



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ  
Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»**



**ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**

***Κα. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΦΙΛΤΙΣΕΝΙΟΥ***

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:**

***ΦΕΒΡΩΝΙΑ ΣΑΚΚΑΤΟΥ***

**ΠΑΤΡΑ, 2012**



*Στους γονείς μου  
Ιωάννη και Μυρσίνη  
Σακκάτου*

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

*Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην καθηγήτρια μου, κα. Φιλτισένιου Πάρασκευή, για την εμπιστοσύνη και την υπομονή που μου έδειξε κατά τη διάρκεια της υλοποίησης της πτυχιακής εργασίας, καθώς και για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή της.*



## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο όρος "ποιότητα" έχει δημιουργήσει ποικίλες συζητήσεις, αλλά και διαφωνίες, απορίες και σύγχυση. Ο David Garvin αναφέρει πως: «Η ποιότητα είναι μια ασυνήθιστα γλιστερή έννοια, εύκολη να τη φανταστείς, όμως πολύ δύσκολη να την ορίσεις».

Τα τελευταία χρόνια γίνεται πολύς λόγος για την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας στη σύγχρονη κοινωνία μας. Η ραγδαία πρόοδος, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, της τεχνολογίας και της ιατρικής, σε συνδυασμό με την πολυπλοκότητα των προσφερόμενων Υπηρεσιών Υγείας, έχει αρχίσει να δημιουργεί μια ανησυχία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και του πληθυσμού που δέχεται τη φροντίδα υγείας, ως προς τη διασφάλιση της ποιότητάς της.

Η ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα, θα πρέπει να αποτελεί τον κύριο στόχο των Υπηρεσιών Υγείας, γιατί προτεραιότητά τους είναι η προστασία της υγείας του ανθρώπου. Κατ' επέκταση και η Νοσηλευτική ως επιστήμη υγείας, οφείλει να θέτει ως στόχο την υψηλή ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς, επιδιώκοντας την επιστημονική και κλινική πρόοδο του νοσηλευτικού έργου. Για το λόγο αυτό, ως φοιτήτρια Νοσηλευτικής, αποφάσισα να επιλέξω ως θέμα για τη πτυχιακή εργασία μου «Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας - Η έννοια της Ποιότητας στη Νοσηλευτική Φροντίδα».

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ποιότητα αποτελεί σημαντική έννοια για τις σύγχρονες κοινωνίες και οικονομίες. Ως ποιότητα ορίζεται 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.

Η ποιότητα στον τομέα της υγείας είναι πολύ πιο σύνθετη απ' ό τι στο χώρο της βιομηχανίας. Ο Donabedian δηλώνει ότι: «η έννοια της ποιότητας στη φροντίδα είναι εντυπωσιακά δύσκολο να οριστεί». Και σύμφωνα με τον ίδιο, ως ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης.

Η Νοσηλευτική ως επιστήμη υγείας, αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα του υγειονομικού συστήματος. Η υψηλή ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας πρέπει να αποτελεί βασική υποχρέωση των νοσηλευτών, δικαίωμα των αρρώστων και συντελεστή επιτάχυνσης της προόδου -επιστημονικής και κλινικής- του νοσηλευτικού έργου. Η νοσηλευτική διεργασία αποτελεί το εργαλείο κάθε νοσηλευτή για να διασφαλίσει την ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες του. Η ποιότητα της φροντίδας του αρρώστου εξετάζεται βάσει δεδομένων διατυπωμένων προτύπων, επιπέδων και κριτηρίων νοσηλευτικής εργασίας που αντιπροσωπεύουν τα στάδια της διεργασίας.

## SUMMARY

Quality is an important concept for modern societies and economies. Quality is defined as a dynamic state, which is associated with the products, services, people, processes and the environment and which meets or exceeds customer expectations.

The quality of health is much more complex than in industry. Donabedian states that: "the concept of quality in care is remarkably difficult to define." And according to him, as to quality health services is defined to maximize the satisfaction of the patient, taking into account the gains and losses that exist in a care process.

Nursing as a health science is an integral part of the health system. The high quality nursing care should be a basic requirement for nurses, right sick and accelerating rate of progress -scientific and clinical- healthcare project. The nursing process is the tool every nurse to ensure the quality of the offered services. The quality of patient care is examined using data formulated standards, levels and criteria of nursing work representing the stages of the process.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

## Σελίδα:

|  |    |
|--|----|
| Εισαγωγή.....  | 1  |
| <b>Πρώτο Μέρος</b>   |    |
| <b><u>Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> : Η έννοια της ποιότητας σε θεωρητικό επίπεδο</u></b>         |    |
| 1.1 Έννοια και ορισμοί της ποιότητας.....  | 4  |
| 1.2 Η φιλοσοφία της ποιότητας - Οι θεμελιωτές της ποιότητας<br>και οι αρχές τους.....      | 5  |
| 1.2.1 William Edwards Deming (1900-1993) .....   | 5  |
| 1.2.2 Joseph M. Juran (1904).....  | 10 |
| 1.2.3 Philip B. Crosby (1926-2001).....  | 11 |
| 1.2.4 Armand. V. Feigenbaum.....   | 13 |
| 1.2.5 Kaoru Ishikawa (1915-1989).....  | 13 |
| 1.2.6 Genichi Taguchi (1924).....  | 14 |
| 1.2.7 John S. Oakland.....   | 14 |
| 1.2.8 Avedis Donabedian.....   | 16 |
| 1.3 Εξέλιξη και μορφές της ποιότητας.....  | 17 |
| 1.3.1 Επιθεώρηση (Inspection).....   | 19 |
| 1.3.2 Ποιοτικός έλεγχος (Quality control).....   | 19 |
| 1.3.3 Διασφάλιση της ποιότητας (Quality Assurance).....                                    | 21 |
| 1.3.4 Δ.Ο.Π. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management)..                        | 22 |
| 1.3.4.1 Μετάβαση από παραδοσιακό οργανισμό σε οργανισμό<br>διοίκησης ολικής ποιότητας..... | 25 |
| 1.3.4.2 Υποδείγματα ολικής ποιότητας.....  | 27 |
| 1.4 Πρακτικά βήματα αύξησης της ποιότητας<br>των υπηρεσιών προς το χρήστη.....             | 29 |
| 1.5 Το μέλλον της ποιότητας.....   | 30 |

## *Δεύτερο Μέρος*

### **Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> : Οι Υπηρεσίες Υγείας**

|   |    |
|---|----|
| 2.1 Προϊόν - Υπηρεσία: χαρακτηριστικά - διαφορές..... | 33 |
| 2.1.1 Ποιότητα προϊόντος.....                         | 34 |
| 2.1.2 Ποιότητα υπηρεσιών.....                         | 34 |
| 2.2 Εννοιολογική οριοθέτηση της Υγείας.....           | 35 |
| 2.3 Βασικά χαρακτηριστικά των Υπηρεσιών Υγείας .....  | 38 |
| 2.3.1 Μορφές των οργανισμών υγείας.....               | 39 |

### **Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> : Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα**

|  |    |
|--|----|
| 3.1 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....                                    | 40 |
| 3.1.1 Ιστορική Εξέλιξη του Ελληνικού Συστήματος Υγείας.....            | 40 |
| 3.1.2 Η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.....                      | 41 |
| 3.1.3 Οι προσπάθειες μεταρρύθμισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας...    | 43 |
| 3.1.4 Το ελληνικό νοσοκομείο: διαχρονική εξέλιξη και σύγχρονες τάσεις. | 45 |

### **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> : Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας**

|  |    |
|--|----|
| 4.1 Ιστορική αναδρομή της ποιότητας στην παροχή υγείας.....                | 48 |
| 4.2 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....                                  | 49 |
| 4.3 Αγορά Υπηρεσιών και ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας.....                     | 52 |
| 4.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.....       | 54 |
| 4.5 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.....    | 55 |
| 4.6 Ανάγκη για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....                         | 59 |
| 4.7 Οφέλη από τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.....          | 60 |
| 4.8 Μέθοδοι συνεχούς ποιοτικής βελτίωσης.....                              | 63 |
| 4.9 Η μέτρηση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών.....                   | 67 |
| 4.10 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας διεθνώς.....                         | 68 |
| 4.10.1 Εθνικές πολιτικές ποιότητας των υπηρεσιών υγείας διεθνώς.....       | 73 |
| 4.11 Συνοπτική θεώρηση της διεθνούς εξέλιξης της ποιότητας στην Υγεία..... | 73 |
| 4.12 Εθνική πολιτική για την ποιότητα - Ελληνική πραγματικότητα.....       | 84 |



## **Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> : Συστήματα ποιότητας**

|  |     |
|--|-----|
| 5.1 Διαπίστευση των υπηρεσιών υγείας.....  | 96  |
| 5.2 Ο ρόλος της διαπίστευσης στην αξιολόγηση της ποιότητας<br>στη φροντίδα υγείας.....             | 97  |
| 5.3 Διασαφήνιση των όρων: χορήγηση άδειας, πιστοποίησης,<br>διαπίστευση στις υπηρεσίες υγείας..... | 98  |
| 5.4 Σύντομη αναδρομή της διαπίστευσης στις υπηρεσίες υγείας.....                                   | 101 |
| 5.5 Συστήματα ποιότητας.....   | 102 |
| 5.5.1 ISO 9000.....  | 103 |
| 5.6 Πρότυπα και οδηγίες στη Νοσηλευτική.....   | 108 |
| 5.7 Μη-Χρηματοοικονομικοί Δείκτες μέτρησης της Αποδοτικότητας<br>στα νοσοκομεία.....               | 111 |

## ***Τρίτο μέρος***

## **Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup> : Η ποιότητα στη Νοσηλευτική**

|  |     |
|--|-----|
| 6.1 Εισαγωγή.....                                      | 115 |
| 6.2 Επιτυχημένο μοντέλο Νοσηλευτικού τμήματος.....     | 116 |
| 6.3 Στελέχωση Νοσηλευτικού τμήματος.....               | 116 |
| 6.4 Ρόλος Προϊσταμένου Νοσηλευτικού τμήματος.....      | 118 |
| 6.5 Συνεχιζόμενη εκπαίδευση – Ανάπτυξη προσωπικού..... | 118 |
| 6.6 Διασφάλιση ποιότητας σε Νοσηλευτικό τμήμα.....     | 121 |
| 6.6.1 Νοσηλευτική Διεργασία.....                       | 122 |
| 6.7 Έλεγχος και αξιολόγηση Νοσηλευτικού τμήματος.....  | 124 |
| 6.8 Γραφείο ποιότητας.....                             | 125 |
| <b><i>Προτάσεις</i></b> .....                          | 129 |
| <b><i>Συμπέρασμα - Επίλογος</i></b> .....              | 131 |
| <b><i>Βιβλιογραφία</i></b> .....                       | 132 |

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όλοι μας επιδιώκουμε και αναζητάμε την ποιότητα στα προϊόντα και στις υπηρεσίες που λαμβάνουμε. Το ίδιο συμβαίνει και όταν μας παρέχονται υπηρεσίες που σχετίζονται με την Υγεία. Όμως στις μέρες είναι πιο έντονος ο προβληματισμός, κατά πόσο είναι σε θέση οι Υπηρεσίες Υγείας να διασφαλίσουν την ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες τους. Η ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα θα πρέπει να αποτελεί τον κύριο στόχο των Υπηρεσιών Υγείας, γιατί προτεραιότητά τους είναι η προστασία της υγείας του ανθρώπου.

Βασικός σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι να περιγράψει τη σχέση της Ποιότητας με τις παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας, αλλά και την έννοια της Ποιότητας με τη Νοσηλευτική Φροντίδα.

Στο πρώτο μέρος, περιγράφεται αρχικά η ποιότητα σε θεωρητικό επίπεδο, κάνοντας μία γρήγορη ανασκόπηση στους ορισμούς και στις προσεγγίσεις που έχουν αναπτυχθεί όλα αυτά τα χρόνια, σχετικά με τον όρο «Ποιότητα» και αναφέροντας τους σημαντικότερους «γκουρού» της ποιότητας, όπως είναι ο Deming, ο Juran, ο Donabedian κ.α. Στη συνέχεια γίνεται προσπάθεια, για μία συνοπτική περιγραφή της εξέλιξης της ποιότητας, ξεκινώντας από την εποχή της Επιθεώρησης, του Ποιοτικού Ελέγχου, της Διασφάλισης Ποιότητας και καταλήγοντας μέχρι τη σημερινή, τελική μορφή της, τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.

Κατά το πρώτο κεφάλαιο του δεύτερου μέρους, αναφέρονται τα χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν τις υπηρεσίες από τα προϊόντα, περιγράφεται η έννοια της ποιότητας των Υπηρεσιών και ακολουθεί η εννοιολογική οριοθέτηση της Υγείας. Στη συνέχεια παρουσιάζονται βασικά χαρακτηριστικά των Υπηρεσιών Υγείας.

Στο επόμενο κεφάλαιο του δεύτερου μέρους πραγματοποιείται μία σύντομη περιγραφή της εξέλιξης του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα, από την ίδρυσή του μέχρι και το σήμερα, συμπεριλαμβανομένου και τις προσπάθειες που έγιναν όλα αυτά τα χρόνια για τη μεταρρύθμισή του.

Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στην Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, όπου γίνεται αναφορά στις απόψεις και τους ορισμούς για την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Επιπλέον περιγράφει τους παράγοντες που επηρεάζουν και προσδιορίζουν την Ποιότητα στις παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας. Γίνεται αναφορά στην ανάγκη για Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, αλλά και στα οφέλη που δημιουργούνται με τη βελτίωση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας. Στη συνέχεια, πραγματοποιείται μία σύντομη μελέτη της εξέλιξης της Ποιότητας σε όλο τον κόσμο, μέσα από το πρίσμα της διεθνούς κοινότητας, καταλήγοντας στην εθνική μας πολιτική για την Ποιότητα.

Το δεύτερο μέρος της πτυχιακής εργασίας κλείνει με την αναφορά στα συστήματα ποιότητας.

Το τρίτο και τελευταίο μέρος της πτυχιακής εργασίας, αναφέρεται στη σχέση της Ποιότητας με τη Νοσηλευτική επιστήμη. Περιγράφονται και αναλύονται οι τρόποι, οι μέθοδοι και τα βήματα που αν ακολουθηθούν θα οδηγήσουν ένα νοσηλευτικό τμήμα, στο να παρέχει ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα.

# *Πρώτο Μέρος*

## **Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> : Η έννοια της ποιότητας σε θεωρητικό επίπεδο**

### **1.1 Έννοια και ορισμοί της ποιότητας**

Η ποιότητα αποτελεί σημαντική έννοια για τις σύγχρονες κοινωνίες και οικονομίες. Η παγκοσμιοποίηση η οποία επηρεάζει τις κοινωνίες και οικονομίες μας, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του ανταγωνισμού διεθνώς, αλλά και στη χώρα μας. Η ποιότητα αποτελεί βασικό στρατηγικό επιχειρησιακό παράγοντα επιτυχίας και για το λόγο αυτό αποτελεί αντικείμενο έντονης επιστημονικής αναζήτησης κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Παρά της στρατηγικής σημασίας επιχειρησιακή ανάγκη για την ενσωμάτωση χαρακτηριστικών ποιότητας στο σχεδιασμό προϊόντων και υπηρεσιών, η έννοια της ποιότητας είναι βαθιά ανθρωποκεντρική και σύνθετη, αφού προσπαθεί να συνδέσει τις ανθρώπινες ανάγκες με τις ανθρώπινες δραστηριότητες <sup>1</sup>.

Η ποιότητα έχει οριστεί με πληθώρα διαφορετικών τρόπων από πολλούς ανθρώπους και οργανισμούς<sup>2</sup>. Ο David Garvin αναφέρει πως: «Η ποιότητα είναι μια ασυνήθιστα γλιστερή έννοια, εύκολη να τη φανταστείς, όμως πολύ δύσκολη να την ορίσεις» <sup>3</sup>.

Διαφορετικοί ορισμοί και προσεγγίσεις, γύρω από την ποιότητα έχουν κατά καιρούς αναπτυχθεί.

Ο **Juran** όρισε την ποιότητα ως «καταλληλότητα προς χρήση», οι χρήστες δηλαδή ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας θα πρέπει να μπορούν να βασίζονται σε αυτά γι' αυτό το οποίο ήθελαν να κάνουν με αυτά.

Ο **Crosby**, προσεγγίζει την ποιότητα με τον ορισμό «Ποιότητα είναι η συμμόρφωση του προϊόντος στις απαιτήσεις».

Ο **Deming** ορίζει: «Ποιότητα είναι η ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη».

Ο **Ishikawa** κάνει ένα διαχωρισμό μεταξύ στενού και ευρέως ορισμού της ποιότητας. Αν ερμηνευθεί στενά, η ποιότητα σημαίνει: ποιότητα ενός προϊόντος. Αν ερμηνευτεί ευρέως, η ποιότητα σημαίνει: ποιότητα εργασίας, ποιότητα υπηρεσιών, ποιότητα πληροφόρησης, ποιότητα διαδικασιών, ποιότητα τμήματος, ποιότητα ανθρώπων -συμπεριλαμβανομένων των εργατών, των μηχανικών, των διευθυντών, των διοικητικών στελεχών- ποιότητα συστήματος, ποιότητα οργανισμού, ποιότητα αντικειμενικών στόχων κ.λπ.<sup>2,4</sup>.

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι **δεν υπάρχει ένας παγκόσμια αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα**, αλλά όλοι οι παραπάνω επιχειρούν να θέσουν βάσεις για την ουσιαστική και αποτελεσματική λειτουργία αυτής της έννοιας.

Η ποιότητα λοιπόν 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<sup>2</sup>.

## **1.2 Η φιλοσοφία της ποιότητας - Οι θεμελιωτές της ποιότητας και οι αρχές τους.**

### ***1.2.1 William Edwards Deming (1900-1993)***

Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, ο Deming, ύστερα από πρόσκληση της Ιαπωνικής κυβέρνησης ταξίδεψε στην Ιαπωνία για να βοηθήσει τις βιομηχανίες να βελτιώσουν την παραγωγικότητα και την ποιότητα των προϊόντων. Από τότε μέχρι και σήμερα η φιλοσοφία του επέδρασε καταλυτικά στον τρόπο λειτουργίας της βιομηχανίας<sup>2</sup>.

Ανάμεσα στις προτάσεις του, που συνοψίζονται σε 14 σημεία, ξεχωρίζουν η ανάγκη για συνεχή βελτίωση του προϊόντος και της υπηρεσίας, η εξάλειψη του φόβου και η άσκηση διοίκησης ανά στόχο. Υπήρξε, επίσης, ο θεμελιωτής των «κύκλων ποιότητας» με τον γνωστό «κύκλο του Deming»<sup>5</sup>.

Έτσι λοιπόν στον Deming οφείλεται η «επανάσταση» στην Ιαπωνική βιομηχανία (αύξηση του επιπέδου της ποιότητας και παραγωγικότητας κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1950), γεγονός το οποίο έχει αναγνωριστεί διεθνώς στην οικονομία και βιομηχανία. Στη θεωρία του, συμπεριλαμβάνεται η δέσμευση στην ποιότητα και η προσεκτική άντληση πληροφοριών σχετιζόμενων με τις ανάγκες των πελατών<sup>1</sup>.

Ο Deming στο βιβλίο του «Out of Crisis» (1986) τονίζει ότι η βασική ευθύνη για την ποιότητα τόσο σε προσωπικό όσο και σε οργανωτικό επίπεδο ανήκει πρωταρχικά στη διοίκηση του εκάστοτε οργανισμού. Χαρακτηριστικές είναι οι παρακάτω φράσεις του: «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»<sup>2</sup>.

Η προσέγγιση του Deming, όσο αφορά στη διοίκηση, συνοψίζεται σε **14 σημεία**, τα οποία εφόσον εφαρμοστούν, οδηγούν στη διοίκηση ολικής ποιότητας και έχουν καθολική, σύμφωνα με τον Deming, εφαρμογή είτε πρόκειται για υπηρεσίες είτε για τη μεταποίηση. Αυτές είναι οι ακόλουθες:

1. Ανάπτυξη ενός σταθερού σκοπού για τη βελτίωση του προϊόντος και της υπηρεσίας, για τη βελτίωση της ανταγωνιστικότητας και την αύξηση των θέσεων εργασίας.
2. Υιοθέτηση της νέας φιλοσοφίας για τη βελτίωση ποιότητας, χωρίς την ανοχή του παρελθόντος σε προβλήματα ποιότητας.

3. Διακοπή της εξάρτησης από την επιθεώρηση της ποιότητας, αλλά παροχή στατιστικά τεκμηριωμένων στοιχείων για την ποιότητα.
4. Βελτίωση της ποιότητας των προμηθευόμενων ειδών και αποφυγή της διαπραγμάτευσης των προϊόντων με βάση τις τιμές.
5. Συνεχής βελτίωση του συστήματος παραγωγής προϊόντων και υπηρεσιών, έτσι ώστε συνεχώς να βελτιώνεται η παραγωγικότητα και να μειώνεται το κόστος παραγωγής.
6. Καθιέρωση της εσωτερικής εκπαίδευσης και κατάρτισης για όλους τους εργαζόμενους με σύγχρονες μεθόδους.
7. Καθιέρωση σύγχρονων μεθόδων επιθεώρησης στην εργασία, με έμφαση στην παροχή βοήθειας προς τους εργαζόμενους, έτσι ώστε να βελτιώνουν την εργασία τους. Η βελτίωση της ποιότητας αυτόματα θα βελτιώσει την παραγωγικότητα.
8. Απομάκρυνση του φόβου, ο οποίος αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα βελτιώσεων, έτσι ώστε ο κάθε εργαζόμενος να εργάζεται αποτελεσματικά για τον οργανισμό.
9. Κατάργηση των φραγμών μεταξύ των τμημάτων και του προσωπικού όλων των ειδικοτήτων.
10. Κατάργηση των σλόγκαν, προτροπών και στόχων μηδενικών σφαλμάτων προς το προσωπικό χωρίς την παράλληλη παροχή των μέσων και των τρόπων για την επίτευξη των βελτιώσεων.
11. Εξάλειψη των αριθμητικών ποσοστών και στόχων για τους εργαζόμενους κάθε βαθμίδας.
12. Άρση των εμποδίων που στερούν την περηφάνια από τον εργαζόμενο.
13. Καθιέρωση προγραμμάτων εκπαίδευσης και αυτο-βελτίωσης.



**14.** Ανάλυση δράσης από όλους και ιδιαίτερα από τη διοίκηση, για την πραγματοποίηση της αλλαγής στο πλαίσιο εφαρμογής των παραπάνω 13 σημείων <sup>1</sup>.

Ο Deming, επίσης, υποστηρίζει ότι το δυτικό μάνατζμεντ πάσχει από ορισμένες **θανάσιμες ασθένειες**, που εμποδίζουν την ανάπτυξη αποτελεσματικών μεθόδων μάνατζμεντ. Οι ασθένειες αυτές είναι:

- Ø η έλλειψη εμμονής στην επίτευξη στόχων,
- Ø η έμφαση στα βραχυπρόθεσμα κέρδη,
- Ø η αξιολόγηση της αποδόσεως ή ετήσια επισκόπηση,
- Ø οι συνεχείς αλλαγές της διοίκησης,
- Ø η διοίκηση με βάση τα προφανή μόνο στοιχεία χωρίς εμβάθυνση σε σημαντικές, αλλά όχι προφανείς, λεπτομέρειες <sup>2</sup>.

Το **σχέδιο δράσης του Deming** περιλαμβάνει 7 σημεία:

- Ø τήρηση των παραπάνω 14 αρχών,
- Ø αίσθημα υπερηφάνειας της διοίκησης και μετάδοσής του στους υπόλοιπους,
- Ø επεξήγηση από τη διοίκηση στους υπαλλήλους των λόγων οι οποίοι υπαγορεύουν κάθε αλλαγή,
- Ø χωρισμός των διαφορών δραστηριοτήτων σε φάσεις. Για την κάθε φάση προσδιορίζονται πελάτες και προμηθευτές. Συντονισμός των φάσεων για επίτευξη κοινού σκοπού,
- Ø υιοθέτηση οργάνωσης η οποία διασφαλίζει τη συνεχή βελτίωση, εφαρμογή του κύκλου του Deming,
- Ø ομαδική εργασία σε όλα τα επίπεδα,
- Ø οργανωτική δομή προσανατολισμένη στην ποιότητα.

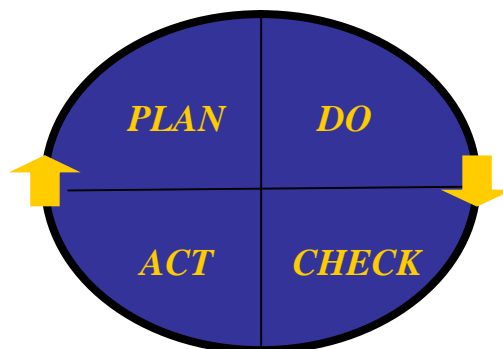
Οι αρχές του Deming δίνουν ένα σημείο εκκίνησης και έναν οδικό χάρτη για την επιτυχία. Εφόσον οι μάνατζερ κατανοήσουν πλήρως τη φιλοσοφία του Deming, θα μπορέσουν να προσδιορίσουν τις ανασταλτικές πρακτικές της διοίκησης και θα γίνουν αρκετά ικανοί να συντονίσουν τις ενέργειες οι οποίες απαιτούνται για τη διαρκή βελτίωση <sup>2</sup>.

### **Ο κύκλος του Deming**

Υπάρχει ένας συνεχής κύκλος ενεργειών τον οποίο προτείνει ο Deming ως μια διαδικασία η οποία θα ενισχύσει την εδραίωση και την μακροπρόθεσμη ύπαρξη μιας οργάνωσης ποιότητας.

Ο κύκλος ονομάζεται κύκλος του Deming (ή όπως προτιμά ο Deming, κύκλος του Shewhart) και αποτελείται από 4 βασικά στάδια, κατά τα οποία το ένα ακολουθεί το άλλο με μια προκαθορισμένη σειρά η οποία επαναλαμβάνεται διαρκώς. Είναι το κλασσικό μοντέλο επίλυσης προβλήματος και αυτοτροφοδοτούμενης μάθησης (Σχήμα 1) <sup>2</sup>.

- **Σχεδιάζω (plan)** για την πλήρη επίτευξη των επιθυμητών και ρεαλιστικών επιπέδων ποιότητας.
- **Πραγματοποιώ (do)** εφαρμόζοντας τους παραπάνω σχεδιασμούς.
- **Ελέγχω (check)** ως προς την επίτευξη των στόχων.
- **Δρω (act)** όταν απαιτεί διορθωτική παρέμβαση<sup>1</sup>.



**Σχήμα 1: Ο κύκλος συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας**

### **1.2.2 Joseph M. Juran (1904)**

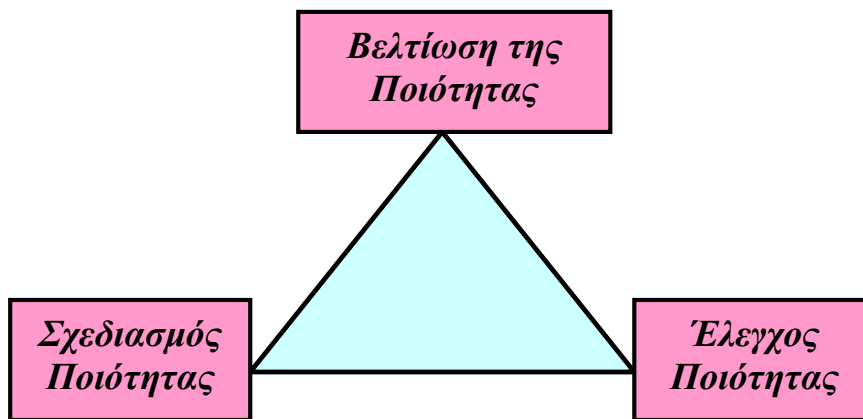
Ο Joseph Juran, Αμερικάνος, γεννημένος στα Βαλκάνια το 1904, μηχανικός, καθηγητής πανεπιστημίου διαδραμάτισε όπως και ο Deming σπουδαίο ρόλο στην εξέλιξη της ποιότητας <sup>2</sup>.

Ο Juran στη δεκαετία του '50 δίδασκε τη σημασία της ποιότητας, κυρίως στην Ιαπωνία. Διεύρυνε τη συζήτηση για την ποιότητα από τις τεχνικές ελέγχου, σε διοικητικές πτυχές και θεωρεί ότι η διοίκηση της ποιότητας, για να αποτελεί προτεραιότητα σε έναν οργανισμό, πρέπει να συνδέεται με την ανώτατη διοίκηση. Η δέσμευση της διοίκησης μπορεί να γίνει εμφανής με μία σειρά τρόπων συμπεριλαμβανομένων των ακόλουθων:

- καθορισμός συμβουλίου ποιότητας,
- καθορισμός πολιτικής ποιότητας,
- καθορισμός στόχων ποιότητας,
- παροχή αναγκαίων πόρων για την επίτευξη των στόχων της ποιότητας <sup>1</sup>.

Η **τριλογία του Juran** αναφέρεται σε 3 διαδικασίες με τις οποίες η διοίκηση διατηρεί και βελτιώνει την ποιότητα (Σχήμα 2):

1. Σχεδιασμός ποιότητας (ταυτότητα των πελατών, διερεύνηση των αναγκών τους, ανάπτυξη προϊόντων για τις ανάγκες των πελατών, ανάπτυξη των αντίστοιχων διαδικασιών, προετοιμασία για την επίτευξη των στόχων).
2. Έλεγχος ποιότητας (εκτίμηση της πραγματικής απόδοσης και λήψη διορθωτικών ενεργειών σε περίπτωση διαφοράς).
3. Βελτίωση ποιότητας (δημιουργία αναγκαίας δομής, αναγνώριση των βημάτων βελτίωσης, ανάπτυξη ομάδας για κάθε θέμα, παροχή πόρων, κινήτρων και εκπαίδευσης στις ομάδες) <sup>1,6</sup>.



**Σχήμα 2: Η τριλογία βελτίωσης της Ποιότητας του Juran**

### **1.2.3 Philip B. Crosby (1926-2001)**

Ο Philip Crosby είναι άλλος ένας Αμερικάνος «γκουρού της ποιότητας». Θεωρείται ο πατέρας της θεωρίας των «μηδέν λαθών». Τα γνωστότερα βιβλία του είναι τα «Quality is free» (1979) και «Quality without tears» (1984). Είναι ο πατέρας του μηνύματος «Κάνε το σωστό με την πρώτη φορά». Σύμφωνα με τον Crosby (1979), η διοίκηση προπορεύεται στην προσπάθεια επίτευξης ποιότητας και οι εργαζόμενοι ακολουθούν τον ρυθμό της<sup>2,4</sup>.

Προβάλλει 4 αξιώματα για το μάνατζμεντ της ποιότητας:

- A.** Η ποιότητα είναι συμμόρφωση με τις προδιαγραφές. Δεν είναι κατ' ανάγκη ποιοτικό κάτι που είναι «καλό» ή «κομψό».
- B.** Η ποιότητα επιτυγχάνεται με πρόληψη και όχι με διαπίστωση της αστοχίας.
- Γ.** Το πρότυπο απόδοσης είναι τα μηδέν λάθη.
- Δ.** Η ποιότητα δε μετρείται με δείκτες, αλλά με το κόστος της μη ποιότητας<sup>1,2,4,6</sup>.

### **Τα 14 βήματα του Crosby για τη βελτίωση της ποιότητας**

Τα 14 βήματα του Crosby για τη βελτίωση της ποιότητας, τα οποία χρησιμοποιούνται ως οδηγός στην ανάπτυξη ενός προγράμματος ποιότητας είναι:

1. Δέσμευση της διοίκησης να ξεκαθαρίσει τη θέση της σχετικά με την ποιότητα.
2. Δημιουργία ομάδων βελτίωσης ποιότητας.
3. Μέτρηση της ποιότητας ώστε να παρέχει λεπτομέρειες της μη-συμμόρφωσης με τρόπο ο οποίος να επιτρέπει αντικειμενική αξιολόγηση και διόρθωση.
4. Κόστος ποιότητας (εκ νέου εξέταση εργασιών, άχρηστα υλικά κ.α.).
5. Ενημέρωση για ποιότητα, συνείδηση ποιότητας μέθοδος αύξησης του προσωπικού ενδιαφέροντος όλων των εργαζομένων όσον αφορά την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών.
6. Διορθωτική δράση, συστηματική μέθοδος οριστικής επίλυσης προβλημάτων.
7. Σχεδιασμός για μηδενικά ελαττώματα, εξέταση των ποικίλων δραστηριοτήτων για προετοιμασία των συνεχιζόμενων φάσεων του σχεδίου βελτίωσης ποιότητας.
8. Εκπαίδευση εργαζομένων, κατάρτιση όλων των εργαζομένων.
9. Ημέρα μηδέν ελαττωμάτων, ένα γεγονός το οποίο κάνει κάθε άτομο να καταλάβει μέσα από την προσωπική του εμπειρία ότι έχει υπάρξει αλλαγή.
10. Θέσπιση στόχων για να μετατραπούν οι σκοποί σε πράξεις, μέσα από την ενθάρρυνση των ατόμων να καθιερώσουν στόχους βελτίωσης για τους εαυτούς τους και τις ομάδες εργασίας τους.
11. Άρση των αιτιών των σφαλμάτων.
12. Αναγνώριση, παραδοχή της προόδου.

13. Καθιέρωση συμβουλίων ποιότητας, για να έρθουν πιο κοντά οι κατάλληλοι άνθρωποι, ανταλλαγή πληροφοριών διαχείρισης ποιότητας σε τακτά χρονικά διαστήματα.
14. Κάντε τα πάλι όλα από την αρχή, η διαδικασία βελτίωσης ποιότητας ποτέ δεν τελειώνει <sup>2</sup>.

### ***1.2.4 Armand. V. Feigenbaum***

Ο Feigenbaum εισήγαγε την έννοια του ολικού ελέγχου ποιότητας, ως μια δια-επιχειρησιακή δραστηριότητα και πρωτοστάτησε στην αντίληψη ότι η ποιότητα πρέπει να αντιμετωπισθεί από τη διοίκηση με συστηματικό τρόπο.

Η επιστημονική συμβολή του Feigenbaum έχει επιπροσθέτως δύο κατευθύνσεις:

- Ø Η ποιότητα αποτελεί υπευθυνότητα όλων των εργαζομένων.
- Ø Το κόστος έλλειψης ποιότητας οφείλει να ερευνηθεί, να κατηγοριοποιηθεί και να συνδεθεί με τις ενέργειες βελτίωσης της ποιότητας.

Σύμφωνα με την άποψη του Feigenbaum, ο έλεγχος ποιότητας αποτελεί σημαντικότερο παράγοντα από το ρυθμό παραγωγής και ο κάθε εργαζόμενος έχει δικαίωμα και υποχρέωση να εμπλακεί ακόμα και διακόπτοντας τη γραμμή παραγωγής, εφόσον διαπιστώσει κάποιο πρόβλημα ποιότητας <sup>1</sup>.

### ***1.2.5 Kaoru Ishikawa (1915-1989)***

Ο Kaoru Ishikawa υπήρξε καθηγητής στο πανεπιστήμιο στο Τόκιο. Ο Ishikawa είναι γνωστός για την ανάπτυξη των κύκλων ποιότητας στην Ιαπωνία

κατά τη δεκαετία του 1950, για την εισαγωγή προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης εργαζομένων, για την ανάπτυξη της αλυσίδας ποιότητας καθώς και την ανάπτυξη των διαγραμμάτων «αιτίου-αποτελέσματος» ή «ψαροκόκκαλου».

Ο Ishikawa χαρακτηριστικά αναφέρει ότι «η Ποιότητα ξεκινά με την εκπαίδευση και τελειώνει με την εκπαίδευση»<sup>1,2</sup>.

### ***1.2.6 Genichi Taguchi (1924)***

Ο Taguchi (1979) δίνει έμφαση στη μηχανική προσέγγιση της ποιότητας. Στηρίζει την άποψη του στο σχεδιασμό της ποιότητας δίνοντας τρία ενδεικτικά επίπεδα:

1. **Σχεδιασμός συστήματος** (λειτουργικός σχεδιασμός που βασίζεται στην τεχνολογία).
2. **Παραμετρικός σχεδιασμός** (για να ελαττωθεί το κόστος και να βελτιωθεί η απόδοση χωρίς να εξαλειφθούν οι αιτίες μεταβολών).
3. **Σχεδιασμός ανοχής** (για να ελαττωθούν οι μεταβολές ελέγχοντας για το σκοπό αυτό τις αιτίες)<sup>2,4</sup>.

### ***1.2.7 John S. Oakland***

Ο John Oakland, καθηγητής της διοίκησης ολικής ποιότητας του πανεπιστημίου του Bradford. Το βιβλίο του «Total Quality Management» (1989) αποτέλεσε πρότυπο και έγινε σημείο αναφοράς για τη διοίκηση ολικής ποιότητας στην Αγγλία.

Το μοντέλο Oakland, έχει σαν βάση του τις σχέσεις πελάτη - προμηθευτή, την ανάπτυξη της επικοινωνίας, τη δέσμευση των στελεχών και την ορθή νοοτροπία. Μπορούμε να συνοψίσουμε το μοντέλο σε πέντε σημεία:

1. προσδιορισμός σχέσεων μεταξύ πελάτη και προμηθευτή,
2. δημιουργία ενός συστήματος για έλεγχο διαδικασιών,
3. αλλαγή της υπάρχουσας κουλτούρας του οργανισμού σε κουλτούρα ολικής ποιότητας,
4. βελτίωση της επικοινωνίας σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού,
5. αφοσίωση στην ποιότητα.

Πυρήνας της διοίκησης ολικής ποιότητας είναι η σχέση μεταξύ πελάτη και προμηθευτή, την οποία πρέπει να έχουν ως γνώμονα όλες οι διαδικασίες. Τα «συγκεκριμένα» επακόλουθα της διοίκησης ολικής ποιότητας -η κουλτούρα, η επικοινωνία και η δέσμευση- παρέχουν τη βάση για το μοντέλο διοίκησης ολικής ποιότητας.

Ο Oakland θεωρεί ότι οι απόψεις των διαφόρων «γκουρού» μπορούν να συνοψιστούν σε μία πολιτική ποιότητας 10 σημείων:

1. Σταθερή και διαρκής δέσμευση προς τη συνεχή βελτίωση.
2. Κουλτούρα του οργανισμού η οποία εκφράζεται με το «κάνε το σωστά με την πρώτη φορά».
3. Εκπαίδευση όλου του προσωπικού στην κατανόηση της αλυσίδας πελάτη - προμηθευτή.
4. Εισαγωγή της έννοιας του «ολικού κόστους».
5. Συνεχής βελτίωση συστημάτων και διαδικασιών.
6. Σύγχρονες μέθοδοι εποπτείας και εκπαίδευσης, αποβολή του φόβου.
7. Κατάργηση διατμηματικών στεγανών (βελτίωση διαδικασιών, επικοινωνίας και ομαδικής εργασίας).



8. Κατάργηση: στόχων χωρίς συνέπεια, προδιαγραφών που βασίζονται μόνο σε αριθμούς, εμποδίων για τον εργαζόμενο να έχει και να χαιρέται την «ιδιοκτησία» μιας επιτυχίας.
9. Συνεχή ανάπτυξη εξειδικευμένων στελεχών μέσω εκπαίδευσης.
10. Συστηματική επιδίωξη της διοίκησης ολικής ποιότητας.

Η κατανόηση των εννοιών ποιότητα, αφοσίωση και ηγεσία αποτελούν για αυτόν τα γερά θεμέλια ενός προγράμματος διοίκησης ολικής ποιότητας σε επίπεδο οργανισμού. Οτιδήποτε άλλο στο «οικοδόμημα» της ποιότητας, στηρίζεται πάνω σε αυτά. Οι πολιτικές, τα σχέδια, η δράση, τα συστήματα και οι μετρήσεις έπονται και απαιτούν μεγάλη ικανότητα στη διαχείριση της ποιότητας. Οι μετρήσεις τίθενται σε εφαρμογή στη συνέχεια συνοδευόμενες από μια ανάλυση του «κόστους της ποιότητας» και μια στρατηγική για τη δραστική μείωσή του. Τα εργαλεία και οι τακτικές οι οποίες απαιτούνται για τη βελτίωση, παρουσιάζονται σε αυτό το στάδιο της εφαρμογής. Οι ικανότητες και ο έλεγχος έχουν την ίδια ζωτική σημασία για την έναρξη ενός προγράμματος, με την οργάνωση όσον αφορά την ποιότητα και την προσπάθεια επικοινωνίας. Η απαιτούμενη αλλαγή στην κουλτούρα του οργανισμού επιτυγχάνεται καλύτερα με την ομαδική εργασία και τη συνεχή εκπαίδευση παρά με μία και μοναδική προσπάθεια <sup>2</sup>.

### ***1.2.8 Avedis Donabedian***

Ο Avedis Donabedian, καθηγητής στη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan, ήταν από τους πρώτους που επικέντρωσαν την προσοχή τους σε θέματα ποιότητας στο χώρο της υγείας <sup>5,7</sup>.

Βασική μέθοδός του ήταν ο διαχωρισμός της περίθαλψης σε δομή, διαδικασία και αποτέλεσμα και η επιδίωξη της ποιότητας και στους τρεις αυτούς τομείς<sup>5,6,7</sup>.

Μία από τις κυριότερες διαφορές στην προσέγγιση του Donabedian οφείλεται στο γεγονός ότι είναι ιατρός. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, οι διαδικασίες που ανέπτυξε για βελτίωση της ποιότητας να λαμβάνουν υπ' όψιν τη δυσκολία τυποποίησης της περίθαλψης εξαιτίας των αποκλίσεων, όχι μόνο στον πληθυσμό των ασθενών αλλά και σε αυτόν των προμηθευτών της περίθαλψης.

Ο Donabedian συνέταξε κριτήρια, ή καλύτερα πρακτικές, ώστε να ελαχιστοποιήσει την επιρροή αυτών των αποκλίσεων στη διαδικασία και στο αποτέλεσμα της περίθαλψης. Αναγνώρισε ότι διαφορετικές κλινικές ενέργειες μπορεί να έχουν το ίδιο αποτέλεσμα και ότι ο ρόλος του αναλυτή ποιότητας της περίθαλψης είναι να βρίσκει τις πιο αποτελεσματικές, αποδεκτές και νόμιμες διαδικασίες για να επιτυγχάνει το μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο κόστος για τον ασθενή.

Παρότι ο Donabedian δε διατύπωσε συγκεκριμένες πρακτικές για να χρησιμοποιηθεί το μοντέλο δομή - διαδικασία - αποτέλεσμα, έγινε δημοφιλής στο χώρο της υγείας εξαιτίας των γνώσεων που είχε σχετικά με την παροχή περίθαλψης από υγειονομικούς οργανισμούς<sup>7</sup>.

### **1.3 Εξέλιξη και μορφές της ποιότητας**

Η ποιότητα συνδέεται με την ιστορία του ανθρώπου και των δραστηριοτήτων του. Επιμέρους σύνθετες έννοιες, οι οποίες σχετίζονται με την

επιστημονική προσέγγιση για την ποιότητα, όπως για παράδειγμα η τυποποίηση και τα πρότυπα, έχουν τις ρίζες τους στην αρχαιότητα <sup>1</sup>.

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» (Σχήμα 3):

- επιθεώρηση,
- στατιστικός ποιοτικός έλεγχος,
- διασφάλιση ποιότητας και
- διοίκηση ολικής ποιότητας <sup>2,4</sup>.



**Σχήμα 3: Η εξέλιξη θεωριών και προσεγγίσεων της Ποιότητας**

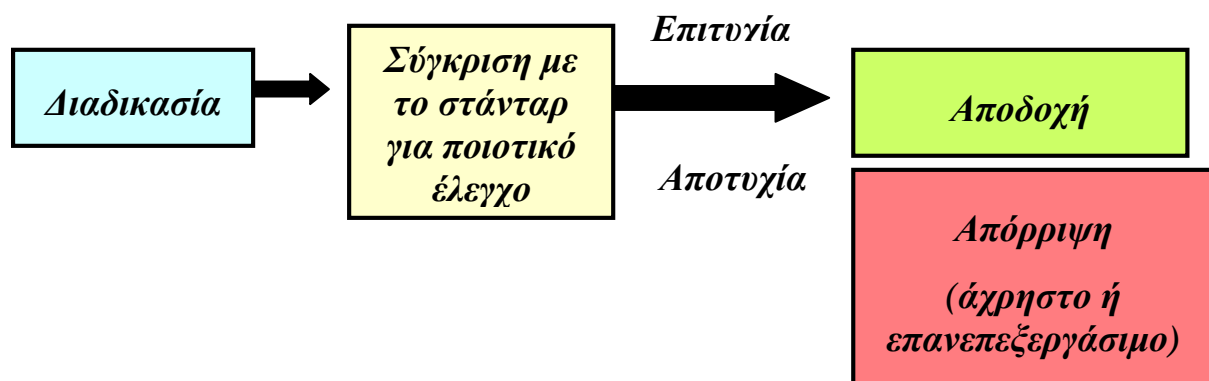
Η κάθε μία από τις προαναφερθείσες έννοιες διευρύνει την προγενέστερη προσέγγιση, μεταβαίνοντας σε συνθετότερες διευθετήσεις. Οι προσεγγίσεις για την επιθεώρηση και τον έλεγχο της ποιότητας σχετίζονται περισσότερο με τη διόρθωση προβλημάτων ποιότητας, ενώ τα συστήματα διασφάλισης της

ποιότητας σχετίζονται με την πρόληψη προβλημάτων ποιότητας και τέλος, η διοίκηση ολικής ποιότητας με τη συνεχή βελτίωση <sup>1</sup>.

### **1.3.1 Επιθεώρηση (Inspection)**

Η εισαγωγή της επίσημης επιθεώρησης στις βιομηχανικές διαδικασίες, ήταν η αναγκαία συνέπεια της μαζικής παραγωγής στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα <sup>2</sup>.

Ως επιθεώρηση νοούνται 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 (Σχήμα 4) <sup>2,4</sup>.



**Σχήμα 4: Διαδικασία επιθεώρησης**

### **1.3.2 Ποιοτικός έλεγχος (Quality control)**

Ο ποιοτικός έλεγχος, μπορεί να εντοπιστεί στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Για πρώτη φορά η ποιότητα αντιμετωπίζεται ως μια ξεχωριστή ευθύνη της διοίκησης και ως μια ανεξάρτητη λειτουργία <sup>2,4</sup>.

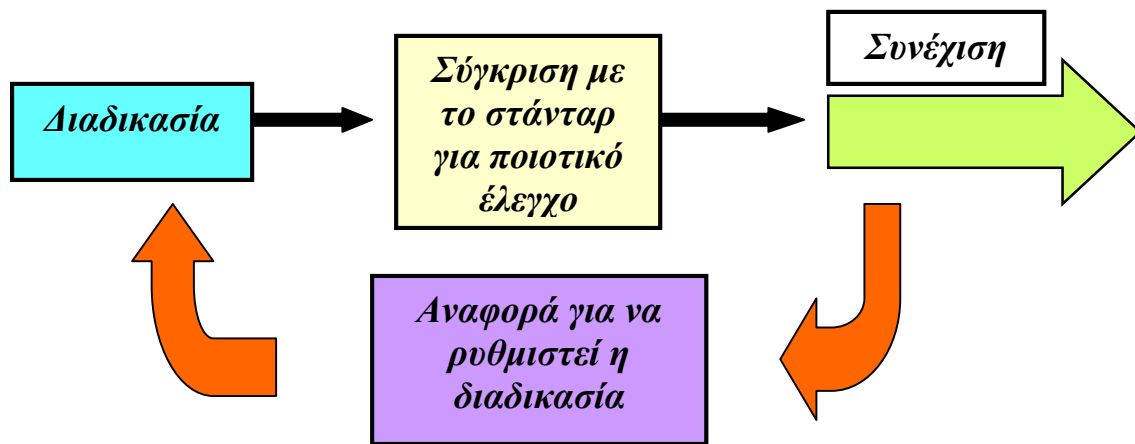
Η πρωταρχική μορφή του ελέγχου της ποιότητας ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας είναι ουσιαστικά η σύγκριση του προϊόντος ή της υπηρεσίας με δεδομένες προδιαγραφές. Ο έλεγχος για την τήρηση των προδιαγραφών διαμορφώθηκε σταδιακά σ' ένα σύνολο περισσότερο εξελιγμένων τεχνικών, που είναι γνωστές ως Ποιοτικός Έλεγχος ή Έλεγχος Ποιότητας<sup>6,8</sup>.

Κατά την εποχή του ποιοτικού ελέγχου, αναπτύχθηκαν τα απαραίτητα μαθηματικά και στατιστικά εργαλεία του κινήματος ποιότητας. Αυτά περιελάμβαναν τον κύκλο και την ανάλυση των αποκλίσεων του Shewhart (1931), τις στατιστικές τεχνικές δειγματοληψίας και τον έλεγχο στατιστικών διαδικασιών<sup>2</sup>.

Ο ποιοτικός έλεγχος ενώ είναι μια σχετικά εύκολη διαδικασία για τις επιχειρήσεις παραγωγής προϊόντων, είναι πολύ πιο δύσκολο να εφαρμοστεί σ' έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών και, πιο συγκεκριμένα, σ' ένα σύστημα παροχής υγειονομικών φροντίδων, όπου ισχύει πάντοτε ο ιδιαίτερος «υποκειμενισμός» του ασθενή<sup>6,8</sup>.

Παραγνωρίζοντας, όμως τις δυσκολίες αυτές, μπορούμε να ορίσουμε τον ποιοτικό έλεγχο ως «μια συστηματική προσπάθεια που εντοπίζει τα προβλήματα ποιότητας του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και προγραμματίζει κατάλληλα για να τα λύσει ή να τα ξεπεράσει, χωρίς να δημιουργεί καινούργια»<sup>8</sup>.

Η κλασσική προσέγγιση στον έλεγχο ποιότητας βασίζεται σε επιθεωρήσεις του προϊόντος μετά την παραγωγή και βέβαια, την επανόρθωση αν διαπιστωθεί αστοχία. Ο ποιοτικός έλεγχος εντοπίζει ελαττώματα σχεδιασμού και κατασκευής μετά την κατασκευή ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, τότε δηλαδή, που η επανόρθωση κοστίζει πολύ περισσότερο και είναι δυσκολότερη, γιατί το κόστος κατασκευής του ελαττωματικού προϊόντος ή υπηρεσίας έχει ήδη καταβληθεί (Σχήμα 5)<sup>2</sup>.



Σχήμα 5: Διαδικασία ποιοτικού ελέγχου

### 1.3.3 Διασφάλιση της ποιότητας (Quality Assurance)

Ως Διασφάλιση της Ποιότητας **ορίζεται** το σύνολο των ενεργειών και διαδικασιών, οι οποίες είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία **πληρεί** κάποιες συγκεκριμένες προδιαγραφές<sup>6,8</sup>.

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 αφορά το γεγονός 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:

1. ο προσδιορισμός των εξόδων της ποιότητας
2. ο έλεγχος ολικής ποιότητας
3. ο σχεδιασμός αξιοπιστίας
4. τα μηδέν ελαττώματα <sup>2,4</sup>.

Η επιθεώρηση και ο έλεγχος ποιότητας επικεντρώνουν την προσοχή τους στις διαδικασίες δημιουργίας του προϊόντος ή της υπηρεσίας ενώ η διασφάλιση της ποιότητας απευθύνεται σε ολόκληρο τον «κύκλο ποιότητας» <sup>2</sup>.

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 <sup>2,4</sup>.

### ***1.3.4 Δ.Ο.Π. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management)***

Το επόμενο στάδιο στην εξελικτική πορεία της βελτίωσης της ποιότητας είναι η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, ένα νεοεμφανιζόμενο «όραμα» το οποίο αποτελεί ίσως τη μεγαλύτερη πρόκληση στη σύγχρονη διοικητική σκέψη και σύμφωνα με πολλούς θεωρητικούς αποτελεί κάτι σαν «κοινωνικό κίνημα», ενώ από άλλους θεωρείται ένα καινούργιο υπόδειγμα στην οργάνωση και διοίκηση των επιχειρήσεων <sup>2</sup>.

Κατά τον Fagerfjall, η γλώσσα της διοίκησης απομακρύνεται από τις στρατηγικές και τους οργανωσιακούς στόχους και εστιάζει σε έννοιες όπως η αξιοπρέπεια, η πίστη, η συναδελφικότητα, οι κοινές αξίες <sup>8</sup>.

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, είναι ένα σύστημα διοίκησης-διαχείρισης επιχειρήσεων και οργανισμών, το οποίο αναπτύχθηκε στην Ιαπωνία το 1950 από τον Αμερικάνο καθηγητή W. Edwards Deming, επεκτάθηκε αργότερα στην Αμερική και μόλις τη δεκαετία του '80 άρχισε να εφαρμόζεται και στην Ευρώπη.

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί σύστημα διοίκησης, με βάση το οποίο επιδιώκεται η μεγιστοποίηση της αξίας του παρεχομένου προϊόντος ή υπηρεσίας, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη, με πλήρη συμμετοχή όλων των εργαζομένων <sup>6,8</sup>.

Ο W. Edwards Deming διαπίστωσε ότι το 80% - 85% των προβλημάτων οφείλονται στο σύστημα. Μόνο το 15% - 20% οφείλονται στους εργαζόμενους. Οι εργαζόμενοι πρέπει να το γνωρίζουν και να τους δοθεί η ελευθερία να μιλούν και να συμμετέχουν ως σκεπτόμενα και δημιουργικά ανθρώπινα όντα <sup>9</sup>.

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί φιλοσοφία διοίκησης με στόχο τη συνεχή βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της ευελιξίας, της ανταγωνιστικότητας και της ικανοποίησης εσωτερικών και εξωτερικών πελατών με την ενεργοποίηση του συνόλου του ανθρώπινου δυναμικού ενός οργανισμού. Ως «**εξωτερικοί πελάτες**» νοούνται οι τελικοί αποδέκτες, καταναλωτές και χρήστες των προϊόντων και υπηρεσιών, ενώ ως «**εσωτερικοί πελάτες**» νοούνται τα διοικητικά στελέχη, οι εργαζόμενοι και οι οργανωσιακές οντότητες μέσα στον οργανισμό <sup>1</sup>.

Οι εργαζόμενοι αποτελούν το σημαντικότερο κεφάλαιο στην επιχείρηση κυρίως λόγω της αλλαγής στην επιχειρηματική φιλοσοφία. Η έμφαση στην ποιότητα, στην καινοτομία, στην δημιουργικότητα και η μέτρηση της αποδοτικότητας σε όλες τις διαδικασίες έφεραν τον άνθρωπο στο κέντρο της οργάνωσης μίας επιχείρησης. Οι εργαζόμενοι θα πρέπει:



1. να είναι πάντα ενήμεροι των αλλαγών που γίνονται στην επιχείρηση
2. να ενθαρρύνονται συνεχώς
3. να επιβραβεύονται για το έργο τους
4. να δύνανται να συνεργαστούν αρμονικά
5. να έχουν συγκεκριμένες και οροθετημένες αρμοδιότητες.

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι καθαρά ανθρωποκεντρική θεωρία οργάνωσης και διοίκησης. Οι εργαζόμενοι, όλων ανεξαρτήτων των ιεραρχικών βαθμίδων, αποτελούν το κλειδί για την αποτελεσματική εισαγωγή, ανάπτυξη και βελτίωση των προγραμμάτων ποιότητας. Η παροχή προγραμμάτων εκπαίδευσης και επιμόρφωσης, η συστηματική αξιολόγηση, η ύπαρξη συμμετοχικών συστημάτων στην παραγωγή, η αναβάθμιση και ο σχεδιασμός του εργασιακού χώρου και των σχέσεων, καθώς και η χάραξη μιας στρατηγικής για το ανθρώπινο δυναμικό είναι τα βασικά σημεία γύρω από το ανθρώπινο δυναμικό που θα πρέπει να προσέξουν οι διοικήσεις των επιχειρήσεων που υλοποιούν προγράμματα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Η εκπαίδευση του προσωπικού στα πρώτα στάδια εφαρμογής ενός προγράμματος διασφάλισης ποιότητας θα έχει ως στόχο την εξοικείωση των εργαζομένων με την έννοια και τις αρχές της ποιότητας <sup>8</sup>.

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) 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<sup>2,4</sup>.

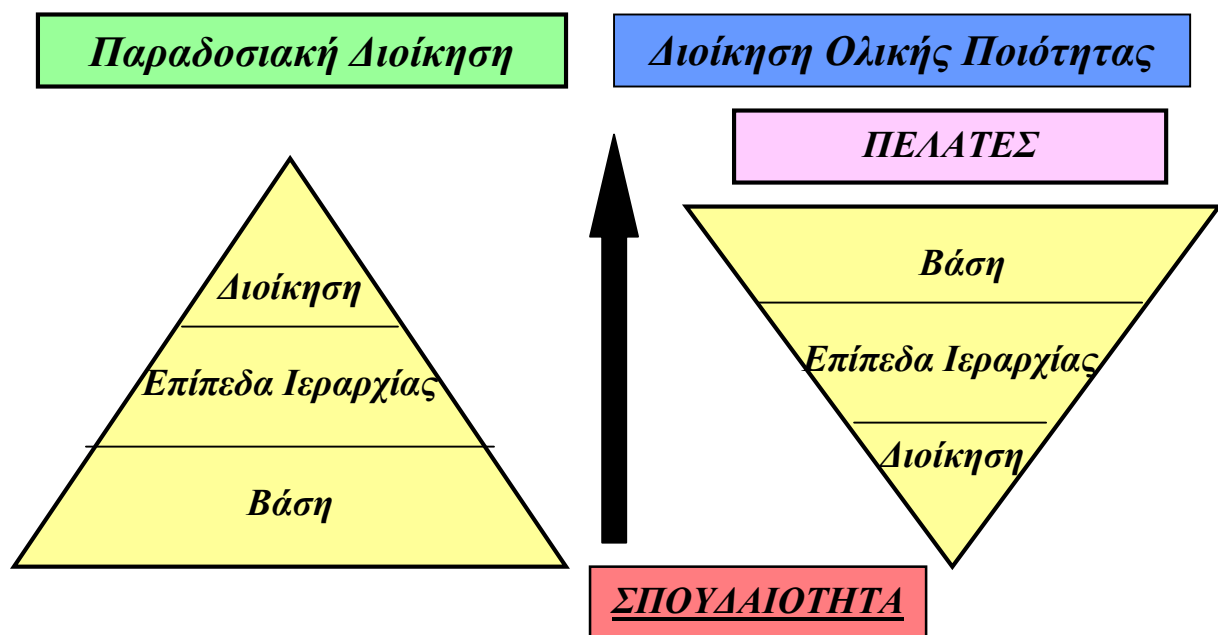
Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας είναι ταυτοχρόνως δύο πράγματα: μία φιλοσοφία διοίκησης και μία μέθοδος διοίκησης. Διαχωρίζεται από τις άλλες φιλοσοφίες και μεθόδους μέσω της αναγνώρισης ότι οι απαιτήσεις των πελατών αποτελούν το κλειδί για την ποιότητα και ότι τελικά οι απαιτήσεις των πελατών θα αλλάξουν με τον καιρό λόγω των αλλαγών στην εκπαίδευση, την οικονομία, την τεχνολογία και την κουλτούρα. Τέτοιες αλλαγές με τη σειρά τους, απαιτούν συνεχείς βελτιώσεις στις διαδικασίες οι οποίες επηρεάζουν την παρεχόμενη ποιότητα<sup>2</sup>.

#### ***1.3.4.1 Μετάβαση από παραδοσιακό οργανισμό σε οργανισμό διοίκησης ολικής ποιότητας***

Ένας τυπικός οργανισμός, λειτουργεί έχοντας κάθετη λειτουργική οργανωτική δομή η οποία βασίζεται σε σχέσεις αναφοράς, διεργασίες οικονομικού προγραμματισμού και συγκεκριμένες λεπτομερείς κατηγοριοποιήσεις της εργασίας. Η διαρθρωτική κατάτμηση του οργανισμού

γίνεται με βάση τις λειτουργίες, ενώ η επικοινωνία, οι ανταμοιβές και τα κίνητρα έχουν λειτουργικό προσανατολισμό. Καθώς οι διεργασίες κινούνται αναγκαστικά από πάνω προς τα κάτω δημιουργούνται εμπόδια στη ροή των διεργασιών.

Με τη μετάβαση από τη παραδοσιακή διοίκηση στη διοίκηση ολικής ποιότητας, είναι σημαντικό να συλλάβουμε ένα νέο οργανόγραμμα, να αναστρέψουμε αυτό που υπάρχει, να βάλουμε τον πελάτη στην κορυφή και στη συνέχεια ακολουθούν οι υπάλληλοι, γιατί αυτοί παρέχουν ποιότητα. Η ανώτατη διοίκηση εδώ μετατρέπεται σε «διευκολυντή», η οποία διαμορφώνει κλίμα, όραμα, κατευθύνει τη πορεία και απομακρύνει τα εμπόδια τα οποία δεν αφήνουν τους εργαζόμενους να κάνουν σωστά τη δουλειά τους. Τον ίδιο ρόλο επωμίζεται πλέον και η διοίκηση μεσαίου επιπέδου. Η ποιότητα γίνεται ευθύνη όλων, όχι μόνο του τμήματος διασφάλισης ποιότητας (Σχήμα 6).



**Σχήμα 6: Μετάβαση από παραδοσιακό οργανισμό σε οργανισμό ΔΟΠ**

Παραδοσιακά, τα διοικητικά στελέχη μεσαίου επιπέδου είναι οι οδηγοί της ποιότητας και αγωγοί των πληροφοριών της αλλαγής τόσο οριζόντια όσο

και κάθετα, είναι οι μεσάζοντες ανάμεσα στην ανώτατη διοίκηση και στους υπαλλήλους της πρώτης γραμμής. Εφαρμόζουν τη στρατηγική την οποία επινόησε η ανώτατη διοίκηση συνδέοντας τους στόχους κάθε τμήματος με τους απώτερους στρατηγικούς στόχους. Αναπτύσσουν το προσωπικό, κάνουν εφικτή τη διαρκή βελτίωση και αναλαμβάνουν την ευθύνη για τυχόν περιπτώσεις ανεπάρκειας στην απόδοση<sup>2</sup>.

### **1.3.4.2 Υποδείγματα ολικής ποιότητας**

Τα υποδείγματα ποιότητας στοχεύουν στη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών του οργανισμού και την ανάλυση των προτύπων τελειότητας εντός και εκτός των εθνικών συνόρων με την καθιέρωση βραβείων ποιότητας. Τα πιο σημαντικά υποδείγματα ποιότητας είναι:

∅ Το υπόδειγμα του Deming καθιερώθηκε το 1951. Βασίζεται σε τέσσερις κατηγορίες βελτίωσης της ποιότητας:

- ενέργειες οι οποίες αφορούν την πλήρη ικανοποίηση του πελάτη
- ενέργειες οι οποίες αφορούν την ενεργή συμμετοχή του προσωπικού σε όλες τις φάσεις του προγράμματος
- ενέργειες οι οποίες αφορούν τη λειτουργία και το ρόλο της ανώτατης διοίκησης
- ενέργειες οι οποίες αφορούν την εκπαίδευση.

∅ Το Αμερικάνικο υπόδειγμα ποιότητας Malcolm Baldrige καθιερώθηκε το 1987. Βασίζεται σε 7 κριτήρια: ηγεσία, πληροφορίες και ανάλυση, σχεδιασμός, ανθρώπινο δυναμικό, διασφάλιση ποιότητας σε προϊόντα και

## Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> : Η έννοια της ποιότητας σε θεωρητικό επίπεδο

υπηρεσίες, αποτελέσματα της διασφάλισης ποιότητας και ικανοποίηση του πελάτη.

∅ Το Ευρωπαϊκό υπόδειγμα ποιότητας καθιερώθηκε το 1992. Βασίζεται σε 9 κριτήρια: ηγεσία, διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού, πολιτική και στρατηγική, πόροι, διαδικασίες, εργασιακή ικανοποίηση, ικανοποίηση πελάτη, επιπτώσεις στην κοινωνία, οικονομικά αποτελέσματα.

∅ Το Σουηδικό υπόδειγμα - βραβείο ποιότητας καθιερώθηκε το 1992 στην Σουηδία ως εθνικό βραβείο ποιότητας. Τα κριτήρια αξιολόγησης είναι παρόμοια με εκείνα του βραβείου Malcolm Baldrige.

∅ Το υπόδειγμα Oakland, έχει ως βάση του: τις σχέσεις του πελάτη - προμηθευτή, την ορθή νοοτροπία, την ανάπτυξη της επικοινωνίας και τη δέσμευση των στελεχών.

∅ Το κοινό πλαίσιο αξιολόγησης (Κ.Π.Α.) είναι αποτέλεσμα της συνεργασίας μεταξύ των αρμόδιων Υπουργών για τη διοίκηση του δημόσιου τομέα εντός των κρατών - μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Βασίζεται σε 9 κριτήρια τα οποία αναφέρονται στις βασικές πτυχές μιας οργάνωσης και είναι εμπνευσμένο από το Ευρωπαϊκό υπόδειγμα ποιότητας. Τα κριτήρια στα οποία βασίζεται είναι: ηγεσία, στρατηγική και προγραμματισμός, διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, εξωτερικές συνεργασίες και πόροι, διοίκηση διαδικασιών και αλλαγών, αποτελέσματα προσανατολισμένα προς τον πελάτη/πολίτη, αποτελέσματα για το ανθρώπινο δυναμικό, αποτελέσματα σχετικά με την κοινωνία, κύρια αποτελέσματα <sup>2</sup>.

## **1.4 Πρακτικά βήματα αύξησης της ποιότητας των υπηρεσιών προς το χρήστη**

Τα παρακάτω βήματα είναι μία περίληψη των κύριων βημάτων τα οποία πρέπει να ακολουθήσει μία υπηρεσία για να αυξήσει την ποιότητα των υπηρεσιών προς τον χρήστη:

- εμπλοκή του προσωπικού στην ανάλυση της υπηρεσίας ως διαδικασία,
- παροχή στο προσωπικό των κατάλληλων μέσων και γνώσεων,
- εμπλοκή του προσωπικού στην αναζήτηση των προσδοκιών των χρηστών και διαπραγμάτευση σχετικά με το τι μπορεί να παρασχεθεί στους χρήστες σε κάθε φάση της διαδικασίας,
- χρήση της ανάλυσης της διαδικασίας εξυπηρέτησης του χρήστη προκειμένου να αναγνωρίσουμε τι δυσλειτουργεί στην υπηρεσία από την οπτική γωνία του χρήστη, οριοθέτηση προτύπων και επιλογή προβλημάτων για επίλυση μέσω του κύκλου βελτίωσης της ποιότητας,
- παρακολούθηση και βελτίωση υπηρεσιών,
- ενημέρωση και εκπαίδευση χρηστών,
- συχνή επικοινωνία για επανατροφοδότηση στοιχείων από τους χρήστες μέσω ερωτηματολογίων ή ανεπίσημη επικοινωνία μαζί τους,
- δράση όταν τα ποσοστά ικανοποίησης των χρηστών είναι χαμηλά, χρησιμοποιώντας τον κύκλο βελτίωσης της ποιότητας,
- αναγνώριση και επιβράβευση του προσωπικού <sup>2</sup>.

## 1.5 Το μέλλον της ποιότητας

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 και τις νέες προσεγγίσεις της διοίκησης<sup>2,4,10</sup>.

- **Απαιτητικοί παγκόσμιοι πελάτες:** Η παροχή ποιότητας προκαλεί μία ολοένα αυξανόμενη αναζήτηση της ποιότητας. Οι σημερινοί πελάτες μοιράζονται δύο κοινά χαρακτηριστικά: αποτελούν τμήμα των τοπικών εμπορικών συμμαχιών όπως της Αμερικής, της Ευρώπης και της Ασίας και αναμένουν τόσο υψηλή ποιότητα όσο και προστιθέμενη αξία.
- **Μεταβολή των προσδοκιών των πελατών:** Οι σημερινοί παγκόσμιοι πελάτες ενδιαφέρονται όχι μόνο για την ποιότητα ενός προϊόντος, αλλά και για την ποιότητα του οργανισμού που το υποστηρίζει. Οι πελάτες επιθυμούν ένα εξαιρετικό προϊόν ή υπηρεσία από έναν οργανισμό ο οποίος παρέχει επίσης τιμολόγηση με βάση την αξία, αξιόπιστη παράδοση και υποστήριξη μετά την αγορά.
- **Αντιφατικές οικονομικές πιέσεις:** Η παγκόσμια αγορά ασκεί τεράστια, σκληρή πίεση στους οργανισμούς για να βελτιώνουν συνεχώς την ποιότητα, ενώ ταυτόχρονα μειώνουν τις τιμές στα αγαθά και τις υπηρεσίες. Ο βασικός παράγοντας για να επιτύχουν υψηλότερη ποιότητα και τις χαμηλότερες τιμές για τους πελάτες είναι η μείωση των εξόδων που σχετίζονται με την ικανοποίηση των δυσαρεστημένων πελατών, έξοδα που ανέρχονται στο 25% του κόστους πώλησης σε πολλούς οργανισμούς.

- **Νέες προσεγγίσεις στη διοίκηση:** Οι οργανισμοί οι οποίοι επιτυγχάνουν στις παγκόσμιες αγορές έχουν μάθει ότι «διαχειρίζεσαι προϋπολογισμούς, αλλά οδηγείς ανθρώπους». Η παλιά προσέγγιση της παροχής ενός περιστασιακού σεμιναρίου ή ενός λόγου παρότρυνσης για τους εργαζομένους, χωρίς να γίνονται ουσιώδεις αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί ένας οργανισμός, δεν αποδίδει πλέον.

Για να επιτύχουν στην παγκόσμια αγορά τώρα και στο μέλλον, οι οργανισμοί θα πρέπει να λειτουργούν σύμφωνα με τις αρχές της διοίκησης ολικής ποιότητας <sup>2</sup>.



# *Δεύτερο Μέρος*

## **Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> : Οι Υπηρεσίες Υγείας**

### **2.1 Προϊόν - Υπηρεσία: χαρακτηριστικά - διαφορές**

Ως προϊόν δεν ορίζεται μόνο το υλικό αγαθό, αλλά και η υπηρεσία. Ως υπηρεσία μπορεί να οριστεί η προσφορά άυλων αγαθών (πληροφορία, γνώση, μπορούμε να συμπεριλάβουμε όλους τους μη μεταποιητικούς οργανισμούς). Υπάρχουν όμως, και αρκετές επιχειρήσεις που παρέχουν τόσο υλικά αγαθά όσο και υπηρεσίες για την υποστήριξη αυτών <sup>8</sup>.

Υπάρχουν κάποια **χαρακτηριστικά τα οποία διαφοροποιούν τις υπηρεσίες από τα προϊόντα**, όπως:

- Ø 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.
- Ø Συχνά, ο πελάτης συμμετέχει άμεσα στην παραγωγή κάποιας υπηρεσίας.
- Ø Σε μεγάλο βαθμό, οι υπηρεσίες καταναλώνονται τη στιγμή κατά την οποία παράγονται. Οι υπηρεσίες δεν μπορούν να αποθηκευτούν ή να μεταφερθούν.
- Ø Όταν ο πελάτης πληρώνει για κάποια υπηρεσία, δε γίνεται ιδιοκτήτης κάποιου πράγματος.
- Ø Οι υπηρεσίες είναι δραστηριότητες ή διαδικασίες και επομένως, δεν μπορεί να τις ελέγξει ο πελάτης προτού τις αγοράσει.
- Ø Πολλές φορές, οι υπηρεσίες αποτελούνται από ένα σύστημα υπο-υπηρεσιών. Ο πελάτης αποτιμά το σύνολο όλων αυτών των υπο-υπηρεσιών. Η ποιότητα και η ελκυστικότητα της υπηρεσίας εξαρτάται από τη συνολική εμπειρία την οποία είχε ο πελάτης <sup>2,4</sup>.

### **2.1.1 Ποιότητα προϊόντος**

Αναφορικά με την ποιότητα στα υλικά αγαθά ο Garvin διατύπωσε διαστάσεις με τις οποίες ο πελάτης αξιολογεί την ποιότητα, οι οποίες είναι: η απόδοση, η αξιοπιστία του προϊόντος, η διάρκεια, η επισκευή, η αισθητική, η αντιληπτική ικανότητα, τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά και η συμφωνία με τα πρότυπα <sup>2,4</sup>.

Για την αξιολόγηση της ποιότητας των προϊόντων, ο πελάτης, μπορεί να χρησιμοποιήσει και τις οκτώ διαστάσεις ή κάποιες από αυτές ανάλογα με τις ανάγκες και τις προσδοκίες του <sup>2</sup>.

### **2.1.2 Ποιότητα υπηρεσιών**

Η επίγνωση της σημασίας της ποιότητας των υπηρεσιών έχει αυξηθεί ραγδαία. Το κόστος της κακής ποιότητας είναι πολύ μεγαλύτερο στις υπηρεσίες απ' ό τι 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 το τύπο της υπηρεσίας, οι καταναλωτές χρησιμοποιούν βασικά παρόμοια κριτήρια στην αξιολόγηση των υπηρεσιών. Τα κριτήρια αντιστοιχούν σε 10 κατηγορίες - κλειδιά τα οποία καλούνται «καθοριστικοί παράγοντες ποιότητας υπηρεσιών» και είναι οι ακόλουθες:

- **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<sup>2,4,11,12</sup>.

## 2.2 Εννοιολογική οριοθέτηση της Υγείας

Η υγεία θεωρείται σαν ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία μιας πλήρους και ευτυχισμένης ζωής. Η έννοια της υγείας στη διάρκεια της ανθρώπινης

ιστορίας διέφερε στους διάφορους πολιτισμούς, από τους περισσότερους όμως θεωρούνταν ολιστικά σαν ένα είδος αρμονίας μέσα στο άτομο και μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του <sup>13</sup>.

Ο όρος «υγεία» εξακολουθεί να μην έχει έναν κοινά αποδεκτό ορισμό. Η Florence Nightingale γράφει ότι η υγεία δεν είναι μόνο το αίσθημα της ευεξίας, αλλά η ικανότητα να χρησιμοποιεί ο άνθρωπος σωστά κάθε δυνατότητα που διαθέτει. Πρώτη απόπειρα για επίτευξη ομοφωνίας έγινε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.),ο οποίος, το 1946, στην ιδρυτική του διακήρυξη, όρισε την υγεία σαν «μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνο απουσία νόσου ή αναπηρίας». Αυτό αποτελεί περιγραφή μιας ιδανικής κατάστασης ή ένα στόχο παρά μια απλή σύλληψη της υγείας <sup>13,14</sup>.

Αν και ένας πλήρης ορισμός της «υγείας» είναι πιθανώς αδύνατος, εντούτοις μπορούμε να υποδείξουμε κάποιους παράγοντες, που φαίνονται να σχετίζονται με αυτόν τον ορισμό. Η κατάσταση της πλήρους υγείας μπορεί να γίνει αντιληπτή με όρους μιας δυναμικής ισορροπίας μεταξύ των ατομικών (π.χ. φυσιολογία, συμπεριφορά, ψυχολογικοί παράγοντες, στρες) και των περιβαλλοντικών συστημάτων (π.χ. πολιτισμός, οικονομία, συνθήκες κ.λπ.).

Η ισορροπία χαρακτηρίζεται ως δυναμική, γιατί η υγεία δεν είναι μια σταθερή κατάσταση, αλλά μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου. Ακόμα και μετά από μια σημαντική μεταβολή της, συχνά υπάρχουν στοιχεία (όπως οι ικανότητες του ατόμου, η κοινωνική υποστήριξη, η ιατρική βοήθεια) που επαρκούν ώστε να επαναφέρουν την κατάσταση της ισορροπίας.

Όμως, αυτό δεν είναι πάντα εφικτό. Κατά συνέπεια, ο βαθμός υγείας ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού μπορεί να προσδιοριστεί για μια συγκεκριμένη στιγμή και όχι μόνιμα. Η υγεία δεν αποτελεί το αντίθετο της ασθένειας, εφόσον συμπεριλαμβάνει έννοιες όπως η ευεξία και η ποιότητας ζωής. Για τον

προσδιορισμό της υγείας είναι ιδιαιτέρως σημαντική η κατανόηση της αλληλεξάρτησης μεταξύ των βιολογικών, των ψυχολογικών και των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων που δρουν κάθε στιγμή και σε συνεχή «αλληλεπίδραση». Η υγεία δεν είναι μόνο ένα ατομικό ζήτημα, αλλά και ένα πολιτισμικό ζητούμενο. Υπ' αυτή την έννοια, η υγεία σχετίζεται με την έννοια του βαθμού «πληρότητας», όπως αυτή την κατανοεί και την προσδιορίζει το άτομο ανάλογα με τις πεποιθήσεις και τις δυνατότητές του, καθώς και ανάλογα με τις υπάρχουσες κοινωνικές αξίες. Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι η έννοια «υγεία» μπορεί να έχει πολλούς «ορισμούς».

Μπορεί να οριστεί ως απουσία συμπτωμάτων ή νόσου (αρνητικός ορισμός), ως σωματική ικανότητα (λειτουργικός ορισμός), ως ικανότητα άσκησης ρόλων (συναισθηματική λειτουργικότητα) ή, όπως ορίζει ο Π.Ο.Υ, ως μια θετική κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας (θετικός ορισμός). Στο πλαίσιο αυτό, οι διαφορετικές προσεγγίσεις συνθέτουν μια ολική εικόνα του φαινομένου που το συσχετίζουν όχι μόνο με τις κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές, αλλά και με τις κοινωνικές και ατομικές αναπαραστάσεις τους, καθώς και με τις διασυνδέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους<sup>13</sup>.

Στην Ελλάδα, ο κλάδος της Υγείας είναι ίσως ο κλάδος που θα αντιμετωπίσει τις σημαντικότερες, από άποψη μεγέθους αλλαγών, προκλήσεις στο μέλλον. Οι προκλήσεις αυτές -από την επιτυχή διαχείριση των οποίων θα εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό η αποδοτικότητα των οργανισμών υγείας και η αποτελεσματικότητα των κυβερνητικών πολιτικών για την Υγεία- θα προέρχονται κυρίως από τα αυξημένα επίπεδα ποιότητας, ασφάλειας και ρυθμιστικών standards των υπηρεσιών Υγείας, τις αυστηρότερες κυβερνητικές πολιτικές, τις αυξημένες προσδοκίες και απαιτήσεις των ασθενών, τους περιορισμούς των προϋπολογισμών των ασφαλιστικών ταμείων, τη γήρανση

του πληθυσμού και την πιθανότητα συνεχών εξαγορών, συγχωνεύσεων ή και «ιδιωτικοποιήσεων». Με τέτοιες μεγάλες αλλαγές, που συνεχώς θα εντείνονται, τίθεται το ερώτημα με ποιο τρόπο οι υπεύθυνοι των νοσοκομείων και των λοιπών οργανισμών Υγείας θα σχεδιάζουν τις στρατηγικές τους και θα αποκτούν την απαραίτητη πληροφόρηση και γνώση για να μπορούν να προσδιορίζουν έγκαιρα κατά πόσον αυτές εκτελούνται επιτυχώς <sup>15</sup>.

### **2.3 Βασικά χαρακτηριστικά των Υπηρεσιών Υγείας**

Οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να έχουν συγκεκριμένα βασικά χαρακτηριστικά, ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις ανάγκες του πληθυσμού.

Αυτά τα βασικά χαρακτηριστικά είναι:

- Η διαθεσιμότητά τους στον πληθυσμό, σε κάθε ζήτηση ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης.
- Η δυνατότητα των πολιτών να τις προσπελάσουν για να τις χρησιμοποιήσουν στη διάρκεια ολόκληρου του εικοσιτετραώρου.
- Η προσφορά υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό δεν περιορίζεται μόνο στο στάδιο της αντιμετώπισης μιας ασθένειας, αλλά καλύπτει επίσης και τα στάδια πριν και μετά την εμφάνισή της. Επομένως, πρέπει να είναι εξασφαλισμένη η συνέχεια της προσφοράς τους.
- Η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας και η συνέχεια της προσφοράς τους δε σημαίνει αυτομάτως και επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι πολίτες που τις χρησιμοποιούν. Οφείλουν λοιπόν να είναι αποδεκτές από τους πολίτες <sup>16</sup>.

### **2.3.1 Μορφές των οργανισμών υγείας**

Οι υπηρεσίες υγείας παράγονται σε μονάδες οι οποίες λειτουργούν στο πλαίσιο του συστήματος υγείας και παρέχονται στους ασθενείς.

Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελούν οργανισμούς, αφού εργάζονται στις ίδιες δύο ή περισσότεροι άνθρωποι για την επίτευξη ενός κοινού σκοπού. Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας μπορεί να είναι διαφόρων ειδών και διακρίνονται ως εξής:

α) Ανάλογα με τη νομική μορφή της λειτουργίας τους, σε:

- ιδιωτικές,
- δημόσιες,
- νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου,
- νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου,

β) Ανάλογα με το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν, σε μονάδες:

- ανοικτής περίθαλψης, όπως είναι τα ιδιωτικά ιατρεία, τα Κέντρα Υγείας και τα πολυϊατρεία ασφαλιστικών οργανισμών,
- κλειστής περίθαλψης, όπως είναι τα νοσοκομεία και οι ιδιωτικές μονάδες περίθαλψης<sup>16</sup>.



## **Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> : Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα**

### **3.1 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας**

Η πορεία ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι συνδεδεμένη με τις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές εξελίξεις που επικράτησαν στη χώρα ιδιαίτερα μετά την ανεξαρτησία της. Παρά τα βήματα προόδου που έγιναν, υπάρχουν σημαντικά προβλήματα οργάνωσης και διαχείρισης, αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας, ελλείψεις και ανεπάρκειες. Ο υγειονομικός τομέας παρέμεινε ένα από τα λιγότερο αναπτυγμένα κοινωνικο-οικονομικά υποσυστήματα. Παρόλα αυτά αποτελεί ένα ανοικτό σύστημα που συνέχεια αναπτύσσεται και προσαρμόζεται, χωρίς ποτέ να ολοκληρώνεται <sup>16,17</sup>.

#### ***3.1.1 Ιστορική Εξέλιξη του Ελληνικού Συστήματος Υγείας***

Η έννοια του οργανωμένου συστήματος υγείας ξεκινάει για την Ελλάδα το 1952 με το Νόμο 2593/52, ο οποίος έθεσε για πρώτη φορά τις βάσεις για την οργάνωση των μονάδων υγείας και την καθιέρωση των νοσηλίων. Οι έως τότε προσπάθειες, όπως η ίδρυση του Ναυτικού Απομαχικού Ταμείου (NAT) το 1938 (η λειτουργία του ξεκίνησε το 1861), η ίδρυση του Υπουργείου Υγείας το 1922 (Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντίληψης) και η ίδρυση του ΙΚΑ το 1935, αποτέλεσαν τα πρώτα βήματα για τη δημιουργία ενός στοιχειώδους συστήματος φροντίδας υγείας. Σε όλο αυτό το διάστημα, οι δαπάνες για την υγεία διατηρούνται σε χαμηλά ποσοστά, ενώ το ποσοστό των ανασφάλιστων στη χώρα είναι μεγαλύτερο από 50% (κυρίως ο αγροτικός και ημιαστικός πληθυσμός). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το 1959 διατίθεται για την υγεία μόλις

το 6% του ΑΕΠ, ενώ οι δαπάνες για την άμυνα αγγίζουν το 42%. Το 1961, ως αποτέλεσμα ισχυρών πιέσεων εξαιτίας της ανισοτιμίας που χαρακτήριζε το σύστημα υγείας, δημιουργείται ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ). Έως και το 1983, το Ελληνικό Σύστημα Υγείας παραμένει σε ουσιαστική κρίση με βασικά χαρακτηριστικά την ελλιπή χρηματοδότηση, την ανισοκατανομή στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, την υπανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, την απουσία προγραμματισμού και κυρίως τη δυσαρέσκεια των πολιτών <sup>1</sup>.

### ***3.1.2 Η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας***

Μετά την πτώση της δικτατορίας, το 1974, το πολιτικό ενδιαφέρον επικεντρώθηκε σε θέματα κοινωνικής πολιτικής με ιδιαίτερη έμφαση στον τομέα της υγείας. Το κατακερματισμένο και υποχρηματοδοτούμενο υγειονομικό σύστημα της εποχής είχε ως επακόλουθο αφενός την ελλιπή, ποσοτικά και ποιοτικά, κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού, αφετέρου την έντονη ιδιωτικοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών <sup>1,18</sup>.

Ο Νόμος 1397/83 αποτελεί την κορύφωση της πορείας προς τη δημιουργία ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας, που ξεκίνησε το 1976 με την Έκθεση για την Υγεία του ΚΕΠΕ και συνεχίστηκε με το νομοσχέδιο Δοξιάδη το 1980, με σκοπό την καθολική και ισότιμη παροχή υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες. Ιδεολογικό πυρήνα της μεταρρύθμισης του 1983 απετέλεσε η αρχή ότι η «υγεία είναι κοινωνικό αγαθό που δεν υπακούει στους νόμους του κέρδους». Στο πλαίσιο αυτό, την ευθύνη για τη χρηματοδότηση του συστήματος ανέλαβε το κράτος, με στόχο την αύξηση των δημόσιων δαπανών υγείας στο 4,5 - 5% του ΑΕΠ και αντίστοιχη μείωση των ιδιωτικών πληρωμών.

Τα κυριότερα μέτρα πολιτικής για την εφαρμογή αυτής της μεταρρύθμισης συνοψίζονται ακολούθως:

- Καθεστώς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης για τους γιατρούς του Ε.Σ.Υ. με σημαντική αύξηση των μισθών.
- Παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας από 400 Κέντρα Υγείας (180 σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές) με λειτουργική διασύνδεση με τα νοσοκομεία.
- Συγκρότηση Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας, για τον έλεγχο και το συντονισμό των κατά τόπους δομών υγείας.
- Ανάπτυξη νέων μονάδων υγείας και αγορά σύγχρονου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.

Έτσι, με χρονική υστέρηση 15 περίπου ετών, το ελληνικό υγειονομικό σύστημα προσαρμόστηκε με τις βασικές αρχές της εποχής «της Ανάπτυξης και της Ισοτιμίας» που χαρακτήριζε τα δυτικά υγειονομικά συστήματα κατά τις δεκαετίες του 1960 και του 1970. Αξιοσημείωτο κενό της πρώτης αυτής προσπάθειας συγκρότησης ενός ενιαίου συστήματος υγείας ήταν η έλλειψη μέτρων συγκράτησης του κόστους και εξασφάλισης της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας -όπως αυτά που εφαρμόζονταν στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες- καθώς οι προσπάθειες επικεντρώθηκαν τότε στην ανάπτυξη του δημοσίου τομέα υγείας. Η ενασχόληση, όμως, του Κράτους αποκλειστικά με την προσφορά υπηρεσιών, χωρίς την παράλληλη ανάπτυξη αξιόπιστων μηχανισμών ελέγχου, ενίσχυσε την εξάρτηση του συστήματος από συγκεκριμένες επαγγελματικές ομάδες στο χώρο της υγείας, δημιουργώντας παράπλευρους πόλους εξουσίας. Μόλις τον Ιούλιο του 1997 με το Νόμο 2519, θεσμοθετήθηκαν -για πρώτη φορά και με σαφώς καθορισμένες αρμοδιότητες- όργανα για την αξιολόγηση και τον έλεγχο του υγειονομικού συστήματος, που όμως, ποτέ δεν λειτούργησαν, με αποτέλεσμα σήμερα, καθώς οι ανάγκες υγείας

αυξάνονται, να μεγαλώνουν οι πιέσεις προς την κεντρική εξουσία για αυξημένη δημόσια χρηματοδότηση, η οποία, όμως, δεν μεταφράζεται απαραίτητα σε μεγαλύτερη απόδοση και ικανοποίηση του πολίτη <sup>1</sup>.

### ***3.1.3 Οι προσπάθειες μεταρρύθμισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας***

Τα προβλήματα που προέκυψαν από την ελλιπή εφαρμογή του νόμου 1983 έγιναν αφορμή για μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, οι οποίες όμως, λόγω προβληματικού σχεδιασμού, προσέκρουσαν σε εμπόδια με αποτέλεσμα να μην υλοποιηθούν ποτέ σε πλήρη έκταση.

Το 1994 προσκαλείται από το Υπουργείο Υγείας διεθνής επιτροπή εμπειρογνομόνων για τη μελέτη και ανάλυση των προβλημάτων του Ελληνικού Συστήματος Υγείας και την υποβολή προτάσεων βελτίωσης. Μεταξύ των βασικών διαπιστώσεων ήταν η **έμφαση του συστήματος στη δευτεροβάθμια φροντίδα και οι μεγάλες ελλείψεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα**. Επίσης, επισημάνθηκαν η αδιαφορία της πολιτικής εξουσίας και των επαγγελματιών υγείας για τη σχέση κόστους - αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, η ελλιπής καταγραφή στοιχείων και ιατρικών φακέλων και η απουσία μηχανοργάνωσης με συνέπεια την αδυναμία ελέγχου και παρακολούθησης. Οι διαπιστώσεις της επιτροπής έγιναν δεκτές από την ελληνική κυβέρνηση χωρίς, ωστόσο, να αποτελέσουν αντικείμενο μεταρρυθμιστικών προσπαθειών έως το 2001.

Το 1997 με νομοθετική ρύθμιση (Νόμος 2519) επανέρχονται πολλές από τις ρυθμίσεις του 1983. Με τον ίδιο νόμο δημιουργείται το **Ινστιτούτο έρευνας και ελέγχου ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας** με αρμοδιότητες συντονισμού του ποιοτικού ελέγχου των υπηρεσιών υγείας που, όμως, ποτέ δεν συστήθηκε.

Απώτερος σκοπός της μεταρρύθμισης του 2001 ήταν «η μετεξέλιξη του Ε.Σ.Υ. σε ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας που θα ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες και προσδοκίες του Έλληνα πολίτη για αξιοπρεπείς και υψηλού ποιοτικού επιπέδου υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης». Οι επιμέρους στόχοι περιελάμβαναν μεταξύ άλλων την κατοχύρωση της ισότιμης πρόσβασης στο σύστημα υγείας, τη διασφάλιση του δημόσιου χαρακτήρα του Ε.Σ.Υ., την ανάδειξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της Δημόσιας Υγείας σε βασικούς πυλώνες του συστήματος, τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και τέλος την ορθολογική κατανομή και αποτελεσματική διαχείριση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων του συστήματος.

Με το Νόμο 2889/2001 εισήχθησαν, για πρώτη φορά στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα, **στοιχεία οικονομίας της αγοράς καθώς και στοιχεία σύγχρονων μεθόδων διοίκησης των νοσοκομείων**, υπαγορευμένα από τις διεθνείς τάσεις για τον περιορισμό του κόστους και για τη βελτίωση της ποιότητας<sup>1</sup>.

Με το Ν.2920/2001 τεύχος Α' ΦΕΚ 131/27.6.2001 ιδρύεται το **Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ)** και αρχίζει να λειτουργεί στις 16/09/2002. Αποστολή του είναι η διενέργεια συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα (σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα) της χώρας και σκοπός του είναι η βελτίωση της παραγωγικότητας των υπηρεσιών υγείας, η ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών, η εξάλειψη της κακοδιοίκησης και ιδίως των αιτιών κακής λειτουργίας, κακής διοίκησης και διαχείρισης και υψηλού κόστους λειτουργίας, ή άλλων παραγόντων που μειώνουν την αποτελεσματικότητα αυτών. Εντούτοις, παρά το ότι το ΣΕΥΥΠ εμφανίζεται ιδιαίτερα

αναβαθμισμένο σε σχέση με τα αντίστοιχα σώματα επιθεώρησης του εξωτερικού, η κύρια λειτουργία του συνδέεται με την καταγραφή παθογόνων αιτιών και τη διατύπωση προβλημάτων στα νοσοκομεία και όχι με διαδικασίες αξιολόγησης της αποδοτικότητας με τη χρησιμοποίηση στατιστικών (μη χρηματοοικονομικών) δεικτών.

Έτσι, το 2002 γίνεται προσπάθεια προς την κατεύθυνση της αξιολόγησης των δραστηριοτήτων των υπηρεσιών υγείας ως προς την **αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα**, αλλά και την αποτίμηση του παραγόμενου έργου των νοσοκομείων <sup>8</sup>.

### ***3.1.4 Το ελληνικό νοσοκομείο: διαχρονική εξέλιξη και σύγχρονες τάσεις***

Στο πέρασμα των αιώνων τα νοσοκομεία προσαρμόζονταν στο τρόπο με τον οποίο προσεγγίζονταν οι κοινωνικές ανάγκες σε κάθε εποχή. Έτσι από την ανάπτυξη των Ασκληπιείων της αρχαιότητας ως θεραπευτικών και λατρευτικών κέντρων, η παροχή υπηρεσιών πέρασε στα φιλανθρωπικά νοσοκομεία κατά τη Βυζαντινή περίοδο (γηροκομεία, ορφανοτροφεία, πτωχεία ή πτωχοκομεία) και στα νοσοκομεία, που ίδρυσαν εκκλησιαστικοί και σταυροφόροι του Μεσαίωνα. Την περίοδο της Αναγέννησης δημιουργούνται νοσοκομεία με τη μορφή και το σκοπό που έχουν και σήμερα και εξελίχθηκαν κυρίως από την έμφαση στη τεχνολογία και τη διεπιστημονική προσέγγιση <sup>1</sup>.

Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, τα συστήματα υγείας αναπτύχθηκαν και ωρίμασαν αμέσως μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο. Το Ελληνικό κράτος αντίθετα ήταν απρόθυμο και οικονομικά αδύναμο να ακολουθήσει την περίοδο αυτή επεκτατική πολιτική στον τομέα της υγείας.

Με την άνοδο των σοσιαλιστών στην εξουσία το 1981, γίνεται η πρώτη προσπάθεια εφαρμογής ενός καλά δομημένου συστήματος υγείας, που θα βασίζεται στις αρχές της ισότητας και στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού, εξασφαλίζοντας παράλληλα υψηλής ποιότητας φροντίδα <sup>16,17</sup>.

Η εξέλιξη των δημόσιων νοσοκομειακών μονάδων στην Ελλάδα:

#### **Ø Πρώτη Περίοδος: 1827-1922**

Τα νοσοκομεία ήταν κυρίως αποτέλεσμα της φιλανθρωπικής δράσης ιδιωτών και κάποιων δήμων και κοινοτήτων και σε αυτά προσέφευγαν χαμηλά κυρίως κοινωνικά στρώματα. Ουσιαστικά η παροχή υπηρεσιών υγείας γινόταν από την Εκκλησία και τα φιλανθρωπικά ιδρύματα. Το 1827 ιδρύεται το πρώτο νοσοκομείο στη Σύρο και το δημοτικό σχολείο ΕΛΠΙΣ (1836), η ιατρική σχολή το 1837 και η νοσηλευτική σχολή του Ερυθρού Σταυρού το 1911.

#### **Ø Δεύτερη Περίοδος: 1923-1952**

Ο ενεργητικός ρόλος του κράτους οδήγησε στην ίδρυση γενικών, ειδικών, στρατιωτικών και προσφυγικών νοσοκομείων, με σχετικά περιορισμένες, όμως, δυνατότητες.

#### **Ø Τρίτη Περίοδος: 1953-1982**

Με το Νόμο 2592/1953 «περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως» καθιερώθηκε ένα ενιαίο πλαίσιο ορθολογικής και επιστημονικής οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στη χώρα με βάση τον πληθυσμό, τα επιδημιολογικά του χαρακτηριστικά και τον υπάρχοντα εξοπλισμό. Η νοσοκομειακή περίθαλψη την περίοδο αυτή παρέχεται από κρατικά νοσοκομεία με χαρακτήρα Νομικών Προσώπων Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου (μη κερδοσκοπικά) και ιδιωτικές κλινικές.

#### **Ø Τέταρτη Περίοδος: 1983-2000**

Χαρακτηρίζεται από τη θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (1983) και της κρατικής ευθύνης για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους

τους πολίτες. Η υγεία, ως κοινωνικό αγαθό, δεν υπόκειται στους νόμους του κέρδους και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε όλους τους πολίτες ισότιμα, ανεξάρτητα της κοινωνικο-οικονομικής τους θέσης.

**Ø Πέμπτη Περίοδος: 2000 - ως σήμερα**

Ξεκίνησε με το σχέδιο μεταρρύθμισης «Υγεία για τον πολίτη», Νόμος 2889/2001. Η όλη προσπάθεια χαρακτηρίζεται σήμερα ως ημιτελής, αφού η αντικατάσταση του εμπνευστή της αλλά και η αλλαγή της κυβέρνησης που την ενστερνίσθηκε, οδήγησαν στη σταδιακή εξασθένηση των στόχων της. Το 2005 τα Πε.Σ.Υ. μετονομάστηκαν σε Δ.Υ.Π.Ε. με το Νόμο 3329/2005, ενώ προβλέφθηκε και μία σειρά αλλαγών που δεν μπορούν ωστόσο να κριθούν εξαιτίας του μικρού χρονικού διαστήματος από την εφαρμογή τους <sup>1</sup>.

Συνοπτικά, το Ελληνικό υγειονομικό σύστημα τα τελευταία χρόνια βρίσκεται σε μία συνεχή διαδικασία δομικών και οργανωτικών αλλαγών, χωρίς όμως να θεωρείται ένα καλά οργανωμένο και αποτελεσματικό σύστημα μέχρι σήμερα. Ο υγειονομικός τομέας εμφανίζει μεγάλα προβλήματα και η δυσφορία του κόσμου στην Ελλάδα από τις υπηρεσίες υγείας, είναι κατά πολύ μεγαλύτερη από κάθε άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Έχουν γίνει σημαντικά βήματα όσον αφορά την κτιριακή υποδομή με την ανέγερση πολλών νέων νοσοκομείων, κέντρων υγείας και πολυϊατρείων, τα περισσότερα με σύγχρονο εξοπλισμό και ικανοποιητική στελέχωση σε ιατρικό προσωπικό. Δεν έχουν λυθεί όμως σημαντικά προβλήματα που έχουν σχέση με τη δομή, την οργάνωση και λειτουργία, με τη χρηματοδότηση και την περιφερειακή κατανομή των πόρων. Λόγω αυτών των προβλημάτων το σύστημα υγείας δε θεωρείται σήμερα ούτε καλά δομημένο, ούτε αποτελεσματικό, όπως είναι τα περισσότερα δυτικοευρωπαϊκά <sup>16</sup>.



## **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> : Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας**

### **4.1 Ιστορική αναδρομή της ποιότητας στην παροχή υγείας**

Η έννοια της ποιότητας στο τομέα της υγείας συμβαδίζει με τη γέννηση της επιστήμης της υγείας. Η αρχαιότερη καταγεγραμμένη αναφορά ανάγεται στον αρχαία Αίγυπτο και συγκεκριμένα στον «Πάπυρο Smith». Τα πρώτα «κριτήρια αξιολόγησης» της ιατρικής φροντίδας αποτυπώνονται σε ιερογλυφική γραφή, πάνω σε λίθινες πλάκες. Συγκεκριμένα, τα κριτήρια αυτά είναι η παρατήρηση, η περίθαλψη ή η άρνηση της νοσηλείας<sup>6,8</sup>.

Το 2000 π.Χ. γίνεται αναφορά στην ποιότητα της χειρουργικής πρακτικής από τον ποινικό κώδικα του βασιλέως Χαμουραμί και μάλιστα με προβλεπόμενη ποινή, βασιζόμενη στο μέγεθος της βλάβης που πιθανόν προκύπτει από κακή χειρουργική φροντίδα με ατυχή έκβαση. Αναφορά για την ανάγκη διασφάλισης της ποιότητας, συναντούμε και στους δεοντολογικούς κανόνες και τους κώδικες ηθικής στην εποχή του Ιπποκράτη, όπως εκφράζεται από την επιταγή «ωφελείν ή μη βλάπτειν». Τους επόμενους αιώνες δε σημειώνεται κάποια εξέλιξη στις αρχές του Ιπποκράτη, κυρίως γιατί η υγεία αντιμετωπίζεται ως μέσο αγαθοεργιών της Εκκλησίας και των εκάστοτε αυτοκρατόρων<sup>6,8,19</sup>.

Ο ποιοτικός έλεγχος, ουσιαστικά, ξεκινάει από το 1858, όταν η Florence Nightingale, νοσηλεύτρια κατά τον Κριμαϊκό Πόλεμο, προσπάθησε να εφαρμόσει πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου, βασιζόμενη στους δείκτες θνησιμότητας των νοσηλευόμενων ασθενών.

Αργότερα, το 1908, ο Dr. Groves διενήργησε μια σειρά από έρευνες, προκειμένου να συνδέσει την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών με τους δείκτες

θνησιμότητας, αλλά και ανικανότητας των ιατρών σε χειρουργικές επεμβάσεις.

Το παράδειγμά του ακολουθεί ο χειρουργός Godman, τέσσερα χρόνια αργότερα, σε νοσοκομείο της Μασαχουσέτης. Το έργο του, όπως και αυτό της Nightingale, εστιάστηκε στο νοσοκομείο. Είναι περισσότερο γνωστός για την ανάπτυξη ενός πλαισίου αξιολόγησης της νοσοκομειακής περίθαλψης, το οποίο ονόμασε «η ιδέα του τελικού αποτελέσματος». Δηλαδή, κατά τον Codman, τα νοσοκομεία έπρεπε να παρακολουθούν τους ασθενείς που περιέθαλπαν, τόσο κατά τη νοσηλεία τους, όσο και για ορισμένο χρονικό διάστημα μετά τη λήψη εξιτηρίου.

Η ανάγκη ελέγχου των διαδικασιών και του κόστους οδήγησε σε επαναφορά της έννοιας της ποιότητας την δεκαετία του 1960. Ακολούθησε η συστηματική μελέτη και εφαρμογή του ποιοτικού ελέγχου των πρακτικών των νοσοκομείων και η δειλή εμφάνιση των πρώτων προτύπων για τις διαδικασίες σε αυτά, την επόμενη δεκαετία <sup>6,8</sup>.

Η εισαγωγή μέτρων αξιολόγησης των ιατρικών διαδικασιών και η βελτίωση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών χαρακτηρίζονται ως επανάσταση στον κλάδο. Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, αρχίζει η εκτενής ενασχόληση ακαδημαϊκών και επαγγελματιών με το θέμα της ποιότητας στην ιατρική περίθαλψη. Δημιουργήθηκαν πληθώρα εθνικών και διεθνών προτύπων για την διασφάλιση της ποιότητας και αρκετοί οργανισμοί για την προώθηση του ζητήματος <sup>8</sup>.

## **4.2 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας**

Η ποιότητα στον τομέα της υγείας είναι πολύ πιο σύνθετη υπόθεση απ' ό,τι στο χώρο της βιομηχανίας. Γι' αυτό και οι βασικές μέθοδοι και τα αντίστοιχα εργαλεία, που διαμορφώθηκαν κατά κύριο λόγο για τις ανάγκες τις

βιομηχανίας, θα πρέπει να τροποποιούνται κατάλληλα πριν εφαρμοστούν στην υγεία.

Η μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των τομέων της βιομηχανίας και της υγείας έγκειται στον προσδιορισμό της ποιότητας και συνακόλουθα στον τρόπο επίτευξής της. Στη βιομηχανία η ποιότητα ταυτίζεται με την απόλυτη τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος. Στόχος είναι η ύπαρξη μηδενικών αποκλίσεων/ελατωμάτων στη διαδικασία και στο αποτέλεσμα <sup>5</sup>.

Στις υπηρεσίες υγείας όμως, εφόσον οι ασθενείς μεταξύ τους παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στους παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας τους, είναι αναμενόμενο η στατική ανάλυση να αναδεικνύει σημαντικές αλλά αναγκαίες διαφορές στην αντιμετώπισή τους. Γι' αυτό και η έννοια του «μηδενικού ελατώματος» στην υγεία ταυτίζεται με την παροχή στους ασθενείς αυτού ακριβώς που έχουν ανάγκη και που επιθυμούν. Η ελαχιστοποίηση των αποκλίσεων/ελαττωμάτων στην υγεία σημαίνει στην πράξη βελτίωση ή εξάλειψη της «κακής» πρακτικής και ενθάρρυνσης της «καλής». Η εξασφάλιση της πλέον κατάλληλης και πλέον επιθυμητής θεραπευτικής αγωγής αποτελεί πολύ πιο δύσκολο εγχείρημα απ' ότι η επίτευξη μηδενικών αποκλίσεων στη βιομηχανία. Έχει μάλιστα εκτιμηθεί ότι οι ιατρικές πρακτικές χωρίς κανένα αποτέλεσμα ανέρχονται στο 30% του συνόλου, ενώ τα ιατρικά λάθη αποτελούν εξίσου σημαντικό ποσοστό.

Επιπρόσθετα, οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν ιδιαίζουσα μορφή προσωπικών υπηρεσιών, ο αποδέκτης - χρήστης των οποίων αναμένει πολύ περισσότερα απ' ότι από οποιαδήποτε άλλη προσωπική υπηρεσία. Εκτός από την ετοιμότητα παροχής, τη 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 άψογο επαγγελματισμό και την αξιοπρέπεια του «πελάτη» αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα, αποτελώντας άμεση προτεραιότητα <sup>5,6</sup>.

Μια εκτενής ανασκόπηση σε περισσότερους από 100 δημοσιευμένους ορισμούς προσδιόρισε 18 διαφορετικές διαστάσεις ή χαρακτηριστικά της ποιότητας και κατέδειξε τις παραλλαγές και μορφές στη σημασιολογική της διάσταση <sup>20</sup>.

Ο **Donabedian** προειδοποίησε ότι: «Η έννοια της ποιότητας στη φροντίδα είναι εντυπωσιακά δύσκολο να οριστεί... ο καθορισμός των κριτηρίων είναι αξιολογικός». Σύμφωνα με τον ίδιο, ως ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημίες που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης <sup>5,12,20,21</sup>.

Σύμφωνα με τον **Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας**, η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από άποψη διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής <sup>5,6,12,21</sup>.

Το **Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών** ορίζει την ποιότητα ως το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς, και παράλληλα είναι συμβατές με την υπάρχουσα τρέχουσα επαγγελματική γνώση <sup>5,12,21</sup>.

Με βάση τους ορισμούς αυτούς, είναι φανερό πως η ποιότητα στην υγεία ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών, καθώς και με τον έλεγχο του κόστους.

Η επιδίωξη της ποιότητας στην υγεία αφορά τη λειτουργία των συστημάτων υγείας, τη λειτουργία υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία, εργαστήρια κ.α.) και την παροχή μεμονωμένης φροντίδας. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις η ποιότητα στην υγεία δεν αφορά μόνο το 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 περιλαμβάνονται, εκτός από τους ασθενείς, οι συγγενείς, οι επισκέπτες, ο κοινωνικός περίγυρος κ.λπ. Επίσης, οι εργαζόμενοι, πρέπει να θεωρούνται «εσωτερικοί πελάτες» των υπηρεσιών.

Οι σύγχρονες αλλαγές στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, με τον προσανατολισμό τους στην ποιότητα, οφείλεται κυρίως στην κρίση αποτελεσματικότητας, στη συνεχή αύξηση του κόστους, καθώς και στη συνεχώς αυξανόμενη απαίτηση των πολιτών για καλύτερη αντιμετώπιση, πληροφόρηση και διαχείριση των υγειονομικών τους προβλημάτων. Στο πλαίσιο αυτό, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είχε θέσει το 1980 ως στόχο να δημιουργήσουν όλα τα κράτη - μέλη μέχρι το 1990 μηχανισμούς εξασφάλισης της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας<sup>5</sup>.

### **4.3 Αγορά Υπηρεσιών και ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας**

Οι ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν την υπηρεσία «υγεία» επιβάλλουν ιδιαίτερη μελέτη της αγοράς και της οργανωτικής δομής των αντίστοιχων μονάδων. Στο πρότυπο της ελεύθερης αγοράς αγαθών ο καταναλωτής αποφασίζει εάν θα αγοράσει κάποιο προϊόν (αγαθό ή υπηρεσία), τότε και από πού. Στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας, ο χρήστης - ασθενής δεν μπορεί να προβλέψει αν και τι θα χρειασθεί, δεν μπορεί να αναβάλει ή να ακυρώσει την

αγορά, δεν γνωρίζει τι θα καταναλώσει, πότε, αλλά και για ποια συγκεκριμένη αιτία. Οι καταστάσεις αυτές προσδίδουν στην αγορά των υπηρεσιών υγείας το χαρακτήρα της αβεβαιότητας, η αγορά χαρακτηρίζεται ως ατελής, λόγω της ασυμμετρίας πληροφόρησης του χρήστη - καταναλωτή, αλλά και ως υπερκαταναλωτική, λόγω της a priori ασφαλιστικής κάλυψης.

Οι γνωστές υποθέσεις της αγοράς δεν φαίνεται να ισχύουν για τις υπηρεσίες υγείας. Συχνά ο χρήστης δεν έχει τη δυνατότητα να ερευνήσει για άλλες πηγές προσφοράς υπηρεσιών, είτε γιατί η κατάσταση της υγείας δεν το επιτρέπει, είτε γιατί υπακούει στις αποφάσεις του γιατρού, είτε γιατί είναι δύσκολη η πρόσβαση σε άλλους προμηθευτές, είτε τέλος γιατί δεν υπάρχει άλλη εναλλακτική λύση.

Συν τοις άλλοις, η χρήση των υπηρεσιών υγείας -ιδιαίτερα στην περίπτωση εισαγωγής στο νοσοκομείο- συνεπάγεται μείωση εισοδήματος λόγω αποχής από την εργασία και πρόσθετη επιβάρυνση λόγω του κόστους αντιμετώπισης του προβλήματος υγείας του.

Μία άλλη διαφορά της αγοράς υπηρεσιών υγείας είναι ότι δεν υπάρχει η δυνατότητα επιστροφής του προϊόντος ή διακοπής κατανάλωσης σε περίπτωση που ο χρήστης δεν μείνει ικανοποιημένος, καθώς επίσης και ότι οι συνέπειες της υπερβολικής ή της λάθος κατανάλωσης προϊόντος είναι αρκετές φορές καταστρεπτικές και μη αναστρέψιμες.

Στην αγορά των υπηρεσιών υγείας δεν ισχύει το πρότυπο καλύτερη φροντίδα στη χαμηλότερη τιμή, όπως ισχύει στην αγορά αγαθών. Επίσης υπάρχει περιορισμός στη σύγκριση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και της αξίας τους σε χρήμα. Για το λόγο αυτό, η έννοια της «κυριαρχίας» του καταναλωτή και της δυνατότητας επιλογής έχει (περιορισμένη) εφαρμογή μόνο σε άτομα με την οικονομική δυνατότητα να κάνουν επιλογές.

Η έμφαση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών φαίνεται ότι είναι επίσης σημαντική για τη βιωσιμότητα του νοσοκομείου ως οικονομικού οργανισμού. Η ανταποκρισιμότητα των οργανισμών υγείας στις ανάγκες των χρηστών και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελούν βασικές συνιστώσες της φροντίδας υγείας και η εστίαση ενός οργανισμού σε αυτές παρέχει συγκριτικό πλεονέκτημα στο ολοένα και πιο ανταγωνιστικό περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας.

Οι νέες τάσεις θέλουν τα συστήματα υγείας να υιοθετούν μία πιο επιχειρηματική νοοτροπία που οδήγησε μεγάλα Εθνικά Συστήματα Υγείας - όπως αυτό της Μεγάλης Βρετανίας- στη δημιουργία εσωτερικής αγοράς στις υπηρεσίες του, εισάγοντας τον ανταγωνισμό, με στόχο τη μείωση του συνολικού κόστους και την αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών. Η νέα προσέγγιση τονίζει ότι το σύστημα δεν πρέπει να αρκείται στην κάλυψη των αναγκών των χρηστών αλλά και στις προϋποθέσεις ώστε οι χρήστες να παραμείνουν πιστοί στη συγκεκριμένη υπηρεσία στην περίπτωση που τη χρειασθούν για παρόμοιο λόγο. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση της ποιότητας στοχεύουν στην αναδιαμόρφωση των διαδικασιών, στη μείωση του κόστους, στην αύξηση της ικανοποίησης των χρηστών και στην άνοδο των επαγγελματικών απαιτήσεων<sup>1</sup>.

#### **4.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας**

Η έννοια της «ποιότητας φροντίδας» επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες, τόσο εσωτερικά όσο και εξωτερικά του συστήματος υγείας. Οι εσωτερικοί παράγοντες σχετίζονται κυρίως με οργανωτικά στοιχεία (κτήρια, εξοπλισμός, προσωπικό), που επηρεάζονται από τους εξωτερικούς παράγοντες.

Οι εξωτερικοί παράγοντες ταξινομούνται ανάλογα με την πρόθεση ως Macro, Micro και Global (σφαιρική).

Τα στοιχεία -μέσα στο Macro- του συστήματος υγείας που έχουν αναγνωριστεί ότι επηρεάζουν την ποιότητα είναι η μακρο-οικονομική πολιτική, όπως για παράδειγμα η εθνική πολιτική-οικονομική-κοινωνική τακτική.

Οι γεωγραφικές και κοινωνικές απόψεις αντανακλούν τον τοπικό ή Micro παράγοντα, που επηρεάζει την ποιότητα του συστήματος υγείας.

Οι παράγοντες που σχετίζονται με τη σφαιρική κατάσταση είναι η ευρύτερα οικονομική, η κοινωνική και η εθνικά αναπτυξιακή πορεία της χώρας.

Τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για την κρίση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας επηρεάζονται από τις προσδοκίες και τις εμπειρίες που έχουν οι ασθενείς και από τη φροντίδα στην κοινότητα ή την περιφέρεια<sup>22</sup>.

#### **4.5 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας**

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας και διαμορφώνουν το αποτέλεσμα της ποιοτικής απόδοσης κυρίως της νοσοκομειακής περίθαλψης είναι:

- 1. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών**, η οποία αποτελεί σημαντικό παράγοντα προσδιορισμού της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας. Η αντίληψη ότι οι επαγγελματίες υγείας διαμορφώνουν το περιβάλλον ποιότητας στην υγεία έχει αναστραφεί. Ο προσανατολισμός της πολιτικής διαμόρφωσης της ποιότητας στα νοσοκομεία περιλαμβάνει σήμερα τις ανάγκες και απαιτήσεις του ασθενούς, τη συνέχεια στη φροντίδα του και τη συναίνεσή του. Η συνεχής μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς



εντεταγμένη σε ένα πρόγραμμα διασφάλισης της ποιότητας, βελτιώνει το κλίμα στον οργανισμό, το ηθικό των εργαζομένων και συμβάλλει στην αναγνώριση των προσπαθειών που καταβάλλονται για την εξυπηρέτηση των αναγκών των ασθενών. Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί βασικό εργαλείο προσδιορισμού της ποιοτικής ανταπόκρισης των παρεχόμενων υπηρεσιών και ένα δείκτη ότι οι διαδικασίες που εφαρμόζονται ανταποκρίνονται στις βασικές προσδοκίες του πολίτη.

2. **Η οργανωτική δομή**, η οποία συνδέεται με το νομικό πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων. Ο τρόπος οργάνωσης της διοίκησης, ο συντονισμός των λειτουργιών, η επάρκεια του προσωπικού, η σύνθεση των επιμέρους λειτουργιών και οι συνθήκες εργασίας του προσωπικού καθορίζουν το ποιοτικό επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ακαταλληλότητα του οργανωτικού πλαισίου δημιουργεί δυσμενείς συνθήκες για την ανάπτυξη και βελτίωση της ποιότητας στην περίθαλψη.
3. **Η διοίκηση των οργανισμών** αποτελεί σημαντικό παράγοντα της ποιότητας γιατί ο ρόλος της συνδέεται με την αποτελεσματικότητα λειτουργίας του οργανισμού και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτό σημαίνει ότι τα πρόσωπα που διοικούν έναν οργανισμό πρέπει να διαθέτουν υψηλές διοικητικές ικανότητες και δεξιότητες και να αναγνωρίζουν την ανάγκη για συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
4. **Η ξενοδοχειακή υποδομή** και ο σχεδιασμός των χώρων αποτελεί παράγοντα που συμβάλλει ιδιαίτερα σημαντικά στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο τρόπος με τον οποίο έχουν σχεδιαστεί οι λειτουργικοί χώροι του νοσοκομείου, ο εξοπλισμός και η ξενοδοχειακή υποδομή έχουν σαν αποτέλεσμα:

#### Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> : Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

- Ø Οι δραστηριότητες των υπηρεσιών του νοσοκομείου να πραγματοποιούνται πιο εύκολα και πιο οργανωτικά.
- Ø Η επικοινωνία των χώρων και των επαγγελματιών μεταξύ τους να γίνεται γρήγορα και με ασφάλεια, γεγονός που βελτιώνει το χρόνο και τον τρόπο απόδοσης.
- Ø Η διακίνηση μέσα στο χώρο να γίνεται με ταχύτητα και ευκολία.
- Ø Να διασφαλίζεται η υγιεινή και η ασφάλεια των ασθενών, του προσωπικού και των εγκαταστάσεων.
- Ø Η σήμανση και η ανάρτηση πινακίδων κατεύθυνσης να διευκολύνουν την κίνηση των ασθενών και των επισκεπτών.

Ο σωστός, επομένως, σχεδιασμός των κτηριακών εγκαταστάσεων των Υπηρεσιών Υγείας και ο επαρκής εξοπλισμός διαμορφώνουν λειτουργικό και ευχάριστο περιβάλλον υποδοχής και περίθαλψης του ασθενούς.

- 5. Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις** αποτελούν χαρακτηριστικό δείκτη διαμόρφωσης της ποιότητας στην περίθαλψη. Οφείλονται σε μικροοργανισμούς, οι οποίοι μεταφέρονται από τους ασθενείς και το προσωπικό και αποτελούν κίνδυνο μόλυνσης των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Οι επιπτώσεις των νοσοκομειακών λοιμώξεων είναι:

- Ø η αύξηση της νοσηρότητας,
- Ø η αύξηση του χρόνου νοσηλείας,
- Ø η αύξηση της θνησιμότητας,
- Ø η αύξηση του κόστους νοσηλείας από την παρατεταμένη νοσηλεία των ασθενών και τη χορήγηση επιπρόσθετων φαρμάκων,

Ø η απομάκρυνση του ασθενούς από το παιδαγωγικό και οικογενειακό περιβάλλον, γεγονός που επιδρά αρνητικά στην ψυχολογική του κατάσταση.

6. ***Η υποδοχή και διακίνηση των ασθενών*** αποτελούν σημαντικό παράγοντα καθορισμού της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας. Η φιλική συμπεριφορά στην υποδοχή, η επάρκεια στην ενημέρωση και πληροφόρηση, η αμεσότητα στην εξυπηρέτηση και η αξιοπιστία στις διαδικασίες καθοδήγησης των ασθενών δημιουργούν συνθήκες ασφάλειας και εμπιστοσύνης.
7. ***Η καθαριότητα και ο έλεγχος τροφίμων*** αποτελούν παράγοντες υγιεινής και αισθητικής αγωγής, οι οποίοι καθορίζουν αντίστοιχα την ποιοτική ξενοδοχειακή εξυπηρέτηση του ασθενούς.
8. ***Η αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών σε συνθήκες οργανωτικού και λειτουργικού περιβάλλοντος*** συμβάλλει στην ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η λειτουργία του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών με βασικό στόχο την εξυπηρέτηση του ασθενούς και την κάλυψη της ζήτησης κατά τις ημέρες γενικής εφημερίας, έχει αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας και της αξιοπιστίας των υπηρεσιών επείγουσας περίθαλψης.
9. ***Η διαθεσιμότητα των κλινών*** αποτελεί ποιοτικό παράγοντα περίθαλψης, γιατί εξασφαλίζει στον ασθενή αξιοπρεπή διαμονή και νοσηλεία και συμβάλλει στην αποσυμφόρηση χώρων και ενεργειών<sup>7, 23</sup>.

## 4.6 Ανάγκη για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Πρόσφατες έρευνες σε Καναδά, Ηνωμένο Βασίλειο και ΗΠΑ καταδεικνύουν την ανάγκη για αλλαγές στη λειτουργία των μονάδων υγείας. Παρά τις νομοθετικές αλλαγές, τις διατμηματικές συνεργασίες και τις προσπάθειες για επανασχεδιασμό των διαδικασιών, οι καταναλωτές εμφανίζονται δυσαρεστημένοι σε θέματα ποιότητας, κόστους και αξιοπιστίας των μονάδων υγείας. Συγκεκριμένα το 18% των καταναλωτών σε ΗΠΑ και Ηνωμένο Βασίλειο και το 27% των Καναδών καταναλωτών χαρακτηρίζουν τις υπηρεσίες υγείας από ισχνές έως φτωχές.

Τα συνηθέστερα προβλήματα που παρατηρούνται στις νοσοκομειακές μονάδες είναι:

- **Μερική χρήση των υπηρεσιών υγείας:** η μη χρησιμοποίηση από πλευράς των θεραπειών όλων των απαιτούμενων μέσων για τη θεραπεία των ασθενών μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές στην υγεία και τη σωματική ακεραιότητα των τελευταίων.
- **Υπερβολική χρήση των υπηρεσιών υγείας:** η υπερβολή εκ μέρους των θεραπειών στη χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων ή στη διενέργεια μη ενδεδειγμένων πρόσθετων εργαστηριακών ελέγχων, οδηγεί στη διόγκωση του κόστους της θεραπείας.
- **Κακή χρήση των υπηρεσιών υγείας:** λανθασμένες διαγνώσεις ή καθυστερημένες νοσηλείες οδηγούν σε αυξημένα κόστη αλλά και σε απώλειες ανθρωπίνων ζωών.
- **Διαφοροποίηση στην παροχή των υπηρεσιών υγείας:** η έντονη διαφοροποίηση στον τρόπο και στα μέσα ελέγχου που έχουν στη διάθεσή τους οι ιατροί σε όλο τον κόσμο.

Παράλληλα, οι Norman Weinberg et al. αναφέρουν ότι μερικά ενδεικτικά προβλήματα ποιότητας είναι:

- *λανθασμένη διάγνωση ασθένειας,*
- *καθυστερημένη διάγνωση της ασθένειας και*
- *προβληματική θεραπεία* λόγω λάθος συνταγολόγησης, ακατάλληλης δοσολογίας, επιπλοκών κατά τη χορήγηση.

Τονίζουν ότι τα παραπάνω προβλήματα προκλήθηκαν πιθανόν από: λανθασμένες εργαστηριακές εξετάσεις (αποτυχία του συστήματος του νοσοκομείου), έλλειψη λεπτομερειακής εξέτασης από τους ιατρούς (ανθρώπινο λάθος), παρερμηνεία συμπτωμάτων ή κακή επικοινωνία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (πρόβλημα οργάνωσης συστήματος). Είναι πολύ σημαντικό να διακρίνουμε τα ανθρώπινα λάθη (λάθος διάγνωση λόγω άγνοιας κλπ.), από τα λάθη του συστήματος (λάθος φάρμακο σε λάθος ασθενή) <sup>6,8</sup>.

Κάθε χρόνο στις ΗΠΑ χάνουν την ζωή τους 98.000 ασθενείς από ιατρικό λάθος μέσα στα νοσοκομεία. Τα λάθη σύμφωνα με την έρευνα του Institute of Medicine οφείλονται σε οργάνωση των χώρων του νοσοκομείου, σε υπερκόπωση των θεραπόντων ιατρών, σε δυσανάγνωστες συνταγογραφήσεις κ.α. Η ανάγκη για εδραίωση συστήματος διασφάλισης ποιότητας είναι μεγάλη και οδηγεί σε θεμελιώδεις αλλαγές στην κουλτούρα της υγείας και στο τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας <sup>8</sup>.

#### **4.7 Οφέλη από τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας**

Τα οφέλη από τη βελτίωση της ποιότητας και τη διατήρησή της σε ένα επαρκές - υψηλό επίπεδο είναι πολυδιάστατα, πιο συγκεκριμένα, διακρίνουμε τις ακόλουθες κατηγορίες:

### **1. Οφέλη για τον ασθενή:**

- **Υγειονομικά οφέλη:** Σχετίζονται με την έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος της υγείας του και την αποτελεσματική αντιμετώπισή του, την αποφυγή επιπλοκών εξαιτίας καθυστερημένης ή λανθασμένης αγωγής κλπ.
- **Ψυχολογικά οφέλη:** Έχουν σχέση τόσο με το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, όσο και με τη διάρκεια παραμονής του σ' αυτό. Αναμφισβήτητα, η καλή ψυχολογική κατάσταση του ασθενή, επιδρά θετικά στην αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής στην οποία υπόκειται. Επίσης, μεγάλο ψυχολογικό όφελος αποκομίζει ο ασθενής, από τη συντόμευση του χρόνου παραμονής του στη μονάδα, η οποία προκύπτει ως αποτέλεσμα της σωστής και γρήγορης αντιμετώπισης του υγειονομικού του προβλήματος.
- **Οικονομικά οφέλη:** Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών θα συμβάλει, ώστε το πρόβλημα υγείας του ασθενούς να διαγνωστεί και να αντιμετωπιστεί έγκαιρα και αποτελεσματικά και αφετέρου σε σύντομο χρονικό διάστημα. Είναι προφανές ότι η οικονομική επιβάρυνση που θα υποστεί ο ασθενής θα είναι σημαντικά μικρότερη.

### **2. Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας:**

Τα οφέλη από την ύπαρξη ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, για τους επαγγελματίες υγείας συνίστανται κυρίως:

- **Στο σεβασμό και στην εμπιστοσύνη** εκ μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους.
- **Στην απαλλαγή τους από καθημερινό εκνευρισμό και άγχος.**
- **Στην ικανοποίηση** που αποκομίζουν **από την εργασία τους.**

- *Στη μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη*, την οποία καλλιεργεί η ποιότητα.

### **3. Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας:**

- **Οικονομικά οφέλη:** Η μείωση του λειτουργικού κόστους, η οποία επιτυγχάνεται με την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών, ως συνέπεια της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, επιτρέπει την εξοικονόμηση σημαντικών πόρων, οι οποίοι μπορούν να διατεθούν για την κάλυψη των αναγκών άλλων ασθενών, για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού, για κλινική έρευνα κλπ.
- *Αναγνώριση και φήμη*

### **4. Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία:**

- **Οικονομικά οφέλη:** Αναφέρονται στη μείωση του ύψους των δαπανών τους, δηλαδή των χρημάτων που καταβάλλουν στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας για την υγειονομική περίθαλψη των ασφαλισμένων τους.
- **Κοινωνικά οφέλη:** Έχουν σχέση με τη μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασφαλισμένων, ως απόρροια της, υψηλού επιπέδου, ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών.
- *Η αίσθηση ότι εκπληρώνουν σωστά τον κοινωνικό τους ρόλο.*

### **5. Οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο:**

- **Οικονομικά οφέλη:** Σχετίζονται με τον περιορισμό της μείωσης της παραγωγικότητας των πολιτών, ως αποτέλεσμα της μείωσης του χρόνου

παραμονής τους, ως ασθενών στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την περιστολή των αδικαιολόγητων δαπανών, τόσο δημόσιων, όσο και ιδιωτικών, στον τομέα της υγείας.

- **Υγειονομικά οφέλη:** Αυξάνεται η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα, γενικότερα του υγειονομικού συστήματος, με αποτέλεσμα τη μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών, προκειμένου να εξυπηρετηθούν και γενικότερα, τον υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης των χρηστών - καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας.
- **Βελτίωση της εικόνας** του κράτους και **αύξηση της εμπιστοσύνης** των πολιτών απέναντι στις κοινωνικές παροχές και υπηρεσίες. Η γενικότερη εικόνα της χώρας βελτιώνεται, τόσο σε εθνικό, όσο και σε διεθνές επίπεδο <sup>8</sup>.

#### **4.8 Μέθοδοι συνεχούς ποιοτικής βελτίωσης**

Η διαχείριση της ποιότητας δεν είναι μία στατική παρέμβαση ή μεμονωμένη αλλαγή που θα μπορούσε να επέλθει ξαφνικά, αλλά δυναμική διαδικασία και τρόπος σκέψης, που πρέπει να ενσωματωθεί στην καθημερινή νοοτροπία και στη συμπεριφορά των νοσοκομειακών λειτουργών, με αργά αλλά σταθερά βήματα. Η ποιότητα έχει αποδέκτη τον καταναλωτή (ασθενή) και επομένως αποβλέπει στη δική του ικανοποίηση από το επίπεδο των νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Σε χώρες με παράδοση δράσεων ως προς τη διαχείριση της ποιότητας, τα νοσοκομεία διαθέτουν μόνιμα και εξειδικευμένα στελέχη που εφαρμόζουν επεξεργασμένες τεχνικές διασφάλισης και βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών.



Στην Ελλάδα μπορούμε να αρχίσουμε με απλές παρεμβάσεις, ώστε να εμπεδωθεί κατ' αρχήν η διαχείριση της ποιότητας. Μερικές μέθοδοι είναι:

**1. Επιμόρφωση προσωπικού:**

Με ταχύρρυθμα εσωτερικά σεμινάρια ανά ειδικότητα, είναι δυνατόν να επιδιωχθεί η αλλαγή τρόπου σκέψης του προσωπικού, η ευαισθητοποίηση του απέναντι στον καταναλωτή (πελάτη) των νοσοκομειακών υπηρεσιών και η εμπλοκή των εργαζομένων στη διαδικασία συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας.

Μετά την οργανωμένη επιμόρφωση, οι επιθυμητές συμπεριφορές μπορούν να καταγραφούν και σε εγκυκλίους της διοίκησης.

Παραδείγματα:

- Ø *Οι εργαζόμενοι* πρέπει να προσέρχονται στο νοσοκομείο *ευπρεπείς και καθαροί, να φέρουν τη στολή τους και την κονκάρδα ταυτότητας*. Οι καταναλωτές δικαιούνται να έχουν απέναντί τους, επώνυμους συνομιλητές και υπαλλήλους με αναφερόμενη ιδιότητα.
- Ø *Δεν πρέπει να δημιουργούνται επεισόδια με τους ασθενείς ή τους συγγενείς τους*, ακόμα και αν αυτοί υπερβαίνουν κάποια όρια, υπό το βάρος ψυχολογικής πίεσης ή εξαιτίας πολιτισμικού ελλείμματος. Υπάρχουν καλύτεροι τρόποι κατευνασμού ή επαναφοράς τους στην τάξη.
- Ø *Δεν πρέπει να παρατείνεται άσκοπα ο χρόνος αναμονής των εξωτερικών ή εσωτερικών ασθενών*, ιδιαίτερα μάλιστα με οφθαλμοφανή υπαιτιότητα των νοσοκομειακών στελεχών, όπως συμβαίνει συχνά.
- Ø Θα πρέπει να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια από τους εργαζόμενους για *θετική ανταπόκριση σε εύλογα αιτήματα των ασθενών* (π.χ. ένας κατάκοιτος ασθενής ζητεί να κάνουν ένα τηλεφώνημα εκ μέρους του ή να τον εφοδιάσουν με μία εφημερίδα).

Ø Ένας ασθενής δεν αφήνεται ποτέ γυμνός, στη θέα τρίτων προσώπων. Όσα συμβαίνουν στα Τμήματα Επειγόντων, σε Ακτινολογικά εργαστήρια, Ενδοσκοπικές μονάδες και θαλάμους νοσηλείας αρκετών νοσοκομείων, είναι επιεικώς απαράδεκτα.

## 2. Αλλαγές (διοικητικές αποφάσεις):

Υπάρχουν πολλά πράγματα που είναι αυτονόητο ότι πρέπει να αλλάξουν, ύστερα από συνεννόηση με εμπλεκόμενα ιεραρχικά επίπεδα ή και απευθείας με πρωτοβουλία της διοίκησης:

- Ø Πρέπει να γίνεται **ημερήσια προληπτική Επιθεώρηση από τεχνικό συνεργείο** για την αποκατάσταση μικροβλαβών (διαρροές νιπτήρων, καμένοι λαμπτήρες κ.λπ.). Ο καταναλωτής μπορεί να κατανοήσει την πρόκληση βλαβών, αλλά δυσανασχετεί δικαιολογημένα όσον αφορά την αποκατάστασή τους.
- Ø Οι **στολές του προσωπικού εστίασης και καθαριότητας** είναι σκόπιμο να έχουν ανοιχτά και χαρούμενα χρώματα και όχι σκούρα. Το νοσοκομειακό περιβάλλον δεν πρέπει να επιβαρύνει την, ούτως ή άλλως, κακή ψυχολογία των ασθενών και των συνοδών τους.
- Ø **Κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, οι ασθενείς πρέπει να εφοδιάζονται με αναλυτικό ενημερωτικό σημείωμα** (αιτία νοσηλείας - έκβαση - συνταγογραφία - επανέλεγχος κ.λπ.). Όσο και αν αυτό φαίνεται περίεργο, αυτό δε συμβαίνει σε πολλά νοσοκομεία ή νοσοκομειακά τμήματα.
- Ø **Κατά τη νυκτερινή νοσηλεία ενός ασθενούς, δεν είναι απαραίτητο να αφυπνίζεται όλος ο θάλαμος.** Τα φώτα νυκτός επιτρέπουν στο προσωπικό να διεκπεραιώσει την εργασία του χωρίς να παρενοχλεί το σύνολο των αρρώστων.

Ø Η ανταπόκριση στα θετικά ή αρνητικά σχόλια και στις παρατηρήσεις των καταναλωτών -που είναι υποχρεωτική, κατά νόμο- αποδεικνύει ότι η γνώμη τους λαμβάνεται υπόψη. Ένας πολίτης υπέβαλε αναφορά παραπόνων. Πήρε έγγραφη απάντηση και, αν ναι, σε πόσες μέρες; Ένας άλλος πολίτης έστειλε μία ευχαριστήρια επιστολή για τις υπηρεσίες που του πρόσφερε το νοσοκομείο. Πήρε απάντηση;

### **3. Μετρήσεις (ποιοτικός έλεγχος):**

Διάφορες παράμετροι λειτουργίας του νοσοκομείου πρέπει να ελέγχονται περιοδικά και να λαμβάνονται μέτρα εξάλειψης των δυσμενών αποτελεσμάτων.

Οι δύσκολες επιστημονικές τεχνικές δεν είναι πάντοτε αναγκαίες. Πολλές χρήσιμες μετρήσεις είναι εύκολες και απλές.

Μερικά παραδείγματα είναι:

- Ø Τι ώρα έφτασε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ένα περιστατικό και πότε εξετάστηκε;
- Ø Πόση ώρα παραμένει κάποιος στο Τμήμα Κίνησης Ασθενών για την τακτοποίηση των δικαιολογητικών, κατά το εξιτήριο;
- Ø Μεταξύ 10:30' - 11:30', σε πόσα WC του νοσοκομείου δεν υπήρχε διαθέσιμο σαπούνι ή χαρτί τουαλέτας;
- Ø Κατά τη διανομή φαγητού γίνεται έλεγχος της ημερομηνίας λήξης των τυποποιημένων τροφίμων; (π.χ. γιαούρτι);
- Ø Η θερμοκρασία περιβάλλοντος στους θαλάμους είναι κανονική για την εποχή, υπερβολική ή ανεπαρκής;

Εξυπακούεται ότι **μετά τις μετρήσεις λαμβάνονται μέτρα προσαρμογής σε αποδεκτά πρότυπα**. Με συνεχείς προσπάθειες, τα πρότυπα είναι εφικτό να βελτιώνονται σταδιακά.

#### **4. Ερωτηματολόγιο:**

Κατά την αναχώρησή τους από το νοσοκομείο, είναι σκόπιμο να ζητείται από τους ασθενείς και τους συνοδούς να συμπληρώνουν (ανώνυμα ή επώνυμα) ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο θα ρίξουν σε ειδικά κουτιά, ανά όροφο ή στην έξοδο. Τα ερωτηματολόγια πρέπει να θέτουν συγκεκριμένα ερωτήματα και να έχουν απλή διατύπωση, ώστε να είναι κατανοητά. Πρέπει, επίσης, να δίνουν την ευχέρεια διατύπωσης ειδικών σχολίων, για τα πρόσθετα ζητήματα που θέλουν να θίξουν οι καταναλωτές υπηρεσιών υγείας.

Τα ερωτηματολόγια συγκεντρώνονται και οι απαντήσεις ταξινομούνται ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Η αξιολόγηση των απαντήσεων επιτρέπει τη λήψη μέτρων βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών <sup>24</sup>.

#### **4.9 Η μέτρηση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών**

Εάν μια υπηρεσία επιδιώκει να βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών της, πρέπει να θεωρήσει την εμπειρία των ασθενών ως αφετηρία για την αλλαγή. Όπως υποστηρίζει η Urden, «η ποιότητα απαντάται παντού» Κατά συνέπεια, το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών θεωρείται απαραίτητος δείκτης ποιότητας σε οποιαδήποτε υπηρεσία παροχής υπηρεσιών υγείας. Η σύγχρονη βιβλιογραφία μελετά το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας. Ο Wiles προειδοποιεί ότι τα αποτελέσματα στις μελέτες επιπέδου ικανοποίησης των χρηστών συχνά παρουσιάζουν μια ψευδώς θετική εικόνα, που με δυσκολία μεταφράζεται σε κατάλληλο πλάνο δράσης. Εμφανίζεται υψηλός συσχετισμός μεταξύ του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών και του επιπέδου παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, όπως και του επιπέδου ικανοποίησης και της γενικής παρεχόμενης φροντίδας <sup>20,25,26,27</sup>.

Οι επαγγελματίες υγείας και οι χρήστες των υπηρεσιών εκτιμούν και αξιολογούν την ποιότητα της φροντίδας κατά τρόπο διαφορετικό. Οι επαγγελματίες υγείας είναι πιθανότερο να δώσουν μεγαλύτερη αξία στην κλινική ικανότητα και στα μετρήσιμα οφέλη στην κατάσταση υγείας του ασθενούς. Οι ασθενείς, αν και εκτιμούν την ικανότητα, μπορεί να επιθυμούν την υιοθέτηση μιας περισσότερο ολιστικής προσέγγισης στη φροντίδα που τους παρέχεται και να ενδιαφέρονται για δείκτες ποιότητας που αφορούν στη διαδικασία. Οι εμπειρίες των ασθενών λαμβάνονται υπόψη και δίνεται βαρύτητα στην ιστορία που έχουν να διηγηθούν διαμέσου των εμπειριών τους.

Παρότι αποτελεί κοινή πρακτική η μέτρηση των επιπέδων ικανοποίησης, διαπιστώνεται έλλειψη συναίνεσης σχετικά με τον ορισμό της «ικανοποίησης». Κατά συνέπεια, έχουν αναδυθεί διαφορετικές διαστάσεις της έννοιας «ικανοποίηση», καθιστώντας τη μελέτη και μέτρησή της δύσκολη. Υπάρχουν συγκρουόμενες δημοσιεύσεις σχετικά με τις μεταβλητές που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται η προσδοκία, η κοινωνική τάξη, το φύλο, η ηλικία, η εθνική ταυτότητα και η κατάσταση υγείας του ασθενούς<sup>20</sup>.

#### **4.10 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας διεθνώς**

Όπως συζητήθηκε στην Παγκόσμια έκθεση υγείας το 2000, *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<sup>2</sup>.

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, Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations, International society for Quality, European Society for Quality in Healthcare, World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners, αλλά και συνεργασιών επαγγελματικών και τεχνικών συμφερόντων όπως: European Organization for Quality, European Foundation for Quality Management και η συνεργασία Cochrane.

Το Συμβούλιο της Ευρώπης καθιέρωσε μια επιτροπή ειδικών της ποιότητας το 1995. Αυτή η επιτροπή σχεδίασε μια σειρά συστάσεων για τα υπουργεία υγείας (υιοθετήθηκε το 1997), 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<sup>2,4</sup>.

Η γενική διεύθυνση για την υγεία και την προστασία των καταναλωτών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (European Union) έχει ως αποστολή, την προστασία της υγείας, της ασφάλειας, των οικονομικών συμφερόντων των καταναλωτών καθώς και της δημόσιας υγείας στο επίπεδο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. 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<sup>2,4,28</sup>.

Το Μάιο του 2000, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή υιοθέτησε μια νέα δημόσια στρατηγική υγείας 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 (και συνεπώς της βελτίωσης της

ποιότητας) 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 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 51<sup>η</sup> συνέλευση επαναβεβαίωσε αυτές τις αρχές για τον 21<sup>ο</sup> αιώνα και αφιέρωσε την υποστήριξή της για τοπικές, εθνικές πολιτικές και στρατηγικές.

Η Παγκόσμια Έκθεση Υγείας του 2000, 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) *και δίκαιη (οικονομική) συνεισφορά*. Έτσι, 191 κράτη -ανάμεσά τους και η Ελλάδα- κατατάχθηκαν αναφορικά με:

- ∅ το συνολικό επίπεδο της υγείας του πληθυσμού,
- ∅ τις ανισότητες (ή ανομοιότητες) στην υγεία εντός του πληθυσμού,



- Ø του συνολικού επιπέδου ανταπόκρισης του συστήματος υγείας (ένας συνδυασμός της ικανοποίησης των ασθενών και του πόσο καλά ενεργεί το σύστημα),
- Ø κατανομή της ανταπόκρισης εντός του πληθυσμού (πόσο καλά τα άτομα διαφορετικής οικονομικής κατάστασης θεωρούν ότι εξυπηρετούνται από το σύστημα υγείας),
- Ø 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.*

Ο Ευρωπαϊκός οργανισμός για την ποιότητα εστιάζει στη διοίκηση σαν μία από τις βασικές κοινωνικές διαστάσεις της βελτίωσης ποιότητας στην φροντίδα υγείας. 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<sup>2,4</sup>.

#### 4.10.1 Εθνικές πολιτικές ποιότητας των υπηρεσιών υγείας διεθνώς

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 <sup>2,4</sup>.

#### 4.11 Συνοπτική θεώρηση της διεθνούς εξέλιξης της ποιότητας στην Υγεία

| Ημ/νία | Γεγονός              | Σχόλια  |
|--------|----------------------|---|
| 1860   | Florence Nightingale | Αξιολόγησε τη παρεχόμενη φροντίδα. Κρατούσε σημειώσεις των παρατηρήσεών της και χρησιμοποιούσε τις πληροφορίες για να προσδιορίσει το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας αλλά και να βελτιώσει τη φροντίδα σε τομείς που ήταν κάτω των προτύπων. |

|                    |   |  |
|--------------------|---|--|
| <p><b>1910</b></p> | <p><b>Ernest Codman</b><br/>«Σύστημα Τυποποίησης»,<br/><b>ΗΠΑ</b></p>                                   | <p>Με αυτό το σύστημα, ένα νοσοκομείο εντόπιζε κάθε ασθενή που νοσηλευόταν για μεγάλο χρονικό διάστημα και καθόριζε αν η θεραπεία ήταν αποτελεσματική.<br/>Αν η θεραπεία δεν ήταν αποτελεσματική, το νοσοκομείο επιχειρούσε να προσδιορίσει το γιατί, έτσι ώστε παρόμοιες περιπτώσεις να αντιμετωπίζονται επιτυχώς στο μέλλον.</p> |
| <p><b>1917</b></p> | <p><b>Αμερικάνικο Κολέγιο Χειρουργών</b><br/><b>ΗΠΑ</b><br/>Σχεδιασμός ελάχιστων προτύπων 5 σημείων</p> | <p>Το Αμερικάνικο Κολέγιο Χειρουργών χρηματοδότησε μία συλλογή ελάχιστων προτύπων τα οποία θεμελίωσαν επακόλουθα πρότυπα.</p>  |
| <p><b>1918</b></p> | <p><b>Αμερικάνικο Κολέγιο Χειρουργών (ΑΚΧ)</b></p>  | <p>Το Αμερικάνικο Κολέγιο Χειρουργών άρχισε επιτόπιες επιθεωρήσεις των νοσοκομείων βάση των προτύπων.</p>  |
| <p><b>1919</b></p> | <p><b>Isabel Stewart</b></p>  | <p>Η Stewart εξέτασε τους τρόπους μέτρησης ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και της αποτελεσματικής χρήσης των πόρων. Ανέπτυξε λίστα 8 σημείων (που περιλάμβανε: ασφάλεια, θεραπευτική επίδραση, οικονομία χρόνου, οικονομία</p>   |

|             |   |  |
|-------------|---|--|
|             |   | ενέργειας και προσπάθειας, οικονομία υλικών και κόστους, ποιότητα τελικής εργασίας, απλότητα και προσαρμοστικότητα), χρησιμοποιώντας την επαγγελματική γνώμη και όχι μία κλίμακα βαθμολόγησης.   |
| <b>1952</b> | <b>Το ΑΚΧ μετέφερε το Πρόγραμμα Τυποποίησης Νοσοκομείων στην Joint Commission on Accreditation of Hospitals</b> | Η Joint Commission on Accreditation of Hospitals δημοσίευσε τα Πρότυπα για διαπίστευση νοσοκομείων το 1953.  |
| <b>1952</b> | <b>Ιδρύεται το Καναδικό Συμβούλιο για Διαπίστευση Νοσοκομείων</b>   | Στοιχεία του προσδιορισμού προτύπων σε εθνικό επίπεδο στον Καναδά.   |
| <b>1953</b> | <b>Reiter και Kakosh Ποιότητα στη Νοσηλευτική</b>   | Αναπτύχθηκε ένα σύστημα βασισμένο στην ταξινόμηση των ασθενών σε τρεις κατηγορίες και εξέταζε τον τρόπο, με τον οποίο οι νοσηλευτές σχεδιάζουν να εργαστούν με τους ασθενείς:<br><b>Ø <u>Τύπος 1 επαγγελματικός:</u></b><br>ο νοσηλευτής εργαζόταν με τον ασθενή |

|      |                            |  |
|------|----------------------------|--|
|      |                            | <p>σαν να ήταν σε αποκατάσταση</p> <p><b>Ø Τύπος 2 θεραπευτικός:</b><br/>ο νοσηλευτής «έκανε πράγματα» για τον ασθενή, όπως ντύσιμο, θεραπεία κ.α.</p> <p><b>Ø Τύπος 3 η στοιχειώδης:</b><br/>καταπραυντική φροντίδα φύλαξης, δηλαδή η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται σε έναν ασθενή σε κώμα.</p> <p>Οι Reiter και Kakosh ανέπτυξαν μία σειρά ερωτήσεων για να αξιολογούν την αποτελεσματικότητα του κάθε τύπου.</p> |
| 1961 | <b>Δρ Faye Abdellah</b>    | <p>Προσδιόρισε 3 τύπους μέτρων κριτηρίων για τη Νοσηλευτική: τα φυσιολογικά, τα κοινωνιολογικά και τα ψυχολογικά, που έπρεπε να πληρούν συγκεκριμένες προϋποθέσεις από άποψη εγκυρότητας, αξιοπιστίας, διάκρισης, της σχετικότητας και της καταλληλότητας.</p>   |
| 1962 | <b>J. Drew, Καλιφόρνια</b> | <p>Ανέλαβε μία έρευνα 21 νοσοκομείων για να προσδιορίσει ποιες τεχνικές διασφάλισης ποιότητας χρησιμοποιούνταν.</p> <p>Διαπιστώθηκε ότι χρησιμοποιούνταν 42 διαφορετικές τεχνικές και ενέπιπταν στις</p>   |

|             |  |   |
|-------------|--|---|
|             |  | <p>εξής κατηγορίες:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>∅ σχόλια από ασθενείς</li> <li>∅ ιατρικές επισκέψεις στις μονάδες ασθενών</li> <li>∅ έλεγχοι και εξετάσεις διαδικασιών</li> <li>∅ αρχεία ασθενών κ. ά</li> <li>∅ λοιπές κατηγορίες, π.χ. ομάδες επιθεώρησης εξωτερικών υπηρεσιών κ.λπ..</li> </ul>   |
| <b>1967</b> | <b>Philip B. Crosby</b>  | <p>Γκουρού ποιότητας στην Αμερική, συνδυάζει την προληπτική εστίαση διασφάλισης ποιότητας με τη συστηματική και πειθαρχημένη προσέγγιση των Deming και Juran, ενώ λαμβάνει υπόψη τις κυρίαρχες στάσεις του προσωπικού.</p> <p>Αν και το έργο του έχει αναπτυχθεί στη βιομηχανία πολλές από τις αρχές που πρότεινε είναι σχετικές και επηρεάζουν τη φροντίδα υγείας.</p> |
| <b>1971</b> | <b>Joint Commission on Accreditation, ΗΠΑ</b><br><b>Πρότυπα Νοσηλευτικής Φροντίδας</b> | <p>Υλοποίηση ενός πιο αντικειμενικού και συστηματικού ελέγχου της φροντίδας των ασθενών και της επίδοσης.</p>   |

|                    |   |   |
|--------------------|---|---|
| <p><b>1974</b></p> | <p><b>Qualpacs</b></p>                                  | <p>Αναπτύχθηκε στο Κρατικό Πανεπιστημιακό Κολέγιο Νοσηλευτικής, ως μέθοδος παράλληλου ελέγχου, σχεδιασμένη να αξιολογεί τη διαδικασία φροντίδας τη στιγμή που παρέχεται και συμπεριλαμβάνει τον έλεγχο των αρχείων του ασθενή, συνέντευξη με τον ασθενή, σχόλια του ασθενή, συμπεριφορές του ασθενή που σχετίζονται με προκαθορισμένα κριτήρια.</p>                                       |
| <p><b>1975</b></p> | <p><b>Κλίμακα Βαθμολογίας Νοσηλευτικής Επίδοσης</b></p> | <p>Είναι μία κλίμακα 84 στοιχείων που προσδιορίζουν τις παρεμβάσεις νοσηλευτή-ασθενή ή τις αλληλεπιδράσεις για λογαριασμό του ασθενή. Η κλίμακα μπορεί να χρησιμοποιηθεί παράλληλα ή αναδρομικά και αξιολογεί την ικανότητα του νοσηλευτή, ενώ αυτός παρέχει φροντίδα στον ασθενή παρακολουθώντας και μετρώντας την επίδοσή του σε σχέση με προκαθορισμένα πρότυπα ενός της κλίμακας.</p> |
| <p><b>1977</b></p> | <p><b>Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, WHO</b></p>         | <p>Εισαγωγή των παγκόσμιων στόχων υγείας για όλους το 2000, Alma-Ata, Ρωσία 1978.<br/>Στόχος 16: εστίαση στα αποτελέσματα σαν ύστατο μέτρο ποιότητας.</p>   |

|                    |   |   |
|--------------------|---|---|
| <p><b>1980</b></p> | <p><b>Βασιλικό Κολέγιο<br/>Νοσηλευτικής<br/>Royal College of<br/>Nursing U.K.</b></p>   | <p>Δημοσιευμένα Πρότυπα Νοσηλευτικής Φροντίδας, η αρχή του προσδιορισμού προτύπων για το νοσηλευτικό επάγγελμα στο Ηνωμένο Βασίλειο.</p>  |
| <p><b>1985</b></p> | <p><b>Παγκόσμιος<br/>Οργανισμός Υγείας,<br/>WHO</b></p>                                 | <p>Υποστηρίζει την ανάγκη διασφάλισης ποιότητας στη φροντίδα υγείας και αναπτύσσει προγράμματα για αύξηση της γνώσης και των δεξιοτήτων που απαιτούνται.</p> <p>Ο Στόχος 31 στο έγγραφο «Υγεία για όλους» ενθαρρύνει όλα τα κράτη μέλη μέχρι το 1990 «να έχουν αναπτύξει αποτελεσματικούς μηχανισμούς για εξασφάλιση της ποιότητας φροντίδας των ασθενών εντός των συστημάτων υγείας τους».</p> |
| <p><b>1987</b></p> | <p><b>Joint Commission on<br/>Accreditation of<br/>Healthcare<br/>Organizations</b></p> | <p>Σχεδιασμένες πρωτοβουλίες με έμφαση στη διαδικασία διαπίστευσης για την πραγματική επίδοση των οργανισμών.</p>   |



|                    |  |   |
|--------------------|--|---|
| <p><b>1991</b></p> | <p><b>Καταστατικός<br/>Χάρτης του Ασθενή<br/>U.K.</b></p>      | <p>Ο καταστατικός χάρτης παρουσιάζει έναν αριθμό εθνικών δικαιωμάτων και προτύπων υπηρεσιών που θα έπρεπε να προσδοκά κάθε ασθενής.</p>   |
| <p><b>1992</b></p> | <p><b>Ιταλία</b></p>   | <p>Προγράμματα ποιότητας-Δείκτες ποιότητας Υποχρεωτική διαπίστευση ανά περιφέρεια Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα για πληρωμές από την Εθνική Υπηρεσία Υγείας.</p>   |
| <p><b>1994</b></p> | <p><b>Φιλανδία STAKES</b></p>                                  | <p>Δημιουργία Συμβουλίου ποιότητας στη φροντίδα υγείας. Δείκτες ποιότητας. Εθνικοί κατάλογοι φροντίδας, βάσεις δεδομένων ικανοποίησης ασθενών.</p>  |
| <p><b>1998</b></p> | <p><b>Κλινική<br/>Διακυβέρνηση<br/>Clinical Governance</b></p> | <p>«Ένα πλαίσιο μέσω του οποίου οι οργανισμοί του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι υπεύθυνοι για τη συνεχή βελτίωση ποιότητας των υπηρεσιών τους και τη διαφύλαξη υψηλών προτύπων φροντίδας δημιουργώντας ένα περιβάλλον, στο οποίο θα ευδοκιμήσει η υπεροχή στην κλινική φροντίδα».</p> |

|                    |  |   |
|--------------------|--|---|
| <p><b>1999</b></p> | <p><b>Διαπίστευση<br/>Ηνωμένου Βασιλείου.</b><br/>Ίδρυση του Εθνικού<br/>Ινστιτούτου για<br/>Κλινική Υπεροχή<br/>καθώς και της<br/>Υπηρεσίας Ποιότητας.<br/><b>The Health Quality<br/>Services, U.K.</b></p> | <p>Το E.I. για Κ.Υ. ιδρύθηκε για καθοδήγηση στους επαγγελματίες υγείας και στους ασθενείς στην Αγγλία και στην Ουαλία, για την κλινική αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα επιλεγμένων τεχνολογιών και άλλων παρεμβάσεων υγείας. Είναι μία Ειδική Αρχή Υγείας, που αξιολογεί τις τεχνολογίες υγείας και αναπτύσσει κλινικές οδηγίες. Χρηματοδοτεί επίσης τον κλινικό έλεγχο σε εθνικό επίπεδο.</p> |
| <p><b>2000</b></p> | <p><b>Ευρωπαϊκή Επιτροπή</b></p>   | <p>Υιοθέτηση νέας δημόσιας στρατηγικής υγείας. Εισαγωγή της έννοιας της ενεργούς εξάπλωσης των καλύτερων πρακτικών στη φροντίδα υγείας.</p>   |
| <p><b>2000</b></p> | <p><b>Παγκόσμια έκθεση<br/>υγείας του 2000,<br/>Geneva, WHO</b></p>  | <p>Πρόταση κοινού πλαισίου αξιολόγησης και βελτίωσης της επίδοσης των συστημάτων υγείας σε 4 βασικές λειτουργίες:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ø διανομής υπηρεσιών,</li> <li>Ø ανάπτυξης πόρων,</li> <li>Ø χρηματοδότηση,</li> <li>Ø διαχείριση.</li> </ul>  |

|                    |   |  |
|--------------------|---|--|
| <p><b>2000</b></p> | <p><b>Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικών Μελετών</b><br/>(National Institute of Clinical Studies) -<br/><b>Εθνικό Συμβούλιο Δράσης Προτεραιοτήτων</b><br/>(National Health Priority Action Council)</p> | <p>Εφαρμογή αρχών διασφάλισης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.</p>   |
| <p><b>2001</b></p> | <p><b>Εθνική Αρχή Κλινικής Αξιολόγησης</b><br/>(National Clinical Assessment Authority)</p>   | <p>Καθιερώθηκε ως Ειδική Αρχή Υγείας (Απρίλιο 2001) με αρμοδιότητα να παρέχει υποστήριξη στο Ε.Σ.Υ. όταν η επίδοση ενός ατομικού ιατρού προκαλεί ανησυχία.</p> <p>Η Ε.Α.Κ.Α. εργάζεται στενά με το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο &amp; την Επιτροπή Φροντίδας Υγείας, για την προστασία των ασθενών και τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας.</p> <p>Η δημοσίευση της έκθεσης «Ένας Οργανισμός με Μνήμη» επέστησε την προσοχή στην απουσία μιας συστηματικής προσέγγισης για τον εντοπισμό σοβαρών λαθών στα πρότυπα φροντίδας και στην ανάλυση των γεγονότων.</p> |

|                    |  |   |
|--------------------|--|---|
| <p><b>2001</b></p> | <p><b>Υπηρεσία<br/>Εκσυγχρονισμού<br/>The Modernisation<br/>Agency<br/>Ηνωμένο Βασίλειο</b></p>                            | <p>Υπηρεσία επίλυσης προβλημάτων στο Ε.Σ.Υ. όπου:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ø βοηθά στη διάγνωση προβλημάτων και στην υποστήριξη πιθανών λύσεων,</li> <li>Ø παρέχει πρακτικά εργαλεία και εκπαιδευτικές δεξιότητες,</li> <li>Ø εξασφαλίζει τη συμμετοχή των ασθενών και των φροντιστών,</li> <li>Ø συν-δημιουργεί λύσεις, προσαρμόζει και τροποποιεί καινοτομίες και καλύτερες πρακτικές από ένα ίδρυμα, έτσι ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί από ένα άλλο,</li> <li>Ø προσδιορίζει την καλή πρακτική.</li> </ul> |
| <p><b>2002</b></p> | <p><b>Επιτροπή για Έλεγχο και Επιθεώρηση της Φροντίδας Υγείας<br/>(Commission for Healthcare Audit and Inspection)</b></p> | <p>Ιδρύθηκε το 2002 για να επιθεωρήσει τόσο τον δημόσιο όσο και τον ιδιωτικό τομέα φροντίδας υγείας όσον αφορά την επίδοση φροντίδας υγείας. Διαχειρίζεται τις εθνικές έρευνες ασθενών και προσωπικού του Ε.Σ.Υ.</p>  |

|             |  |   |
|-------------|--|---|
| <b>2004</b> | <b>Πρότυπα για καλύτερη Υγεία- πρότυπα φροντίδας υγείας για υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ.</b> | Καθιέρωση προτύπων που καλύπτουν τη φροντίδα υγείας του Ε.Σ.Υ. στην Αγγλία:<br>24 βασικά πρότυπα που καθιερώνουν ένα επίπεδο ποιότητας φροντίδας, που αναμένεται από όλους τους ασθενείς του Ε.Σ.Υ. στους εξής τομείς:<br>Ø ασφάλεια<br>Ø κλινική-οικονομική αποτελεσματικότητα<br>Ø διακυβέρνηση<br>Ø εστίαση στον ασθενή<br>Ø προσβάσιμη-ανταποκρινόμενη φροντίδα<br>Ø περιβάλλον και παροχές φροντίδας<br>Ø δημόσια υγεία <sup>2</sup> . |
|-------------|--|---|

#### **4.12 Εθνική πολιτική για την ποιότητα - Ελληνική πραγματικότητα**

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 προσφερόμενων 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 :

- Ø η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας
- Ø η στατιστική ανάλυση και η οικονομική αξιολόγηση των ιατρικών πράξεων και των υπηρεσιών υγείας
- Ø ο έλεγχος διασφάλισης ποιότητας των υπηρεσιών υγείας
- Ø 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
- Ø η συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς και ερευνητικά κέντρα στον τομέα επιστημών υγείας
- Ø η σύνταξη και υποβολή εκθέσεων για τις ιατρικές υπηρεσίες, αυτεπάγγελτα ή κατόπιν εντολής του Υπουργού Υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.

Το παραπάνω ινστιτούτο, όπως έχει ήδη αναφερθεί στο προηγούμενο κεφάλαιο, 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).

Μία νέα μεταρρυθμιστική προσπάθεια έλαβε χώρα με το νόμο 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 37, 2 Μαρτίου, 2001) <sup>2,4</sup>.

Η νομοθετική αυτή μεταρρύθμιση στόχευε μεταξύ άλλων:

- Ø στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών,
- Ø στην ορθολογική κατανομή και αποτελεσματική διαχείριση ανθρώπινων και υλικών πόρων,
- Ø στην καθιέρωση αποτελεσματικών ελέγχων στην παροχή των Υπηρεσιών Υγείας.

Με βάση τους παραπάνω στόχους θεσμοθετήθηκαν όργανα και διαδικασίες που συμβάλλουν στην ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όπως:

- Η οργάνωση του τμήματος βελτίωσης και ελέγχου ποιότητας στα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας. Σκοπός του τμήματος αυτού είναι η καθιέρωση κριτηρίων αξιολόγησης και βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας, ο έλεγχος της εφαρμογής αυτών και η συνεργασία με το Ινστιτούτο έρευνας και ελέγχου ποιότητας.
- Η υπογραφή Συμβολαίου αποδοτικότητας ανάμεσα στους διοικητές και στα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας, αποτελεί μεταξύ άλλων και ένα δείκτη ελέγχου της ποιοτικής αναβάθμισης των υπηρεσιών υγείας.
- Η πρόβλεψη στον οργανισμό κάθε νοσοκομείου αυτοτελούς τμήματος ελέγχου ποιότητας.
- Η ολόημερη λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων με την ανάπτυξη των απογευματινών ιατρείων, η οποία στοχεύει στην εξυπηρέτηση των ασθενών που επιθυμούν να επιλέξουν το δικό τους ιατρό και να εξασφαλίσουν καλύτερες συνθήκες εξέτασης.

#### Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> : Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

- Η αξιολόγηση των ειδικών ερευνητικών κέντρων που αναπτύσσουν δραστηριότητες υψηλών προδιαγραφών και η αναγωγή τους σε Κέντρα αριστείας, τα οποία επιδοτούνται.
- Η υποχρεωτική σύσταση Γραφείου Υποδοχής Ασθενών, το οποίο στελεχώνεται με το κατάλληλο προσωπικό, για την υποδοχή, την καθοδήγηση και την πληροφόρηση των προσερχόμενων ασθενών και των συνοδών τους.
- Η δυνατότητα σύστασης Ανώνυμων Εταιριών οι οποίες θα αναλάβουν υποστηρικτικές λειτουργίες και θα αξιολογούνται με βάση τα κριτήρια παραγωγής και ποιότητας.
- Η εκπόνηση του υγειονομικού χάρτη υγείας, ο οποίος αποτελεί εργαλείο που καταγράφει, επεξεργάζεται και αναλύει δεδομένα σχετικά με την υφιστάμενη κατάσταση υγείας του πληθυσμού, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση των Υγειονομικών υπηρεσιών σε επίπεδο πρόληψης και προαγωγής υγείας.
- Η καθιέρωση υποχρεωτικής χρήσης των διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων.
- Η σύσταση του σώματος των επιθεωρητών υπηρεσιών υγείας για τακτικούς και έκτακτους ελέγχους, που συμβάλλει στην καταπολέμηση της διαφθοράς και της σπατάλης και ως εκ τούτου στην προσπάθεια ποιοτικής αναβάθμισης των υπηρεσιών υγείας.
- Ο ποιοτικός έλεγχος των υπηρεσιών υγείας σε ολόκληρη τη χώρα θα γίνεται από το κέντρο ποιότητας υπηρεσιών υγείας του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας<sup>23</sup>.

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 μία φορά το χρόνο για κάθε φορέα) ή έκτακτος και αφορά κυρίως τη 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:

- Ø την αξιοπιστία των εφαρμοζόμενων μεθόδων
- Ø την εξειδίκευση και επάρκεια του προσωπικού
- Ø την καταλληλότητα και την ενδεδειγμένη χρήση των χρησιμοποιούμενων υλικών
- Ø την τήρηση των υγειονομικών διατάξεων και των μέτρων προστασίας των ασθενών και των εργαζομένων <sup>2,4</sup>.

Οι Φορείς παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι υποχρεωμένοι να εφοδιάζονται με το Πιστοποιητικό διασφάλισης της ποιότητας του ινστιτούτου έρευνας και ελέγχου ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που είναι απαραίτητο για τη σύναψη συμβάσεων με το δημόσιο και τους φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (άρθρο 20) <sup>2</sup>.

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 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τη 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 Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας το διάταγμα συνιστά:

- Τμήμα Περιφερειακού χάρτη υγείας και πρόνοιας για την εκπόνηση και την επικαιροποίηση του χάρτη υγείας τη Περιφέρειας (άρθρο 5, εδάφιο Α’).
- 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, εδάφιο β’).
- Τμήμα έρευνας και ανάπτυξης για την εφαρμογή εκπαιδευτικών και ερευνητικών προγραμμάτων και την παρακολούθηση 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, εδάφιο γ’).
- Τμήμα οργανωτικής ανάπτυξης, μηχανοργάνωσης και εξοπλισμού για τον εκσυγχρονισμό των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και την υποστήριξή τους με σύγχρονα συστήματα πληροφορικής και επικοινωνίας (άρθρο 6).
- Τμήμα διαχείρισης ανθρώπινων πόρων για την ανάπτυξη και εξέλιξη του προσωπικού (άρθρο 7, εδάφιο α’).
- Τμήμα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και διεθνών συνεργασιών για την εξασφάλιση της διαρκούς κατάρτισης και επιμόρφωσης του προσωπικού και για την αξιοποίηση της συνεργασίας με την

Ευρωπαϊκή Ένωση και τους διεθνείς οργανισμούς (άρθρο 7, εδάφιο β').

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:

- γνωμοδοτεί και προτείνει λύσεις σε θέματα αξιολόγησης κινδύνων της δημόσιας υγείας,
- υποβάλλει προτάσεις για τη διαμόρφωση εθνικής στρατηγικής δημόσιας υγείας,
- γνωμοδοτεί για το σχέδιο αξιολόγησης της ποιότητας της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και
- 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 Διαγραμματειακή Συντονιστική δημόσιας υγείας για τη διαμόρφωση ενιαίας κατεύθυνσης στη δημόσια υγεία και για την επίλυση σχετικών θεμάτων διατομεακού χαρακτήρα (άρθρο 8, παρ.1) και
- η Συντονιστική Οργανισμών δημόσιας υγείας για την πολυτομεακή και διατομεακή εφαρμογή της Εθνικής στρατηγικής δημόσιας υγείας (άρθρο 8 § 3).

Σύσταση Γενικής Διεύθυνσης δημόσιας υγείας (άρθρο 9), η οποία :

#### Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> : Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

- καθορίζει τις αρχές για τον ποιοτικό έλεγχο των υπηρεσιών υγείας,
- ελέγχει την εφαρμογή της πολιτικής για τη δημόσια υγεία και αξιολογεί το σύνολο των υπηρεσιών και των φορέων δημόσιας υγείας,
- μεριμνά για το συντονισμό των δράσεων όλων των φορέων δημόσιας υγείας και
- 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 περιλαμβάνει:

- 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 ιατρό 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 Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Περιφέρειας (άρθρο 6 § 3)<sup>2,4</sup>.

Καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού ή προσωπικού ιατρού, ο οποίος παραπέμπει σε ιατρό ειδικότητας ή σε νοσηλευτική μονάδα και διαχειρίζεται ολιστικά τα προβλήματα υγείας των ασφαλισμένων που φροντίζει (άρθρο 7). Καθιέρωση του νοσηλευτή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που στελεχώνει τα Κέντρα Υγείας και παρέχει νοσηλευτικές υπηρεσίες κατ' οίκον για ειδικές κατηγορίες ασθενών ή ειδικές περιπτώσεις ασθένειας (άρθρο 8). 2

Εγκατάσταση πλήρους υποδομής, σε κάθε Φορέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας., 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 Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, 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 Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μεταξύ τους και με τους φορείς νοσοκομειακής περίθαλψης και
- την πρόσβαση<sup>2,4</sup>.

Μια νέα μεταρρυθμιστική προσπάθεια έλαβε χώρα με το νόμο 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 81, 4 Απριλίου, 2005).

Σε θέματα ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας προχωράει ένα βήμα παραπάνω με την ανάθεση στο τμήμα βελτίωσης και ελέγχου ποιότητας των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 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 μία.

Στο άρθρο 2, «Σκοπός των Δ.Υ.ΠΕ.» αναφέρεται ο προγραμματισμός, ο συντονισμός, η εποπτεία και ο έλεγχος στα όρια της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

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 «Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας», το οποίο υποστηρίζει τους Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης της οικείας περιφέρειας προκειμένου να ενταχθούν σε διαδικασίες πιστοποίησης και διαπίστευσης.

Στο κεφάλαιο Β, το οποίο αναφέρεται στα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στο άρθρο 7 «διοίκηση νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης» στην § 9, ο αναπληρωτής διοικητής του νοσοκομείου έχει την αρμοδιότητα για τη μέριμνα και την πιστοποίηση της ποιότητας των υπηρεσιών του νοσοκομείου σε συνεργασία με τον διοικητή του νοσοκομείου <sup>4</sup>.

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 κυρίαρχα 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, 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.<sup>2,4</sup>.

Οι σπόροι της βελτίωσης ποιότητας προϋποθέτουν ένα γόνιμο έδαφος που μπορεί να χρειαστεί χρόνια για να προετοιμαστεί<sup>2</sup>.



## **Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>: Συστήματα ποιότητας**

### **5.1 Διαπίστευση των υπηρεσιών υγείας**

Το κίνημα της διαπίστευσης των υπηρεσιών υγείας κερδίζει έδαφος λόγω της παγκοσμιοποίησης και ιδίως της παγκόσμιας εξέλιξης εξάπλωσης των αγορών για διεθνή κατηγοριοποίησης και αναγνώρισης των υπηρεσιών υγείας. Όταν εφαρμόζεται καταλλήλως, μπορεί να ενδυναμώσει τη διοίκηση προσφέροντας καθοδηγητικό ρόλο τόσο στην ίδια όσο και στις κεντρικές υπηρεσίες υγείας.

Ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας και τον περιορισμό των εξόδων συχνά σαν ένα άμεσο ή έμμεσο αποτέλεσμα της μεταρρύθμισης στον τομέα της υγείας. Σε χώρες όπου η φροντίδα υγείας επαφίεται στις δυνάμεις της αγοράς, η διαπίστευση αποτελεί μία προϋπόθεση για την ανταγωνιστικότητα στο χώρο της φροντίδας σε μία φυσική εξέλιξη της ανησυχίας η οποία εκφράζεται από τους σχεδιαστές, τους προμηθευτές και τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Οι στόχοι της διαπίστευσης καθορίζονται συνήθως από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και τις πολιτικές του. Οι πιο σημαντικοί στόχοι περιλαμβάνουν την ενίσχυση του συστήματος υγείας, την προώθηση της συνεχούς βελτίωσης ποιότητας, την ενημέρωση των ατόμων που λαμβάνουν αποφάσεις καθώς και τη διασφάλιση της υπευθυνότητας ως προς τις εθνικές πολιτικές υγείας.

Δεδομένου ότι τα νοσοκομεία κυριαρχούν στο σύστημα υγείας και αποτελούν σημαντικό σύμβολο τόσο για το κοινό όσο και για το ίδιο το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι αναγκαίο να βελτιώνονται ή να «ανασχεδιάζονται» για να ανταπεξέλθουν στις προκλήσεις της προηγούμενης τεχνολογίας, τις απαιτήσεις,

το υψηλό κόστος και την αύξηση της ζήτησης. Η διαπίστευση αποτελεί μία ευκαιρία για καλύτερο σχεδιασμό υπηρεσιών - διαδικασιών εναρμονίζοντας τόσο τα πρότυπα όσο και τη συνοχή της περίθαλψης. Οι βασικοί στόχοι διαπίστευσης των οργανισμών υγείας είναι:

- 1. Συνεχή βελτίωση ποιότητας:** Η διαδικασία διαπίστευσης χρησιμοποιείται για να προκληθούν αλλαγές στην πρακτική οι οποίες θα βελτιώσουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.
- 2. Ενημερωμένη λήψη αποφάσεων:** Παροχή στοιχείων σχετικά με την ποιότητα φροντίδας υγείας, τα οποία μπορούν να αξιοποιήσουν οι συμμετέχοντες, τα άτομα τα οποία λαμβάνουν αποφάσεις, η διοίκηση, οι κλινικοί ιατροί και το κοινό ως γνώμονα για τις αποφάσεις τους.
- 3. Βελτιωμένη υπευθυνότητα και συντονισμός:** Οι οργανισμοί υγείας γίνονται υπόλογοι σε κρατικές ή άλλες υπηρεσίες, όπως κυβέρνηση, ομάδες ασθενών, κοινωνία και η συμπεριφορά τους συντονίζεται ώστε να προστατεύονται τα συμφέροντα των ασθενών καθώς και των άλλων εμπλεκομένων φορέων <sup>2</sup>.

## **5.2 Ο ρόλος της διαπίστευσης στην αξιολόγηση της ποιότητας στη φροντίδα υγείας**

Η διαπίστευση είναι μια διαδικασία για τον έλεγχο και τη τυποποίηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη συμμετοχή ενός οργανισμού σε μία διαδικασία αξιολόγησης των συστημάτων και των οργανωτικών δομών από τρίτα μέλη, με τη χρήση γραπτών προτύπων. Επικεντρώνεται στη αξιολόγηση της οργάνωσης των υπηρεσιών και των διαδικασιών για τη διευκόλυνση επίδοσης υψηλής ποιότητας.

Μέχρι τη δεκαετία του 1980, ο όρος «διαπίστευση», όταν εφαρμοζόταν στους οργανισμούς υγείας, χρησιμοποιούταν για να περιγράψει μία εθελοντική δραστηριότητα η οποία βασιζόταν στις υπηρεσίες υγείας και επέτρεπε σε όλους τους οργανισμούς και κυρίως στα νοσοκομεία να συγκρίνουν τις οργανωτικές διαδικασίες και μεθόδους σε σχέση με την αποδεκτή, καλή πρακτική. Συχνά, δινόταν έμφαση στην ασφάλεια των μεθόδων, με στόχο να προσφερθεί ένα περιβάλλον, στο οποίο η κλινική αποτελεσματικότητα μπορούσε να μεγιστοποιηθεί.

Το τελικό αποτέλεσμα της διαδικασίας διαπίστευσης είναι η απόδοση μίας κατάταξης ή ενός αποτελέσματος το οποίο φανερώνει το βαθμό συμμόρφωσης με τα πρότυπα. Είναι σημαντικό για κάθε χώρα να αναπτύσσει τα δικά της πρότυπα για διαπίστευση με βάση το Εθνικό Σύστημα Υγείας, ώστε να διασφαλίζονται οι αρχές της καθολικότητας, της δικαιοσύνης, της ποιότητας, της αποδοτικότητας και της συνέχειας. Η διαπίστευση προστατεύει τις υπηρεσίες υγείας αλλά και ολόκληρο το σύστημα υγείας από την περιθωριοποίησή του. Η καθιέρωσή της θα διασφαλίσει ότι οι υπηρεσίες υγείας θα διαδραματίζουν τον αναμενόμενο ρόλο τους στα αντίστοιχα συστήματα υγείας<sup>2</sup>.

### **5.3 Διασαφήνιση των όρων: χορήγηση άδειας, πιστοποίησης, διαπίστευση στις υπηρεσίες υγείας**

Τρεις πρωταρχικές προσεγγίσεις αξιολόγησης της ποιότητας της φροντίδας υγείας είχαν ευρεία αποδοχή στον τομέα της υγείας για πολλά χρόνια: η χορήγηση άδειας (licensure), η διαπίστευση (accreditation), και η πιστοποίηση (certification). Αυτές οι προσεγγίσεις εξυπηρετούν διαφορετικούς

σκοπούς και προσφέρουν διαφορετικές οπτικές στο επίπεδο της ποιότητας που επιτυγχάνεται. Τα κριτήρια ή τα πρότυπα τα οποία χρησιμοποιούνται για τη χορήγηση άδειας, ορίζονται τυπικά σε ένα ελάχιστο επίπεδο για να διασφαλιστεί ότι ο οργανισμός διαθέτει τα απαραίτητα συστατικά τα οποία είναι υποχρεωτικά για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς σε ένα περιβάλλον με ελάχιστο κίνδυνο για την υγεία και την ασφάλεια. Αυτά τα πρότυπα ορίζουν επίσης τις ικανότητες οι οποίες είναι απαραίτητες, ώστε ένας οργανισμός φροντίδας υγείας να μπορεί να διαφημίζει στο κοινό ότι είναι ένα νοσοκομείο ή ένα κέντρο υγείας. Σε αντίθεση με τη διαπίστευση ή την πιστοποίηση, που είναι συνήθως προαιρετικές μορφές εξωτερικής αξιολόγησης, η χορήγηση άδειας είναι πάντα υποχρεωτική. Η χορήγηση άδειας από την κυβέρνηση σε έναν οργανισμό σημαίνει την παραχώρηση άδειας στον οργανισμό να λειτουργεί και να προσφέρει φροντίδα ή υπηρεσίες σε ασθενείς. Ανάλογα με το είδος της άδειας (οργανισμός ή άτομο), χορηγείται αρχικά με βάση κάποια μορφή εξωτερικής αξιολόγησης ή εξέτασης χρησιμοποιώντας ελάχιστα πρότυπα ή ικανότητες.

Αν και η πιστοποίηση χρησιμοποιείται εναλλακτικά με τη διαπίστευση, υπάρχει ένας σημαντικός διαχωρισμός. Η διαπίστευση εφαρμόζεται μόνο σε οργανισμούς. Η πιστοποίηση μπορεί να απευθύνεται επίσης σε μεμονωμένους επαγγελματίες καθώς και σε οργανισμούς ή τμήμα ενός οργανισμού.

Η διαπίστευση αποτελεί συνήθως ένα εθελοντικό πρόγραμμα, στο οποίο εκπαιδευμένοι εξωτερικοί αξιολογητές αξιολογούν τη συμμόρφωση ενός οργανισμού φροντίδας υγείας με προκαθορισμένα πρότυπα επίδοσης. Η διαπίστευση εξετάζει περισσότερο την ικανότητα και την επίδοση των οργανισμών παρά των ατομικών επαγγελματιών. Σε αντίθεση με τη χορήγηση άδειας, η διαπίστευση εστιάζει κυρίως στις στρατηγικές συνεχούς βελτίωσης και στην επίτευξη των βέλτιστων προτύπων ποιότητας παρά στη συμμόρφωση

με ελάχιστα πρότυπα τα οποία καλύπτουν τη δημόσια ασφάλεια. Τα πρότυπα διαπίστευσης αναπτύσσονται, δημοσιεύονται, εξετάζονται και αναθεωρούνται περιοδικά για να συμπορεύονται με το ανώτερο επίπεδο γνώσης στον τομέα της ποιότητας της φροντίδας υγείας, με τις προόδους στην τεχνολογία, τις θεραπείες και τις αλλαγές στην πολιτική υγείας. Τα πρότυπα διαπίστευσης μπορεί να υιοθετήσουν μία προσέγγιση «συστημάτων» η οποία εστιάζει σε οργανωτικές λειτουργίες και διαδικασίες, όπως η αξιολόγηση των ασθενών, ο έλεγχος μόλυνσης, η διασφάλιση ποιότητας και η διαχείριση πληροφοριών.

Οι κύριοι στόχοι της διαπίστευσης περιλαμβάνουν:

- Βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας καθιερώνοντας βέλτιστους στόχους επίτευξης μέσω της εκπλήρωσης προτύπων για τον οργανισμό.
- Καθιέρωση μίας συγκριτικής βάσης δεδομένων των οργανισμών φροντίδας υγείας ικανής να ανταποκριθεί σε επιλεγμένα πρότυπα ή κριτήρια δομών, διαδικασιών και αποτελεσμάτων.
- Παροχή εκπαίδευσης και συμβουλών στους οργανισμούς φροντίδας υγείας, στη διοίκηση και στους επαγγελματίες της υγείας σχετικά με τις στρατηγικές βελτίωσης ποιότητας και τις «καλύτερες πρακτικές» στη φροντίδα υγείας.
- Ενίσχυση του δημόσιου αισθήματος εμπιστοσύνης στην ποιότητα της φροντίδας υγείας.
- Μείωση των κινδύνων οι οποίοι σχετίζονται με τραυματισμούς και μολύνσεις για ασθενείς και προσωπικό.
- Παρακίνηση και βελτίωση της διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας.

Για να ληφθεί μία απόφαση διαπίστευσης σχετικά με την ικανότητα ενός οργανισμού φροντίδας υγείας να ανταποκρίνεται σε δημοσιευμένα πρότυπα

επίδοσης, μία ομάδα εκπαιδευμένων εξεταστών ή ερευνητών διεξάγει επιτόπου αξιολόγηση του οργανισμού σε προκαθορισμένα διαστήματα, τυπικά κάθε δύο ή τρία χρόνια.

Οι ερευνητές τυπικά χρησιμοποιούν μία πληθώρα στρατηγικών αξιολόγησης για να καθορίσουν αν ο οργανισμός φροντίδας υγείας πληροί τις προϋποθέσεις οι οποίες σχετίζονται με τα κύρια συστήματα και λειτουργίες, όπως η φροντίδα των ασθενών, ο έλεγχος μολύνσεων, η διαχείριση των ανθρώπινων πόρων και η διασφάλιση ποιότητας.

Τα ευρήματα της αξιολόγησης των ερευνητών αναλύονται για να καθοριστεί αν το νοσοκομείο ή το κέντρο υγείας προσεγγίζει ένα αποδεκτό επίπεδο συμμόρφωσης ώστε να του απονεμηθεί η διαπίστευση. Οι ερευνητές συχνά είναι σε θέση να προσφέρουν προτάσεις για βελτίωση της ποιότητας, τις οποίες ο οργανισμός μπορεί να επιθυμεί να υιοθετήσει στο μέλλον.

Η απόφαση για το αν ο οργανισμός φροντίδας υγείας θα διαπιστευτεί ή όχι, πρέπει να βασίζεται σε προκαθορισμένους κανόνες, οι οποίοι εφαρμόζονται με συνέπεια ώστε ένα πρόγραμμα διαπίστευσης να διατηρήσει την αξιοπιστία του και να απολαμβάνει την εμπιστοσύνη του κοινού και των επαγγελματιών υγείας<sup>2</sup>.

#### **5.4 Σύντομη αναδρομή της διαπίστευσης στις υπηρεσίες υγείας**

Η διαπίστευση ξεκίνησε πρώτη φορά στις Ηνωμένες Πολιτείες σαν μία πρωτοβουλία του ιατρικού επαγγέλματος μετά από ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για την ανάγκη τυποποίησης της παροχής φροντίδας υγείας. Το 1913, το Αμερικάνικο Κολέγιο των χειρουργών ιδρύθηκε για να προωθήσει την ιδέα της τυποποίησης των νοσοκομείων. Ιδρύοντας το πρόγραμμα τυποποίησης νοσοκομείων το 1917, υπήρχαν αρχικά πέντε γραπτά πρότυπα. Αυτά κάλυπταν

την οργάνωση και τα προσόντα του ιατρικού προσωπικού, αυτό που αποκαλείται σήμερα «κλινικός έλεγχος», τη διατήρηση επαρκών αρχείων και κατάλληλων διαγνωστικών τεχνολογιών. Η συμμόρφωση με το πρότυπο εξεταζόταν από ερευνητές, οι οποίοι επισκέπτονταν το νοσοκομείο και εκτιμούσαν τις νοσοκομειακές πρακτικές.

Για να ανταπεξέλθει το Αμερικάνικο Κολέγιο των χειρουργών στις ανάγκες προτυποποίησης υπηρεσιών σε έναν αυξανόμενο αριθμό νοσοκομείων, ενώθηκε με έναν αριθμό σχετικών οργανισμών για να σχηματίσει την κοινή επιτροπή για τη διαπίστευση νοσοκομείων.

Στην Ευρώπη τα περισσότερα συστήματα φροντίδας υγείας έχουν βιώσει αρκετούς πειραματισμούς για την προτυποποίηση. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το King's Fund, εισήγαγε πιλοτικά σε έναν αριθμό νοσοκομείων το 1980 τα πρότυπα του Καναδικού συμβουλίου για τη διαπίστευση των υπηρεσιών υγείας. Η προσέγγιση αυτή του King's Fund, χρησιμοποιήθηκε από διάφορες χώρες (Φινλανδία, Πορτογαλία και Σουηδία) <sup>2</sup>.

## **5.5 Συστήματα ποιότητας**

Τα τελευταία χρόνια είναι πολύ συνηθισμένο να γίνεται λόγος για το σύστημα ποιότητας ενός οργανισμού. Πολλοί οργανισμοί απαιτούν από τους προμηθευτές τους να έχουν πιστοποιημένα συστήματα ποιότητας. Ένα τέτοιο σύστημα μπορεί να ορισθεί ως ένα πλαίσιο το οποίο περιγράφει την οργανωτική δομή, τις ευθύνες, τις διαδικασίες, τις διεργασίες και τα μέσα τα οποία απαιτούνται για την εφαρμογή της ποιότητας.

Το σύστημα ποιότητας είναι ένα εργαλείο για την οργάνωση και τη βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων/υπηρεσιών ενός οργανισμού. Με άλλα λόγια, περιλαμβάνει τις περισσότερες από τις μεθόδους και τις τυπικές

διαδικασίες οι οποίες σχετίζονται με τη λειτουργία του οργανισμού, καθώς επίσης την οργάνωση και τον καταμερισμό των ευθυνών. Το σύστημα πρέπει να είναι σωστά τεκμηριωμένο. Η τεκμηρίωση αποτελεί τη βάση για τον έλεγχο ποιότητας του οργανισμού.

Το πρότυπο (standard) είναι μία τεχνική ή διοικητική προδιαγραφή, η οποία υποδεικνύει συγκεκριμένα κριτήρια τα οποία επιβεβαιώνουν ότι υλικά, προϊόντα και διαδικασίες είναι κατάλληλα για χρήση. Τα πρότυπα προσδιορίζουν το πώς τα συστήματα θα έπρεπε να κατασκευάζονται και να λειτουργούν <sup>2</sup>.

### **5.5.1 ISO 9000**

Ένα από τα πλέον αναγνωρισμένα πρότυπα που χρησιμοποιούνται ως οδηγός στην πορεία μιας επιχείρησης για την διασφάλιση της ποιότητας είναι το ISO 9000 που βασικός σκοπός του είναι να εξασφαλίσει στους καταναλωτές ότι το προϊόν τηρεί τις προδιαγραφές και άρα ικανοποιεί πλήρως τις ανάγκες του πελάτη. Ο Διεθνής οργανισμός για τη 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 <sup>2,4,29</sup>.

Η πρώτη σειρά ISO 9000, κυκλοφόρησε ως πρότυπο ISO το 1987 Από τότε έχει μεταφραστεί σε εθνικά πρότυπα σε περισσότερες από 50 χώρες. Σε κάθε χώρα έχει διαφορετικό όνομα. Στις ΗΠΑ, παραδείγματος χάριν, χρησιμοποιείται ο όρος ANSI/ASQC Q90, στην Ιαπωνία ο όρος JIS Z 9900, στη Μεγάλη Βρετανία ο BS 5750, στη Δανία ο DS/EN 29000, στη Γερμανία ο DIN/ISO 9000 και στη Γαλλία ο NF X 50-121 <sup>2</sup>.



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 ISO - 9000:2000 η οποία αποτελεί αναθεώρηση των μέχρι σήμερα ισχυόντων προτύπων.

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

**Ø 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 μανάτζμεντ 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.

**Ø 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.

**Ø 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.

**Ø 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.

Η συμμόρφωση ενός οργανισμού με τις απαιτήσεις των προτύπων που προαναφέρθηκαν πιστοποιείται με τις αρχές του συγκεκριμένου προτύπου. Στην Ελλάδα, ο επίσημος φορέας πιστοποίησης είναι ο ΕΛΟΤ (Ελληνικός Οργανισμός Πιστοποίησης) και η ΕΕΔΕ (Ελληνική Εταιρία 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 στη ικανοποίηση του πελάτη. Η δομή του νέου προτύπου αναπτύσσεται έχοντας ως γνώμονα τον κύκλο του Deming: Plan - Do - Check - Act <sup>2,4</sup>.

Τέσσερις είναι οι τομείς οι οποίοι αφορούν τις κύριες διαδικασίες:

**Ø Ευθύνες της διοίκησης (management responsibility)**

- Η διοίκηση έχει υποχρέωση να παρέχει τεκμηριωμένα στοιχεία τα οποία αποδεικνύουν τη δέσμευσή της για ανάπτυξη και βελτίωση του συστήματος ποιότητας (τρόποι επικοινωνίας με διοικητικά

στελέχη και εργαζόμενους, ικανοποίηση αναγκών των πελατών, συμμόρφωση με νομικές και άλλες κρατικές ρυθμίσεις).

- Ο σχεδιασμός για την ποιότητα πρέπει να περιλαμβάνει τη συνεχή βελτίωση του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας.
- Οι στόχοι για την ποιότητα πρέπει να είναι μετρήσιμοι και συνεπείς με την πολιτική της επιχείρησης και με τη δέσμευση της διοίκησης για βελτίωσή της.
- Η διοίκηση πρέπει να προσδιορίζει τις ανάγκες και προσδοκίες των πελατών, αλλά και να διασφαλίζει την κάλυψη αυτών των απαιτήσεων για να έχει ικανοποιημένους πελάτες.
- Η ηγεσία έχει την ευθύνη επικοινωνίας με όλα τα επίπεδα διοίκησης και τους υπεύθυνους για τις διάφορες λειτουργίες σχετικά με τις διαδικασίες του συστήματος ποιότητας, το βαθμό, την αποτελεσματικότητα και τη συνεχή βελτίωση.

#### **∅ Διαχείριση πόρων (resource management)**

- Η διοίκηση της επιχείρησης προσδιορίζει και διαχειρίζεται όλους εκείνους τους παράγοντες, για το ανθρώπινο δυναμικό και το φυσικό περιβάλλον οι οποίοι χρειάζονται για τη συμμόρφωση με τις προδιαγραφές των προϊόντων.
- Η διοίκηση της επιχείρησης προσδιορίζει, δημιουργεί και διατηρεί τις αναγκαίες εγκαταστάσεις για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων προϊόντων (δημιουργία εγκαταστάσεων, εξοπλισμού, συστημάτων ηλεκτρονικών υπολογιστών με το κατάλληλο υλικό και όλες τις αναγκαίες υπηρεσίες υποστήριξης).

**Ø Παραγωγή προϊόντος (product realization)**

- Η διοίκηση της επιχείρησης προσδιορίζει τις ρητές απαιτήσεις των πελατών για το προϊόν, ως προς τη διαθεσιμότητα, παράδοση, εγκατάσταση και υποστήριξή του, αλλά και τις απαιτήσεις οι οποίες δεν είναι μεν διατυπωμένες, αλλά είναι αναγκαίες για την προβλεπόμενη χρήση του προϊόντος.
- Η διοίκηση προσδιορίζει και υιοθετεί τις ενδεδειγμένες μορφές επικοινωνίας με τους πελάτες. Αντιμετωπίζει θέματα όπως ερωτήματα πελατών, τρόπους εκτέλεσης παραγγελιών, προβλήματα τα οποία προκύπτουν μετά την αγορά του προϊόντος.

**Ø Μέτρηση, ανάλυση και βελτίωση (measurement, analysis and improvement).**

- Συλλογή και ανάλυση των ενδεδειγμένων στοιχείων για τον προσδιορισμό της καταλληλότητας και αποτελεσματικότητας του συστήματος ποιότητας, καθώς και την αναγνώριση δυνατοτήτων για τη βελτίωση (συλλογή και μέτρηση στοιχείων από τα οποία προκύπτει ο τρόπος υλοποίησης και οι δραστηριότητες συντήρησης του συστήματος ποιότητας).
- Η ανάλυση των πληροφοριών πρέπει να γίνεται με κριτήριο το βαθμό ικανοποίησης των πελατών, τη συμμόρφωση στις απαιτήσεις (ανάγκες και προσδοκίες) των πελατών, χαρακτηριστικά και τάσεις σχετικά με τα προϊόντα και τις διαδικασίες, χαρακτηριστικά και τάσεις σχετικά με τους προμηθευτές.
- Εφαρμογή κατάλληλων μεθόδων για τη μέτρηση και παρακολούθηση όλων των διαδικασιών παραγωγής και άλλων οι οποίοι εμπλέκονται στην ικανοποίηση των απαιτήσεων του πελάτη.

- Σε ενδεδειγμένα στάδια της συνολικής διαδικασίας δημιουργίας του προϊόντος, η επιχείρηση πρέπει να μετρά και να παρακολουθεί τα χαρακτηριστικά του προϊόντος, ώστε να ικανοποιούνται οι απαιτήσεις των πελατών.
- Προγραμματισμός και έλεγχος των διαδικασιών εκείνων 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) <sup>2</sup>.

## **5.6 Πρότυπα και οδηγίες στη Νοσηλευτική**

Την τελευταία δεκαετία, από την επιστημονική κοινότητα έχει αρχίσει μια συστηματική προσπάθεια για την τεκμηρίωση της ιατρικής και νοσηλευτικής πρακτικής <sup>30</sup>.

Η τεκμηριωμένη φροντίδα υγείας αποτελεί σημαντικό εργαλείο για τη βελτίωση της ποιότητας στη νοσηλευτική φροντίδα και ορίζεται ως η κλινική πρακτική που βασίζεται σε τεκμηριωμένη γνώση. Τεκμήρια μπορεί να είναι Πρωτόκολλα, Κλινικές Κατευθυντήριες Οδηγίες (ΚΚΟ), Συστηματική Βιβλιογραφική Ανασκόπηση, Αναφορά σε Περιστατικό <sup>1</sup>.

Οι Κλινικές Κατευθυντήριες Οδηγίες ορίζονται ως οι «θέσεις που διατυπώθηκαν μετά από κριτική και συστηματική μελέτη της διαθέσιμης βιβλιογραφίας για να βοηθήσουν τόσο τους επιστήμονες υγείας όσο και τους ασθενείς στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την παροχή κατάλληλης φροντίδας σε συγκεκριμένες κλινικές καταστάσεις» <sup>1,31</sup>.

Οι Κλινικές Κατευθυντήριες Οδηγίες θέτουν πρότυπα και καθοδηγούν τις κλινικές αποφάσεις, επομένως μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να ορισθεί το επιθυμητό επίπεδο της ποιότητας στην παρεχόμενη φροντίδα <sup>1, 32</sup>.

Επίσης, διαμορφώνουν μία βάση για αξιολόγηση των ποικίλων πλευρών της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και αντανακλούν την ορθή πρακτική, που βασίζεται στην τεκμηρίωση. Αναγκαίο βήμα για τη δημιουργία τους είναι η επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αλλά και των ασθενών, ενώ σημαντική θεωρείται η διεπιστημονική συνεργασία, προκειμένου να επιτευχθεί συμφωνία σχετικά με τη θεραπεία <sup>1</sup>.

Η υιοθέτηση των Κλινικών Κατευθυντήριων Οδηγιών βελτιώνει την αποτελεσματικότητα και μειώνει το χάσμα ανάμεσα στην καθημερινή πρακτική και στα ερευνητικά δεδομένα. Επιπρόσθετα, βοηθά στη μείωση των μη αναμενόμενων και συχνά ανεπιθύμητων αποκλίσεων κατά την άσκηση του κλινικού έργου <sup>1, 33</sup>.

Οι Κλινικές Κατευθυντήριες Οδηγίες εφαρμόζονται σε τοπικό επίπεδο με την ανάπτυξη πρωτοκόλλων κλινικής πρακτικής, τα οποία μπορεί να διαφέρουν από νοσοκομείο σε νοσοκομείο. Τα πρωτόκολλα κλινικής πρακτικής περιγράφουν τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η νοσηλευτική φροντίδα και αποτελούν τυποποίηση νοσηλευτικών πράξεων και ενεργειών. Βασίζονται σε επιστημονικά δεδομένα, παρουσιάζουν με λεπτομέρεια τα βήματα για τη φροντίδα των ασθενών και είναι μετρήσιμα.

Ο βασικός στόχος ενός πρωτοκόλλου κλινικής πρακτικής είναι να εξασφαλίζεται ότι παρέχεται στον ασθενή η ίδια φροντίδα υγείας ανεξάρτητα από το τμήμα που νοσηλεύεται, τη βάρδια εργασίας και το νοσηλευτή που εκτελεί τη συγκεκριμένη παρέμβαση. Σε πολλές χώρες έχουν αναπτυχθεί Κλινικές Κατευθυντήριες Οδηγίες οι οποίες, αφορούν είτε αμιγώς στη

νοσηλευτική πρακτική είτε σε μια διεπιστημονική προσέγγιση της κλινικής πρακτικής και εφαρμόζονται στην καθημερινή πράξη.

Οι προσπάθειες οι οποίες έχουν γίνει στην Ελλάδα, αφορούν στη δημιουργία πρωτοκόλλων και Κλινικών Κατευθυντήριων Οδηγιών σε επίπεδο επιστημονικών ενώσεων. Κατά συνέπεια, δεν έχει ερευνηθεί το εύρος εφαρμογής τους, η συμμόρφωση του νοσηλευτικού προσωπικού με αυτές καθώς και η αποτελεσματικότητά τους.

Η Ένωση Νοσηλευτών Νεφρολογίας (ENNE) διεξήγαγε εργασίες, οι οποίες οδήγησαν στην περιγραφή των νοσηλευτικών διαδικασιών που αφορούν στις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού. Ακολούθως, πραγματοποιήθηκε η έκδοσή τους με τίτλο «Πρωτόκολλα νεφρολογικής νοσηλευτικής». Σε αυτήν περιλαμβάνεται η περιγραφή 18 διαδικασιών, που σχετίζονται με τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (ενηλίκων, παιδών) και με τη Συνεχή Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΣΦΟΠΕΚ). Τα συγκεκριμένα πρωτόκολλα έχουν χρησιμοποιηθεί από Μονάδες Τεχνητού Νεφρού, που πιστοποιήθηκαν κατά ISO 9000 <sup>1</sup>.

Αξιολογή προσπάθεια για την ανάπτυξη Κλινικών Κατευθυντήριων Οδηγιών στην χώρα μας πραγματοποιήθηκε από την «Ομάδα Εργασίας Καρδιολογικής Νοσηλευτικής» της Πανελλήνιας Καρδιολογικής Εταιρίας. Εκδόθηκαν Οδηγίες Εργασίας (Ο.Ε.) Καρδιολογικών Νοσηλευτικών Πράξεων που περιλαμβάνουν οδηγίες για 8 διαδικασίες. Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί ότι προσπάθειες για ανάπτυξη εσωτερικών πρωτοκόλλων και διαδικασιών νοσηλευτικής πρακτικής έχουν λάβει χώρα και σε ορισμένα νοσοκομεία. Ωστόσο, δεν είναι εφικτή προς το παρόν η αξιολόγηση ως προς τη δυνατότητα εκτεταμένης εφαρμογής τους <sup>1,34</sup>.

Τέλος, ο Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΣΝΕ) έχει μεταφράσει διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες π.χ. αντιμετώπιση - πρόληψη κατακλίσεων, παρασκευή και χορήγηση κυτταροστατικών φαρμάκων. Επίσης

έχει προχωρήσει στη δημιουργία, μέσω του Τομέα Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής, Ομάδας Ανάπτυξης Κλινικών Κατευθυντήριων Οδηγιών για διάφορες νοσηλευτικές διαδικασίες, η οποία μέχρι τώρα έχει συντάξει Κλινικές Κατευθυντήριες Οδηγίες για βρογχοαναρρόφηση από ενδοτραχειακό σωλήνα σε ενήλικο ασθενή, οι οποίες βρίσκονται υπό δημοσίευση<sup>1,30,35</sup>.

## **5.7 Μη-Χρηματοοικονομικοί Δείκτες μέτρησης της Αποδοτικότητας στα νοσοκομεία**

Οι Δείκτες Αποδοτικότητας, είναι στατιστικοί δείκτες και είναι μια πρακτική που χρησιμοποιείται από τις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες (Η.Π.Α., Καναδάς, Αυστραλία, Μεγάλη Βρετανία, Σκανδιναβικές Χώρες), με ιδιαίτερη επιτυχία.

Είναι δείκτες μέτρησης των δραστηριοτήτων, αποτελεσμάτων και της ποιότητας των Οργανισμών Υγείας. Δίνουν έμφαση στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, στην ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών, στην αποτελεσματική απόδοση των απαραίτητων υπηρεσιών υγείας και στην εμπειρία του ασθενή από τη λειτουργία του συστήματος υγείας.

Αυτοί οι δείκτες έχουν εξέχουσα σημασία γιατί, αρχικά μετρούν την υπάρχουσα ποιότητα των υπηρεσιών και στη συνέχεια θέτουν τις προϋποθέσεις εξέλιξης και αναβάθμισης αυτών. Ως εκ τούτου, οι δείκτες αυτοί αποτελούν μια από τις πιο σημαντικές πρακτικές των αναπτυγμένων συστημάτων υγείας και τα αποτελέσματα από την εφαρμογή αυτών είναι καθοριστικά για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Οι δείκτες που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της αποδοτικότητας θα πρέπει να εστιάζουν στις υπηρεσίες που είναι σημαντικές για το νοσοκομείο.



Πρέπει δηλαδή, να είναι συγκεκριμένοι σε σχέση με τους στόχους που θέτει προς υλοποίηση. Επιπλέον, να εστιάζουν στις παρεχόμενες, από τον οργανισμό, υπηρεσίες σε όλα τα επίπεδα, να είναι δε τόσο ποιοτικοί, όσο και ποσοτικοί, επιτρέποντας τη μέτρηση, τόσο της ποιότητας του οργανισμού, όσο και της ποσότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Από τους πιο συνηθισμένους τρόπους μέτρησης, αλλά και εξέλιξης των δεικτών αποτελεσματικότητας είναι η χρησιμοποίηση των τριών διαστάσεων της απόδοσης: ***Οικονομία – Αποδοτικότητα - Αποτελεσματικότητα.***

- **Οικονομία:** Η απόκτηση ανθρώπινου προσωπικού και υλικών πόρων για την κατάλληλη ποιότητα και ποσότητα των υπηρεσιών, στο χαμηλότερο δυνατό κόστος.
- **Αποδοτικότητα:** Η παραγωγή μέγιστων εκροών για οποιοδήποτε σύνολο εισροών ή χρησιμοποίηση των ελάχιστων εισροών για την απαιτούμενη ποσότητα και ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- **Αποτελεσματικότητα:** Η αποτελεσματικότητα του οργανισμού στην κάλυψη των αναγκών των πολιτών.

Κάθε δείκτης χρησιμοποιείται για να παρέχει συγκεκριμένες πληροφορίες σε μια υπηρεσία, αναφορικά με μια εργασία ή μια διαδικασία. Για παράδειγμα, τα ποσοστά των νοσοκομειακών λοιμώξεων, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, η ελλιπής καταγραφή ιατρικών φακέλων κ.λπ., παρέχουν συγκεκριμένες πληροφορίες σχετικά με τις λοιμώξεις, τους πελάτες-ασθενείς, τον τρόπο οργάνωσης του νοσοκομείου. Ως εκ τούτου, ο αριθμός των δεικτών που μπορεί να καταρτισθεί και να χρησιμοποιηθεί από ένα νοσοκομείο είναι σχεδόν απεριόριστος. Όμως, όπως προκύπτει από τη διεθνή βιβλιογραφία, οι πλέον συχνά εμφανιζόμενοι είναι οι παρακάτω:

**Ø Γενικοί Δείκτες:**

- συμβάντα σχετιζόμενα με τη χορήγηση φαρμάκων
- ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων
- ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις
- θνητότητα
- βαθμός ικανοποίησης του πελάτη - ασθενή
- συμβάντα σχετιζόμενα με τον πελάτη - ασθενή
- επανεισαγωγές για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα
- πληρότητα κλινών

**Ø Δείκτες Υπηρεσιών Επειγόντων:**

- χρόνος αναμονής για εξέταση από ιατρό
- μέση διάρκεια παραμονής στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, από τη λήψη για εισαγωγή, μέχρι τη μεταφορά σε μονάδα
- ανεπιθύμητη έκβαση μετά την αναχώρηση από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

**Ø Δείκτες Εξωτερικών Ιατρείων:**

- χρόνος αναμονής για εξέταση από ιατρό
- χρόνος αναμονής στο φαρμακείο
- χρόνος αναμονής αποτελεσμάτων εξετάσεων

**Ø Δείκτες Διαχείρισης Πληροφόρησης:**

- απώλεια ιατρικών φακέλων
- ανεπάρκεια καταγραφής ιατρικών φακέλων
- συμβάντα σχετιζόμενα με την ασφάλεια του προσωπικού
- απουσίες προσωπικού <sup>8</sup>.

# *Τρίτο Μέρος*

## **Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>: Η ποιότητα στη Νοσηλευτική**

### **6.1 Εισαγωγή**

Η Νοσηλευτική είναι επιστήμη υγείας, αναπόσπαστο τμήμα του υγειονομικού συστήματος. Αποτελεί σύνθεση επιστημονικών γνώσεων, τεχνικών εφαρμογών και ανθρωπιστικής συμπεριφοράς. Ενσωματώνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας και τη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών και αναπηριών όλων των ηλικιών. Είναι έργο ευθύνης, γιατί υπηρετεί τον άνθρωπο. Η ειδική ευθύνη της Νοσηλευτικής συνίσταται στην εξασφάλιση ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας προς το άτομο, την οικογένεια και την κοινότητα <sup>36, 37</sup>.

Οι δραστηριότητες τους όμως σε σχέση με τη φροντίδα του ασθενή έχουν διαφοροποιηθεί σημαντικά τη σημερινή εποχή, ως αποτέλεσμα της βελτίωσης του επιπέδου εκπαίδευσης των νοσηλευτών, της ανάπτυξης της νοσηλευτικής έρευνας και της αναγνώρισης τους ως αυτόνομων κι άρτια ενημερωμένων επαγγελματιών. Ο ρόλος τους σήμερα, είναι πολύπλευρος, ανεξάρτητος και συνεργατικός ταυτόχρονα. Οι νοσηλευτές έχουν τη δυνατότητα αυτοβούλως να εκτιμούν, να σχεδιάζουν και να εφαρμόζουν τη φροντίδα του ασθενούς βασιζόμενοι στα προσόντα και τις γνώσεις τους <sup>38</sup>.

Η ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα είναι μία έννοια που προσέλκυσε το ενδιαφέρον των επαγγελματιών νοσηλευτών σε όλο τον κόσμο, επιδιώκεται από τους ασθενείς και υπόσχεται από τους νοσηλευτές. Η υψηλή ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί βασική υποχρέωση των νοσηλευτών, δικαίωμα των αρρώστων και συντελεστή επιτάχυνσης της προόδου - επιστημονικής και κλινικής- του νοσηλευτικού έργου <sup>14, 39</sup>.

## **6.2 Επιτυχημένο μοντέλο Νοσηλευτικού τμήματος**

Η διοίκηση των νοσηλευτικών τμημάτων επηρεάζεται άμεσα από τις συνεχείς εξελίξεις στο χώρο της υγείας, οι οποίες έχουν ως βασικό στόχο τη βελτίωση της ποιότητας παρεχόμενης φροντίδας υγείας και την ικανοποίηση των ασθενών. Η αυξημένη ανάγκη των ασθενών για περισσότερη ενημέρωση και οι συνεχείς εξελίξεις στις διαγνωστικές και θεραπευτικές τεχνικές απαιτούν συνεχή ανανέωση των επιστημονικών γνώσεων των επαγγελματιών υγείας. Συνεπώς, η ανάγκη δημιουργίας ενός επιτυχημένου μοντέλου νοσηλευτικού τμήματος καθίσταται απαραίτητη με σκοπό την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας.

Για το σκοπό αυτό, απαιτείται η κατάλληλη οργάνωση, στελέχωση και λειτουργία του νοσηλευτικού τμήματος σε συνδυασμό με την υιοθέτηση ενός επαγγελματικού προτύπου διαχείρισης βασισμένο στα κριτήρια διασφάλισης ποιότητας. Παράλληλα, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στη συνεχή ανανέωση των γνώσεων του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού με σκοπό τη σφαιρική κάλυψη των αναγκών των ασθενών<sup>40,41,42</sup>.

## **6.3 Στελέχωση Νοσηλευτικού τμήματος**

Η στελέχωση των νοσηλευτικών τμημάτων αποτελεί πρωταρχική και κρίσιμη απόφαση για τη διοίκηση του νοσοκομείου και αποσκοπεί στη βελτιστοποίηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και στη μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας<sup>43</sup>.

Για την αποτελεσματική στελέχωση ενός νοσηλευτικού τμήματος απαιτείται:

- Ø η κατάλληλη τοποθέτηση του προσωπικού στη συγκεκριμένη θέση εργασίας με γνώμονα τα προσόντα, την εμπειρία και τις ειδικές γνώσεις που κατέχει
- Ø ο υπολογισμός του αριθμού των νοσηλευτών που χρειάζονται για το συγκεκριμένο τμήμα προκειμένου να καλύπτονται όλες οι νοσηλευτικές ανάγκες
- Ø ο καθορισμός των αρμοδιοτήτων των εργαζομένων και η δυνατότητα να ικανοποιούν τους προσωπικούς τους στόχους μέσα στο χώρο εργασίας
- Ø η αμεροληψία του προγράμματος εργασίας και η ίση μεταχείριση όλων των εργαζομένων
- Ø η διασφάλιση των καταλλήλων συνθηκών εργασίας
- Ø η σωστή προετοιμασία των νεοπροσληφθέντων για την ομαλή ένταξή τους στο νέο εργασιακό περιβάλλον
- Ø η κατάλληλη χρησιμοποίηση της επαγγελματικής εμπειρίας και των γνώσεων των εργαζομένων
- Ø η πραγματοποίηση κυκλικών μετακινήσεων ώστε να εμποδίζεται η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού
- Ø η συνεχής αναβάθμιση των γνώσεων και δεξιοτήτων των εργαζομένων
- Ø η εξέταση και η μελέτη των ειδικών αναγκών του προσωπικού και η κατανόηση απέναντι σε προσωπικά ή οικογενειακά προβλήματα
- Ø η αξιολόγηση και η αναγνώριση της καλής απόδοσης του προσωπικού,
- Ø η παροχή κινήτρων για βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας εργασίας<sup>40</sup>.

## **6.4 Ρόλος Προϊσταμένου Νοσηλευτικού τμήματος**

Για την επιτυχημένη λειτουργία ενός νοσηλευτικού τμήματος, ο προϊστάμενος χρειάζεται να διαθέτει υψηλή επιστημονική κατάρτιση και μακροχρόνια επαγγελματική εμπειρία στο χώρο της νοσηλευτικής. Παράλληλα θα πρέπει να είναι ικανός:

- Ø να ρυθμίζει τις δραστηριότητες των νοσηλευτών και του τμήματος,
- Ø να διορθώνει μία διαδικασία ή να την απορρίπτει όταν διαπιστώνει ότι δεν εκπληρώνει το σκοπό της,
- Ø να προλαμβάνει προβλήματα και δυσκολίες που απορρέουν από συγκρούσεις μεταξύ των εργαζομένων,
- Ø να προσαρμόζεται στις ραγδαίες εξελίξεις της τεχνολογίας και να καθοδηγεί την ομάδα του έτσι ώστε να διασφαλίζει παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας,
- Ø να επιλέγει ο ίδιος ποιο πρότυπο ηγεσίας είναι πιο αποτελεσματικό για το συγκεκριμένο τμήμα <sup>40,44</sup>.

## **6.5 Συνεχιζόμενη εκπαίδευση – Ανάπτυξη προσωπικού**

Η άριστη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας θεωρείται το σημαντικότερο στοιχείο στη θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας. Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας εξαρτάται από την εκπαίδευση των νοσηλευτών τόσο στη βασική και στη μεταβασική εκπαίδευση όσο και τη συνεχιζόμενη. Κατά τη βασική εκπαίδευση καλλιεργούνται και αναπτύσσονται η γνώση της νοσηλευτικής επιστήμης και

πράξης καθώς και οι μέθοδοι εξασφάλισης και προαγωγής της ποιότητάς της<sup>45,46</sup>.

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού αποτελεί βασικό παράγοντα επιτυχημένης λειτουργίας ενός νοσηλευτικού τμήματος. Βασικός στόχος των προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης είναι η προσωπική ανάπτυξη του προσωπικού. Αυτό, γιατί οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται σε ένα περιβάλλον συνεχών αλλαγών στο σύστημα παροχής φροντίδας υγείας και χρειάζεται να εκσυγχρονίζουν τις γνώσεις και δεξιότητές τους για να προσαρμόζονται στις νέες απαιτήσεις του χώρου εργασίας<sup>40</sup>.

Έρευνες υποστηρίζουν την άποψη ότι η άμεση εμπλοκή στη διαδικασία εξασφάλισης ποιότητας βελτιώνει τη νοσηλευτική εργασία, καλλιεργεί πιο θετικά τις στάσεις προς τη συμμετοχή, αυξάνει την αντίληψη των νοσηλευτών για την αξία της διαδικασίας αυτής και προάγει την επαγγελματική συνείδηση.

Κατά την εκπαίδευση καλλιεργούνται και αναπτύσσονται:

- Ø Η αντίληψη της έννοιας και ο προσανατολισμός της ποιότητας της φροντίδας
- Ø Η κατάλληλη συμπεριφορά και οι νοσηλευτικές δεξιότητες (κλινικές, διαπροσωπικές, οργανωτικές, ηγετικές κ.ά.)
- Ø Η γνώση της νοσηλευτικής επιστήμης και πράξης καθώς και των μεθόδων εξασφάλισης και προαγωγής της ποιότητάς της
- Ø Η ενεργητική συμμετοχή των νοσηλευτών στην επιδίωξη και επιτυχία ποιότητας στη Νοσηλευτική, οπουδήποτε ασκείται: κλινικό, προληπτικό, εκπαιδευτικό, διοικητικό ή ερευνητικό τομέα.

Επιπλέον, κάθε οργανωμένο σύστημα επιδίωξης υψηλής ποιότητας στη νοσηλευτική πράξη και έρευνα περιέχει μεταξύ άλλων και την επισήμανση των θεωρητικών και κλινικών αναγκών των νοσηλευτών, διότι συλλέγει και αναλύει δεδομένα για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, επισημαίνει και



προτείνει στους νοσηλευτές ερευνητές θέματα προς μελέτη και συνεργάζεται για την εκπόνησή τους, σχεδιάζει, εκπονεί και δημοσιεύει νοσηλευτικές έρευνες και προγράμματα.

Η έρευνα είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη σώματος έγκυρης νοσηλευτικής γνώσης, πάνω στην οποία θα στηριχθούν οι βελτιώσεις στην ποιότητα της Νοσηλευτικής που παρέχεται στο κοινό <sup>45</sup>.

Η ανάπτυξη του προσωπικού περιλαμβάνει τον προσανατολισμό των νέων υπαλλήλων προκειμένου να συνειδητοποιήσουν το ρόλο τους στο νοσηλευτικό τμήμα. Παράλληλα, περιλαμβάνει τη διαρκή εκπαίδευση του προσωπικού με σκοπό την ανάπτυξή του στο χώρο εργασίας.

Τα προγράμματα εκπαίδευσης του προσωπικού έχουν ως σκοπό:

- Ø την ανατροφοδότηση και την προσθήκη νέων γνώσεων στο προσωπικό
- Ø την αναθεώρηση και τροποποίηση παλαιότερων γνώσεων
- Ø την καλλιέργεια δεξιοτήτων εφαρμογής των νοσηλευτικών και ιατρικών πράξεων
- Ø την αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς των εργαζομένων στις μεταβαλλόμενες κοινωνικές αντιλήψεις
- Ø την εκπαίδευση στις νέες τεχνολογίες
- Ø την προσωπική και επαγγελματική εξέλιξη <sup>40</sup>.

Γι' αυτό, θεωρείται αναγκαία η διεξαγωγή διαφόρων εκπαιδευτικών προγραμμάτων, σεμιναρίων, ημερίδων, και συνεδρίων σε τακτικά χρονικά διαστήματα, προκειμένου οι επαγγελματίες υγείας να ανανεώνουν το γνωστικό τους πεδίο και να συμβαδίζουν με τις τελευταίες εξελίξεις στο χώρο της υγείας <sup>40,47</sup>.

## **6.6 Διασφάλιση ποιότητας σε Νοσηλευτικό τμήμα**

Για την επιτυχημένη λειτουργία ενός νοσηλευτικού τμήματος θα πρέπει να υπάρχει Διασφάλιση Ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας<sup>40</sup>.

Η Διασφάλιση Ποιότητας περιγράφεται ως η μέτρηση της παρεχόμενης φροντίδας σε σύγκριση με τις προσδοκίες των ασθενών, με κύριο στόχο και πρόθεση τη διόρθωση των διαπιστευμένων αδυναμιών της φροντίδας αυτής<sup>48</sup>.

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε ένα νοσηλευτικό τμήμα περιλαμβάνει:

- την έγκαιρη και σωστή διάγνωση της ασθένειας
- την άμεση και αποτελεσματική ιατρική και νοσηλευτική παρέμβαση στον ασθενή
- την επαγγελματική εμπειρία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού
- τη χρησιμοποίηση μέσων υψηλής τεχνολογίας, τη χρήση Η/Υ
- τον άμεμπτο επαγγελματισμό και την ευαισθησία των επαγγελματιών υγείας
- τη διατήρηση της αξιοπρέπειας του ασθενούς και του προσωπικού<sup>40,49</sup>.

Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζει:

- ▶ η στάση και τον ενδιαφέρον του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για τα συνολικά προβλήματα και τις δυσκολίες των ασθενών
- ▶ η συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού
- ▶ η γενική ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες του νοσηλευτικού τμήματος<sup>40,50</sup>.

Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα είναι ο πλέον σημαντικός παράγοντας που καθορίζει τη γενική ικανοποίησή τους από τη φροντίδα που παρέχεται στο νοσοκομείο. Όσο καλύτερη είναι η παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας, τόσο υψηλότερα είναι τα ποσοστά ικανοποίησης των χρηστών <sup>51</sup>.

### **6.6.1 Νοσηλευτική Διεργασία**

Η νοσηλευτική διεργασία αποτελεί το εργαλείο κάθε νοσηλευτή για να διασφαλίσει την ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες του.

Η ποιότητα της φροντίδας του αρρώστου εξετάζεται βάσει δεδομένων διατυπωμένων προτύπων, επιπέδων και κριτηρίων νοσηλευτικής εργασίας που αντιπροσωπεύουν τα στάδια της διεργασίας <sup>52</sup>.

Ως Νοσηλευτική διεργασία ορίζεται η συστηματική, επιστημονική επίλυση ενός προβλήματος στην πράξη <sup>53</sup>.

Η νοσηλευτική διεργασία είναι η γλώσσα της νοσηλευτικής. Είναι ένας συστηματικός τρόπος αξιολόγησης της αντίδρασης του ασθενούς στην υπάρχουσα κατάσταση υγείας και το σχεδιασμό, την εφαρμογή και την εκτίμηση της ανταπόκρισής του στη νοσηλευτική φροντίδα. Είναι ένας τρόπος επικοινωνίας με όλο το νοσηλευτικό προσωπικό για αυτό που πρέπει να γίνει και από ποιον κατά τη διάρκεια των βαρδιών και παρέχει έναν τρόπο να γίνουν αλλαγές στη φροντίδα του ασθενούς, εάν δεν υφίσταται πρόοδος <sup>54</sup>.

Τα πέντε στάδια της Νοσηλευτικής διεργασίας αποτελούν τη θεμελίωση της λήψης κλινικής απόφασης και περιγράφουν όλα τα σημαντικά βήματα που ακολουθούνται από τους νοσηλευτές στην παροχή φροντίδα υγείας:

- Ø Στάδιο 1<sup>ο</sup>: Νοσηλευτική Εκτίμηση
- Ø Στάδιο 2<sup>ο</sup>: Νοσηλευτική Διάγνωση - καθορισμός προβλημάτων
- Ø Στάδιο 3<sup>ο</sup>: Σχεδιασμός Φροντίδας
- Ø Στάδιο 4<sup>ο</sup>: Εφαρμογή σχεδίου φροντίδας
- Ø Στάδιο 5<sup>ο</sup>: Αξιολόγηση αποτελεσμάτων <sup>55</sup>.

Η νοσηλευτική διεργασία είναι μία σειρά από εργασίες, ενέργειες ή βήματα που έχουν νοσηλευτικό περιεχόμενο και οδηγούν στην επίλυση ενός νοσηλευτικού προβλήματος. Αλλά για να έχουν νοσηλευτικό περιεχόμενο, δηλαδή περιεχόμενο τέτοιο που να ανταποκρίνονται στον πυρήνα της νοσηλευτικής επιστήμης και να ικανοποιούν τις κεντρικές ιδέες της Νοσηλευτικής, πρέπει η νοσηλευτική διεργασία να βασίζεται πάνω σε κάποια νοσηλευτική θεωρία.

Οι Βρετανίδες νοσηλεύτριες Roper, Logan και Tierney, που μετά από 30 χρόνια κλινικής και ακαδημαϊκής εμπειρίας και βασιζόμενες στη θεωρία των 14 Γενικών Ανθρωπίνων Αναγκών της Henderson και στην Ιεράρχηση των Ανθρωπίνων Αναγκών του Maslow δημιούργησαν τη νοσηλευτική θεωρία που ονόμασαν: «Τα Βασικά Στοιχεία της Νοσηλευτικής», η οποία στη συνέχεια πήρε τα ονόματά τους.

Βασικός στόχος των Roper, Logan και Tierney ήταν να δημιουργήσουν μια θεωρία η οποία να έχει ικανοποιητικό βαθμό αφαίρεσης, ώστε να εμπεριέχει τον πυρήνα και τις κεντρικές ιδέες της νοσηλευτικής επιστήμης και παράλληλα να χαρακτηρίζεται από απλή γλώσσα, ώστε να καθιστά δυνατή την εφαρμογή της στην καθημερινή κλινική πράξη και να εναρμονίζεται με τη νοσηλευτική διεργασία <sup>56</sup>.

Σύμφωνα με τη θεωρία των Roper-Logan-Tierney, τα άτομα καθημερινά επιδίδονται σε 12 ξεχωριστές δραστηριότητες καθοριστικές για την ποιότητα της ζωής τους. Στη διάρκεια τώρα της ζωής τους, υπάρχουν περίοδοι που λόγω

ασθένειας αδυνατούν να ανταπεξέλθουν επαρκώς στις απαιτήσεις μίας ή και περισσότερων των 12 δραστηριοτήτων.

Οι δραστηριότητες είναι:

1. Διατήρηση ασφαλούς περιβάλλοντος
2. Αναπνοή
3. Απεκκριτικές λειτουργίες
4. Έλεγχος της θερμοκρασίας του σώματος
5. Εργασία και ψυχαγωγία
6. Ύπνος
7. Επικοινωνία
8. Θρέψη και ενυδάτωση
9. Ατομική καθαριότητα και ένδυση
- 10.Κινητικότητα
- 11.Σεξουαλική έκφραση
- 12.Θάνατος ή έκφραση ανησυχίας για το μέλλον

Η θεωρία των Roper, Logan και Tierney υπογραμμίζει τη δραστηριότητα που εμφανίζει δυσλειτουργία και στη συνέχεια διευκολύνει μέσω της Νοσηλευτικής διεργασίας την προαγωγή της ανεξαρτησίας του ατόμου <sup>57</sup>.

## **6.7 Έλεγχος και αξιολόγηση Νοσηλευτικού τμήματος**

Για την αποτελεσματική λειτουργία ενός νοσηλευτικού τμήματος απαιτείται συνεχής έλεγχος και αξιολόγηση του προσωπικού. Η αξιολόγηση του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί μια διαδικασία μέσα από την οποία προσδιορίζεται η απόδοση των νοσηλευτών βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων, σε σύγκριση με ορισμένα πρότυπα. Βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματική εφαρμογή ενός συστήματος αξιολόγησης είναι η τεκμηριωμένη περιγραφή των

καθηκόντων σε κάθε θέση εργασίας, καθώς και η καθορισμένη αναφορά στα ελάχιστα προσόντα, γνώσεις και ικανότητες που απαιτούνται για την πλήρωση της συγκεκριμένης θέσης.

Γι' αυτό, θεωρείται απαραίτητη η σύσταση μίας επιτροπής Διασφάλισης Ποιότητας στο χώρο του νοσοκομείου, όπου θα συμμετέχουν όλες οι κατηγορίες των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι θα μπορούν να ελέγχουν και να αξιολογούν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σε κάθε νοσηλευτικό τμήμα και να προβαίνουν σε βελτιώσεις αυτών, εάν κρίνεται απαραίτητο <sup>40</sup>.

## **6.8 Γραφείο ποιότητας**

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

- Ø επιτροπή διαχείρισης ποιότητας
- Ø τμήμα ποιότητας
- Ø υπεύθυνος ποιότητας
- Ø οργανωμένο πληροφοριακό σύστημα
- Ø σύνδεση με το ευρύτερο πλαίσιο του οργανισμού.

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.

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 στελεχώνεται από το 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 τη 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 στη νοσοκομειακή μονάδα, τη 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 το 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, τη διαρκή ευαισθητοποίηση των εργαζομένων σε θέματα διασφάλισης ποιότητας και τη συμμετοχή τους στις εσωτερικές επιθεωρήσεις του συστήματος 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<sup>4</sup>.

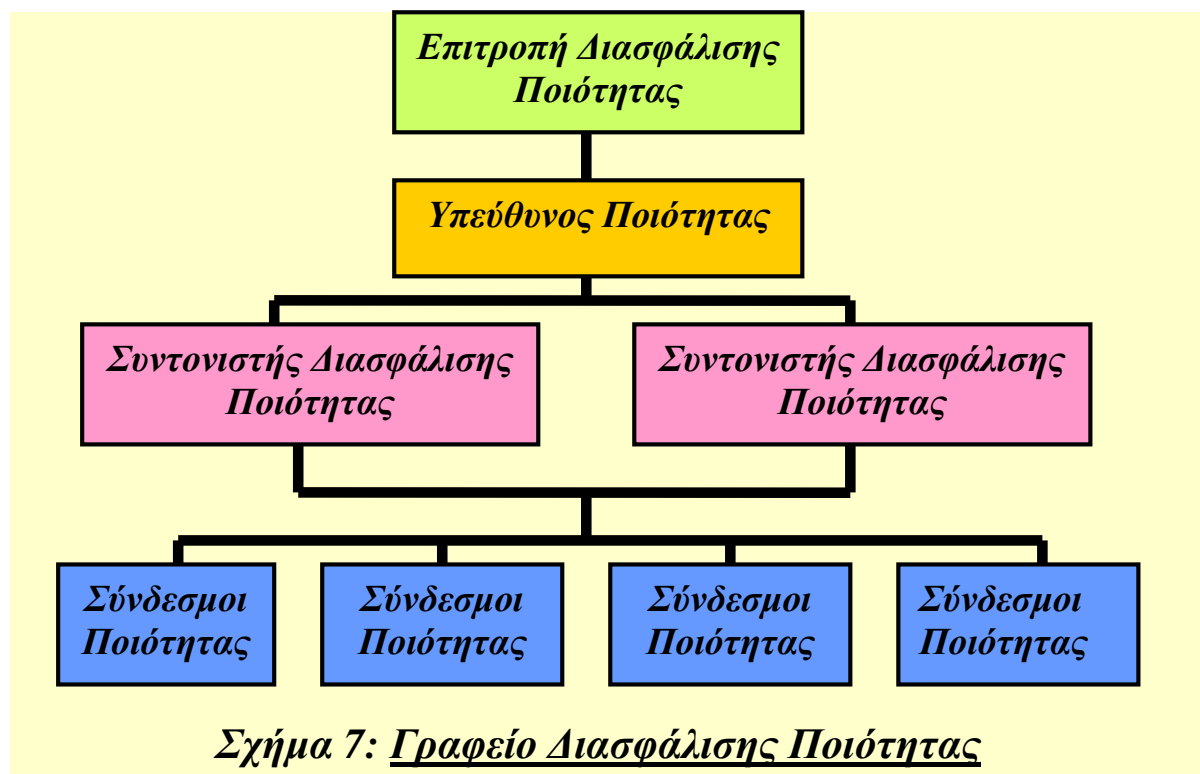
Ως ομάδα ορίζεται η οντότητα με δυο μέλη ή περισσότερα, άτομα τα οποία εργάζονται για την επίτευξη κοινών στόχων. Ο Berne (1963) περιγράφει τις ομάδες ως «σύνολα τα οποία περιέχουν τουλάχιστον δυο τάξεις ανθρώπων, πρώτον τους ηγέτες και δεύτερον τα μέλη». Οι ομάδες θεωρούνται εξαιρετικής σημασίας για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

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<sup>2,4</sup>.

Οι σύνδεσμοι ποιότητας αποτελούν τις απολήξεις του δικτύου ποιότητας με αποστολή την παρακολούθηση της εφαρμογής των διαδικασιών, τον



εντοπισμό προβλημάτων ποιότητας, τη διαρκή ευαισθητοποίηση των εργαζομένων σε θέματα διασφάλισης ποιότητας και τη συμμετοχή τους στις εσωτερικές επιθεωρήσεις του συστήματος ποιότητας (Σχήμα 7) <sup>4</sup>.



## Προτάσεις

Η προαγωγή της υγείας και η παροχή Υπηρεσιών Υγείας υψηλής Ποιότητας, είναι επιθυμία και απαίτηση της κοινωνίας, αλλά και μείζον κοινωνικό ζήτημα και στόχος της πολιτείας. Για να επιτευχθεί η προαγωγή της Υγείας και να προωθηθούν διαδικασίες διασφάλισης της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας κρίνεται απαραίτητο:

Ø Να δημιουργηθούν ξεκάθαροι στόχοι για την Ποιότητα, όπου θα παροτρύνουν όλους τους εμπλεκόμενους με τις Υπηρεσίες Υγείας στην αναγκαιότητα της εφαρμογής τους

Ø Να δημιουργηθεί εθνική πολιτική για τη διασφάλιση Ποιότητας και τη βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας, η οποία θα περιλαμβάνει:

- την υπάρχουσα νομοθεσία, αλλά και τη δημιουργία επιπρόσθετων μεταρρυθμίσεων, όπου κρίνεται απαραίτητο,
- την έναρξη της λειτουργίας των θεσμοθετημένων επιτροπών, ώστε να παράγουν έργο που σταδιακά θα οδηγήσει στην αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας,
- το σχεδιασμό στόχων, μεθόδων, συστημάτων και μέσων επίτευξης βελτίωσης της Ποιότητας,
- την εφαρμογή συστημάτων και προγραμμάτων Ποιότητας,
- τη μέτρηση της Ποιότητας και την καταγραφή της ικανοποίησης των χρηστών των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Ø Να δημιουργηθούν κύκλοι ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας και να λειτουργήσουν τα γραφεία ποιότητας σε όλες τις νοσοκομειακές μονάδες.

Ø Να γίνουν αλλαγές στον τομέα της υγείας, δομικές ή διαδικαστικές, καθώς και στις συμπεριφορές και στάσεις των επαγγελματιών Υγείας, αλλά και του υπόλοιπου προσωπικού. Με τη βοήθεια της διοίκησης του κάθε νοσοκομείου θα πρέπει να γίνουν αλλαγές, οι οποίες είναι:

- η δημιουργία της ανθρωποκεντρικής φιλοσοφίας στον οργανισμό, με σκοπό την ικανοποίηση τόσο του ασθενή όσο και των εργαζομένων στις Υπηρεσίες Υγείας,
- η δέσμευση για υιοθέτηση της νοοτροπίας της διασφάλισης Ποιότητας,
- η εφαρμογή του ελέγχου και της συνεχούς και συστηματικής αξιολόγησης στον οργανισμό βάσει προτύπων διεθνούς αποδοχής και κριτηρίων αξιολόγησης,
- η υιοθέτηση νοοτροπίας Ποιότητας σε όλο το προσωπικό και η δυνατότητα κινήτρων στους εργαζόμενους και η ευαισθητοποίηση στη συμβολή τους, για την προώθηση της ανάπτυξης προγραμμάτων ποιότητας,
- και τέλος, η επένδυση στη συνεχή εκπαίδευση των εργαζομένων, διοργανώνοντας προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης των εργαζομένων στα εργαλεία και τις τεχνικές διασφάλισης της ποιότητας.

## Συμπέρασμα - Επίλογος

Η διασφάλιση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας αποτελεί σήμερα βασικό στόχο της πολιτείας, απαίτηση και προσδοκία της κοινωνίας, καθώς και ανάγκη και επιθυμία όλων των επαγγελματιών υγείας.

Η υπάρχουσα κατάσταση στις Υπηρεσίες Υγείας μπορεί να αλλάξει και να βελτιωθεί, αρκεί να το θέσουμε όλοι ως στόχο και προτεραιότητα. Θα πρέπει να γίνουμε πιο δεκτικοί στις αλλαγές που χρειάζονται να υλοποιηθούν. Χρειάζονται επίσης, αρκετές αλλαγές σε οργανωτικό και διοικητικό επίπεδο, όπου αν σχεδιαστούν και εφαρμοστούν σωστά, μπορούν να επιφέρουν θεαματικά αποτελέσματα στην Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας. Θα πρέπει να υπάρξει υποστήριξη, παρότρυνση και ενδυνάμωση των πρωτοβουλιών για τη βελτίωση της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας.

Ένα καίριο βήμα για τη βελτίωση ποιότητας, είναι η αλλαγή της στάσης και της συμπεριφοράς των Νοσηλευτών απέναντι στην Ποιότητα. Οι Νοσηλευτές αποτελούμε αναπόσπαστο κομμάτι του υγειονομικού μας συστήματος, αλλά και το κλειδί για τη διασφάλιση Ποιότητας. Παρέχουμε εξατομικευμένη φροντίδα Υγείας σε κάθε ασθενή και είμαστε δίπλα του συνέχεια 24 ώρες, το οποίο μας δίνει τη δυνατότητα να αφουγκραστούμε και να κατανοήσουμε τις πραγματικές ανάγκες και επιθυμίες του κάθε ασθενή, οι οποίες αν εξαιρεφτούν -με τη βοήθεια και της νοσηλευτικής διεργασίας- , θα του παρέχουν την ικανοποίηση και την εξασφάλιση ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας που αναζητάει από τις Υπηρεσίες Υγείας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ. Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα 2008.
2. Παπανικολάου Βίκυ. Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Αρχές - Μέθοδοι & Εφαρμογές. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2007.
3. Ντάφλα Ε. Τεχνητά νευρωνικά δίκτυα στον παραμετρικό σχεδιασμό Taguchi. Διπλωματική εργασία, Επιβλέπων καθηγητής Κουκουβίνος Χ. Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Αθήνα 2012.  
Διαθέσιμο στο URL:  
[http://dspace.lib.ntua.gr/bitstream/123456789/6447/3/daflae\\_training.pdf](http://dspace.lib.ntua.gr/bitstream/123456789/6447/3/daflae_training.pdf)  
(20 Σεπτεμβρίου 2012)
4. Κότιου Α. Σχεδιασμός και Λειτουργία Γραφείου Ποιότητας σε νοσοκομειακή μονάδα. Διπλωματική εργασία, Επιβλέπων καθηγητής Βούζας Φ. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, 2010.  
Διαθέσιμο στο URL:  
[http://dspace.lib.uom.gr/bitstream/2159/13761/1/Kotiou\\_Msc2010.pdf](http://dspace.lib.uom.gr/bitstream/2159/13761/1/Kotiou_Msc2010.pdf)  
(10 Ιουλίου 2012)
5. Τούντας Γ. Υπηρεσίες Υγείας. Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία, 1<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα 2008.
6. Μίχου Ε. Εφαρμογή Συστημάτων Διαχείρισης της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Αιμοδοσίας. Οι περιπτώσεις των Τμημάτων Αιμοδοσίας των νοσοκομείων «Αμ. Φλέμιγκ» και «Η Σωτηρία». Τελική εργασία, Επιβλέπων καθηγητής Γιαννουλάτος Π. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα 2007.

7. Αποστόλα Μ., Σκαρλέα Δ., Χρυσού Μ. Σύγκριση απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών για την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στα παθολογικά τμήματα των Δημόσιων Νοσοκομείων της Κρήτης. Πτυχιακή εργασία, Επιβλέπων καθηγητής Μερκούρης Α. Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Ηράκλειο 2008.  
Διαθέσιμο στο URL:  
<http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/nos/2008/ApostolaMina,SkarleaDimitra,ChrysouMaria/attached-document/Apostola2008.pdf>  
(18 Σεπτεμβρίου 2012)
8. Κρητικός Α. Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Μία θεωρητική προσέγγιση. Διπλωματική Εργασία, Επιβλέπων καθηγητής Χλέτσος Μ. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα 2004.
9. Swansburg R.C., Swansburg R.J. Εισαγωγή στη νοσηλευτική διοίκηση και ηγεσία. Επιστημονική επιμέλεια Αποστολοπούλου Ε., Μετάφραση Σοκοδήμος Α. Έκδοση 2<sup>η</sup>, Ιατρικές Εκδόσεις Λάγος Δημήτριος, Αθήνα 1999.
10. Feigenbaum A. V. The Future of Quality Management. Quality Digest, 1988, 18(4), 33-38.
11. Parasuraman A., Zeithaml V., Berry L. Servqual: A Multiple-Item Scale for Measuring Perception of Service Quality. Journal of Retailing 1988, 64, 12-40.
12. Ψαρόπουλος Χ. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας Μοντέλα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας Μετά ISO εποχή-απαιτήσεις. Αθήνα 2010.
13. Πράπα Π., Φακή Μ. Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας «υγεία». Info Respiratory & Internal Medicine 2008, 51, 40-42.  
Διαθέσιμο στο URL:  
[http://www.iatrikionline.gr/Respiratory\\_51/11.pdf](http://www.iatrikionline.gr/Respiratory_51/11.pdf) (7 Οκτωβρίου 2012)

14. Αθανάτου Ε. Κλινική Νοσηλευτική Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες. Έκδοση 16<sup>η</sup> Αναθεωρημένη, Εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα 2007.
15. Παπαδόπουλος Γ. Για στρατηγικούς στόχους στην Υγεία...Performance management. Η Καθημερινή 2005.  
[http://news.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_economyepix\\_1\\_13/01/2005\\_130081](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_economyepix_1_13/01/2005_130081) (27 Αυγούστου 2012)
16. Κατωτικίδη Γ. Ιστορική Εξέλιξη του Management & Προοπτικές στο Σύγχρονο Περιβάλλον. Η ανάπτυξη της Διοικητικής Επιστήμης στον κλάδο των Υπηρεσιών Υγείας: Η περίπτωση του Νοσοκομείου Σερρών. Πτυχιακή εργασία, Επιβλέπων καθηγητής Στιβακτάκης Α. Τ.Ε.Ι. Κρήτης, 2008.  
Διαθέσιμο στο URL:  
[http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/sdo/mk/2008/KatotikidiGeorgia/attached-document/katotikidi\\_georgia.pdf](http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/sdo/mk/2008/KatotikidiGeorgia/attached-document/katotikidi_georgia.pdf) (08 Αυγούστου 2012)
17. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. Συστήματα Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2001.
18. Liaropoulos L., Kaitelidou D. Changing the Public - Private Mix: An Assessment of the Health Reforms in Greece. Health Care Analysis 1998, 6, 277-285.
19. Βογιατζάκης Ε.Δ. Αξιολόγηση της ποιότητας των εργαστηριακών εξετάσεων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24(1), 58-78.
20. Παρισσόπουλος Σ. Κλινικός έλεγχος ποιότητας Παραδοχές και διεργασία. Νοσηλευτική 2007, 46 (4), 514-522.
21. Τούντας Γ. Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2003, 20(5), 532-546.

22. Μπακάλης Ν., Θεοδωροπούλου Γ. Ποιότητα Σημαντικός παράγοντας για τη Νοσηλευτική. Νοσηλευτική 2006, 45(3), 352-358
23. Τσούγκα Μ. Διασφάλιση Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας. Επιθεώρηση Υγείας 2004, 15(86), 41-44.
24. Στάθης Γ. Πρακτικές Εφαρμογές Διαχείρισης Ποιότητας στην Οργανωτική-Επιχειρησιακή Λειτουργία του Νοσοκομείου. Επιθεώρηση Υγείας 2003, 14(82), 29-30.
25. Wiles R. Quality questions. Nurs Times 1996, 92, 38-40.
26. Backhouse S., Brown Y. Using a patient satisfaction survey to close the theory practice gap. Nurs Standard 2000, 14, 32-35.
27. Jacox A.K., Bausell B.R., Mahrenholz DM. Patient satisfaction with nursing care in hospitals. Outcomes Management in Nursing Practice 1997, 1, 20-28.
28. Cucic S. European Union Health policy and its implications for national convergence. International Journal For Quality in Health Care 2000, 12, 217-225
29. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Ηλεκτρονική Εγκυκλοπαίδεια, Βικιπαίδεια.  
Διαθέσιμο στο URL:  
[http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%94%CE%B9%CE%BF%CE%AF%CE%BA%CE%B7%CF%83%CE%B7\\_%CE%9F%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82\\_%CE%A0%CE%BF%CE%B9%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1%CF%82](http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%94%CE%B9%CE%BF%CE%AF%CE%BA%CE%B7%CF%83%CE%B7_%CE%9F%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82_%CE%A0%CE%BF%CE%B9%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1%CF%82) (03 Οκτωβρίου 2012)
30. Καλαφάτη Μ., Μπελλάλη Θ., Χατζοπούλου Μ., Φύτρου Ε., Κορέλη Α., Ηλιοπούλου Κ. Μεθοδολογία ανάπτυξης κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών. Νοσηλευτική 2007, 46(1), 31-37.



31. Taylor J. Clinical guidelines and care protocols. *Intensive and Critical Care Nursing* 2003, 20, 45-52.
32. Duff L.A., Kitson A.L., Seers K., Humphris D. Clinical Guidelines: an introduction to their development and implementation. *Journal of Advanced Nursing* 1996, 23, 887-895.
33. Cheater F, Closs S. The effectiveness of methods of dissemination and implementation of clinical guidelines for nursing practice: a selective review. *Clinical Effectiveness in Nursing* 1997, 1, 4-15.
34. Ζούγκου Θ., Μπένος Ι., Χατζοπούλου Μ. Ανάπτυξη πρωτοκόλλων κλινικής πρακτικής σε δημόσιο νοσοκομείο. *Νοσηλεία*, Ιαν-Απρ 2007, 26-29.
35. Κάρλου Χρ., Σουρτζή Π. Υγιεινή και ασφάλεια στη χημειοθεραπεία. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 2006.
36. Ραγιά Α. Νοσηλευτική: Επιστήμη, Τέχνη και Αξιολογικός Προσανατολισμός. *Νοσηλευτική* 2011, 50(2), 121-122.
37. Παπαδαντωνάκη Α. Το Έργο της Νοσηλευτικής. *Νοσηλευτική* 2012, 51(1), 7-9.
38. Σαγιά Α., Σέμπρου Μ. Οι απόψεις των κοινωνικών λειτουργών για τη διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ Κοινωνικών Λειτουργών και Νοσηλευτών/Νοσηλευτριών στο χώρο του νοσοκομείου. Πτυχιακή εργασία, Υπεύθυνη καθηγήτρια Παπαδάκη Β. Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Ηράκλειο 2009.  
Διαθέσιμο στο URL:  
<http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/ker/2009/SagiaAnna,SemprouMaria/attached-document-1279101204-951001-4243/Sagia.2009.pdf>  
(20 Ιουλίου 2012)

- 39.** Charalambous A., Papadopoulos R., Beadsmoore A. Ποιοτική Νοσηλευτική Φροντίδα: Μία Επιλεκτική Βιβλιογραφική Επισκόπηση των Ερμηνειών Ασθενών και Νοσηλευτών. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης 2008, 1(2), 90-99  
Διαθέσιμο στο URL: [http://magazine.enne.gr/wp-content/uploads/2010/11/Tomos01\\_-teyxos02gr.pdf](http://magazine.enne.gr/wp-content/uploads/2010/11/Tomos01_-teyxos02gr.pdf) (17 Αυγούστου 2012)
- 40.** Μπαμπάτσικου Φ., Γερογιάννη Γ. Νοσηλευτικό Τμήμα: Κριτήρια δημιουργίας ενός επιτυχημένου μοντέλου. Βήμα του Ασκληπιού 2012, 11(1), 17-27.
- 41.** Wolper L.F. Διοίκηση υπηρεσιών υγείας Σχεδιασμός, Εφαρμογή και Διαχείριση Συστημάτων Οργανωμένης Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Τόμος Α, Εκδόσεις Mediforce Services S.A, Αθήνα 2001.
- 42.** Wolper L.F. Διοίκηση υπηρεσιών υγείας. Το νοσοκομείο στα πλαίσια ενός συστήματος οργανωμένης παροχής φροντίδας. Τόμος Β, Εκδόσεις Mediforce Services S.A, Αθήνα 2001.
- 43.** Κοπανιτσάνου Π., Μπροκαλάκη Η. Μέθοδοι Στελέχωσης Νοσηλευτικών Τμημάτων. Νοσηλευτική 2009, 48(1), 50-57.
- 44.** Βουκάλη Ε. Προϊστάμενος Νοσηλευτικού τμήματος: Ρόλοι και λειτουργίες. Νοσηλευτική 2003, 42(4), 414-419.
- 45.** Παπαδαντωνάκη Α. Συμβολή της εκπαίδευσης και της έρευνας στην ποιότητα της Νοσηλευτικής. Νοσηλευτική 2008, 47(1), 19-20
- 46.** Ραγιά Α. Βασική Νοσηλευτική-Θεωρητικές και δεοντολογικές αρχές. 6η έκδοση, Αθήνα 2005.
- 47.** Γερογιάννη Γ., Γερογιάννη Σ. Διασφάλιση Ποιότητας κατά τη διαχείριση της φροντίδας των ατόμων που υποβάλλονται σε Εξωνεφρική Κάθαρση. Νοσηλευτική 2004, 43(1), 47-53.

48. Παπαγεωργίου Δ. Κριτήρια ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας στις μονάδες εντατικής θεραπείας. *Νοσηλευτική* 2008, 47(1), 57-64.
49. Λαχανά Ε., Κοτρώτσιου Ε. Διαφοροποίηση και διασφάλιση ποιότητας σε προϊόντα και υπηρεσίες υγείας. *Νοσηλευτική* 2002, 3 288-294.
50. Τσιριντάνη Μ, Γιοβάνης Α, Μπινιώρης Σ, Γούλα Α. Μία Νέα Προσέγγιση στη Μοντελοποίηση της Σχέσης μεταξύ Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίησης Ασθενών. *Νοσηλευτική* 2010, 49(1), 40-52.
51. Τσιρώνη Σ., Τσουμάκας Κ., Γιαννακοπούλου Μ., Μπουτοπούλου Β., Μάτζιου Β. Ικανοποίηση Γονέων από την Παρεχόμενη Ιατρονοσηλευτική Φροντίδα στα Νοσηλευόμενα Νεογνά τους. *Νοσηλευτική* 2011, 50(3), 340-348.
52. Παπαδαντωνάκη Α. Ποιότητα στη Νοσηλευτική Πραγματικότητα και Προοπτικές. *Νοσηλευτική* 2008, 47(4) 431-432.
53. Σαββοπούλου Γ. Βασική Νοσηλευτική Μια βιο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση. Έκδοση 5<sup>η</sup>, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 2006.
54. Dewit S. Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική Έννοιες & Πρακτική. Γενική επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Λαμπρινού Α., Λεμονίδου Χ. Τόμος 1<sup>ος</sup>, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, Αθήνα 2009.
55. Λιάσκος Ι. Νοσηλευτικό πληροφοριακό σύστημα χειρουργικού τμήματος νοσοκομείου, βασισμένο στη νοσηλευτική διεργασία με τη χρησιμοποίηση του συστήματος ταξινόμησης ICNP. Διδακτορική διατριβή, Επιβλέπων Μαντάς Ι. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα 2004.

Διαθέσιμο από URL:

<http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/22312#page/32/mode/2up>

(22 Σεπτεμβρίου 2012)

56. Μαντζούκας Σ. Το νοσηλευτικό θεωρητικό μοντέλο των Roper-Logan-Tierney και η εφαρμογή του στην κλινική πράξη. Νοσηλευτική 2008, 47(1), 21-36.
57. Κοντίδου Ε. Γυναικεία ακράτεια: Εξατομικευμένη και Ολοκληρωμένη Νοσηλευτική Παρέμβαση Εφαρμόζοντας τη Μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας σε Ασθενή που Πάσχει από Ακράτεια εκ Προσπάθειας και Υπεβλήθη σε Εγχείρηση κατά την Τεχνική Stamey. Πτυχιακή εργασία, Υπεύθυνη καθηγήτρια Νάνου Κ. Τ.Ε.Ι. Πάτρας, Πάτρα 1994.  
Διαθέσιμο από URL:  
[http://www.lib.teipat.gr/ptyxiakes/seyp/seyp\\_nos/1990-1995/0948pe.pdf](http://www.lib.teipat.gr/ptyxiakes/seyp/seyp_nos/1990-1995/0948pe.pdf)  
(30 Αυγούστου 2012)