηκαν να δράσουν μεμονωμένα για τη διαμόρφωση των εθνικών πολιτικών, στρατηγικών και σχεδίων δράσης για την επίτευξη αυτού του σκοπού και συλλογικά για τη διαμόρφωση τοπικών και παγκόσμιων στρατηγικών. Το 1998 η πεντηκοστή πρώτη συνέλευση επαναβεβαίωσε αυτές τις αρχές για τον 21<sup>ο</sup> Αιώνα και αφιέρωσε την υποστήριξή της για τοπικές, εθνικές πολιτικές και στρατηγικές (WHO – Europe 1999 ). Ο στόχος 16 της πεντηκοστής πρώτης συνέλευσης εστιάζει στα αποτελέσματα σαν ύστατο μέτρο ποιότητας:

Από το έτος 2010, τα Κράτη μέλη θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι η κλινική διοίκηση του τομέα υγείας, των προγραμμάτων υγείας τα οποία βασίζονται στον πληθυσμό και την ατομική φροντίδα ασθενών στο κλινικό επίπεδο, προσανατολίζεται στα αποτελέσματα υγείας.

Η Παγκόσμια Έκθεση Υγείας του 2000 (World Health Report, Geneva: WHO, 2000 [www.who.int/whr/2000/index.htm](http://www.who.int/whr/2000/index.htm) ) πρότεινε ένα πλαίσιο για την αξιολόγηση και τη βελτίωση της επίδοσης των συστημάτων υγείας σε τέσσερις βασικές λειτουργίες:

- διανομή υπηρεσιών (παροχή),
- ανάπτυξη πόρων ( επένδυση και εκπαίδευση ),
- χρηματοδότηση,
- διαχείριση ( επίβλεψη ).

Χρησιμοποίησε πέντε δείκτες για να μετρήσει τρεις κύριους στόχους:

- υγεία,
- ανταποκρισιμότητα, ( στις μη ιατρικές προσδοκίες των ατόμων )
- δίκαιη (οικονομική ) συνεισφορά.

Έτσι, 191 κράτη- ανάμεσά τους και η Ελλάδα – κατατάχθηκαν αναφορικά με:

- το συνολικό επίπεδο της υγείας του πληθυσμού,
- τις ανισότητες στην υγεία εντός του πληθυσμού,
- του συνολικού επιπέδου ανταπόκρισης του συστήματος υγείας ( ένας συνδυασμός της ικανοποίησης των ασθενών και του πόσο καλά ενεργεί το σύστημα ),
- κατανομή της ανταπόκρισης εντός του πληθυσμού ( πόσο καλά τα άτομα διαφορετικής

οικονομικής κατάστασης θεωρούν ότι εξυπηρετούνται από το σύστημα υγείας ),  
-κατανομή του οικονομικού βάρους του συστήματος υγείας εντός του πληθυσμού ( ποιος πληρώνει τα έξοδα ).

Η Ελλάδα κατέλαβε την 14<sup>η</sup> θέση ως προς την επίδοση του συστήματος φροντίδας υγείας και την 11<sup>η</sup> ως προς το επίπεδο υγείας του πληθυσμού (WHO, 2000, Κυριόπουλος, 2003 ).

Ο Ευρωπαϊκός οργανισμός για την ποιότητα εστιάζει στη διοίκηση σαν μια από τις βασικές κοινωνικές διαστάσεις της βελτίωσης ποιότητας στην φροντίδα υγείας (EOQ Conference 2003 [www.eoq2003.nl/menuitems/themes3.html](http://www.eoq2003.nl/menuitems/themes3.html) ). Ένα βασικό στάδιο για την ανάπτυξη μιας εθνικής στρατηγικής είναι η αξιολόγηση της κυρίαρχης νοοτροπίας και των μακροπρόθεσμων συνεπειών για την εκπαίδευση και την πληροφόρηση των κύριων συμμετεχόντων:

- χρηστών,
- επαγγελματιών υγείας,
- πολιτικών και
- των ατόμων που πληρώνουν.

Ένας βασικός στόχος οποιασδήποτε εθνικής στρατηγικής για την ποιότητα είναι, να προσδιοριστούν και να προωθηθούν τα κοινά συμφέροντα και οι συνεργασίες κυβερνητικών και μη κυβερνητικών συντελεστών.

Οι ΗΠΑ, η Αυστραλία, το Ηνωμένο Βασίλειο και άλλες χώρες έχουν αναγνωρίσει ευρέως την αναγκαιότητα ανάπτυξης εργαλείων για τη βελτίωση της διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας και την ανάδειξη προτεραιοτήτων στον υγειονομικό τομέα. Σημαντικές επενδύσεις έχουν γίνει στην ανάπτυξη εργαλείων μέτρησης της γνώμης των χρηστών ώστε να παρέχουν έγκυρες και αξιόπιστες πληροφορίες για την επίδοση των οργανισμών υγείας τόσο σε τοπικό όσο και σε εθνικό επίπεδο. Η επιθυμία των κυβερνήσεων αλλά και η ιδιωτική χρηματοδότηση έχουν προωθήσει την πρόοδο στο ανώτατο επίπεδο της τεχνολογίας και της επιστήμης στους τομείς αυτούς. Ανάλογες εθνικές πρωτοβουλίες ακολουθούν και άλλες χώρες τόσο σε επίπεδο κυβερνήσεων όσο και στον ιδιωτικό τομέα (Commission on Consumer Protection and Quality in the Healthcare Industry 1998).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### 4.1 Ιδιωτικός τομέας

Το ιδιωτικό νοσοκομείο έχει βασικό σκοπό την επιβίωσή του, η οποία επιτυγχάνεται με την προσέλκυση των ασθενών και την ύπαρξη θετικού ισοζυγίου μεταξύ των εσόδων και εξόδων του. Η ανάπτυξη και επιβίωση του ιδιωτικού νοσοκομείου κλινικής, το οποίο αποτελούσε ατομική επιχείρηση ενός ειδικού γιατρού ή ομάδας γιατρών, βασίσθηκε σε έσοδα που προέρχονταν από την κοινωνική ασφάλιση. Και αυτό γιατί στη δεκαετία του '80, ούτε το διαθέσιμο οικογενειακό εισόδημα ήταν αρκετό, ούτε η ιδιωτική ασφάλιση υγείας είχε στην χώρα μας εισέλθει. Έτσι, η κοινωνική ασφάλιση αποτελούσε σχεδόν την αποκλειστική πηγή εσόδου για το νοσοκομειακό τομέα, ιδιωτικού ή δημόσιου

Ο κλάδος των υπηρεσιών ιδιωτικής υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζει σημαντική ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια, η οποία αντανακλάται στη συνεχή και δυναμική αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία κερδίζουν μερίδιο αγοράς έναντι των δημοσίων, κυρίως λόγω των δυσλειτουργιών στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας (Σούλης, 2001).

Ένας βασικός παράγοντας δυναμικής των ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα είναι η ανοδική πορεία του κλάδου υγείας. Συγκεκριμένα, οι δαπάνες για υπηρεσίες υγείας έχουν αυξηθεί σε πραγματικούς όρους τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Σημειώνουμε ότι το ποσοστό δαπανών υγείας στο ΑΕΠ είναι σχετικά υψηλό για το επίπεδο του κατά κεφαλήν εισοδήματος στην Ελλάδα.

Ένας ακόμα παράγοντας της ανοδικής πορείας των ιδιωτικών νοσοκομείων είναι ότι τα τελευταία 20 χρόνια, οι Έλληνες έχουν προσθέσει πάνω από 3 έτη στο προσδόκιμο της ζωής τους. Συνεπώς, ο πληθυσμός άνω των 65 ετών έχει αυξηθεί από 1,4 εκατ. το 1991 σε 2,1 εκατ. το 2008 και αναμένεται να προσεγγίσει τα 3,5-4,0 εκατ. ως το 2050 (32,5% του συνολικού πληθυσμού έναντι 29,9% για τις χώρες του ΟΟΣΑ κ.μ.ο.).

Η τεχνολογική πρόοδος στον τομέα της ιατρικής αυξάνει τις δυνατότητες διάγνωσης και αντιμετώπισης ασθενειών, με αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού εξετάσεων και θεραπειών και συνεπώς των δαπανών υγείας. Οι υγειονομικοί οργανισμοί

και το ιατρικό προσωπικό έχουν πλεονεκτική πληροφόρηση για τις πραγματικές ανάγκες των ασθενών, την σκοπιμότητα κάθε επέμβασης καθώς και την ποιότητα των υπηρεσιών.

Ο κλάδος της ιδιωτικής υγείας στην Ελλάδα έχει ευνοηθεί από τα προβλήματα των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, με αποτέλεσμα το μερίδιο αγοράς των ιδιωτικών νοσοκομείων να έχει αυξηθεί.

Παράλληλα, ο ιδιωτικός τομέας παροχής νοσοκομειακών υπηρεσιών επιλέγει κυρίως «προσοδοφόρες» χειρουργικές περιπτώσεις σύντομης νοσηλείας.

Συγκεκριμένα, η στρατηγική ανάπτυξης των ιδιωτικών νοσοκομείων στηρίζεται σε τρία ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα έναντι των δημοσίων:

- α) υψηλού επιπέδου υπηρεσίες φροντίδας,
- β) μικροί χρόνοι αναμονής,
- γ) μηχανήματα σύγχρονης τεχνολογίας.

Είναι χαρακτηριστικό ότι η πλειοψηφία των ιδιωτικών νοσοκομείων στοχεύουν στην ιατρική τεχνολογία, ενώ αντίστοιχα ο δημόσιος τομέας εστιάζει στην κατασκευή υποδομών. Συγκεκριμένα, τα ιδιωτικά εστιάζουν τις επενδύσεις τους σε μηχανήματα τελευταίας τεχνολογίας που σχετίζονται με συχνές και προσοδοφόρες θεραπείες (όπως εγχειρίσεις καρδιάς, ορθοπεδικές ή ογκολογικές).

#### **4.2 Δημόσιος τομέας**

Η πολιτική προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών δεν είναι μία πρόσκαιρη και επιφανειακή στροφή των προηγμένων συστημάτων υγείας. Είναι πλέον διαπιστωμένο ότι η διαχείριση της ποιότητας συνδυάζεται με την αποτελεσματικότητα και τη μείωση του κόστους. Ενώ, στις Ηνωμένες Πολιτείες και στην Ευρώπη έχουν ξεκινήσει οργανωμένες προσπάθειες για την ποιοτική αναβάθμιση του νοσοκομειακού τομέα, στην Ελλάδα η οργάνωση είναι ελλιπής (Τσιότρας 2002)..

Τα ελληνικά νοσοκομεία καταναλώνουν το μεγαλύτερο τμήμα του συνολικού ποσού που διατίθεται στο σύστημα υγείας. Για το λόγο αυτό, τα νοσοκομεία αποτελούν τον κύριο στόχο της προσπάθειας για αναβάθμιση του συστήματος περίθαλψης αφού η ποιοτική και ποσοτική τους ανεπάρκεια αντανακλά σε μεγάλο βαθμό την ανεπάρκεια του συστήματος περίθαλψης.

Το ελληνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει έλλειψη επιστημονικής διαχείρισης του συστήματος, καθώς και έλλειψη επιστημονικής κατάρτισης των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων. Υπάρχει σύγχυση του εργασιακού καθεστώτος των εργαζομένων και έλλειψη προτύπων και νοσηλευτικών πρωτοκόλλων. Αυτό δεν επιτρέπει συγκριτική και εκτεταμένη αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών περίθαλψης.

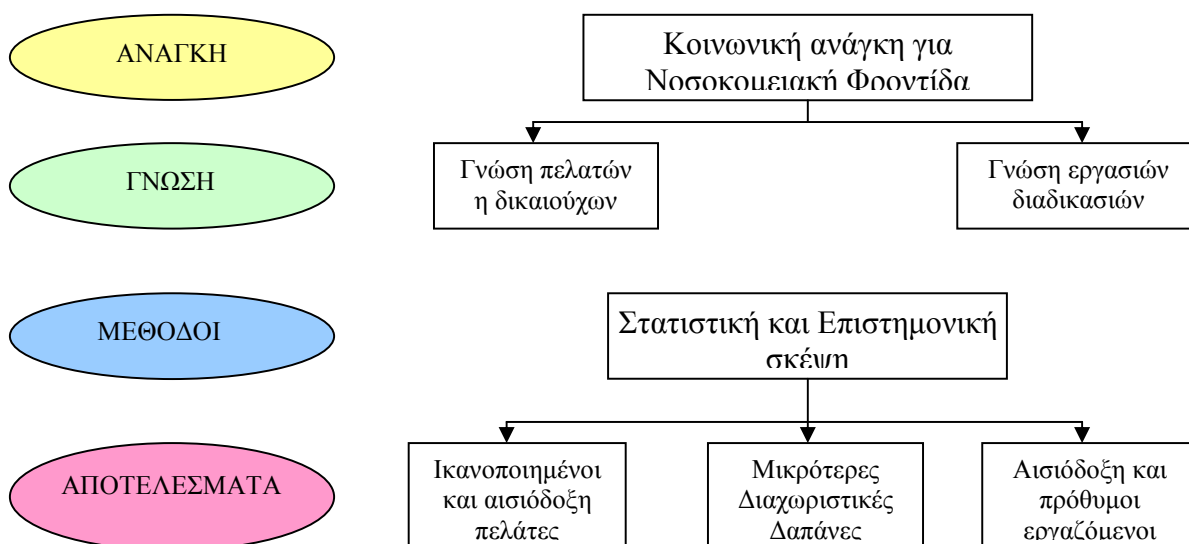
Τα προβλήματα αυτά προκάλεσαν ένα αναποτελεσματικό σύστημα υγείας που έχει άμεση ανάγκη από διορθωτικές επεμβάσεις και δράσεις, οι οποίες τις περισσότερες φορές περνούν μέσα από την εφαρμογή των προσεγγίσεων της ποιότητας. Το νοσοκομείο λόγω της πολυπλοκότητάς του και της δυναμικής του δίνει πραγματικά την ευκαιρία για την εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας.

Στην Ελλάδα σήμερα λειτουργούν 130 δημόσια νοσοκομεία (Ν.Π.Δ.Δ.) από τα οποία 105 είναι γενικά και τα υπόλοιπα 25 ειδικά.

Η ποιότητα στο δημόσιο νοσοκομείο είναι απαραίτητη για δύο λόγους

-για να έχουμε ικανοποιημένους εταίρους: τους πολίτες, τους εργαζόμενους και την πολιτική ηγεσία και

-γιατί πρέπει να γίνει ανταγωνιστικό συγκρινόμενο με άλλες χώρες, στο πλαίσιο της διοικητικής σύγκλισης των χωρών μελών της Ε.Ε., καθώς η επίτευξη στόχων και η αξιολόγηση με βάση συγκεκριμένους δείκτες, θα προσδιορίζει μελλοντικά την κατανομή των πόρων.



Σχήμα 6 Βασικά δομικά μέρη νοσοκομειακής βελτίωσης ποιότητας(Περράκης 2005)

#### **4.2.1 Προβλήματα στα νοσοκομεία**

Τα ελληνικά νοσοκομεία ως οργανισμοί, είναι Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, γεγονός που τους παρέχει αυτονομία και αυτοδιαχείριση. Στην πραγματικότητα οι παρεμβάσεις της κεντρικής εξουσίας στον τρόπο λειτουργίας είναι έντονες και συχνά αλληλοσυγκρουόμενες.

Ο δημοσιοϋπαλληλικός κώδικας ρυθμίζει την εργασιακή σχέση των εργαζομένων με το νοσοκομείο οργανισμό καθώς και άλλα θέματα που έχουν σχέση με την υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού των νοσοκομείων με αποτέλεσμα, να μη αφήνει περιθώρια διαχείρισης από μέρους των νοσοκομείων των ανθρώπινων και οικονομικών τους πόρων. Έτσι, οι διοικήσεις των νοσοκομείων έχουν ελάχιστα περιθώρια για την διοίκηση ανθρώπινων πόρων. Επίσης, με την παρέμβαση της κεντρικής εξουσίας ελέγχονται οι οικονομικοί πόροι και τα έσοδα των νοσοκομείων.

Οι ανάγκες που πρέπει να ικανοποιούν τα νοσοκομεία είναι γενικού συμφέροντος, οι οποίες όμως δεν προσδιορίζονται με αποτέλεσμα να προσφέρονται γενικά και αόριστα υπηρεσίες υγείας.

Οι εσωτερικοί κανονισμοί λειτουργίας των νοσοκομείων δημιουργούν σύγχυση με αποτέλεσμα να υπάρχουν προβλήματα μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών προσωπικού, κακή επικοινωνία και ασαφής διαχωρισμός αρμοδιοτήτων. Η έλλειψη συγκεκριμένου καθηκοντολόγιου και περιγραφής ανάλυσης θέσης εργασίας οδηγεί σε συγκρούσεις και αντιθέσεις μεταξύ ομάδων εργαζομένων. Δεν υπάρχουν κίνητρα παραγωγικότητας και συστήματα διαχείρισης ποιότητας.

Στις περισσότερες περιπτώσεις οι διοικήσεις των νοσοκομείων δεν διαθέτουν την εξειδικευμένη γνώση και εμπειρία που απαιτεί το νοσοκομειακό περιβάλλον.

Παρά τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, το ελληνικό κράτος την τελευταία δεκαετία έχει ευαισθητοποιηθεί σε θέματα ποιότητας στην υγεία και έχει προβεί σε νομοθετικές ενέργειες προς την κατεύθυνση αυτή.

#### **4.2.2 Νομοθεσία**

Στην Ελλάδα, ο νόμος 2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού

Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 165, 21 Αυγούστου 1997 ) αναφέρεται κατ' αρχήν έμμεσα στο θέμα της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Στο άρθρο 1, κατοχυρώνονται τα δικαιώματα των ασθενών με τη σύσταση στο Υπουργείο υγείας αυτοτελούς υπηρεσίας «ελέγχου και προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών» καθώς και τη λειτουργία σε κάθε νοσοκομείο γραφείου επικοινωνίας με τον πολίτη ( άρθρο 1§4 ).

Το άρθρο 9, θεσμοθετεί τον ποιοτικό έλεγχο των προσφερομένων υπηρεσιών. Η σημαντική αυτή αποστολή ανατίθεται στο Ινστιτούτο έρευνας και ελέγχου της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Σκοπός αυτής αυτοτελούς μονάδας σύμφωνα με τον νόμο 2519/1997, είναι :

- η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας,
- η στατιστική ανάλυση και η οικονομική αξιολόγηση των ιατρικών πράξεων και των υπηρεσιών υγείας,
- ο έλεγχος διασφάλισης ποιότητας των υπηρεσιών υγείας,
- η χορήγηση πιστοποιητικών και βεβαιώσεων διασφάλισης της ποιότητας για τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγεία, τα εργαστήρια, τις κλινικές, τα ιατρεία και κάθε μορφής υπηρεσίες υγείας,
- η συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς και ερευνητικά κέντρα στον τομέα επιστημών υγείας,
- η σύνταξη και υποβολή εκθέσεων για τις ιατρικές υπηρεσίες, αυτεπάγγελτα ή κατόπιν εντολής του Υπουργού Υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.

Το παραπάνω ινστιτούτο δε λειτούργησε μέχρι σήμερα όπως προέβλεπε ο νόμος.

Το άρθρο 11, συστήνει Συμβούλιο συντονισμού ενιαίας δράσης υπηρεσιών υγείας, για το σχεδιασμό ανάπτυξης των υπηρεσιών, τη χωροταξική κατανομή της βιοϊατρικής τεχνολογίας και την κατάρτιση προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης. Την καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, την ελεύθερη επιλογή από τους πολίτες ( άρθρο 32 ) καθώς και την οργάνωση και λειτουργία δικτύων παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ( άρθρο 31 ).

Άλλη μια μεταρρυθμιστική προσπάθεια έλαβε χώρα με το νόμο 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 37, 2 Μαρτίου, 2001 ).



Η μεταρρύθμιση αυτή στόχευε:

- στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και στην καθιέρωση ποιοτικού ελέγχου στις μονάδες παροχής υπηρεσιών,
- στην ορθολογική κατανομή και αποτελεσματική διαχείριση ανθρώπινων και υλικών πόρων ,
- στην συνεχή βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

Με βάση τους στόχους αυτούς, θεσμοθετήθηκαν όργανα και διαδικασίες όπως:

- ποιοτικός έλεγχος των υπηρεσιών υγείας από το κέντρο ποιότητας του Εθνικού Ινστιτούτου ποιότητας (άρθρο 3§5 ),
- τμήμα βελτίωσης και ελέγχου ποιότητας στα Π.Ε.Σ.Υ με σκοπό την καθιέρωση κριτηρίων αξιολόγησης και βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας και τον έλεγχο της εφαρμογής τους σε συνεργασία με το Ινστιτούτο έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σε νοσοκομεία με 400 και άνω κλίνες ( άρθρο 6§6 ),

Με τις ρυθμίσεις του ΠΔ 84/2001 που αφορούν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας η εκτελεστική επιτροπή του Κ.Ε.Σ.Υ. συνιστά ειδικές μόνιμες επιτροπές για τον έλεγχο των φορέων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ο έλεγχος αυτός είναι τακτικός ( τουλάχιστον μια φορά το χρόνο για κάθε φορέα ) ή έκτακτος και αφορά κυρίως την τήρηση των προδιαγραφών κτηριακής και τεχνολογικής υποδομής, την εφαρμογή των υγειονομικών διατάξεων, το σεβασμό των κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας και των ατομικών δικαιωμάτων των πολιτών καθώς και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ( άρθρο 16§3 ).

Ο ποιοτικός έλεγχος διενεργείται από το Ινστιτούτο έρευνας και ελέγχου ποιότητας των υπηρεσιών υγείας ( άρθρο 16§5 ) και αφορά την αξιοπιστία των εφαρμοζόμενων μεθόδων, την εξειδίκευση και επάρκεια του προσωπικού, την καταλληλότητα και την ενδεδειγμένη χρήση των χρησιμοποιούμενων υλικών, την τήρηση των υγειονομικών διατάξεων και των μέτρων προστασίας των ασθενών και των εργαζομένων.

Το ΠΔ 357/2001 αναφέρεται στα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και ορίζει (άρθρο 1 ) ως αποστολή τους:

- την ανάπτυξη ολοκληρωμένων Συστημάτων παροχής υπηρεσιών που θα εγγυώνται μια πλήρη δέσμη υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, από την Π.Φ.Υ. και την νοσοκομειακή περίθαλψη μέχρι τη μετανοσοκομειακή στήριξη, την αποκατάσταση και κατ' οίκον

νοσηλεία, καθώς και την πρόληψη των ασθενειών, τη διασφάλιση της αποτελεσματικής οργάνωσης και διοίκησης όλων των μονάδων υγείας του Ε.Σ.Υ της Περιφέρειας τους, με στόχο την υψηλότερη δυνατή αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα τους, τη διαρκή αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και τη συλλογή των απαραίτητων στοιχείων.

Για την επιτυχία της αποστολής των Πε.Σ.Υ. το διάταγμα συνιστά:

-Τμήμα βελτίωσης και ελέγχου ποιότητας για την καθιέρωση και εφαρμογή κριτηρίων αξιολόγησης και προαγωγής των υπηρεσιών υγείας σε συνεργασία με το Ινστιτούτο έρευνας και ελέγχου ποιότητας ( άρθρο 5, εδάφ. Β ),

-Τμήμα έρευνας και ανάπτυξης για την εφαρμογή εκπαιδευτικών και ερευνητικών προγραμμάτων και την παρακολούθησή τους μέσω της επιτροπής ηθικής και δεοντολογίας για την τήρηση των διεθνών κανόνων περί δεοντολογίας, βιοηθικής, προστασίας του περιβάλλοντος, εφαρμογών της βιοτεχνολογίας και χρήσης πειραματόζωων ( άρθρο 5, εδάφ. Γ ),

Η επόμενη μεταρρυθμιστική προσπάθεια έλαβε χώρα με το νόμο 3172/2003 για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Η μεταρρύθμιση αυτή αφορά την οργάνωση και τον εκσυγχρονισμό των Υπηρεσιών δημόσιας υγείας και θεσμοθετεί:

-Σύσταση Εθνικού συμβουλίου δημόσιας υγείας ( άρθρο 6 ), το οποίο λειτουργεί, βάσει αναγνωρισμένης και τεκμηριωμένης γνώσης και έχει, μεταξύ άλλων, τις παρακάτω αρμοδιότητες: α) γνωμοδοτεί και προτείνει λύσεις σε θέματα αξιολόγησης κινδύνων της δημόσιας υγείας, β) υποβάλλει προτάσεις για τη διαμόρφωση εθνικής στρατηγικής δημόσιας υγείας, γ) γνωμοδοτεί για το σχέδιο αξιολόγησης της ποιότητας της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, και δ) γνωμοδοτεί για τις ερευνητικές προτεραιότητες στη δημόσια υγεία.

Με στόχο το συντονισμό των πολιτικών και των δράσεων της δημόσιας υγείας με αυτές άλλων φορέων, συνιστάται η σύσταση Γενικής Διεύθυνσης δημόσιας υγείας (άρθρο9 ), η οποία : α) καθορίζει τις αρχές για τον ποιοτικό έλεγχο των υπηρεσιών υγείας, β) ελέγχει την εφαρμογή της πολιτικής για τη δημόσια υγεία και αξιολογεί το σύνολο των υπηρεσιών και των φορέων δημόσιας υγείας, γ) μεριμνά για το συντονισμό των δράσεων όλων των φορέων δημόσιας υγείας, και δ) σε περιπτώσεις κρίσεων ή απειλών για τη δημόσια υγεία, λαμβάνει αποφάσεις και εφαρμόζει μέτρα με βάση την επιστημονική τεκμηρίωση και τα αποτελέσματα της αξιολόγησης του κινδύνου των κρίσεων.

Σύσταση Περιφερειακού Συμβουλίου δημόσιας υγείας σε κάθε Περιφέρεια ( άρθρο 10 ).

Η Διεύθυνση δημόσιας υγείας και πρόνοιας της Περιφέρειας συντάσσει ανά διετία και υποβάλλει την τακτική έκθεση για τη Δημόσια υγεία στην Περιφέρεια ( άρθρο 13 ), η οποία λαμβάνει:

- δημογραφικά και επιδημιολογικά δεδομένα,
- ανάλυση των σημαντικότερων προβλημάτων δημόσιας υγείας,
- καταγραφή των δραστηριοτήτων των υπηρεσιών της Περιφέρειας και
- αναφορά των στόχων και προτεραιοτήτων για την επόμενη διετία.

Σύνταξη του χάρτη υγείας της χώρας ( άρθρο 18 ) ως ένα διαχρονικό σύστημα δεδομένων και δεικτών όπως:

- δημογραφικά και πρωτογενή επιδημιολογικά στοιχεία,
- στοιχεία για τους ανθρώπινους και υλικούς πόρους της υγείας,
- αναλυτικά στοιχεία για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας,
- στοιχεία κόστους των υπηρεσιών,
- ποιοτικά στοιχεία, όπως η ικανοποίηση των πολιτών και
- περιβαλλοντικά, οικονομικά και κοινωνικά δεδομένα.

Η μεταρρύθμιση με το νόμο 3235/2004 για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στοχεύει στην ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών σε ένα σύστημα ολοκληρωμένης, επαρκούς και ποιοτικής φροντίδας υγείας, μέσω της παραπομπής και παρακολούθησης της διακίνησής τους από τον οικογενειακό ή προσωπικό γιατρό του συστήματος υγείας. Με βάση αυτόν το στόχο θεσμοθετεί όργανα και διαδικασίες οι οποίες συμβάλλουν στην ποιοτική αναβάθμιση της φροντίδας υγείας: γεωγραφική τομεοποίηση του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, μέσα στα όρια κάθε Πε..Σ.Υ.Π., με κριτήρια τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού αναφοράς και τη διάρθρωση των υφιστάμενων δομών ( άρθρο 6§1,2 ). Σύσταση ειδικών τομεακών επιτροπών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για τη διασύνδεση και το συντονισμό των Κέντρων Υγείας Ε.Σ.Υ., των Κέντρων Υγείας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης και των υπολοίπων Μονάδων Παροχής Π.Φ.Υ., της Περιφέρειας ( άρθρο 6§3 ).

Εγκατάσταση πλήρους υποδομής, σε κάθε Φορέα Π.Φ.Υ., για την τήρηση ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου των πολιτών με όλα τα δεδομένα που αφορούν την υγεία τους ( άρθρο 9§1,2 ). Εισαγωγή της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας του πολίτη ( άρθρο 9§4 ),

Διασφάλιση της προστασίας των ιατροασφαλιστικών δεδομένων και πληροφοριών ( άρθρο 9§5 ).

Σύσταση Φορέα πιστοποίησης Κέντρων υγείας ο οποίος ελέγχει τους φορείς παροχής Π.Φ.Υ., συντάσσει και υποβάλλει ετήσιες εκθέσεις αξιολόγησης στα αρμόδια υπουργεία ( άρθρο 13 ).

Η αξιολόγηση και η πιστοποίηση ( άρθρο 12 ) γίνεται με βάση:

- τη στελέχωση,
- την ιατρική υποδομή και εξοπλισμό,
- την υποδομή μηχανοργάνωσης,
- τη τήρηση υγειονομικών διατάξεων και μέτρων προστασίας,
- τη ποιότητα τήρησης των διαδικασιών,
- την εξυπηρέτηση του κοινού,
- τη ξενοδοχειακή υποδομή,
- τη διασύνδεση των φορέων Π.Φ.Υ. μεταξύ τους και με τους φορείς νοσοκομειακής περίθαλψης και
- την πρόσβαση.

Μια νέα μεταρρυθμιστική προσπάθεια έλαβε χώρα με το νόμο 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ81, 4 Απριλίου, 2005 ).

Σε θέματα ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας προχωράει ένα βήμα παραπάνω με την ανάθεση στο τμήμα βελτίωσης και ελέγχου ποιότητας των νοσοκομείων Ε.Σ.Υ.Κ.Α να προχωρήσουν σε διαδικασία πιστοποίησης και διαπίστευσης σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα.

Η νέα νομοθετική ρύθμιση προβλέπει στο κεφάλαιο Α την «περιφερειακή συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης». Η νομοθετική ρύθμιση διαίρεσε την επικράτεια σε υγειονομικές περιφέρειες οι οποίες ταυτίζονται με τις διοικητικές. Έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας ορίζει την αντίστοιχη της διοικητικής. Κατ' εξαίρεση η περιφέρεια Αττικής διαιρείται σε τρεις υγειονομικές περιφέρειες και οι περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου σε δύο η κάθε μια.

Στο άρθρο 2, «σκοπός των Δ.Υ.ΠΕ.» αναφέρεται α) Ο προγραμματισμός,

συντονισμός, εποπτεία και έλεγχος στα όρια της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (εφεξής ΦΠΥΥΚΑ).

Το άρθρο 4, «Οργάνωση και Στελέχωση της Δ.Υ.ΠΕ.» αναφέρεται στην συγκρότηση των γραφείων και των διευθύνσεων της Δ.Υ.ΠΕ. και στην § 1 προβλέπεται: «β) Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας» το οποίο υποστηρίζει τους ΦΠΥΥΚΑ της οικείας περιφέρειας προκειμένου να ενταχθούν σε διαδικασίες πιστοποίησης και διαπίστευσης.

Στο κεφάλαιο Β, το οποίο αναφέρεται στα νοσοκομεία Ε.Σ.Υ.Κ.Α στο άρθρο 7 «διοίκηση νοσοκομείων Ε.Σ.Υ.Κ.Α» στην§ 9 ο αναπληρωτής διοικητής του νοσοκομείου έχει την αρμοδιότητα για την μέριμνα και την πιστοποίηση της ποιότητας των υπηρεσιών του νοσοκομείου σε συνεργασία με τον διοικητή του νοσοκομείου.

#### **4.2.3 Αποτελεσματική και ποιοτική λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας**

Κάθε χώρα αντιμετωπίζει τις δικές της προκλήσεις, υπάρχουν πολλές εμπειρίες τις οποίες οι χώρες μπορούν να ανταλλάξουν μεταξύ τους σχετικά με τον ορισμό, τη μέτρηση και τη βελτίωση της ποιότητας. Μια κοινή εμπειρία είναι ότι η βελτίωση της ποιότητας εξαρτάται δευτερευόντως από την ύπαρξη περισσότερου προσωπικού, εξοπλισμού ή χρημάτων και κυρίως από την αναδιοργάνωση της διαχείρισης των πόρων που ήδη υπάρχουν. Σχετίζεται περισσότερο με τη συμπεριφορά παρά με την τεχνολογία. Γι' αυτό το λόγο, το ανοιχτό πνεύμα, η εμπιστοσύνη, η παροχή κινήτρων και η αφοσίωση αποτελούν τα θεμέλια μιας νοοτροπίας ποιότητας. Για την αποτελεσματική και ποιοτική λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας προτείνεται η εφαρμογή των υφιστάμενων μεταρρυθμίσεων για τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του Ε.Σ.Υ. Αυτό απαιτεί:

- πολιτική βούληση,
- κοινωνική αποδοχή,
- συστηματικό ποιοτικό και διαχειριστικό έλεγχο,
- πλήρη ανάπτυξη της μηχανοργάνωσης του συστήματος υγείας και
- διασύνδεση των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας με τη χρήση ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος, επεξεργασία ανά τακτά χρονικά διαστήματα των συγκεντρωμένων στοιχείων με σκοπό την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων,

- τη διαφάνεια στις διαδικασίες και τα αποτελέσματα αυτών,
  - τη μεταρρύθμιση της χρηματοδότησης του συστήματος,
  - την ενεργό συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων πληθυσμιακών ομάδων,
  - την ενίσχυση του προσωπικού με οικονομικά, επιστημονικά και ηθικά κίνητρα,
- Την αποτελεσματική επικοινωνία με του πολίτες κ.α.(Παπανικολάου 2007).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ

Στην Παγκόσμια έκθεση υγείας το 2000, συζητήθηκε ότι η οργάνωση, η διαμόρφωση και η παροχή των υπηρεσιών υγείας επηρεάζουν τη συνολική επίδοση του συστήματος υγείας. Αυτή η έκθεση εισήγαγε την έννοια της διαχείρισης, δηλώνοντας ότι οι κυβερνήσεις θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι το σύστημα φροντίδας υγείας των χωρών τους παρέχει τις βέλτιστες υπηρεσίες υγείας στον πληθυσμό τους. Για να επιτευχθεί αυτό, πρέπει να δοθεί έμφαση στην ανάπτυξη συστημάτων τα οποία ελέγχουν και ρυθμίζουν την επίδοση των προμηθευτών φροντίδας υγείας, ιδίως των νοσοκομείων, καθώς τέτοια συστήματα είναι ακόμη ανεπαρκώς αναπτυγμένα σε όλη την Ευρώπη.

Οι νοσοκομειακές μονάδες αποτελούν ένα σημαντικό τμήμα κάθε συστήματος υγείας: παρέχουν σύνθετη θεραπευτική φροντίδα, η οποία ανάλογα με το δυναμικό τους ενεργεί σα θεραπευτική φροντίδα πρώτης, δεύτερης ή τελευταίας παραπομπής. Παρέχουν, επίσης, φροντίδα έκτακτης ανάγκης για σοβαρά τραυματισμένους ή ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση. Αποτελούν μια απαραίτητη πηγή πληροφοριών και δύναμης και γενικά ξοδεύουν το μεγαλύτερο τμήμα των εθνικών πόρων υγείας (Τσιότρας 2002)..

Οι κοινές τάσεις κατά τα τελευταία δέκα χρόνια στην Ευρώπη περιλαμβάνουν σημαντική μείωση στον αριθμό των κλινών (αν και οι εισαγωγές στα νοσοκομεία δεν μειώνονται ) καθώς και μικρότερη διάρκεια παραμονής. Οι νοσοκομειακές μονάδες συνεχίζουν να προσαρμόζονται στις αλλαγές στο εσωτερικό και εξωτερικό τους περιβάλλον στο γενικό πλαίσιο της αναδόμησης των συστημάτων ( [www.euro.who.int/ihb](http://www.euro.who.int/ihb)).

Για να εξασφαλιστεί η αξιοπιστία των νοσοκομειακών μονάδων, οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να αναπτύξουν στενούς δεσμούς με συμμάχους, την έρευνα των υπηρεσιών υγείας, τη νομοθεσία και τα μέσα ενημέρωσης. Οι στρατηγικοί προσανατολισμοί του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας προωθούν μια περιεκτική προσέγγιση της μέτρησης της επίδοσης των νοσοκομείων και περιλαμβάνουν διαφορετικές διαστάσεις της επίδοσης, όπως ανταπόκριση, καλύτερες πρακτικές, οργάνωση η οποία βασίζεται σε στοιχεία, συνοχή, ενσωμάτωση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, προώθηση της υγείας και εστίαση στις ανάγκες των ασθενών. Αυτό απαιτεί την διαχείριση ποιότητας στις νοσοκομειακές

μονάδες.

### **5.1 Οφέλη από την διαχείριση ποιότητας**

Τα οφέλη που προκύπτουν από ένα σύστημα διαχείρισης ποιότητας είναι η καλύτερη κατανόηση του πεδίου της υγειονομικής φροντίδας και η βελτίωση της ποιότητας περίθαλψης. Υπάρχει προτυποποιημένη φροντίδα υγείας και αυτό βοηθάει στην συνεχή παρακολούθηση της ποιότητας της φροντίδας. Οι πρακτικές που εφαρμόζονται είναι σε αντιστοιχία με το κόστος / αποτέλεσμα και έχουν γνώμονα την τεκμηρίωση. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν μεγαλύτερη ομοφωνία μεταξύ τους για τις θεραπείες με αποτέλεσμα την μείωση των μη αποδεκτών ή ανεπιθύμητων εκδοχών της κλινικής πρακτικής. Ενισχύεται η ομαδική εργασία και η ανταγωνιστικότητα. Το σύστημα υγείας του κράτους εστιάζει τελικά στους ασθενείς. Η αυξημένη ικανοποίηση του ιατρικού και λοιπού προσωπικού της νοσοκομειακής μονάδας οδηγεί σε πιθανά μακροχρόνια κέρδη στην επίδοση και την παραγωγικότητα το οποίο σχετίζεται άμεσα με μειωμένο κόστος φροντίδας υγείας. Με την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας ενισχύεται η κοινωνική συνοχή και το αίσθημα ασφάλειας, ενώ βελτιώνεται η εικόνα του κράτους και της κοινωνίας στο εσωτερικό και διεθνώς.

### **5.2 Προβλήματα για την υλοποίηση της διαχείρισης ποιότητας**

Η διοίκηση μιας νοσοκομειακής μονάδας αντιμετωπίζει συνήθως κρίσιμα οργανωτικά και οικονομικά προβλήματα, με αποτέλεσμα να δίνει χαμηλότερη προτεραιότητα στο θέμα της εγκατάστασης ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας

Οι προσπάθειες ανάπτυξης συστήματος ποιότητας στηρίζονται σε μεμονωμένα στελέχη της μονάδας, συνήθως χωρίς επαρκή κατάρτιση σε θέματα ποιότητας.

Τα στελέχη του νοσοκομείου εργάζονται με περιορισμένες αρμοδιότητες και ευθύνες, ελλιπή καθοδήγηση και συντονισμό, Δεν υπάρχει συντονισμένη προσπάθεια εκπαίδευσης και ενημέρωσης του προσωπικού της μονάδας σε θέματα ποιότητας και στην σκοπιμότητα εφαρμογής ενός συστήματος ποιότητας στο νοσοκομείο.

Η πλειοψηφία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αντιμετωπίζει το σύστημα ποιότητας με καχυποψία ή αδιαφορία εξαιτίας της ανύπαρκτης ενημέρωσης. Η



έλλειψη κινήτρων του προσωπικού αποτελεί αρνητικό κλίμα στην εφαρμογή του συστήματος ποιότητας.

Οι γραφειοκρατικές διαδικασίες στον δημόσιο τομέα είναι χρονοβόρες και οι ρυθμοί υιοθέτησης αλλαγών και μεταρρυθμίσεων είναι αργοί. Χρονοβόρα είναι η εφαρμογή και το κόστος των ίδιων των προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας.

Η πολιτική που εφαρμόζεται είναι χωρίς αποφασιστικότητα.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΓΡΑΦΕΙΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ**

### **6.1 Προϋποθέσεις για τον σχεδιασμό γραφείου ποιότητας**

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας έχει ξεχωριστή σημασία, αφού οδηγεί σε ουσιαστικά υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη για τον ίδιο τον ασθενή, τους επαγγελματίες υγείας, τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, τα ασφαλιστικά ταμεία, το κράτος και το κοινωνικό σύνολο. Το σύστημα διαχείρισης ποιότητας εξασφαλίζει υψηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών. Η διοίκηση μιας νοσοκομειακής μονάδας πρέπει να οργανώσει ένα τμήμα που θα αναπτύξει και θα εγκαταστήσει ένα σύστημα ποιότητας για την διασφάλιση και την συνεχή βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας μέσω της διαρκούς δέσμευσής της στους στόχους και την πολιτική της ποιότητας.

#### **6.1.1 Πολιτική ποιότητας**

Αποφασιστικές πολιτικές δεν επιτυγχάνονται τυχαία. Είναι το αποτέλεσμα του προσεκτικού σχεδιασμού και της συστηματικής ανάλυσης των αναγκών που έχουν σχέση με την επίδοση της εργασίας και την φροντίδα των ασθενών. Η πολιτική θα πρέπει να γράφεται σε κατανοητή γλώσσα, να δηλώνει σαφώς τι εννοεί έτσι ώστε να αποτραπούν μεμονωμένες ερμηνείες. Οι πολιτικές θα πρέπει να αναθεωρούνται για να μπορούν να ανταποκριθούν στις νέες ή μεταβαλλόμενες καταστάσεις. Γενικές πολιτικές συνήθως έχουν ευρύ πεδίο εφαρμογής, καθοδηγούν παρά κατευθύνουν. Οι γραπτές πολιτικές γίνονται αποδεκτές και δηλώνουν την επίσημη θέση του οργανισμού σε σκοπό και πρακτική.

Η διοίκηση του οργανισμού θα πρέπει να καθορίσει και να διατυπώσει την πολιτική της ποιότητας, να θέσει στόχους ποιότητας, να αναλάβει δεσμεύσεις, να αναθεωρήσει περιοδικά τις προδιαγεγραμμένες απαιτήσεις και να αναπροσαρμόσει τους στόχους.

Η διοίκηση θα πρέπει να εξειδικεύσει την πολιτική της ποιότητας ανά υπηρεσία και τομέα, να την συγκεκριμενοποιήσει με στόχους έτσι ώστε να υλοποιείται από τους

αντίστοιχους διευθυντές. Οι διευθυντές θα πρέπει συστηματικά να προβαίνουν σε αξιολόγηση των αναγκών σε υποδομή, τεχνογνωσία, ανθρώπινους και υλικούς πόρους για την διεξαγωγή των διεργασιών σύμφωνα με τις προδιαγεγραμμένες απαιτήσεις ποιότητας.

Η διοίκηση εξασφαλίζει ότι το σύστημα ποιότητας ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών λαμβάνοντας υπόψη τις προσδοκίες και τις απαιτήσεις τους. Η κατανόηση των αναγκών και των προσδοκιών των ασθενών έχει κεντρική σημασία για τον καθορισμό των απαιτήσεων για τα προϊόντα και τις υπηρεσίες που παρέχει ο οργανισμός. Βασική είναι η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή και η επακόλουθη δράση επί των αποτελεσμάτων. Η διοίκηση πρέπει να εφαρμόζει επικοινωνιακή πολιτική με τους ασθενείς.

### **6.1.2 Η δέσμευση της διοίκησης**

Με βάση την αποστολή του νοσοκομείου η αποτελεσματική διοίκηση δημιουργεί ένα σαφές όραμα για το μέλλον και ορίζει τις αξίες στις οποίες βασίζονται οι καθημερινές δραστηριότητες που πραγματοποιούνται μέσα στο νοσοκομείο.

Η διοίκηση για την επίτευξη των στόχων της ποιότητας καλλιεργεί συστηματικά την αντίληψη της ποιότητας σε όλα τα επίπεδα της οργάνωσης, προωθεί τη συνεργασία και την συνυπευθυνότητα για την επίλυση των προβλημάτων, θεσπίζει την αναγνώριση των προσπαθειών, και εμπνέει αισθήματα ευθύνης για τις κοινές κατακτήσεις στον τομέα της ποιότητας μέσα από μια σειρά μηχανισμών( εκπαίδευση, κατάρτιση, ενημέρωση, ανάπτυξη δεξιοτήτων, ανάπτυξη υλικοτεχνικής υποδομής, ανάπτυξη εργασιακού περιβάλλοντος κλπ)

Η διοίκηση καθορίζει την πολιτική της ποιότητας με επίκεντρο τον ασθενή και την ικανοποίηση των αναγκών του. Εξειδικεύει τους βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους για την ποιότητα. Επίσης, αναθεωρεί την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητά του και την επαναπροσδιορίζει όπου κρίνεται αναγκαίο. Εξασφαλίζει τους απαραίτητους πόρους για την εφαρμογή και υλοποίηση του συστήματος ποιότητας.

Η διοίκηση πρέπει να προϋπολογίσει στον οικονομικό προγραμματισμό τους πόρους που θα διαθέσει για να τεθεί σε εφαρμογή και να διατηρηθεί το σύστημα διαχείρισης της ποιότητας βελτιώνοντας διαρκώς την αποτελεσματικότητά του και να

αυξήσει την ικανοποίηση των ασθενών μέσω της εκπλήρωσης των επιθυμιών τους.

Το προσωπικό (οι ανθρώπινοι πόροι) το οποίο εκτελεί εργασίες που επηρεάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών πρέπει να είναι ικανό, κατάλληλα μορφωμένο και εκπαιδευμένο και να έχει δεξιότητες και εμπειρία.

### **6.1.3 Προσδιορισμός στόχων**

Το έργο της ανάπτυξης και εγκατάστασης ενός ενιαίου συστήματος ποιότητας το οποίο είναι συνεπές με την πολιτική ποιότητας του οργανισμού και των επιμέρους λειτουργικών μονάδων στοχεύει στην συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Το έργο στοχεύει στην βελτίωση των συνθηκών εργασίας και την προαγωγή μέσω εκπαίδευσης του προσωπικού του οργανισμού με γνώμονα την αύξηση της παραγωγικότητας του και μείωση του λειτουργικού κόστους. Επίσης, στοχεύει στην ελαχιστοποίηση των δυσμενών περιστατικών, στην ελαχιστοποίηση των περιβαλλοντικών επιπτώσεων του οργανισμού και στην επιτυχή διαχείριση των κρίσεων.

Οι στόχοι θα πρέπει να είναι ρεαλιστικοί και πραγματοποιήσιμοι εντός του εκάστοτε οριζόμενου χρονοδιαγράμματος, μετρήσιμοι και αξιολογούμενοι μέσω δεικτών ποιότητας. (πχ δείκτες κλινικού αποτελέσματος, δείκτες ικανοποίησης ασθενών, δείκτες διαχείρισης).

## **6.2 Σχεδιασμός συστήματος ποιότητας**

Η διοίκηση θα πρέπει να διασφαλίζει ότι ο σχεδιασμός ποιότητας αφ' ενός ικανοποιεί τις απαιτήσεις που έχουν τεθεί από τον οργανισμό πάνω στη διακηρυγμένη πολιτική ποιότητας του βάση τεκμηριωμένων διαδικασιών, έχει εξειδικευτεί αρχικά από τις υπηρεσίες και στη συνέχεια από τα επιμέρους τμήματα και καλύπτει όλα τα στάδια παροχής υπηρεσιών υγείας από τον σχεδιασμό μέχρι την αξιολόγησή τους και αφ' ετέρου εξασφαλίζει την υλοποίηση των στόχων για την ποιότητα.

Η διοίκηση διασφαλίζει την ακεραιότητα του συστήματος ποιότητας ανεξάρτητα των μεταβολών που επέρχονται στα επιμέρους στοιχεία του.

Ο σχεδιασμός του συστήματος ποιότητας εκπονείται σε ετήσια βάση με ευθύνη του

γραφείου ποιότητας σε συνεργασία με τους προϊσταμένους των υπηρεσιών και των τμημάτων.

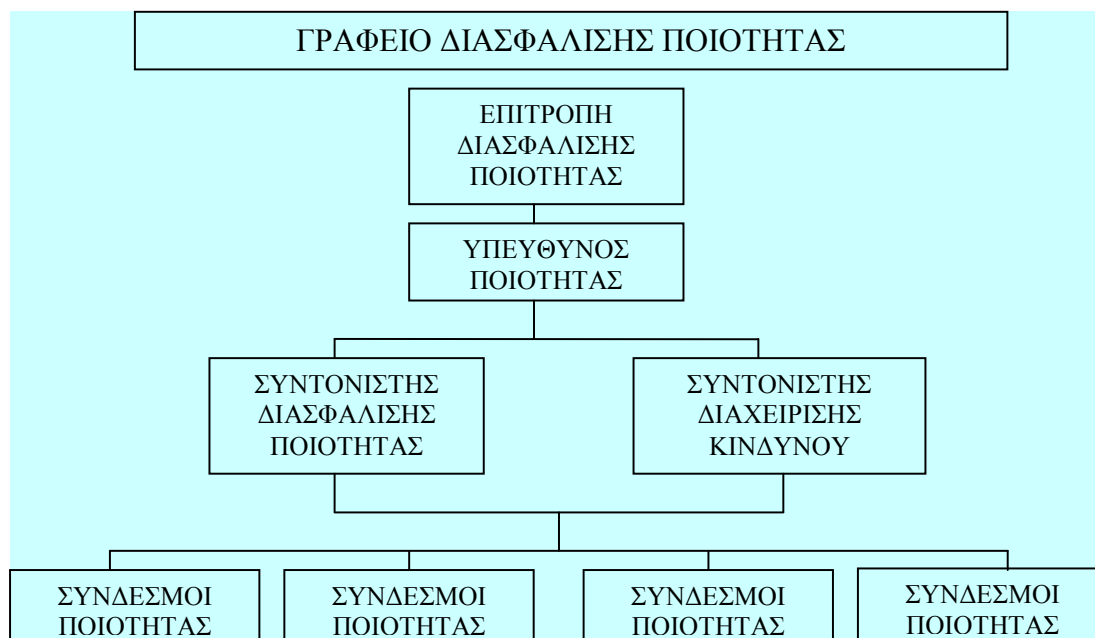
Ο σχεδιασμός του συστήματος αναθεωρείται από την επιτροπή διαχείρισης ποιότητας και επικυρώνεται από την συντονιστική επιτροπή. Τέλος, το διοικητικό συμβούλιο του οργανισμού εγκρίνει τον σχεδιασμό ποιότητας μετά από εισήγηση του εκπροσώπου της διοίκησης.

Η διοίκηση του οργανισμού υποστηρίζει την λειτουργία του γραφείου ποιότητας με την διάθεση υποδομών πληροφορικής, στατιστικής ανάλυσης και επικοινωνιών καθώς και των αναγκαίων πόρων για την εκπαίδευση του προσωπικού.

### 6.2.1 Γραφείο ποιότητας

Για την εξυπηρέτηση όλων των αναγκών ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα διαχείρισης ποιότητας περιλαμβάνει τις παρακάτω οργανωτικές δομές:

- επιτροπή διαχείρισης ποιότητας
- τμήμα ποιότητας
- υπεύθυνος ποιότητας
- οργανωμένο πληροφοριακό σύστημα
- σύνδεση με το ευρύτερο πλαίσιο του οργανισμού (Τούντας 2007)



Σχήμα 7 Γραφείο διασφάλισης ποιότητας (Ωνάσειου Καρδιολογικού Κέντρου)

Η επιτροπή διαχείρισης ποιότητας είναι ένα σώμα που διευθύνει όλο το πρόγραμμα του συστήματος ποιότητας. Τα μέλη θα πρέπει να αντιπροσωπεύουν την πλειοψηφία των τμημάτων του νοσοκομείου. Η λειτουργία της επιτροπής περιλαμβάνει την ανάπτυξη ενός σχεδίου για την εφαρμογή του συστήματος ποιότητας, ξεκινώντας με ένα πιλοτικό πρόγραμμα, την εκλογή συντονιστή, την περιγραφή της εργασίας και των ικανοτήτων που πρέπει να έχει ο συντονιστής, καμπάνια με σκοπό την πληροφόρηση και την προώθηση, προσδιορισμό των τμημάτων για το δοκιμαστικό πρόγραμμα του συστήματος ποιότητας, την καθιέρωση των ημερών εφαρμογής του συστήματος.

Το γραφείο ποιότητας είναι αυτοτελές και φέρει την ευθύνη της διαχείρισης της ποιότητας στο οργανισμό. Συνήθως ο προϊστάμενος του γραφείου ποιότητας είναι ο διοικητής του νοσοκομείου. Ο προϊστάμενος του γραφείου ποιότητας έχει τον τίτλο «Υπεύθυνος ποιότητας» και στελεγχώνεται από τον συντονιστή διασφάλισης ποιότητας και γραμματειακή υποστήριξη.

Το γραφείο ποιότητας συλλέγει και αναλύει τα ενδεδειγμένα στοιχεία για τον προσδιορισμό της καταλληλότητας και αποτελεσματικότητας του συστήματος ποιότητας του νοσοκομείου καθώς επίσης αναγνωρίζει τις δυνατότητες για την βελτίωσή του. Η ανάλυση των δεδομένων γίνεται με κριτήριο το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών, τη συμμόρφωση στις ανάγκες και προσδοκίες των ασθενών, τα χαρακτηριστικά και τις τάσεις σχετικά με τις υπηρεσίες φροντίδας ασθενών και τις διαδικασίες. Εφαρμόζει κατάλληλες μεθόδους μέτρησης και παρακολούθησης των διαδικασιών οι οποίες εμπλέκονται στην ικανοποίηση των απαιτήσεων των ασθενών. Προγραμματίζει και ελέγχει τις διαδικασίες εκείνες που χρειάζονται για την επίτευξη βελτιώσεων του συστήματος ποιότητας (πολιτικές, στόχους για την ποιότητα, αποτελέσματα επιθεωρήσεων, αναλύσεις στοιχείων και προληπτικές ή διορθωτικές δράσεις, σε συνδυασμό με την περιοδική αξιολόγηση),

Ο υπεύθυνος ποιότητας είναι υπεύθυνος για την εγκατάσταση του συστήματος διαχείρισης ποιότητας στην νοσοκομειακή μονάδα, την συνεχή παρακολούθηση της εφαρμογής του μέσω των πληροφοριών από τα μεγέθη των δεικτών ποιότητας και την ανάληψη πιθανών διορθωτικών δράσεων. Αξιολογεί τα αποτελέσματα εφαρμογής του συστήματος διαχείρισης ποιότητας και εισηγείται την αναθεώρησή του βάση των σχετικών πορισμάτων. Συντονίζει τις ενέργειες για την υλοποίηση των αποφάσεων της επιτροπής

ποιότητας, καθώς επίσης καθοδηγεί και τον συντονιστή διασφάλισης ποιότητας. Συντονίζει τις διενέργειες των εσωτερικών επιθεωρήσεων και τεκμηριώνει το σύστημα διαχείρισης ποιότητας.

Ο συντονιστής είναι ένα πρόσωπο άμεσα υπεύθυνο για να καθοδηγεί και να συντονίζει τις δραστηριότητες των προγραμμάτων ποιότητας σε όλο τον οργανισμό. Ο συντονιστής έχει τουλάχιστον δύο καθήκοντα. Το ένα είναι εκείνο του εκπαιδευτή των εργαζομένων του νοσοκομείου και το άλλο του παρατηρητή της εξέλιξης του συστήματος ποιότητας. Ο συντονιστής είναι η γέφυρα μεταξύ του γραφείου ποιότητας και των διατμηματικών ομάδων εργασίας του νοσοκομείου. Τα προσόντα που πρέπει να διαθέτει ο συντονιστής είναι η βαθιά γνώση της οργανωτικής δομής του οργανισμού, η κοινωνική ευελιξία, η κατανόηση και εμπειρία της λειτουργίας μικρών ομάδων και τεχνικών επίλυσης προβλημάτων, η ικανότητα να εκπαιδεύει και να διδάσκει το προσωπικό.

Οι σύνδεσμοι ποιότητας αποτελούν τις απολήξεις του δικτύου ποιότητας με αποστολή την παρακολούθηση της εφαρμογής των διαδικασιών, τον εντοπισμό προβλημάτων ποιότητας, την διαρκή ευαισθητοποίηση των εργαζομένων σε θέματα διασφάλισης ποιότητας και την συμμετοχή τους στις εσωτερικές επιθεωρήσεις του συστήματος ποιότητας.

## **6.2.2 Ομάδες ποιότητας**

Ευθύνη του γραφείου ποιότητας είναι να καταφέρει να εμπλακούν όλοι οι εργαζόμενοι στην προσπάθεια βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Έτσι δημιουργεί ομάδες που συζητούν διάφορα προβλήματα και προτείνουν ιδέες βελτίωσης..

Ως ομάδα ορίζεται η οντότητα με δυο μέλη ή περισσότερα, άτομα τα οποία εργάζονται για την επίτευξη κοινών στόχων. Ο Berne (1963 ) περιγράφει τις ομάδες ως «σύνολα τα οποία περιέχουν τουλάχιστον δυο τάξεις ανθρώπων, πρώτον τους ηγέτες και δεύτερον τα μέλη».

Οι ομάδες θεωρούνται εξαιρετικής σημασίας για έναν οργανισμό. Οι ομάδες ανάλογα με τον ρόλο τους διακρίνονται σε:

- work roles (ρόλοι εργασίας)
- maintenance roles (ρόλοι διατήρησης)

-blocking roles (ρόλοι αναχαίτισης)

Η πρώτη κατηγορία περιέχει τους εξής ειδικούς ρόλους:

-initiator (μνητής), προτείνει καθήκοντα και δράσεις, αναγνωρίζει τα προβλήματα της ομάδας, εισηγείται τις διαδικασίες.

-informer (πληροφοριοδότης), παρέχει τα γεγονότα, δίνει γνώμες.

-clarifier (διευκρινιστής), ερμηνεύει ιδέες και προτάσεις, ορίζει τις περιόδους, διευκρινίζει τα θέματα πριν συζητηθούν στην ομάδα.

-summariser (ανακεφαλαιωτικός), ανακεφαλαιώνει σχετιζόμενες ιδέες, επανατοποθετεί εισηγήσεις, θέτει υπόψη στην ομάδα αποφάσεις ή συμπεράσματα.

-reality tester (εφαρμοστής), κάνει κριτικές αναλύσεις μιας ιδέας, δοκιμάζει αν ανταποκρίνονται οι ιδέες με τα δεδομένα.

Η δεύτερη κατηγορία περιέχει τους εξής ειδικούς ρόλους:

-harmonizer (εναρμονιστής), επιλύει διαφωνίες, μειώνει εντάσεις, οδηγεί τα άτομα να ανακαλύψουν τις διαφορές τους.

-gatekeeper (φύλακας της πύλης), βοηθάει να παραμείνουν οι οδοί επικοινωνίας ανοικτοί, διευκολύνει την συμμετοχή.

-encourager (ενθαρρυντικός), είναι φιλικός, ένθερμος και ενθαρρυντικός στους άλλους

-compromiser (συμβιβαστής), συμβιβάζει ιδέες ή άτομα όταν βρίσκονται σε αντιπαράθεση, αναγνωρίζει λάθη.

Η τελευταία κατηγορία περιέχει ειδικούς ρόλους όπως:

-aggressor (επιθετικός), ανατρέπει το καθεστώς των άλλων, επιτίθεται στην ομάδα ή στις αξίες της.

-blocker (αποτρεπτικός), διαφωνεί και αντιτίθεται χωρίς λόγο. αντιτίθεται στην ομάδα για προσωπικούς λόγους, αποθαρρύνει την κίνηση της ομάδας.

-dominator (επιβλητικός), διεκδικεί εξουσία για την χειραγώγηση της ομάδας, σφετερίζεται την συνεισφορά των άλλων (Βούζας 2009).

Οι ομάδες πρέπει να έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

-η κοινή στοχοθεσία προς επίτευξη

-η κοινή αίσθηση ταυτότητας – τόσο εσωτερικά όσο και εξωτερικά

-οι ευκαιρίες συμμετοχής – αλληλεπίδρασης

-η συνοχή



-τα στοιχεία δομής – ηγέτης και υφιστάμενοι

Ο Kinlaw (1991 ) γράφει ότι η ομαδική εργασία είναι ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα πρέπει να εργαστούν και να συνεργαστούν ώστε να παρέχουν υπηρεσίες/ να παράγουν προϊόντα που δεν θα μπορούσαν να παραχθούν μεμονωμένα.

Ο Tuckman ( 1977 ) προσδιορίζει πέντε στάδια ανάπτυξης των ομάδων:

1.Forming (Στάδιο σχηματισμού). Στο στάδιο αυτό τα μέλη προσδιορίζουν τις υπευθυνότητες και τους κανόνες της συνεργασίας τους αναφορικά με την εκτέλεση των καθηκόντων. Τα μέλη γνωρίζονται μεταξύ τους, ορίζουν τους στόχους και τα βήματα της διαδικασίας επίτευξής τους. Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται ως στάδιο προσανατολισμού. Η ομάδα δεν έχει ωριμάσει ακόμα.

2.Storming (Στάδιο ανακατατάξεων). Στο στάδιο αυτό τα μέλη είναι πιθανόν να έχουν συγκρουόμενες απόψεις σχετικά με το ποιος είναι υπεύθυνος για το συντονισμό της ομάδας, σε τι συνίσταται η ευθύνη του κάθε μέλους και ποιες είναι οι προτεραιότητες για την πραγματοποίηση του έργου. Ο μάνατζερ πρέπει να είναι ικανός να επεμβαίνει και να διευθετεί αυτές τις συγκρούσεις. Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται ως στάδιο αντιθέσεων.

3.Norming (Στάδιο ομαλοποίησης). Μετά την επίλυση των παραπάνω προβλημάτων τα μέλη της ομάδας αρχίζουν να διατυπώνουν τα πρότυπα συμπεριφοράς. Για παράδειγμα αποδοχή του συντονιστή της ομάδας, ανάπτυξη αμοιβαίας εμπιστοσύνης συνεργασίας κλπ. Τα πρότυπα είναι ανεπίσημοι κανόνες συμπεριφοράς τους οποίους τα μέλη πρέπει να ακολουθήσουν. Αυτό το στάδιο χαρακτηρίζεται ως στάδιο συνεκτικότητας της ομάδας.

4.Performing (Στάδιο απόδοσης). Τα μέλη της ομάδας είναι ικανά να εκτελούν αποτελεσματικά τα καθήκοντα τα οποία τους ανατίθενται. Στο στάδιο αυτό λαμβάνουμε τα επιθυμητά αποτελέσματα. Εδώ η ομάδα χαρακτηρίζεται από ωριμότητα.

5.Adjourning (Στάδιο διάλυσης). Η ομάδα σε αυτό το στάδιο διαλύεται και τα μέλη αναζητούν άλλους συνεργάτες, άτομα ή ομάδες. Αυτό βεβαίως συμβαίνει στην περίπτωση που η διάρκεια του έργου είναι καθορισμένη. Όταν το έργο της ομάδας είναι συνεχές, το στάδιο αυτό δημιουργεί προβλήματα παρόμοια με εκείνα τους σταδίου της σύγκρουσης.

Οι ομάδες διακρίνονται σε επίσημες και ανεπίσημες.

Η επίσημη ομάδα ορίζεται από τον οργανισμό, έχει νόμιμη εξουσία και σχηματίζεται για να επιτελέσει ένα συγκεκριμένο έργο ή μια λειτουργία του οργανισμού.

Τα είδη των επισήμων ομάδων είναι:

-λειτουργική ομάδα (functional). Η ομάδα αυτή ορίζεται από τον οργανισμό και αποτελείται από άτομα τα οποία εκτελούν όμοια καθήκοντα. Αποτελείται από στελέχη και υφιστάμενους που εργάζονται μαζί για την εκπλήρωση των στόχων του οργανισμού. Κάθε τμήμα του οργανισμού έχει λειτουργικές ομάδες. Το τμήμα στο σύνολό του μπορεί να θεωρηθεί ως μια ευρύτερη λειτουργική ομάδα.

-ομάδα καθήκοντος ή έργου (task). Η ομάδα καθήκοντος δημιουργείται από τον οργανισμό για να εκπληρώσει ένα καθήκον (έργο). Η ζωή της διαρκεί ως τη λήξη του έργου.

-επιτροπή (Committee). Η επιτροπή δημιουργείται από τον οργανισμό και έχει ένα συγκεκριμένο σκοπό. Αναλαμβάνει να διευθετεί συγκρούσεις οι οποίες λαμβάνουν χώρα μέσα στον οργανισμό, να προτείνει λύσεις στην διοίκηση και να παίρνει αποφάσεις.

Η ανεπίσημη ή άτυπη ομάδα σχηματίζεται από άτομα τα οποία ανήκουν σε διαφορετικές επίσημες ομάδες, έχουν όμως κοινά ενδιαφέροντα. Οι ανεπίσημες ομάδες σχηματίζονται για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των μελών τους, οι οποίες δεν μπορούν να ικανοποιηθούν από τον επίσημο οργανισμό.

Υπάρχουν δύο τύποι ανεπίσημων ομάδων:

-ομάδα με κοινά ενδιαφέροντα (interest group). Η ομάδα αυτή αποτελείται από άτομα τα οποία έχουν ενδιαφέροντα που συνδέονται ή όχι με την εργασία

-ομάδα ομότιμων (peer group). Η ομάδα αυτή είναι παρόμοια με την προηγούμενη και περιλαμβάνει άτομα από όλα τα επίπεδα του οργανισμού. Η διαφορά από την προηγούμενη ομάδα είναι ότι η ομάδα με κοινά ενδιαφέροντα υπάρχει μέσα στον εργασιακό χώρο, ενώ η ομάδα ομότιμων υπάρχει κυρίως έξω από τον εργασιακό χώρο. Αποτελείται δηλαδή από άτομα τα οποία συνδέονται μεταξύ τους λόγω κοινών χαρακτηριστικών (Παπανικολάου 2007).

Σύμφωνα με τον Guzzo (1992) οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την απόδοση της ομάδας είναι:

-η σύνθεση της ομάδας. Τα μέλη της ομάδας πρέπει να έχουν γνώση, δεξιότητες και ομοιογένεια για να εκπληρώσουν τα καθήκοντά τους.

-το μέγεθος της ομάδας. Το μέγεθος της ομάδας επηρεάζει την απόδοση και τη δραστηριότητα της ομάδας. Μικρές ομάδες των πέντε και επτά ατόμων λαμβάνουν δραστηριότερες αποφάσεις. Όταν αυξάνεται ο αριθμός των μελών της ομάδας αυξάνεται

και η πιθανότητα εμφάνισης εσωτερικών συγκρούσεων.

-τα πρότυπα της ομάδας. Τα πρότυπα ενεργούν ως κανόνες οι οποίοι καθοδηγούν τη συμπεριφορά των μελών της ομάδας. Τα πρότυπα επηρεάζουν τη διαδικασία λειτουργίας της ομάδας και κατά επέκταση την αποτελεσματικότητά της.

-ο ρόλος στην ομάδα. Τα άτομα μέσα στην ομάδα είναι επιφορτισμένα με κάποιους ρόλους.

Οι διευθυντικοί ρόλοι είναι σημαντικοί στην ανάπτυξη μιας ομάδας. Αυτοί οι ρόλοι μπορεί να μην έχουν ανατεθεί συγκεκριμένα σε κάποιον, αλλά οι συμπεριφορές οι οποίες συνδέονται με την άσκηση τους μπορεί να είναι ολοφάνερες.

-η κουλτούρα και η δομή. Η οργανωτική κουλτούρα και η δομή της ομάδας επηρεάζουν την απόδοσή της. Αν η κουλτούρα του οργανισμού είναι ατομοκεντρική, που σημαίνει ότι δίνει έμφαση στην ατομική απόδοση, τότε είναι αδύνατον να συνθέσουμε αποτελεσματικές ομάδες αφού η φιλοσοφία εμποδίζει την ανάπτυξη της ομαδικής εργασίας.

-οι πηγές και η τεχνολογία. Οι ομάδες για να πραγματοποιήσουν το έργο τους χρειάζονται πηγές, όπως, χώρο, τεχνολογία κλπ.

Η εφαρμογή της δομής του γραφείου ποιότητας ποικίλει βέβαια ανάλογα με το μέγεθος της νοσοκομειακής μονάδας. Έτσι, νοσοκομεία μικρά 100-150 κλινών μπορεί να συνεργαστεί για τα θέματα ποιότητας με άλλα ανάλογα νοσοκομεία ώστε ορισμένες δραστηριότητες όπως η διαπίστευση των γιατρών, τα πληροφοριακά συστήματα, τα πρωτόκολλα κτλ., να αντιμετωπίζονται από κοινού.

### **6.3 Λειτουργία γραφείου ποιότητας**

Για να δώσει το γραφείο ποιότητας το μέγιστο αποτέλεσμα πρέπει το νοσοκομείο να εγκαταστήσει σύστημα διασφάλισης ποιότητας. Όταν δεν λειτουργεί σύστημα διασφάλισης ποιότητας στις νοσοκομειακές μονάδες η προσπάθεια για υψηλή ποιότητα παροχής φροντίδας στους ασθενείς, είναι πιθανό να είναι αποσπασματική, ασαφής και χωρίς ενιαίο ορατό αποτέλεσμα. Οι περισσότερες διαδικασίες και κανονισμοί δεν εφαρμόζονται στην πράξη πλήρως, η επιτροπή ποιότητας, παρά το γεγονός ότι επιλύει κάποια προβλήματα ποιότητας κλινικών υπηρεσιών, δεν λειτουργεί συστηματικά. Επίσης,

το γραφείο ποιότητας συνήθως δεν είναι πλήρως στελεχωμένο, με αποτέλεσμα να μη του δίνονται αρμοδιότητες και υπευθυνότητες καθώς και τα μέσα ώστε να επιτύχει την ανάπτυξή του και τους στόχους του.

Για να αναπτυχθεί και να εγκατασταθεί ένα σύστημα διασφάλισης ποιότητας πρέπει πρώτα να υπάρξει η στρατηγική προσέγγιση του έργου με εστίαση στη διαμόρφωση ενός εργασιακού περιβάλλοντος και νοοτροπίας τα οποία θα συμβάλλουν στην συνεχή βελτίωση της ποιότητας του νοσοκομείου και στην διαρκή εκπαίδευση του προσωπικού ανυψώνοντας το επίπεδο των ποιοτικών προτύπων απόδοσής του με τελικό σκοπό την ικανοποίηση των ασθενών. Για την επιτυχή εγκατάσταση του συστήματος διασφάλισης ποιότητας θα πρέπει να υπάρξει πλήρης υποστήριξη, ηθική και υλική, από την διοίκηση του νοσοκομείου και να εξασφαλιστεί η υποστήριξη και συμμετοχή της πλειοψηφίας του προσωπικού.

Για να διαμορφωθεί το κατάλληλο εργασιακό περιβάλλον που θα ευνοεί το σύστημα διασφάλισης ποιότητας θα πρέπει η διοίκηση του νοσοκομείου να υλοποιήσει θεσμικές παρεμβάσεις σε θέματα εργασιακά, να εκπαιδεύσει άτομα σε θέματα διαχείρισης ποιότητας και να ενημερώσει το προσωπικό σε θέματα ποιότητας χαρακτηρισμένα υποχρεωτικά και κοινά σε περιεχόμενο για όλες τις ειδικότητες.

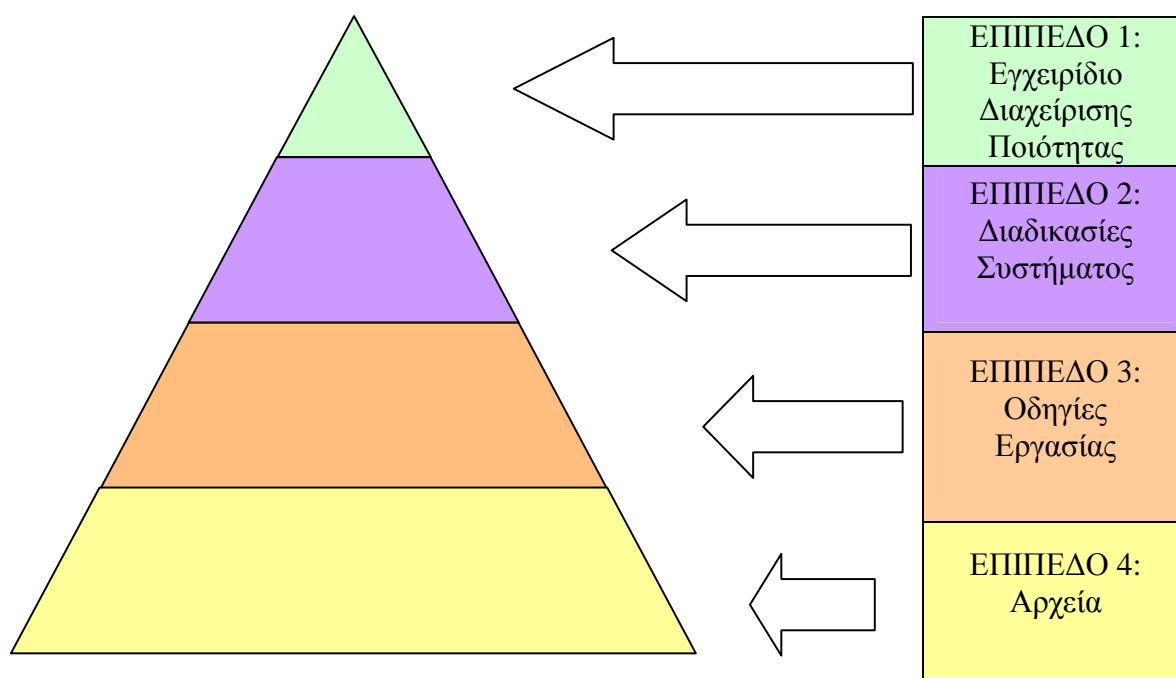
Για να υπάρξει όσο το δυνατό μεγαλύτερη συμμετοχή του προσωπικού στο σύστημα διασφάλισης ποιότητας θα πρέπει να διαμορφωθεί ένα δίκτυο ποιότητας που θα περιλαμβάνει την Επιτροπή ποιότητας, το Γραφείο ποιότητας, τον Υπεύθυνο ποιότητας, τον Συντονιστή ποιότητας και τους Συνδέσμους ποιότητας.

Η αξιολόγηση και παρακολούθηση των παρεχόμενων υπηρεσιών θα πρέπει να γίνεται με την χρήση δεικτών που αφορούν την ικανοποίηση των ασθενών, την διαχείριση και το κλινικό έργο. Αυτοί παρέχουν την έγκαιρη διάγνωση των προβλημάτων και την λήψη των δράσεων βελτίωσης.

Η τεκμηρίωση του συστήματος διαχείρισης ποιότητας γίνεται με το εγχειρίδιο διαχείρισης της ποιότητας, τις διαδικασίες συστήματος διαχείρισης της ποιότητας, τις οδηγίες εργασίας και τα έντυπα, αρχεία, διαγράμματα, κανονιστικές διατάξεις, αναφορές, παραπομπές, σχέδιο μάρκετινγκ, επιχειρησιακός σχεδιασμός.

Η τεκμηρίωση του συστήματος διασφάλισης ποιότητας πραγματοποιείται συνήθως σύμφωνα με τις απαιτήσεις των διεθνών προτύπων ISO 9000. Ο Διεθνής

οργανισμός για την τυποποίηση (International Organization for Standardization), ο οποίος ανέπτυξε το ISO 9000, έχει το διοικητικό του κέντρο στη Γενεύη. Περισσότερες από 90 χώρες έχουν προσχωρήσει σε αυτόν μέσω των εθνικών τους οργανισμών τυποποίησης. Στην Ελλάδα έχουν μεταφραστεί τα πρότυπα αυτά από τον ΕΛΟΤ (Ελληνικό οργανισμό τυποποίησης). Το Δεκέμβριο του 2000 έγινε η αναθεώρηση των προτύπων ISO 9000:1994 με τη νέα σειρά ISO9000:2000 η οποία αποτελεί αναθεώρηση των μέχρι σήμερα ισχυόντων προτύπων.



Σχήμα 8Τα τέσσερα επίπεδα ενός συστήματος διασφάλισης ποιότητας (AMACON 2006)

Η γενική περιγραφή των βασικών προτύπων τα οποία συγχωνεύτηκαν σε ένα πρότυπο ISO 9000:2000, είχε ως ακολούθως:

ISO 9001: Πρότυπο για την πιστοποίηση ποιότητας στο σχεδιασμό / ανάπτυξη, την παραγωγή, την εγκατάσταση και τη συντήρηση. Το πρότυπο αυτό έχει στόχο να παρουσιαστεί στους πελάτες η ποιότητα η οποία επιτυγχάνεται από το σύστημα μανατζμεντ ποιότητας για όλες τις σχετικές με την ποιότητα διαδικασίες, από το σχεδιασμό ως και την εξυπηρέτηση μετά την πώληση. Πρόκειται για το ανώτερο επίπεδο από την άποψη του βάθους κάλυψης διαδικασιών.

ISO 9002: Πρότυπο για την πιστοποίηση ποιότητας στην παραγωγή και την εγκατάσταση. Το πρότυπο αυτό επιδεικνύει τις σχετικές με την ποιότητα διαδικασίες οι οποίες αφορούν τις δραστηριότητες παραγωγής και εγκατάστασης. Δεν αφορά τα σχεδιαστικά στοιχεία. Υποτίθεται ότι η ποιότητα του σχεδιασμού έχει ήδη επιδειχθεί και αποδειχθεί.

ISO 9003: Πρότυπο για την πιστοποίηση ποιότητας στην τελική επιθεώρηση και δοκιμή. Το πρότυπο αυτό διέπει τις συμβατικές σχέσεις μεταξύ προμηθευτή και πελάτη. Η ποιότητα του προϊόντος ως προς την κατασκευή του θεωρείται ότι είναι ευθύνη του προμηθευτή του οργανισμού. Κατά συνέπεια, το βάθος του προτύπου είναι πολύ περιορισμένο.

ISO 9004: Μάνατζμεντ ποιότητας και στοιχεία συστημάτων ποιότητας – οδηγίες. Πρωταρχικός σκοπός των οδηγιών είναι να δοθεί επαρκής περιγραφή του συστήματος μάνατζμεντ ποιότητας και παράλληλα να χρησιμεύουν ως μόνιμο υλικό αναφοράς για την υλοποίηση και συντήρηση του εν λόγω συστήματος. Πρόκειται για οδηγίες οι οποίες βοηθούν τους τρέχοντες ή επίδοξους χρήστες να επιλέξουν το σωστό τμήμα του προτύπου το οποίο αντιστοιχεί στις ειδικές ανάγκες τους. Ωστόσο, ένας οργανισμός πρέπει να επιδιώξει να αναπτύξει ένα σύστημα μάνατζμεντ ποιότητας το οποίο να ικανοποιεί τις δικές του απαιτήσεις και των πελατών του (ΕΛΟΤ)..

Η συμμόρφωση ενός οργανισμού με τις απαιτήσεις των προτύπων που προαναφέρθηκαν πιστοποιείται ( επιβεβαιώνεται, δηλαδή, από μια κατάλληλα διαπιστευμένη αρχή ) με τις αρχές του συγκεκριμένου προτύπου. Στην Ελλάδα, ο επίσημος φορέας πιστοποίησης είναι ο ΕΛΟΤ ( Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης ) και η ΕΕΔΕ ( Ελληνική Εταιρεία Διοίκησης Επιχειρήσεων ). Διαπιστευμένοι ιδιωτικοί οργανισμοί παρέχουν επίσης υπηρεσίες πιστοποίησης. Στη σειρά ISO 9000:2000 η οποία αποτελεί σημαντική αναθεώρηση της προηγούμενης η έμφαση δίνεται στις διαδικασίες, στη συμμόρφωση σε συμφωνημένες προδιαγραφές και στην ικανοποίηση του πελάτη. Η δομή του νέου προτύπου αναπτύσσεται έχοντας ως γνώμονα τον κύκλο του Deming: Plan-Do-Check-Act.

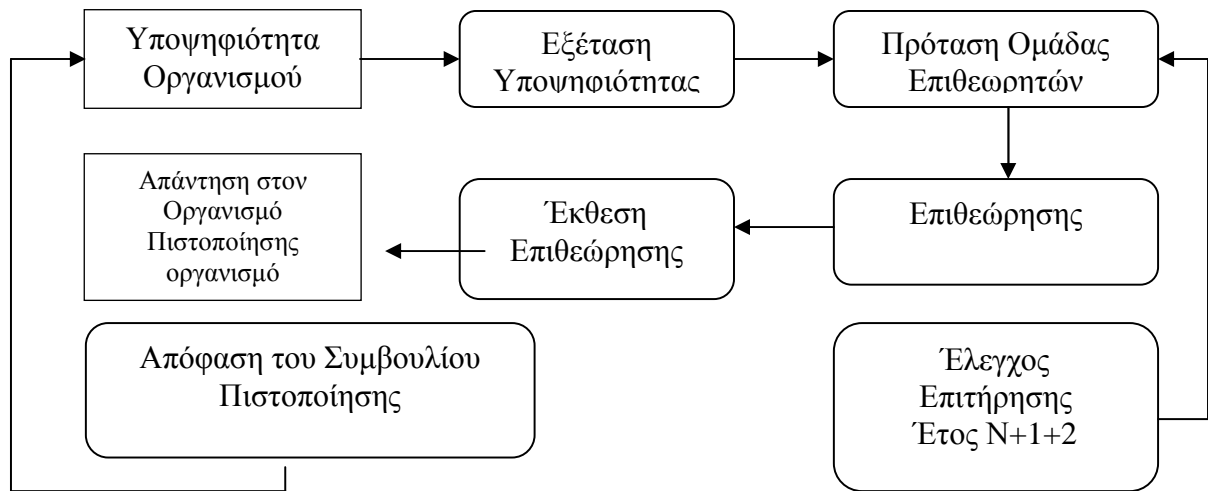
Το σύστημα διασφάλισης ποιότητας πρέπει να εγκαθίσταται σταδιακά και δοκιμαστικά ακολουθώντας την πορεία της ολοκλήρωσης των επιμέρους εργασιών ανάπτυξής του. Συγχρόνως θα πρέπει να υπάρχει έλεγχος της εφαρμογής του ώστε να λαμβάνονται διορθωτικές δράσεις σε περίπτωση μη συμμορφώσεων.

Η πλήρης εγκατάσταση του συστήματος διασφάλισης ποιότητας γίνεται με την επίσημη πιστοποίησή του. Το έργο θα πρέπει να έχει προϋπολογισμό και χρονοδιάγραμμα. Η διάρθρωση και οργάνωση του πληροφοριακού συστήματος του νοσοκομείου είναι απαραίτητη.

Στην πορεία της ανάπτυξης και της εφαρμογής συστημάτων διασφάλισης ποιότητας εμφανίζονται προβλήματα στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα. Στο ζήτημα της διαχείρισης πόρων, ανθρώπινων και υλικών, είναι προφανής η τεράστια διαφορά που υπάρχει, με την έννοια της αδυναμίας πχ. πρόσληψης ή και απόλυσης προσωπικού στο δημόσιο, προμήθειας και εγκατάστασης εξοπλισμού, διαχείρισης κονδυλίων, παροχής εκπαίδευσης με δαπάνες του οργανισμού, κλπ. Αυτό δεν σημαίνει ότι στον ιδιωτικό τομέα, όπου υπάρχει η σχετική δυνατότητα, υπάρχει επάρκεια προσωπικού, αλλά σίγουρα υπάρχει πολύ μεγαλύτερη επάρκεια σύγχρονου εξοπλισμού, με συμφέροντες όρους λειτουργίας και απόδοσης. Σε λίγες περιπτώσεις στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχει το προβλεπόμενο προσωπικό σε οργανικές θέσεις κυρίως σε νοσηλευτικό προσωπικό. Η ανάπτυξη των σχετικών δραστηριοτήτων είναι προφανώς πολύ περισσότερο περιορισμένη στα δημόσια νοσοκομεία (ανάπτυξη, εξοπλισμός νέων τμημάτων και κλινικών στα δημόσια νοσοκομεία), τόσο για λόγους γραφειοκρατίας παρά με κριτήρια τις ανάγκες και την απόδοση που μπορεί να προσδοκάται από τέτοια ανάπτυξη. Σπάνια βρίσκονται να λειτουργούν γραφεία ποιότητας σε νοσοκομεία.

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων τα προβλήματα ανάγονται στο νομοθετικό πλαίσιο, -αρκετές φορές στην άγνοια του ή στην αδυναμία εφαρμογής του, στην ανυπαρξία κινήτρων ή στις ελλείψεις προσωπικού. Όλα αυτά συνθέτουν ένα γενικότερο ζήτημα πολιτικής για την ποιότητα στην υγεία, τόσο στον ιδιωτικό όσο στο δημόσιο τομέα της υγείας.

Διαδικασία Πιστοποίησης (πηγή A.F.A.Q.)



Σχήμα 9 Διαδικασία πιστοποίησης (Περράκης 2005)



## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΕΡΕΥΝΑ ΣΕ ΓΡΑΦΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ

#### 7.1 Μεθοδολογία έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση του ρόλου και των καθηκόντων του υπευθύνου ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η έρευνα διεξήχθη με ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε από τους υπεύθυνους των γραφείων ποιότητας των νοσοκομείων:

- .«Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»,
- «Ωνάσειο Καρδιολογικό Κέντρο»,
- «Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν».

Ο στόχος της έρευνας είναι να δείξει τον ρόλο που διαδραματίζουν τα γραφεία ποιότητας στην αναβάθμιση και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία.

Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται με την πιστοποίηση ολόκληρου ή τμημάτων ή διεργασιών του νοσοκομείου σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα.

Η μεθοδολογία για την διερεύνηση του ρόλου των υπευθύνων στα γραφεία ποιότητας έγινε με ερωτηματολόγιο κλειστού (καθόλου-ελάχιστο βαθμό-μέτριο βαθμό-μεγάλο βαθμό- πολύ μεγάλο βαθμό) και ανοιχτού τύπου, τριών ενοτήτων και 20 ερωτήσεων.

Οι ερωτήσεις στην πρώτη ενότητα προσδιορίζουν την ηλικία, το φύλο, χρόνια προϋπηρεσία, το επίπεδο εκπαίδευσης και τον άμεσο προϊστάμενό τους. Στην συνέχεια προσπαθούν να διερευνήσουν τον βαθμό των γνώσεων σε θέματα ποιότητας, τεχνικών γνώσεων πάνω στην παραγωγή της εργασίας, καθώς επίσης και γνώσεις στην διοίκηση επιχειρήσεων. Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας ο οποίος ερευνάται είναι και ο ρόλος τον οποίο βιώνουν και σε ποιο βαθμό, μέσα από σειρά στερεότυπα ρόλων, στον οργανισμό ασκώντας την εφαρμογή των μεθόδων ποιότητας.

Το ερωτηματολόγιο συνεχίζει με ερωτήσεις σχετικά με την στελέχωση του

τμήματος ποιότητας. Ποια είναι η θέση του γραφείου ποιότητας στον οργανισμό, πώς αυτό στελεχώνεται και ποιο είναι το δυναμικό του. Επίσης, εξετάζει την ύπαρξη μεθοδολογικών πλαισίων και κανονισμών λειτουργίας τα οποία εφαρμόζονται στην πολιτική της ποιότητας.

Στην τελευταία ενότητα διερευνώνται οι αρμοδιότητες που ασκούνται και σε ποιο βαθμό, από τους υπεύθυνους ποιότητας του δείγματος έρευνας.

Η έρευνα κλείνει με δύο ερωτήσεις οι οποίες αναφέρονται στα αποτελέσματα της λειτουργίας του γραφείου. Δηλαδή, εάν τα αποτελέσματα χρησιμοποιούνται στην εφαρμογή και στην ανατροφοδότηση για να βελτιωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες,

## **7.2 Παρουσίαση του δείγματος της έρευνας**

Το ερωτηματολόγιο δόθηκε στους υπεύθυνους των γραφείων ποιότητας τριών νοσοκομείων. Το πρώτο είναι Γενικό νοσοκομείο δυναμικότητας 625 κλινών και βρίσκεται στην Θεσσαλονίκη, το δεύτερο είναι Ειδικό νοσοκομείο δυναμικότητας 127 κλινών και βρίσκεται στην Αθήνα και το τρίτο είναι Γενικό νοσοκομείο δυναμικότητας 303 κλινών το οποίο επίσης βρίσκεται στην Αθήνα.

1.«Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», το οποίο έχει πιστοποιημένα τμήματα ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2008.

Σύμφωνα με τον εσωτερικό κανονισμό του Γ.Ν.Παπαγεωργίου, προβλέπεται η ύπαρξη και λειτουργία Διεύθυνσης Ποιοτικού Ελέγχου, η οποία διακρίνεται από τη δική της ιεραρχική διάρθρωση και είναι ιεραρχικά ισότιμη των λοιπών έξι υπηρεσιών.

Στην πλήρη ανάπτυξή της, η Διεύθυνση Ποιοτικού Ελέγχου δύναται να διαρθρώνεται σε τμήματα όπως:

- α) Διαχείρισης Εγγράφων, Εσωτερικής Επιθεώρησης, Ασφάλειας Πληροφοριών
- β) Αξιολόγησης του Διαχειριστικού Συστήματος και της Ικανοποίησης των Χρηστών

Από τον Μάιο 2003, η Διεύθυνση ενεργοποιήθηκε με την πρόσληψη εξειδικευμένου προσωπικού, ενώ σήμερα λειτουργεί στα πλαίσιά της, το Γραφείο Διαχείρισης Ποιότητας, το οποίο είναι άμεσα υπαγόμενο στη Γενική Διεύθυνση του Νοσοκομείου.

Το Γ.Ν.Παπαγεωργίου επίσης, συμμετέχει στο Δίκτυο Ποιότητας της ελληνικής

Δημόσιας Διοίκησης.

Αποστολή του εν λόγω Γραφείου είναι η εισαγωγή, η υποστήριξη και ο συντονισμός πρωτοβουλιών διαχείρισης ποιότητας στο Γ.Ν.Παπαγεωργίου, έτσι όπως αυτές απαντώνται σε σύγχρονους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας σε διεθνές επίπεδο.

Συγκεκριμένα, οι σκοποί του Γραφείου Διαχείρισης Ποιότητας αναλύονται στις παρακάτω παραγράφους:

- α) η αποτελεσματική προετοιμασία τμημάτων, κλινικών, εργαστηρίων και μονάδων για την εφαρμογή Συστημάτων Διαχείρισης Ποιότητας (ΣΔΠ), τα οποία μπορούν να πιστοποιηθούν κατά ISO 9001:2000,
- β) η υποστήριξη και καθοδήγηση πιστοποιημένων τμημάτων προκειμένου να διατηρούν το πιστοποιητικό ποιότητας κατά ISO 9001:2000 μέσα από συνεχή βελτίωση των Συστημάτων Διαχείρισης Ποιότητας που εφαρμόζουν,
- γ) ο συντονισμός ερευνών ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο ολόκληρου Νοσοκομείου (εσωτερικοί-εξωτερικοί ασθενείς), καθώς και η υποστήριξη αποσπασματικών πρωτοβουλιών επισκόπησης της γνώμης δεδομένων ομάδων χρηστών,
- δ) η διευθέτηση παραπόνων ασθενών και συνοδών σε συνεργασία με τη Γενική Διεύθυνση και τη Διοικητική Υπηρεσία,
- ε) η εκπαίδευση του προσωπικού στις σύγχρονες αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας,
- στ) η εισαγωγή σύγχρονων εργαλείων διαχείρισης ποιότητας μέσω της υιοθέτησής τους σε ενδιαφερόμενα τμήματα/κλινικές (<http://www.papageorgiou-hospital.gr>)

2. «Ωνάσειο Καρδιολογικό Κέντρο», το οποίο έχει πιστοποιημένο σύστημα ποιότητας EN ISO 9001:2000 για το σύνολο των υπηρεσιών του από τον ΕΛΟΤ και την ελβετική SQS και το IQNET. Διαθέτει γραφείο διασφάλισης ποιότητας από το 1993. Σκοπός του γραφείου είναι η μέτρηση δεικτών ποιότητας οι οποίοι ελέγχονται βάσει προκαθορισμένων κλινικών κριτηρίων, κόστους, παρεχόμενων υπηρεσιών και ασφάλειας.

Όλες οι δραστηριότητες του γραφείου για την διασφάλιση της ποιότητας υποκινούνται από την επιτροπή ποιότητας και εκτελούνται υπό την εποπτεία της. Οι συναντήσεις της επιτροπής ποιότητας είναι μηνιαίες και ακολουθούν συγκεκριμένο πρόγραμμα. Το σχήμα αυτό ακολουθείται με σκοπό να εξασφαλιστεί η αντικειμενικότητα

και περιεκτικότητα των δραστηριοτήτων ελέγχου και αξιολόγησης. Ενσωματώνοντας τις τεχνικές ολικής ποιότητας η επιτροπή αντιμετωπίζει τα διαφορετικά προβλήματα ως ευκαιρίες για βελτίωση των διαδικασιών. Η βελτίωση μετριέται χρησιμοποιώντας διεθνή πρότυπα και κριτήρια. Για κάθε κριτήριο υπάρχει κάποιο όριο απόδοσης. Συνεχής παρακολούθηση και έλεγχοι αξιολόγησης είναι τα μέσα, που καθορίζουν τα όρια απόδοσης για κάθε κριτήριο. Εάν η απόδοση παρουσιάζει μεγάλη απόκλιση από τα προκαθορισμένα όρια, τότε συστήνεται η λήψη διορθωτικών μέτρων (<http://www.onasseio.gr>).

3. «Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν». Στα πλαίσια των προσπαθειών της Διαχείρισης της Ποιότητας που διέπεται από ανθρωποκεντρική εστίαση, μελετήθηκε, εγκαταστάθηκε και χρησιμοποιείται ως εργαλείο Διοίκησης, Σύστημα Διαχείρισης της Ποιότητας, εναρμονισμένο με τις απαιτήσεις του Διεθνούς Προτύπου ISO 9001:2000.

Η λειτουργία του Συστήματος στοχεύει στη διαρκή βελτίωση όλων των διεργασιών του Νοσοκομείου, μέσω της :

- α). απαρέγκλιτης συμμόρφωσης με τις ισχύουσες νομοθετικές και άλλες κανονιστικές διατάξεις,
- β) διαχείρισης που βασίζεται σε καταγεγραμμένες διεργασίες και πραγματικά δεδομένα,
- γ) παρακολούθησης και ανάλυσης μετρήσιμων αποτελεσμάτων,
- δ) και, συνακόλουθα, στη συνεχή αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών και των λοιπών αποδεκτών των υπηρεσιών του.

Για τη στήριξη της λειτουργίας του Συστήματος Διαχείρισης, η διοίκηση του Νοσοκομείου «Ερρίκος Ντυνάν» δεσμεύεται για την ανάπτυξη και διατήρηση άριστης υποδομής και υψηλού επιπέδου ανθρώπινου δυναμικού, το οποίο:

- α) προτρέπει να συμμορφώνεται διαρκώς με τις απαιτήσεις του Συστήματος Διαχείρισης της Ποιότητας,
- β) ενθαρρύνει να συμβάλλει στη διαρκή εδραίωση και βελτίωση της αποτελεσματικότητάς του συστήματος αυτού, παρέχοντας όλα τα μέσα για τη συνεχή ανάπτυξή του.

Σκοπός του Νοσοκομείου είναι η παροχή ολοένα καλύτερων και πληρέστερων υπηρεσιών για την προάσπιση της υγείας των ασθενών, με γνώμονα το σεβασμό στις ανάγκες και επιθυμίες τους, αλλά και στις ανάγκες των συνοδών τους ή και των

επισκεπτών του Νοσοκομείου. Σημαντική προτεραιότητα για όλο το προσωπικό του Νοσοκομείου «Ερρίκος Ντυνάν» είναι η καθημερινή δικαίωση των προσδοκιών των ανθρώπων που το εμπιστεύονται και το προτιμούν. Σε ένα κόσμο που καθημερινά αλλάζει, διοίκηση και προσωπικό του Νοσοκομείου δεσμεύονται να συνεχίσουν άοκνα τις προσπάθειές τους για ολοένα υψηλότερης ποιότητας παροχή υπηρεσιών υγείας (<http://www.dunant.gr>).

### 7.3 Ανάλυση ερωτηματολογίου

ΕΝΟΤΗΤΑ 1. Στην πρώτη ενότητα αρχικά περιγράφονται τα δημογραφικά και τα βιογραφικά στοιχεία των υπευθύνων των γραφείων ποιότητας – ηλικία, φύλο, επίπεδο εκπαίδευσης, τίτλος θέσης στον οργανισμό, άμεσος προϊστάμενος και χρόνια υπηρεσίας στην συγκεκριμένη θέση. Ακολουθούν ερωτήσεις σχετικά με την γνώση και τον ρόλο που βιώνουν στον οργανισμό οι υπεύθυνοι ποιότητας ασκώντας το έργο τους.

Τα αποτελέσματα της πρώτης ενότητας δείχνουν ότι η ηλικία των υπευθύνων είναι μεταξύ 34-50 χρονών, το φύλο είναι μικτό, 2 άρρενες, 1 θήλυ, το επίπεδο εκπαίδευσης είναι ΤΕΙ, ΑΕΙ, όλοι έχουν μεταπτυχιακό και δυο έχουν διδακτορικό, ο τίτλος θέσης στην διεύθυνση ποιότητας είναι προϊστάμενου και ο άμεσος προϊστάμενος τους είναι ο γενικός διευθυντής, Τα χρόνια υπηρεσίας στην συγκεκριμένη θέση είναι μεταξύ 5-10 χρόνων (πίνακας 1.1).

<b>ΕΝΟΤΗΤΑ 1. Προσωπικές και βιογραφικές πληροφορίες</b>	
1	<b>Ηλικία;</b>
	<b>Π:</b> 34 <b>Ω:</b> 50 <b>Ν:</b> 40
2	<b>Φύλο;</b>
	<b>Π:</b> Θήλυ <b>Ω:</b> Άρρεν <b>Ν:</b> Άρρεν
3	<b>Επίπεδο εκπαίδευσης;</b>
	<b>Π:</b> ΑΕΙ, ,Διδακτορικό <b>Ω:</b> ΑΕΙ, ,MSc,PhD, MBA <b>Ν:</b> ΤΕΙ, MBA

4	<b>Ο τίτλος σας θέσης σας στον οργανισμό;</b>			
	<b>Π:</b> Προϊστάμενη στην διεύθυνση ποιότητας <b>Ω:</b> Υπεύθυνος διαχείρισης ποιότητας <b>N:</b> Προϊστάμενος ποιότητας έργων και εκπαίδευσης			
5	<b>Ποιος είναι ο άμεσος προϊστάμενός σας;</b>			
	<b>Π:</b> Γενικός διευθυντής <b>Ω:</b> Γενικός διοικητικός διευθυντής <b>N:</b> Γενικός διευθυντής			
6	<b>Χρόνια υπηρεσίας στην συγκεκριμένη θέση;</b>			
	Λιγότερο από 5 χρόνια	5 – 10 χρόνια	11 – 20 χρόνια	20 χρόνια και πάνω
		<b>Π / N</b>	<b>Ω</b>	

πίνακας 1. 1

**Π = Παπαγεωργίου, Ω = Ωνάσειο, N = Ντυνάν.**

7. Γενικά το επίπεδο γνώσης και των τριών υπευθύνων σε θέματα ποιότητας, διοίκηση επιχειρήσεων και τεχνικών γνώσεων είναι πολύ υψηλό. Ενώ, το επίπεδο γνώσης στην διοίκηση επιχειρήσεων και στις τεχνικές γνώσεις πάνω στην παραγωγή της υπηρεσίας αν και βρίσκεται σε υψηλό επίπεδο, υστερεί σε σχέση με τις γνώσεις των θεμάτων ποιότητας, όπως βλέπουμε από τις απαντήσεις που έδωσαν στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 1.2)

	<b>Πως θα κατατάσσατε το επίπεδο γνώσεών σας στα παρακάτω αντικείμενα;</b>					
	καθόλου	ελάχιστο βαθμό	μέτριο βαθμό	μεγάλο βαθμό	πολύ μεγάλο βαθμό	
7	Στατιστικός έλεγχος Ποιότητας (διαγράμματα ελέγχου, επιθεώρηση κτλ)				<b>Π</b>	<b>Ω</b> <b>N</b>
	Διασφάλιση ποιότητας (ISO 9000)					<b>Π</b> <b>Ω</b> <b>N</b>
	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Μοντέλα, Βραβεία, Θεωρητικοί)					<b>Π</b> <b>Ω</b> <b>N</b>
	Τεχνικές γνώσεις πάνω στην παραγωγή της υπηρεσίας			<b>Π</b>		<b>Ω</b> <b>N</b>
	Γνώση Χρηματοοικονομικής			<b>Π</b>		<b>Ω</b> <b>N</b>
	Γνώση Μάρκετινγκ				<b>Ω</b> <b>Π</b>	<b>N</b>

7	Γνώση Οργάνωσης και Διοίκησης επιχειρήσεων					Π Ω Ν
	Γνώση εφοδιαστικής (Logistics)				Π	Ω Ν

πίνακας 1.2

Π = Παπαγεωργίου, Ω = Ωνάσειο, Ν = Ντυνάν.

Αναλύοντας τις απαντήσεις από τον πίνακα βλέπουμε ότι ο βαθμός κατάταξης που δίνει ο υπεύθυνος ποιότητας του νοσοκομείου Ντυνάν σε θέματα, στατιστικής, διασφάλισης ποιότητας, διοίκησης ολικής ποιότητας και γνώσεων τεχνικών, χρηματοοικονομικής, μάρκετινγκ, οργάνωσης και διοίκησης επιχειρήσεων, εφοδιαστικής, είναι ο μεγαλύτερος σε όλες τις ερωτήσεις .

Ο υπεύθυνος ποιότητας του νοσοκομείου Ωνασείου υπολείπεται λίγο μόνο στον τομέα γνώσεων του μάρκετινγκ. Στα υπόλοιπα θέματα θεωρεί ότι το επίπεδο γνώσεων του είναι στον μεγαλύτερο βαθμό της κλίμακας.

Τέλος, η υπεύθυνη ποιότητας του νοσοκομείου Παπαγεωργίου κατατάσσει το επίπεδο της σε θέματα τεχνικών γνώσεων της υπηρεσίας της και γνώσεων χρηματοοικονομικής σε μέτριο βαθμό, δηλαδή στο μέσο της κλίμακας και σε θέματα γνώσεων στατιστικού έλεγχου, γνώση μάρκετινγκ, και γνώση εφοδιαστικής σε μια θέση πιο κάτω από τον πολύ μεγάλο βαθμό.

Οι απαντήσεις που έχουν δοθεί στις ερωτήσεις κατάταξης του επιπέδου γνώσης στα γνωστικά αντικείμενα της εργασίας τους είναι υποκειμενικές γι αυτό και υπόκεινται στο βαθμό αυστηρότητας κρίσης του έκαστου βαθμολογητή. Γενικά ο βαθμός αυτοεκτίμησης των υπευθύνων ποιότητας του νοσοκομείου Ντυνάν και του νοσοκομείου Ωνασείου είναι πολύ υψηλός ενώ της υπευθύνου ποιότητας του νοσοκομείου Παπαγεωργίου είναι χαμηλότερος.

8. Στην όγδοη ερώτηση επιλέχθηκαν επαγγέλματα τα οποία έχουν σαφή χαρακτήρα και σημασία έτσι ώστε οι υπεύθυνοι των γραφείων ποιότητας να παραλληλίσουν, κατά την άσκηση της εργασίας τους σε ποιο βαθμό βιώνουν αυτούς τους ρόλους.(πίνακας 1.3)

<b>Ποιους από τους παρακάτω ρόλους θεωρείτε ότι βιώνετε στον οργανισμό ασκώντας το έργο σας;</b>						
		καθόλου	ελάχιστο βαθμό	μέτριο βαθμό	μεγάλο βαθμό	πολύ μεγάλο βαθμό
<b>8</b>	<b>Πωλητής</b> («Πώληση της ποιότητας ως ένα σημαντικό και αναπόσπαστο μέρος της επιχειρηματικής αποτελεσματικότητας που επηρεάζει τους πάντες)				N	Π Ω
	<b>Δάσκαλος</b> (προσπάθεια να πείσει ότι η εκπαίδευση σε θέματα ποιότητας είναι ουσιώδη και σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων κατάρτισης σε θέματα ποιότητας)			N		Π Ω
	<b>Ψυχαναλυτής</b> (Προσπάθεια μείωσης εντάσεων λόγω προβλημάτων σε θέματα ποιότητας, αλλαγή συμπεριφοράς, διαχείριση κρίσεων)		N			Π Ω
<b>8</b>	<b>Σύμβουλος (consultant)</b> Υποστήριξη σε θέματα ποιότητας, συμβουλευτικό έργο, ανάπτυξη επιχειρηματικών σχεδίων για ποιότητα)					Π Ω N
	<b>Γιατρός</b> (Αναγνώριση «αρρώστιας», διάγνωση, θεραπεία, παρακολούθηση)		N	Ω	Π	
	<b>Αστυνομικός</b> (Διατήρηση βασικών αρχών και πρακτικών, επιβολή της «τάξης»)	Π	N		Ω	
	<b>Ερευνητής</b> (Διερεύνηση πηγών γύρω από θέματα ποιότητας πχ. Μοντέλα, θεωρητικοί, εργαλεία, ανάλυση και επεξήγηση παραγόντων ποιότητας)			Ω		Π N

πίνακας 1.3

Π = Παπαγεωργίου, Ω = Ωνάσειο, N = Ντυνάν .

Οι απαντήσεις που έχουν δοθεί δείχνουν ότι όλοι οι υπεύθυνοι βιώνουν τα χαρακτηριστικά των επαγγελμάτων που έχουν παρατεθεί στον πίνακα σε κάποιο βαθμό ασκώντας τα καθήκοντά τους. Η μοναδική αρνητική απάντηση ήταν της υπευθύνου

80



του γραφείου ποιότητας του νοσοκομείου Παπαγεωργίου στην ερώτηση του ρόλου του αστυνομικού, η οποία όμως βιώνει όλους τους υπόλοιπους ρόλους, του πωλητή, του δάσκαλου του ψυχαναλυτή, του συμβούλου, του γιατρού και του ερευνητή, στον μεγαλύτερο βαθμό της κλίμακας .

Ο υπεύθυνος του γραφείου ποιότητας του νοσοκομείου Ντυνάν είναι αυτός που βιώνει τους ρόλους που παρατέθηκαν γενικά σε μικρότερο βαθμό από τους άλλους, δηλαδή σε ελάχιστο βαθμό βιώνει τους ρόλους του ψυχαναλυτή, γιατρού και αστυνομικού σε λίγο μεγαλύτερο του δασκάλου και του πωλητή και τέλος, αισθάνεται στον μεγαλύτερο βαθμό τον ρόλο του ερευνητή στα θέματα ποιότητας δηλώνοντας με αυτό τον τρόπο ότι η εφαρμογή των θεμάτων ποιότητας βρίσκεται ακόμη στο αρχικό στάδιο.

Αναλύοντας της απαντήσεις του υπευθύνου του γραφείου ποιότητας του νοσοκομείου Ωνασείου μπορούμε να τις ομαδοποιήσουμε. Αρχικά τα επαγγέλματα, του πωλητή, του δασκάλου, του ψυχαναλυτή, του συμβούλου, τα οποία είναι επαγγέλματα πειθούς, προώθησης και στήριξης, τους ρόλους, των οποίων βιώνει στον μεγαλύτερο βαθμό της κλίμακας ασκώντας την εργασία του. Αντίθετα δεν βιώνει σε μεγάλο βαθμό τους ρόλους των επαγγελμάτων που δηλώνουν διάγνωση, θεραπεία, έρευνα τα οποία χρειάζονται για την διατήρηση των θεμάτων ποιότητας, επαγγέλματα όπως του αστυνομικού, του γιατρού και του ερευνητή.

ΕΝΟΤΗΤΑ 2. Στην δεύτερη ενότητα υπάρχουν πληροφορίες για την ύπαρξη τμήματος ποιότητας, την θέση του στο οργανόγραμμα του οργανισμού, την στελέχωσή του, τον τρόπο στελέχωσης και τον τρόπο λειτουργίας του. (πίνακας 2.1)

<b>ΕΝΟΤΗΤΑ 2. Στελέχωση τμήματος ποιότητας</b>			
<b>1</b>	<b>Υπάρχει τμήμα ελέγχου ποιότητας στον οργανισμό; Ακριβής τίτλος</b>		
	<b>Π:</b> ναι, Διεύθυνση ποιοτικού ελέγχου <b>Ω:</b> ναι <b>Ν:</b> ναι		
<b>2</b>	<b>Στο οργανόγραμμα του οργανισμού το τμήμα ποιότητας σε ποια θέση βρίσκεται;</b>		
	<b>Π:</b> αυτοτελής, κάτω από τον γενικό διευθυντή <b>Ω:</b> αυτοτελής, κάτω από τον γενικό διευθυντή <b>Ν:</b> αυτοτελής, κάτω από τον πρόεδρο		
<b>3</b>	<b>Η στελέχωση του τμήματος γίνεται με την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού του οργανισμού με προγράμματα κατάρτισης;</b>		
	Ναι	<b>Π /Ω /Ν</b>	Όχι

4	<b>Η στελέχωση του τμήματος γίνεται με πρόσληψη νέου προσωπικού;</b>			
	Ναι		Όχι	Π / Ω / Ν
5	<b>Δημιουργήθηκαν ομάδες ποιότητας;</b>			
	Ναι	Π / Ν	Όχι	Ω
6	<b>Πόσα άτομα συμμετέχουν στην κάθε ομάδα;</b>			
	Π: 4-7 άτομα Ω: 0 Ν: 4 άτομα			
7	<b>Υπάρχει μεθοδολογικό πλαίσιο ή κανονισμός λειτουργίας για την εφαρμογή της πολιτικής της ποιότητας ;</b>			
	Ναι	Π / Ω / Ν	Όχι	
8	<b>Με πόσα άτομα στελεχώνεται το γραφείο ποιότητας, και με ποιες ειδικότητες;</b>			
	Π	Ω	Ν	
	2 άτομα ΠΕ	1 άτομα ΠΕ	1 άτομα ΠΕ	
	1 άτομα ΔΕ	1 άτομα ΤΕ	3 άτομα ΤΕ	
	Ομάδες	1 άτομα ΔΕ	2 άτομα ΔΕ	
9	<b>Μέσος όρος παραμονής εργαζομένων στο τμήμα ποιότητας;</b>			
	Λιγότερο από 5 χρόνια	5 – 10 χρόνια	11 – 20 χρόνια	20 χρόνια και πάνω
	Ν	Π / Ω		

πίνακας 2.1

Π = Παπαγεωργίου, Ω = Ωνάσειο, Ν = Ντυνάν .

Οι απαντήσεις των υπευθύνων γραφείων ποιότητας στην ενότητα αυτή και των τριών νοσοκομείων είναι θετική ως προς την ύπαρξη γραφείου ποιότητας· ταυτόσημη στην θέση του γραφείου ποιότητας στο οργανισμό· της ίδιας νοοτροπίας για την στελέχωση του γραφείου από το υπάρχον δυναμικό του οργανισμού και όχι με την πρόσληψη νέου· στην ύπαρξη κανόνων λειτουργίας και μεθοδολογικού πλαισίου για την λειτουργία του και στην διάρκεια παραμονής των εργαζομένων στο τμήμα ποιότητας.

Διαφοροποιήσεις υπάρχουν σε θέματα δημιουργίας ομάδων ποιότητας οι οποίες έχουν δημιουργηθεί στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου και το νοσοκομείο Ντυνάν και έχουν στελεχωθεί από τέσσερα έως επτά άτομα, ενώ στο νοσοκομείο Ωνάσειο δεν έχουν δημιουργηθεί και στελεχωθεί ομάδες ποιότητας. Επίσης, υπάρχει διαφοροποίηση και στον αριθμό των ατόμων που στελεχώνουν τα γραφεία ποιότητας με το νοσοκομείο Ντυνάν να έχει τον διπλάσιο αριθμό ατόμων, έξη, σε σχέση με τα νοσοκομεία Παπαγεωργίου και Ωνάσειο. Μια τελευταία διαφοροποίηση είναι ότι στο νοσοκομείο Ντυνάν τα χρόνια παραμονής στο γραφείο ποιότητα είναι έως πέντε ενώ στα νοσοκομεία Παπαγεωργίου

και Ωνάσειο είναι έως δέκα.

ΕΝΟΤΗΤΑ 3. Η τρίτη ενότητα αναφέρεται σε πιο βαθμό ασχολείται ο υπεύθυνος του γραφείου ποιότητας σε μια σειρά δραστηριοτήτων, εάν εφαρμόζονται τα αποτελέσματα του τμήματος ποιότητας για την βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών και εάν υπάρχει ανατροφοδότηση των αποτελεσμάτων. (πίνακας 3.1)

<b>ΕΝΟΤΗΤΑ 3.Αρμοδιότητες και λειτουργία του τμήματος ποιότητας</b>					
	<b>Σε ποιο βαθμό ασκείτε τις παρακάτω αρμοδιότητες;</b>				
	καθόλου	ελάχιστο βαθμό	μέτριο βαθμό	μεγάλο βαθμό	πολύ μεγάλο βαθμό
<b>1</b>	Ανάπτυξη στρατηγικής για ποιότητα			Ω	Π N
	Προσδιορισμός εταιρικού οράματος για θέματα ποιότητας		N	Ω	Π
	Επικοινωνία του εταιρικού οράματος για θέματα ποιότητας			Ω	Π N
	Ευαισθητοποίηση εργαζομένων και στελεχών σε θέματα ποιότητας			Ω	Π N
	Σχεδιασμός πολιτικών ποιότητας				Π Ω N
	Επίλυση προβλημάτων ποιότητας			N	Π Ω
	Επίλυση κρίσεων /διενέξεων σε θέματα ποιότητας			Π	N Ω
	Διερεύνηση Βέλτιστων Πρακτικών ποιότητας που χρησιμοποιούν ανταγωνιστές (Benchmarking)				Ω Π N
	Εισαγωγή και παρακολούθηση ηλεκτρονικών εφαρμογών (software) διαχείρισης ποιότητας	Ω			Π N
	Υπεύθυνος για το ISO				Π Ω N
	Εσωτερικές επιθεωρήσεις	N			Π Ω
	Παρακολούθηση δεικτών ποιότητας		N		Π Ω

1	Διαχείριση κόστους ποιότητας			N	Ω	Π
	Ικανοποίηση τελικού πελάτη					Π Ω N
	Ανάπτυξη και εφαρμογή εργαλείων ελέγχου ποιότητας		N	Ω		Π
	Συνεργασία με υπόλοιπα τμήματα της επιχείρησης					Π Ω N
	Τεχνική υποστήριξη σε θέματα παραγωγής υπηρεσιών	N			Ω	Π
	Ανάπτυξη κουλτούρας ποιότητας					Π Ω N
	Εκπαίδευση σε θέματα ποιότητας (ανάλυση αναγκών)				Ω	Π N
	Ανάπτυξη εκπαιδευτικού υλικού και κατάρτιση εργαζομένων				Ω N	Π
	Τήρηση αρχείων και εντύπων				Ω	Π N
	Επιθεώρηση και έλεγχος διαδικασιών (Inspection and Testing)	N				Π Ω
	Βελτίωση συστήματος ποιότητας					Π Ω N
	Ανάπτυξη και λειτουργία ομάδων ποιότητας					Π Ω N

πίνακας 3.1

Π = Παπαγεωργίου, Ω = Ωνάσειο, N = Ντυνάν.

Από τις εικοσιτέσσερις αρμοδιότητες που αναφέρονται στο ερωτηματολόγιο μόνο τέσσερις δεν ασκούνται καθόλου από τους υπευθύνους των γραφείων ποιότητας και αυτές είναι μία στο νοσοκομείο Ωνάσειο, η εισαγωγή και παρακολούθηση ηλεκτρονικών εφαρμογών διαχείρισης και τρεις αρμοδιότητες στο νοσοκομείο Ντυνάν, οι εσωτερικές επιθεωρήσεις, η τεχνική υποστήριξη σε θέματα παραγωγής υπηρεσιών και η επιθεώρηση και έλεγχος διαδικασιών. Επτά αρμοδιότητες ασκούνται στον μεγαλύτερο βαθμό από όλους τους υπευθύνους ποιότητας και έχουν θέματα όπως σχεδιασμού πολιτικών ποιότητας, σχεδιασμού ISO, ικανοποίηση πελατών, συνεργασία με τα υπόλοιπα τμήματα της επιχείρησης, ανάπτυξη κουλτούρας ποιότητας, βελτίωση του συστήματος

ποιότητας και ανάπτυξη και λειτουργία ομάδων ποιότητας. Οι υπόλοιπες αρμοδιότητες στην συντριπτική τους πλειοψηφία ασκούνται από τους υπευθύνους ποιότητας στον μεγάλο και μερικές στον μέτριο βαθμό.

Το σύνολο των εικοσιτεσσάρων αρμοδιοτήτων μπορούμε να το χωρίσουμε ανάλογα με το περιεχόμενο τους σε,

α) αρμοδιότητα με θέμα το όραμα της ποιότητας, δηλαδή την ανάπτυξη της στρατηγικής, τον προσδιορισμό του εταιρικού οράματος, την επικοινωνία του εταιρικού οράματος, την ευαισθητοποίηση των εργαζομένων και των στελεχών σε θέματα ποιότητας.

Από τις απαντήσεις βλέπουμε ότι στο θέμα του οράματος της ποιότητας ο υπεύθυνος του τμήματος ποιότητας του νοσοκομείου Ντυνάν έχει σε χαμηλό βαθμό τον προσδιορισμό του εταιρικού οράματος, ενώ αντίθετα τοποθετεί στον μεγαλύτερο βαθμό τα θέματα, ανάπτυξη στρατηγικής, επικοινωνίας του εταιρικού οράματος και της ευαισθητοποίησης των εργαζομένων και των στελεχών.

Ο υπεύθυνος του τμήματος του νοσοκομείου Ωνασείου έχει μεγάλο βαθμό, στα θέματα της ανάπτυξης στρατηγικής, προσδιορισμό εταιρικού οράματος, επικοινωνία του εταιρικού προγράμματος, αντίθετα κατατάσσει στην μέση της κλίμακας την ευαισθητοποίηση των εργαζομένων και των στελεχών.

Τέλος, η υπεύθυνη του τμήματος του νοσοκομείου Παπαγεωργίου έχει απαντήσει, ότι ασκεί στον μεγαλύτερο βαθμό τα θέματα στρατηγικής ανάπτυξης προσδιορισμού εταιρικού οράματος και επικοινωνίας του εταιρικού οράματος για θέματα ποιότητας.

β) αρμοδιότητα με θέμα τον σχεδιασμό πολιτικών ποιότητας, διερεύνησης πρακτικών ποιότητας που χρησιμοποιούν οι ανταγωνιστές επίλυση προβλημάτων, κρίσεων και διενέξεων σε θέματα ποιότητας.

Η υπεύθυνη του νοσοκομείου Παπαγεωργίου θεωρεί ότι έχει μικρή αρμοδιότητα στην επίλυση κρίσεων ή διενέξεων σε θέματα που σχετίζονται με την ποιότητα, ενώ έχει πολύ μεγάλη αρμοδιότητα σε θέματα σχεδιασμού επίλυσης προβλημάτων ποιότητας όπως και στην διερεύνηση βέλτιστων πρακτικών ποιότητας που χρησιμοποιούν οι ανταγωνιστές.

Οι υπεύθυνοι των τμημάτων των νοσοκομείων Ντυνάν και Ωνάσειου θεωρούν ότι όλες τις πάρα πάνω αρμοδιότητες τις ασκούν σε μεγάλο και πολύ μεγάλο βαθμό κατά την λειτουργία του τμήματος ποιότητας.

γ) αρμοδιότητες σε θέματα πρακτικής εφαρμογής των πολιτικών της ποιότητας

όπως, η ηλεκτρονική διαχείριση εφαρμογών ποιότητας, υπευθυνότητα για την εφαρμογή ISO, διενέργεια εσωτερικών επιθεωρήσεων και παρακολούθηση δεικτών ποιότητας.

Ο υπεύθυνος του τμήματος του νοσοκομείου Ωνάσειου αισθάνεται αναρμόδιος σε θέματα εισαγωγής και παρακολούθησης ηλεκτρονικών εφαρμογών διαχείρισης ποιότητας. Στα υπόλοιπα θέματα, υπεύθυνου ISO, υπεύθυνου εσωτερικών επιθεωρήσεων και παρακολούθησης δεικτών ποιότητας, θεωρεί ότι τις ασκεί σε πολύ μεγάλο βαθμό.

Ο υπεύθυνος του τμήματος του νοσοκομείου Ντυνάν στο θέμα των εσωτερικών επιθεωρήσεων δεν έχει καμία αρμοδιότητα όπως και στο θέμα παρακολούθησης δεικτών ποιότητας συμμετέχει στον ελάχιστο βαθμό.

Η υπεύθυνη του τμήματος του νοσοκομείου Παπαγεωργίου θεωρεί ότι είναι αρμόδια στον μεγαλύτερο βαθμό της κλίμακας σε όλα τα παραπάνω θέματα.

δ) αρμοδιότητες σε θέματα διαχείρισης, όπως διαχείριση κόστους ποιότητας, ικανοποίηση τελικού πελάτη, ανάπτυξη και εφαρμογή εργαλείων ελέγχου ποιότητας και συνεργασίας με τα υπόλοιπα τμήματα.

Ο υπεύθυνος του τμήματος του νοσοκομείου Ντυνάν ασκεί σε ελάχιστο βαθμό την αρμοδιότητα για την ανάπτυξη και εφαρμογή εργαλείων ποιότητας, σε μέτριο βαθμό σε θέματα διαχείρισης κόστους, ενώ αντίθετα σε πολύ μεγάλο βαθμό σε θέματα αρμοδιότητας που αφορούν την ικανοποίηση του πελάτη και την συνεργασία με τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου.

Ο υπεύθυνος του τμήματος του νοσοκομείου Ωνάσειου ασκεί σε μέτριο βαθμό και σε μεγάλο βαθμό τις αρμοδιότητες ανάπτυξης και εφαρμογής εργαλείων ελέγχου ποιότητας και διαχείριση κόστους ποιότητας αντίστοιχα. Η ικανοποίηση του τελικού πελάτη όπως και η αρμοδιότητα της συνεργασίας με τα υπόλοιπα τμήματα τις ασκεί στο μεγαλύτερο βαθμό.

Η υπεύθυνη του τμήματος του νοσοκομείου Παπαγεωργίου θεωρεί ότι είναι αρμόδια στον μεγαλύτερο βαθμό της κλίμακας σε όλα τα παραπάνω θέματα.

ε) αρμοδιότητες σε θέματα διδασκαλίας και ανάπτυξης όπως τεχνική υποστήριξη στην παραγωγή υπηρεσιών, ανάπτυξη κουλτούρας ποιότητας, εκπαίδευση και ανάπτυξη εκπαιδευτικού υλικού για την κατάρτιση των εργαζομένων.

Ο υπεύθυνος του τμήματος του νοσοκομείου Ντυνάν δεν έχει καμία αρμοδιότητα στην τεχνική υποστήριξη της παραγωγής υπηρεσιών, ενώ ασκεί σε μεγάλο και πολύ

μεγάλο βαθμό τις αρμοδιότητες στα θέματα ανάπτυξης κουλτούρας ποιότητας, εκπαίδευσης και εκπαιδευτικού υλικού για την κατάρτιση των εργαζομένων.

Οι υπεύθυνοι των νοσοκομείων Παπαγεωργίου και Ωνάσειου ασκούν τις παραπάνω αρμοδιότητες σε μεγάλο και πολύ μεγάλο βαθμό.

στ) αρμοδιότητες για την τήρηση αρχείων και εντύπων και επιθεώρησης και ελέγχου διαδικασιών, ο υπεύθυνος του νοσοκομείου Ντυνάν δεν έχει αρμοδιότητα στην επιθεώρηση και τον έλεγχο διαδικασιών. Όλοι στις υπόλοιπες αρμοδιότητες συμμετέχουν σε μεγάλο και πολύ μεγάλο βαθμό.

ζ) τέλος, αρμοδιότητες για την βελτίωση του συστήματος ποιότητας και την ανάπτυξη ομάδων ποιότητας η εμπλοκή όλων των υπευθύνων είναι στον μεγαλύτερο βαθμό της κλίμακας.

Το τελευταίο τμήμα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει δυο ερωτήσεις που εξετάζουν εάν τα γραφεία ποιότητας στις νοσοκομειακές μονάδες έχουν αποτέλεσμα και θα αντέξουν στον χρόνο. (πίνακας 3.2)

2	<b>Εφαρμόζονται τα αποτελέσματα από την λειτουργία του τμήματος ποιότητας για να βελτιωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες;</b>			
	Ναι	Π N		Όχι Ω
3	<b>Υπάρχει ανατροφοδότηση των αποτελεσμάτων;</b>			
	Ναι	Π N		Όχι Ω

πίνακας 3.2

Π = Παπαγεωργίου, Ω = Ωνάσειο, N = Ντυνάν .

Από τις απαντήσεις των υπευθύνων βλέπουμε στην ερώτηση εάν τα αποτελέσματα της λειτουργίας των τμημάτων ποιότητας συμβάλουν στην βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, στα νοσοκομεία Παπαγεωργίου και Ντυνάν είναι θετικές. Θετική επίσης είναι και η απάντηση, από τις ίδιες νοσοκομειακές μονάδες, εάν υπάρχει ανατροφοδότηση των αποτελεσμάτων .

Ο υπεύθυνος του γραφείου ποιότητας του νοσοκομείου Ωνάσειου έχει απαντήσει αρνητικά και στις δύο ερωτήσεις σηματοδοτώντας με αυτό τον τρόπο δυσλειτουργία στον οργανισμό στον οποίο εργάζεται.

#### **7.4 Συμπεράσματα ερωτηματολογίου**

Από την ανάλυση της προσωπικής συνέντευξης των υπευθύνων των γραφείων ποιότητας και του ερωτηματολογίου που απαντήθηκε, το γενικό συμπέρασμα που εξάγεται αφορά την προσωπικότητά τους και την σχέση τους με την διοίκηση του οργανισμού.

Μπορούμε να διαγνώσουμε το ενδιαφέρον των υπεύθυνων ποιότητας για την αποτελεσματική λειτουργία του γραφείου σε αντίθεση με την έλλειψη ενδιαφέροντος από μέρους της διοίκησης. Μπορούμε επίσης, να δούμε λαμπρό ξεκίνημα στην εφαρμογή της πολιτικής της ποιότητας όταν όλη η διοίκηση έχει ενστερνιστεί την φιλοσοφία της δημιουργώντας γραφεία και εφαρμόζοντας διεθνή πρότυπα. Με την πάροδο του χρόνου τα γραφεία αποδυναμώνονται από το προσωπικό τους και εγκαταλείπεται το αρχικό όραμα και οι στόχοι της ποιότητας. Οι προσπάθειες για την εφαρμογή της ποιότητας σε όλο τον οργανισμό τελικά βασίζονται στον δυναμισμό των ατόμων που στελεχώνουν τα γραφεία ποιότητας. Αυτοί είναι οι κύριοι υποκινητές στην εφαρμογή του συστήματος διαχείρισης και βελτίωσης της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Ειδικότερα και αναλύοντας τα αποτελέσματα ακολουθώντας το ερωτηματολόγιο φαίνεται ότι: στην πρώτη ενότητα το φύλο δεν είναι καθοριστικός παράγοντας για την θέση των υπευθύνων ποιότητας. Η ηλικία τους βρίσκεται στην παραγωγικότερη φάση της επαγγελματικής καριέρας. Η μόρφωση τους είναι υψηλή και εξειδικευμένη σε θέματα ποιότητας. Η θέση που κατέχουν είναι προϊστάμενοι του γραφείου ποιότητας και υφιστάμενοι του γενικού διευθυντή.

Το επίπεδο των γνώσεων στα αντικείμενα διασφάλισης ποιότητας, διοίκησης ολικής ποιότητας, οργάνωσης και διοίκηση επιχειρήσεων είναι σε υψηλό βαθμό, άρτια καταρτισμένοι στο αντικείμενο και με γνώση εφαρμογής.

Σε αντικείμενα όπως στατιστικός έλεγχος, γνώση μάρκετινγκ, γνώση χρηματοοικονομικής, η κατάρτισή τους είναι πάνω από το μέτριο με σαφή τάση προς τον πολύ μεγάλο βαθμό.

Ο ρόλος τον οποίο βιώνουν σε μεγάλο βαθμό κατά την διάρκεια εκτέλεσης των καθηκόντων τους μπορεί να παραλληλιστεί με τον ρόλο του δάσκαλου (προσπάθεια να πείσει ότι η εκπαίδευση είναι ουσιώδης), του ψυχαναλυτή (προσπάθεια μείωσης εντάσεων, διαχείριση κρίσεων), του συμβούλου (υποστηρικτής σε θέματα ποιότητας, ανάπτυξη



επιχειρηματικών σχεδίων για την ποιότητα) και του ερευνητή. Ρόλοι όπως αστυνομικού (με την έννοια της διατήρησης της τάξης), γιατρού (με την έννοια της διάγνωσης και παρακολούθησης) βιώνονται σε μικρότερο βαθμό έως καθόλου.

Στην δεύτερη ενότητα τα συμπεράσματα για την στελέχωση του τμήματος ποιότητας είναι ότι όλα τα νοσοκομεία που ερευνήθηκαν διαθέτουν γραφεία ποιότητας τα οποία είναι αυτοτελή και βρίσκονται κάτω από τον γενικό διευθυντή. Η στελέχωση των γραφείων γίνεται από το προσωπικό του νοσοκομείου με προγράμματα κατάρτισης σε θέματα ποιότητας. Δεν είναι πολιτική των νοσοκομείων να προσλαμβάνουν εξειδικευμένο προσωπικό για την στελέχωση των γραφείων ποιότητας.

Τα γραφεία ποιότητας δημιουργούν ομάδες ποιότητας οι οποίες στελεχώνονται από 4-7 άτομα και λειτουργούν σε μεθοδολογικό πλαίσιο και με κανονισμό λειτουργίας.

Στην τελευταία ενότητα η οποία εξετάζει τον βαθμό που ασκούνται διάφορες αρμοδιότητες, η βαθμολογία δείχνει ότι σε θέματα ποιότητας (στρατηγική, όραμα, ευαισθητοποίηση, πρακτικές) στο σύνολο βρίσκονται στο υψηλότερο σημείο, ενώ αντίστοιχα θέματα εσωτερικών επιθεωρήσεων, διαχείρισης κόστους, τεχνικής υποστήριξης βρίσκονται σε χαμηλό επίπεδο.

Με την άσκηση αυτών των αρμοδιοτήτων σκοπός είναι να βελτιωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες και να υπάρχει ανατροφοδότηση στο σύστημα έτσι ώστε να αναθεωρούνται κακές πρακτικές σε θέματα ποιότητας.

Η γενική εντύπωση που άφησε το σύνολο του ερωτηματολογίου είναι ότι τα γραφεία ποιότητας όταν υπάρχουν διαδραματίζουν σοβαρό έργο στην παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας. Προσπαθούν να εμφυσήσουν σε όλο το προσωπικό του νοσοκομείου το όραμα της διοίκησης για την ποιότητα έτσι ώστε να βελτιώνονται οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Προσπαθούν να πιστοποιήσουν βάσει διεθνών προτύπων με πιστοποιητικά ποιότητας διεργασίες, τμήματα ή όλο τον οργανισμό.

## ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΓΡΑΦΕΙΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ

Μια νοσοκομειακή μονάδα πρέπει να σχεδιάζει και να θέτει σε εφαρμογή τις διεργασίες παρακολούθησης, μέτρησης, ανάλυσης και βελτίωσης που χρειάζονται να αποδεικνύει την συμμόρφωση της παρεχόμενης υπηρεσίας υγείας, να εξασφαλίζει την συμμόρφωση του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας και να βελτιώνει διαρκώς την αποτελεσματικότητα του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας.

Με την λειτουργία του γραφείου ποιότητας στις μονάδες εξασφαλίζεται η αποτελεσματικότητα του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας. Το γραφείο ποιότητας έχοντας κάνει κτήμα του την κουλτούρα της διοίκησης στην ποιότητα, την μεταδίδει σε όλο τον οργανισμό.

Η οργάνωση και λειτουργία γραφείου ποιότητας στις νοσοκομειακές μονάδες δίνει την δυνατότητα, μέσω των σχετικών δραστηριοτήτων που έχουν φτάσει σε πιστοποίηση, να είναι τεκμηριωμένη η δραστηριότητα που συντελείται με δομημένο τρόπο. Σε πολλές περιπτώσεις, η εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας βοηθά τα τμήματα να αποκτήσουν απαραίτητο εξοπλισμό, χώρους, ανθρώπινο δυναμικό και γενικότερα υποδομές. Βελτιώνεται η συνεργασία μεταξύ των τμημάτων, ιδιαίτερα με τα γραφεία προμηθειών, κίνησης ασθενών, με τις τεχνικές και τις διοικητικές υπηρεσίες. Αυτό διευκολύνει τα τμήματα των νοσοκομείων, σε κάθε περίπτωση που χρειάζεται να ανατρέξει κάποιος σε αρχεία.

Το γραφείο ποιότητας συλλέγει και αναλύει κατάλληλα δεδομένα για να αποδεικνύει την καταλληλότητα και την αποτελεσματικότητα του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας και αξιολογεί σε ποιο σημείο πρέπει να γίνονται διαρκείς βελτιώσεις της αποτελεσματικότητας του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας. Αυτό περιλαμβάνει δεδομένα που δημιουργούνται ως αποτέλεσμα της παρακολούθησης και της μέτρησης καθώς και δεδομένα από άλλες σχετικές πηγές.

Το γραφείο ποιότητας μέσω του δικτύου ποιότητας διεξάγει σε προγραμματισμένα χρονικά διαστήματα εσωτερικές επιθεωρήσεις για να προσδιορίσει κατά πόσον το

σύστημα διαχείρισης ποιότητας συμμορφώνεται με τις προσχεδιασμένες απαιτήσεις, με τις απαιτήσεις του προτύπου και με τις απαιτήσεις του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας που καθιερώνεται από τον οργανισμό και τίθεται σε εφαρμογή αποτελεσματικά και διατηρείται.

Το γραφείο ποιότητας παρακολουθεί και μετρά τα χαρακτηριστικά της παρεχόμενης υπηρεσίας, ώστε να επαληθευτεί η ικανοποίηση της απαίτησης για την υπηρεσία. Αυτό πρέπει να εκτελείται σε κατάλληλα στάδια της διεργασίας υλοποίησης της υπηρεσίας σύμφωνα με τις προσχεδιασμένες διευθετήσεις. Πρέπει να διατηρούνται αποδείξεις προς τα κριτήρια συμμόρφωσης αποδοχής.

Το γραφείο ποιότητας λαμβάνει προληπτικές ενέργειες για την εξάλειψη των αιτιών των πιθανών μη συμμορφώσεων. Οι προληπτικές ενέργειες πρέπει να είναι ανάλογες με τις επιπτώσεις των πιθανών προβλημάτων. Καθιερώνει τεκμηριωμένη διαδικασία ώστε να καθορίζονται απαιτήσεις για τον προσδιορισμό των μη συμμορφώσεων και των αιτιών τους. Επίσης, αναλαμβάνει διορθωτικές ενέργειες για την εξάλειψη της αιτίας των μη συμμορφώσεων ώστε να προλαμβάνεται η επανεμφάνισή τους. Οι διορθωτικές ενέργειες πρέπει να είναι ανάλογες με τις επιπτώσεις των μη συμμορφώσεων που παρατηρήθηκαν. Πρέπει να καθιερωθεί μια τεκμηριωμένη διαδικασία ώστε να καθορίζονται απαιτήσεις για την αναθεώρηση των μη συμμορφώσεων, τον προσδιορισμό των αιτιών, την αξιολόγηση ανάγκης για ενέργειες ώστε να εξασφαλιστεί ότι μη συμμορφώσεις δεν θα επανέλθουν

Το γραφείο ποιότητας με την ανάλυση των δεδομένων παρέχει πληροφορίες σχετικά με την ικανοποίηση των πελατών, τη συμμόρφωση με τις απαιτήσεις που σχετίζονται με την παροχή της υπηρεσίας, συμπεριλαμβανομένων ευκαιριών για προληπτικές ενέργειες.

Το γραφείο ποιότητας μεριμνά για την καθιέρωση και διατήρηση αρχείων τόσο για την λειτουργία του όσο και για όλο τον οργανισμό. Τα αρχεία πρέπει να καθιερωθούν, να διατηρούνται, να είναι ευανάγνωστα και να εντοπίζονται εύκολα όταν υπάρχει ανάγκη. Τα αρχεία αποδεικνύουν τη συμμόρφωση με τις απαιτήσεις του προτύπου και την αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας. Η διατήρηση των αρχείων θα πρέπει να καθορίζει τους ελέγχους που χρειάζονται για την απόδοση της ταυτότητας, την αποθήκευση, την προστασία, την διατήρηση στον χρόνο και την τελική

διάθεση όταν απαιτείται.

Η ενεργός συμμετοχή του γραφείου στη οργάνωση της εκπαίδευσης, στην τεκμηρίωση και συστηματοποίηση των εκτελούμενων δραστηριοτήτων, στην ορθολογική χρήση των διαθέσιμων πόρων, έχει σαν αποτέλεσμα στην βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, αλλά και της μείωσης του κόστους των υπηρεσιών. Το θεσμικό πλαίσιο γίνεται περισσότερο γνωστό και κατανοητό για αρκετά ζητήματα και δρομολογούνται δράσεις για πληρέστερη εναρμόνιση του. Αυξάνεται η ευαισθησία των εργαζομένων – γιατρών, νοσηλευτών, διοικητικών-, με αποτέλεσμα τη μείωση των αστοχιών και επίτευξη καλύτερης συνεργασίας μεταξύ των εμπλεκομένων . Όλα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα την βελτίωση των δεικτών ποιότητας και βέβαια την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών και όλων των «πελατών» σε ολόκληρο το σύστημα υγείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπερασματικά, μετά την θεωρητική προσέγγιση σε θέματα ποιότητας στον χώρο της υγείας γενικά στον κόσμο και ειδικότερα στην Ελλάδα, προτείνουμε ότι μπορεί να υιοθετηθεί και να εφαρμοστεί η εμπειρία της εφαρμογής των αρχών της ποιότητας σε όλες στις νοσοκομειακές μονάδες. Η εφαρμογή αυτή μπορεί να γίνει με την ίδρυση αυτοτελών γραφείων ποιότητας στα νοσοκομεία τα οποία θα έχουν την καθολική δέσμευση της διοίκησης του οργανισμού στο όραμα της ποιότητας. Τα αποτελέσματα της λειτουργίας του γραφείου είναι υψηλής ποιότητας παροχή υπηρεσιών υγείας, μείωση του κόστους, ελαχιστοποίηση των επαγγελματικών αστοχιών και στόχος του η συνεχής βελτίωση της παρεχόμενης υπηρεσίας.

Για να εφαρμοστούν οι αρχές της ποιότητας πρέπει να γίνουν αλλαγές στον τομέα της υγείας, δομικές ή διαδικαστικές αλλά κυρίως στις συμπεριφορές και στις στάσεις του προσωπικού. Η διαχείριση της αλλαγής της κουλτούρας στο νοσοκομειακό περιβάλλον για να είναι αποτελεσματική πρέπει η επίτευξη της επιθυμητής κουλτούρας να γίνεται ομαλά, με την συνεργασία όλων των ομάδων των εργαζομένων, χωρίς κάθετες συγκρούσεις. Εκτός από τον ίδιο τον οργανισμό και οι εθνικές πολιτικές βελτίωσης της παρεχόμενης ποιότητας υγείας πρέπει να είναι κατάλληλες ώστε να επηρεάσουν την αλλαγή της κουλτούρας για την ποιότητα.

Το κράτος με την νομοθεσία που αφορά το Ε.Σ.Υ. έχει προβεί σε μεταρρυθμίσεις, δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στην ποιότητα της υγείας και στην διαρκή βελτίωσή της. Οι νόμοι αυτοί πρέπει να εφαρμοστούν, οι θεσμοθετημένες επιτροπές θα πρέπει να ξεκινήσουν την λειτουργία τους ώστε να παράγουν έργο, για να υπάρξει αναβάθμιση του συστήματος υγείας. Θα πρέπει να λειτουργήσουν γραφεία ποιότητας εκτός από τις Δ.Υ.ΠΕ και στις δημόσιες νοσοκομειακές μονάδες.

Ο ιδιωτικός τομέας διέπεται από τους εσωτερικούς κανονισμούς του κάθε νοσοκομείου χωριστά. Παρά το γεγονός ότι έχουν ιδρυθεί και λειτουργήσει γραφεία ποιότητας, στην πορεία αποδυναμώθηκαν και υπολειπόμενα. Θα πρέπει οι διοικήσεις των νοσοκομείων να συνεχίσουν το όραμα για την ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, δίνοντας κίνητρα στους εργαζόμενους για την προσήλωσή τους στον αρχικό στόχο που είναι η υψηλής ποιότητας παρεχόμενη υπηρεσία υγείας. Η αναγνώριση των

επιτευγμάτων των εργαζόμενων σημαίνει βαθύ αίσθημα ικανοποίησης και συνεπώς ισχυρή υποκίνηση για εργασία. Η δημιουργία και διατήρηση των ομάδων ποιότητας μέσα στον οργανισμό είναι σημαντική γιατί αυτές θα ασχοληθούν με την διάχυση της νοοτροπίας της ποιότητας, την επίλυση προβλημάτων ποιότητας και την ανατροφοδότηση των αποτελεσμάτων.

Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στη χρήση και την εκμετάλλευση της υψηλής τεχνολογίας για την αποτελεσματικότερη και ασφαλέστερη παροχή των υπηρεσιών.

Επίσης, η διοίκηση ενός νοσοκομείου θα πρέπει:

- να δημιουργήσει στον οργανισμό φιλοσοφία ανθρωποκεντρική, με σκοπό την ικανοποίηση τόσο του ασθενή όσο και των εργαζομένων.
- να δεσμευτεί στη υιοθέτηση της νοοτροπίας της ποιότητας,
- να εμφυσήσει σε όλο το προσωπικό την νοοτροπία της ποιότητας,
- να επενδύσει στη συνεχή εκπαίδευση των εργαζόμενων του, γιατί αυτοί αποτελούν το διανοητικό κεφάλαιο του οργανισμού το οποίο καθημερινά παράγει γνώση, όπου η γνώση θα έχει σαν αποτέλεσμα την βελτίωση της εργασίας και των παρεχόμενων υπηρεσιών και την αύξηση του ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος του οργανισμού..
- να οργανώνει προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης των εργαζομένων στα εργαλεία και τις τεχνικές ποιότητας έτσι ώστε, να μπορούν να βρίσκουν τα αίτια διακύμανσης στην ποιότητα και να λαμβάνουν γρήγορα αποφάσεις,
- να εφαρμόσει συνεχή και συστηματική αξιολόγηση στον οργανισμό (δημόσιου και ιδιωτικού τομέα) βάσει προτύπων διεθνούς αποδοχής και κριτηρίων αξιολόγησης.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΠΗΓΕΣ

- 1) **AMACON EQI** «Οι αρχές της Ποιότητας στον χώρο της Υγείας», Αθήνα 2006
- 2) **Β. Αλετράς, Μ. Ματσαγγάνης, Δ. Νιάκας** «Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας», Τόμος Α. Εκδόσεις Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα 2002
- 3) **Becker, r., Plaut. H. & Runge, I.**, (1927), Anwengungen der Mathematischen Statistik auf Problem der Massenfabridate. Springer – Verlag, Berlin
- 4) **Daeves, K. H.**, (1924). The utilization of statistics. A new and valuable aid in industrial research and in the evaluation of test data. Testing. March, 173-189
- 5) **Deming W.E.**, (1993) The New Economics for Industry, Government, Education. Cambridge, MA: MIT Center for Advanced Engineering Study
- 6) **Feigenbaum Armand V.**, (1988) The Future of Quality Management, Quality Digest, 18(4) (May): 33-38
- 7) **Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης** « ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2001
- 8) **Garvin, D.A.**, (1988) Managing Quality; The strategic and competitive edge, New

York: The Free Press

9) **Institute of Medicine (1990)**. In a Strategy for Quality Assurance Vol. 1, ed Lohr, K.N. Washington, DC: National Academy of Sciences

10) **Howard s. Rowland & Beatrice L. Rowland** , «HOSPITAL AND HEALTH SYSTEMS QUALITY MANAGEMENT», AN ASPEN PUBLICATION 1997

11) **Juran, J.** (1986), «The Quality Trilogy», Quality Progress. August, pp 19-24

12) **Στέλα Ξηροτύρη-Κουφίδου** «Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων», Εκδόσεις Ανικούλα, Θεσσαλονίκη

13) **Ockland, J.S.**, (1989), Total Quality Management. Butterworth, Heinemann, Oxford

14) **Χαράλαμπος Οικονόμου** «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες», Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα 2004

15) **Γεώργιος Δ. Τσιόρτας** «Βελτίωση Ποιότητας», Εκδόσεις Ε. Μπένου, Αθήνα 2002

16) **Βίκυ Παπανικολάου** «Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2007

17) **Parasuraman, A. Zeithaml, V. and Berry L.** (1988), Servqual: A Multiple-Item Scale for Measuring Perceptions of Service Quality, Journal of Retailing, 64, pp 12-40



- 18) **Ν.Πολύζος, Γ.Δουμουλάκης, Γ.Χρυσοχοϊδης**, ΕΑΠ ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ «ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ/ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ Θεματική ενότητα: Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας» ΠΑΤΡΑ 2000
- 19) **Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης** «Συστήματα Υγείας» Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2001
- 20) **D.H.Stamatis** Total Quality Management in Healthcare, Implementation strategies for optimum results
- 21) Άρθρο, **Α. Διλίντας, Ε. Σεβαστάκη, Ι. Νεονάκης** «Αναζήτηση της ποιότητας στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία», Επιθεώρηση Υγείας, Ιούλιος-Αύγουστος 2006
- 22) Άρθρο, **Μ. Θεοδώρου** «Ο ποιοτικός έλεγχος στις υπηρεσίες υγείας», Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ, Ιανουάριος 1992
- 23) Άρθρο, **Αικατερίνη Κωνσταντοπούλου** «Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα», Archive.gr. Οκτώβριος 2009
- 24) Άρθρο, **Π. Α. Κωστόπουλος, Χ Γ. Πλατής, Στ. Ζήμερας** «Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2006, 23(6):603-614
- 25) Άρθρο, **Ε. Λαχανά, Ε. Κοτρώτσιου** «Διαφοροποίηση και διασφάλιση ποιότητας σε

προϊόντα και υπηρεσίες υγείας», Νοσηλευτική, Μάρτιος 2002

26) Άρθρο, **Αριστείδης Μαντάς** «ΕΣΥ Ανάγκη για αποτελεσματική μεταρρύθμιση», Επιθεώρηση Υγείας, Ιούλιος-Αύγουστος 2007

27) Άρθρο, **Ι. Μποστανίτης, Μ. Τσαλίδου** «Το Δημόσιο νοσοκομείο ως ΝΠΔΔ. Η Αποδοτικότητα και Αποτελεσματικότητα ως συνέπεια του τρόπου διοίκησης», Επιθεώρηση Υγείας, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2008

28) Άρθρο, **Ν.Α.Οικονόμου, Γ. Τούντας** «Αξιολόγηση της αποδοτικότητας στο χώρο της υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007,24(1) 34-47

29) Άρθρο, **Ν. Οικονόμου, Γ. Τούντας** «Ελληνικές μετρήσεις αποδοτικότητας στην υγεία», Επιθεώρηση Υγείας, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2009

30) Άρθρο, **Ν. Πολύζος, Ι. Υφαντόπουλος** «Προβλήματα ανάπτυξης του Ανθρώπινου Δυναμικού στην Υγεία», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2000

31) Άρθρο, **Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης, Γ. Υφαντόπουλος**, «Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001, 18(3):230-238

32) Άρθρο, **Γ. Τούντας** «Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2003, 20(5):532-546

- 33) Άρθρο, Γ. Τούντας, Χ. Δημητρακάκη, C. Boliars, S.van den Broucke, H.Kok, G. Molleman, «Αξιολόγηση της ποιότητας των προγραμμάτων προαγωγής υγείας. Το ευρωπαϊκό εργαλείο EQUHP», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24(1) 79-88
- 34) Άρθρο, Γ. Τούντας, Ν. Α. Οικονομόνου, «Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24(1):7-21

## ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- 1) <http://www.papageorgiou-hospital.gr>
- 2) <http://www.onasseio.gr>
- 3) <http://www.dunant.gr>
- 4) [www.who.int](http://www.who.int)
- 5) [www.who.int/whr/2000/index.htm](http://www.who.int/whr/2000/index.htm)
- 6) [www.isqua.org.au](http://www.isqua.org.au)
- 7) [http://europa.eu.int/comm/dgs/healthconsumer/generalinfo/mission\\_en.html](http://europa.eu.int/comm/dgs/healthconsumer/generalinfo/mission_en.html).
- 8) <http://www.elot.gr>

## ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

- 1) Νόμος 2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 165, 21 Αυγούστου 1997 )

- 2) Νόμος 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 37, 2 Μαρτίου, 2001 ).
- 3) ΠΔ 84/2001 «Λειτουργία ιδ. Φορέων Παροχής Υπηρ. Α'θμιας Φροντίδας Υγείας» (ΦΕΚ Α'70/10.4.2001)
- 4) ΠΔ 357/2001 «Οργανισμός Κεντρικής Υπηρεσίας Πε.Σ.Υ.» (ΦΕΚ Β' 240/17.10.2001)
- 5) Νόμος 3172/2003 «Οργάνωση-εκσυγχρονισμός Υπηρεσιών Δημ. Υγείας κλπ διατάξεις» (ΦΕΚ Α' 197/ 6.8.2003)
- 6) Νόμος 3235/2004 «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» (ΦΕΚ Α'53/18.2.2004)
- 70 Νόμος 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 81, 4 Απριλίου, 2005 ).

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΕΝΟΤΗΤΑ 1. Προσωπικές και βιογραφικές πληροφορίες

<b>1</b>	<b>Ηλικία;</b>			
	<b>Π:</b> 34 <b>Ω:</b> 50 <b>Ν:</b> 40			
<b>2</b>	<b>Φύλο;</b>			
	<b>Π:</b> Θήλυ <b>Ω:</b> Άρρεν <b>Ν:</b> Άρρεν			
<b>3</b>	<b>Επίπεδο εκπαίδευσης;</b>			
	<b>Π:</b> ΑΕΙ, ,Διδακτορικό <b>Ω:</b> ΑΕΙ, ,MSc,PhD, MBA <b>Ν:</b> ΤΕΙ, MBA			
<b>4</b>	<b>Ο τίτλος της θέσης σας στον οργανισμό;</b>			
	<b>Π:</b> Προϊστάμενη στην διεύθυνση ποιότητας <b>Ω:</b> Υπεύθυνος διαχείρισης ποιότητας <b>Ν:</b> Προϊστάμενος ποιότητας έργων και εκπαίδευσης			
<b>5</b>	<b>Ποιος είναι ο άμεσος προϊστάμενός σας;</b>			
	<b>Π:</b> Γενικός διευθυντής <b>Ω:</b> Γενικός διοικητικός διευθυντής <b>Ν:</b> Γενικός διευθυντής			
<b>6</b>	<b>Χρόνια υπηρεσίας στην συγκεκριμένη θέση;</b>			
	Λιγότερο από 5 χρόνια	5 – 10 χρόνια	11 – 20 χρόνια	20 χρόνια και πάνω
		<b>Π</b> <b>Ν</b>	<b>Ω</b>	

7	Πως θα κατατάσσατε το επίπεδο γνώσεών σας στα παρακάτω αντικείμενα;					
		καθόλου	ελάχιστο βαθμό	μέτριο βαθμό	μεγάλο βαθμό	πολύ μεγάλο βαθμό
	Στατιστικός έλεγχος Ποιότητας (διαγράμματα ελέγχου, επιθεώρηση κτλ)				Π	Ω N
	Διασφάλιση ποιότητας (ISO 9000)					Π Ω N
	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Μοντέλα, Βραβεία, Θεωρητικοί)					Π Ω N
	Τεχνικές γνώσεις πάνω στην παραγωγή της υπηρεσίας			Π		Ω N
	Γνώση Χρηματοοικονομικής			Π		Ω N
	Γνώση Μάρκετινγκ				Ω Π	N
	Γνώση Οργάνωσης και Διοίκησης επιχειρήσεων					Π Ω N
	Γνώση εφοδιαστικής (Logistics)				Π	Ω N

<b>Ποιους από τους παρακάτω ρόλους θεωρείτε ότι βιώνετε στον οργανισμό ασκώντας το έργο σας;</b>						
	καθόλου	ελάχιστο βαθμό	μέτριο βαθμό	μεγάλο βαθμό	πολύ μεγάλο βαθμό	
<b>8</b>	<b>Πωλητής</b> («Πώληση της ποιότητας ως ένα σημαντικό και αναπόσπαστο μέρος της επιχειρηματικής αποτελεσματικότητας που επηρεάζει τους πάντες)				<b>N</b>	<b>Π Ω</b>
	<b>Δάσκαλος</b> (προσπάθεια να πείσει ότι η εκπαίδευση σε θέματα ποιότητας είναι ουσιώδη και σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων κατάρτισης σε θέματα ποιότητας)			<b>N</b>		<b>Π Ω</b>
	<b>Ψυχαναλυτής</b> (Προσπάθεια μείωσης εντάσεων λόγω προβλημάτων σε θέματα ποιότητας, αλλαγή συμπεριφοράς, διαχείριση κρίσεων)		<b>N</b>			<b>Π Ω</b>
	<b>Σύμβουλος (consultant)</b> Υποστήριξη σε θέματα ποιότητας, συμβουλευτικό έργο, ανάπτυξη επιχειρηματικών σχεδίων για ποιότητα)					<b>Π Ω N</b>
	<b>Γιατρός</b> (Αναγνώριση «αρρώστιας», διάγνωση, θεραπεία, παρακολούθηση)		<b>N</b>	<b>Ω</b>	<b>Π</b>	
	<b>Αστυνομικός</b> (Διατήρηση βασικών αρχών και πρακτικών, επιβολή της «τάξης»)	<b>Π</b>	<b>N</b>		<b>Ω</b>	
	<b>Ερευνητής</b> (Διερεύνηση πηγών γύρω από θέματα ποιότητας πχ. Μοντέλα, θεωρητικοί, εργαλεία, ανάλυση και επεξήγηση παραγόντων ποιότητας)			<b>Ω</b>		<b>Π N</b>

## ΕΝΟΤΗΤΑ 2. Στελέχωση τμήματος ποιότητας

<b>1</b>	<b>Υπάρχει τμήμα ελέγχου ποιότητας στον οργανισμό; Ακριβής τίτλος</b>			
	<b>Π:</b> ναι, Διεύθυνση ποιοτικού ελέγχου <b>Ω:</b> ναι <b>Ν:</b> ναι			
<b>2</b>	<b>Στο οργανόγραμμα του οργανισμού το τμήμα ποιότητας σε ποια θέση βρίσκεται;</b>			
	<b>Π:</b> αυτοτελής, κάτω από τον γενικό διευθυντή <b>Ω:</b> αυτοτελής, κάτω από τον γενικό διευθυντή <b>Ν:</b> αυτοτελής, κάτω από τον πρόεδρο			
<b>3</b>	<b>Η στελέχωση του τμήματος γίνεται με την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού του οργανισμού με προγράμματα κατάρτισης;</b>			
	Ναι	<b>Π</b> <b>Ω</b> <b>Ν</b>		Όχι
<b>4</b>	<b>Η στελέχωση του τμήματος γίνεται με πρόσληψη νέου προσωπικού;</b>			
	Ναι		Όχι	<b>Π</b> <b>Ω</b> <b>Ν</b>
<b>5</b>	<b>Δημιουργήθηκαν ομάδες ποιότητας;</b>			
	Ναι	<b>Π</b> <b>Ν</b>	Όχι	<b>Ω</b>
<b>6</b>	<b>Πόσα άτομα συμμετέχουν στην κάθε ομάδα;</b>			
	<b>Π:</b> 4-7 άτομα <b>Ω:</b> 0 <b>Ν:</b> 4 άτομα			
<b>7</b>	<b>Υπάρχει μεθοδολογικό πλαίσιο ή κανονισμός λειτουργίας για την εφαρμογή της πολιτικής της ποιότητας ;</b>			
	Ναι	<b>Π</b> <b>Ω</b> <b>Ν</b>	Όχι	
<b>8</b>	<b>Με πόσα άτομα στελεχώνεται το γραφείο ποιότητας, και με ποιες ειδικότητες;</b>			
	<b>Π</b>	<b>Ω</b>	<b>Ν</b>	
	2 άτομα ΠΕ	1 άτομα ΠΕ	1 άτομα ΠΕ	
	1 άτομα ΔΕ	1 άτομα ΤΕ	3 άτομα ΤΕ	
	Ομάδες	1 άτομα ΔΕ	2 άτομα ΔΕ	
<b>9</b>	<b>Μέσος όρος παραμονής εργαζομένων στο τμήμα ποιότητας;</b>			
	Λιγότερο από 5 χρόνια	5 – 10 χρόνια	11 – 20 χρόνια	20 χρόνια και πάνω
	<b>Ν</b>	<b>Π</b> <b>Ω</b>		



### ΕΝΟΤΗΤΑ 3.Αρμοδιότητες και λειτουργία του τμήματος ποιότητας

1 1	Σε ποιο βαθμό ασκείτε τις παρακάτω αρμοδιότητες;					
	καθόλου	ελάχιστο βαθμό	μέτριο βαθμό	μεγάλο βαθμό	πολύ μεγάλο βαθμό	
Ανάπτυξη στρατηγικής για ποιότητα			Ω	Π N		
Προσδιορισμός εταιρικού οράματος για θέματα ποιότητας	N		Ω	Π	N	
Επικοινωνία του εταιρικού οράματος για θέματα ποιότητας			Ω	Π N		
Ευαισθητοποίηση εργαζομένων και στελεχών σε θέματα ποιότητας		Ω	Π	N		
Σχεδιασμός πολιτικών ποιότητας				Π Ω N		
Επίλυση προβλημάτων ποιότητας			N	Π Ω		
Επίλυση κρίσεων /διενέξεων σε θέματα ποιότητας		Π	N	Ω		
Διερεύνηση Βέλτιστων Πρακτικών ποιότητας που χρησιμοποιούν ανταγωνιστές (Benchmarking)			Ω	Π N		
Εισαγωγή και παρακολούθηση ηλεκτρονικών εφαρμογών (software) διαχείρισης ποιότητας				Π N		
Υπεύθυνος για το ISO				Π Ω N		
Εσωτερικές επιθεωρήσεις				Π Ω		
Παρακολούθηση δεικτών ποιότητας	N			Π Ω	N	
Διαχείριση κόστους ποιότητας		N	Ω	Π		
Ικανοποίηση τελικού πελάτη				Π Ω N		
Ανάπτυξη και εφαρμογή εργαλείων ελέγχου ποιότητας	N	Ω		Π	N	

	Συνεργασία με υπόλοιπα τμήματα της επιχείρησης					Π Ω Ν
1	Τεχνική υποστήριξη σε θέματα παραγωγής υπηρεσιών	N			Ω	Π
	Ανάπτυξη κουλτούρας ποιότητας					Π Ω Ν
	Εκπαίδευση σε θέματα ποιότητας (ανάλυση αναγκών)				Ω	Π Ν
	Ανάπτυξη εκπαιδευτικού υλικού και κατάρτιση εργαζομένων				Ω Ν	Π
	Τήρηση αρχείων και εντύπων				Ω	Π Ν
	Επιθεώρηση και έλεγχος διαδικασιών (Inspection and Testing)	N				Π Ω
	Βελτίωση συστήματος ποιότητας					Π Ω Ν
	Ανάπτυξη και λειτουργία ομάδων ποιότητας					Π Ω Ν
2	<b>Εφαρμόζονται τα αποτελέσματα από την λειτουργία του τμήματος ποιότητας για να βελτιωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες;</b>					
	Ναι	Π Ν			Όχι	Ω
3	<b>Υπάρχει ανατροφοδότηση των αποτελεσμάτων;</b>					
	Ναι	Π Ν			Όχι	Ω

Π = Παπαγεωργίου, Ω = Ωνάσειο, Ν = Ντυνάβ