

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ – ΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ (ISO 9001:2008) ΣΤΗ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ: Η ΟΔΗΓΙΑ
ΕΦΑΡΜΟΤΗΣ CEN/TS 15224:2005*

Επιβλέπων Καθηγητής: Γεώργιος Μποχώρης

ΝΙΚΟΛΑΟΣ Δ. ΔΑΤΣΕΡΗΣ

Πτυχιούχος Τμήματος Βιολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης

*Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών στην «Μοριακή Βιολογία
και Βιοϊατρική» από το Πανεπιστήμιο Κρήτης και το Ίδρυμα
Τεχνολογίας και Έρευνας*

ΠΕΙΡΑΙΑΣ 2009

*...Αφιερώνεται στην οικογένειά μου που μου συμπαραστέκεται και με
συνδράμει στην πραγματοποίηση των στόχων μου
και με βοηθά να κάνω τα όνειρά μου πραγματικότητα,
στους γονείς μου Δημήτρη και Σοφία
στα αδέρφια μου Γιάννη και Ζέσποινα
και στην Δήμητρα.....*

Σημαντικοί Όροι

“Τομέας Υγείας”: Ο τομέας δραστηριοτήτων που αφορούν στην Υγεία, στην κοινωνική αλληλεγγύη και στη Δημόσια Υγεία.

“Μονάδες Υγείας”: Οι φορείς του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, οι οποίοι έχουν την αρμοδιότητα παροχής υπηρεσιών στον τομέα υγείας.

“Υπηρεσίες Τομέα Υγείας”: Οι επαγγελματικές δραστηριότητες και διεργασίες που απαιτούν εξειδικευμένη τεχνογνωσία και υλικοτεχνικούς πόρους, προκειμένου να εξυπηρετούνται ανάγκες της υγειονομικής φροντίδας του πολίτη σε όλο το φάσμα της πρόληψης, διάγνωσης θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας του.

“Τυποποίηση”: Η δραστηριότητα με την οποία θεσπίζονται διατάξεις, οι οποίες προορίζονται να εφαρμοστούν, προκειμένου να αντιμετωπιστούν υπαρκτά ή εν δυνάμει προβλήματα και να επιτευχθεί ο καλύτερος βαθμός τάξης σε ένα δεδομένο πλαίσιο εφαρμογής.

“Πρότυπο”: Το έγγραφο στο οποίο περιλαμβάνονται, για συνεχή και επαναλαμβανόμενη χρήση, κανόνες, κατευθυντήριες οδηγίες ή χαρακτηριστικά για δραστηριότητες ή τα αποτελέσματά τους και το οποίο έχει καταρτιστεί, μετά από συναίνεση, από έναν αναγνωρισμένο φορέα, προκειμένου να επιτευχθεί ο καλύτερος δυνατός βαθμός τάξης σε ένα δεδομένο πλαίσιο εφαρμογής.

Διαδικασία: Μία σειρά λειτουργιών που θα πρέπει να πραγματοποιηθούν για την ολοκληρωμένη υλοποίηση μιας συγκεκριμένης διεργασίας. Μια διεργασία μπορεί να περιλαμβάνει πολλές επιμέρους διαδικασίες.

“Εθνικό Πρότυπο”: Το πρότυπο που έχει υιοθετηθεί από έναν εθνικό φορέα προτύπων και είναι διαθέσιμο στο κοινό.

“Πιστοποίηση”: Διαδικασία με την οποία ένα τρίτο μέρος (Φορέας Πιστοποίησης) παρέχει γραπτή διαβεβαίωση ότι ένα προϊόν, μια διεργασία ή μια υπηρεσία συμμορφώνεται με τις προδιαγεγραμμένες απαιτήσεις.

“Διαπίστευση”: Διαδικασία με την οποία ένας αρμόδιος φορέας (Φορέας Διαπίστευσης) παρέχει επίσημη αναγνώριση ότι ένας φορέας ή πρόσωπο είναι ικανός να πραγματοποιεί ειδικά έργα.

“Πάροχος φροντίδας υγείας”: Είναι ο επαγγελματίας στην φροντίδα υγείας ή οργανισμοί φροντίδας υγείας που συμμετέχουν με την άμεση παροχή υπηρεσιών υγείας.

“Όργανισμοί φροντίδας υγείας”: Είναι οργανισμοί που συμμετέχουν άμεσα στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Ομάδες ή υποδιευθύνσεις ενός οργανισμού, όπως τμήματα ή υπο-τμήματα, μπορούν να θεωρηθούν και αυτοί οργανισμοί όταν υπάρχει ανάγκη για αυτή την αναγνώριση.

“Λειτουργοί φροντίδας υγείας”: Είναι προσωπικό που συμμετέχει άμεσα στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

“Οδηγία CEN/TS 15224”: Οδηγία που βρίσκει εφαρμογή στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, ερμηνεύοντας το πρότυπο ISO 9001:2008, στοχεύοντας κυρίως στους στρατηγικούς επενδυτές όλων των επιπέδων στον συγκεκριμένο τομέα και σε εκείνους που εμπλέκονται στην ανάπτυξη, στην εφαρμογή και στην αξιολόγηση ενός ποιοτικού συστήματος διοίκησης στον τομέα υγείας.

“Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations”: Ιδιωτικός μη κερδοσκοπικός οργανισμός στις Ηνωμένες Πολιτείες που εμπλέκεται στις διαδικασίες διαπίστευσης στον τομέα υγείας.

“Joint Commission International”: Παρακλάδι του Joint Commission, που ιδρύθηκε το 1997 και επιθεωρεί νοσοκομεία εκτός Η.Π.Α

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο τομέας της υγείας είναι ένας ιδιαίτερα απαιτητικός και ανταγωνιστικός τομέας που αντιμετωπίζει άμεσα την πρόκληση της παροχής καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών προς τον ασθενή, της μείωσης του κόστους και της βέλτιστης προσαρμογής στα σύγχρονα δεδομένα. Η υιοθέτηση επομένως συγκεκριμένων προτύπων και στον χώρο της υγείας κρίνεται επιτακτική, λαμβάνοντας υπόψη το πόσο ευαίσθητος είναι και τις ισχυρές ηθικές και κοινωνικές διαστάσεις που έχει ο συγκεκριμένος τομέας.

Η σειρά συστημάτων ποιότητας ISO 9001:2008 περιγράφει ένα μοντέλο οργάνωσης που μπορεί να εφαρμοσθεί σε όλες τις επιχειρήσεις ανεξαρτήτως τομέα δραστηριοτήτων και ανεξαρτήτως μεγέθους. Στόχος είναι η επιτυχής ανταπόκριση στις απαιτήσεις των πελατών, σε ένα απαιτητικό, ανταγωνιστικό και εξελισσόμενο περιβάλλον. Η ιδιαιτερότητα του τομέα υγείας, προσδιόρισε την ανάγκη για την ανάπτυξη της οδηγίας CEN/TS 15224, που να ικανοποιεί κάθε είδος και μέγεθος οργανισμού, με τη χρήση απλής γλώσσας προσαρμοσμένη στη δημιουργία συστημάτων με στόχο τη συνεχή βελτίωση και την ικανοποίηση του πελάτη/ ασθενή, αποτελώντας ένα φυσικό βήμα στη διαχείριση ποιότητας υπό το πρίσμα του ISO 9001:2008.

Σε παγκόσμια κλίμακα και με φόντο τον απαιτητικό χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας, έχουν αναπτυχθεί οργανισμοί με συμβουλευτική και επιμορφωτική δραστηριότητα με τελικό στόχο την διαπίστευση των νοσοκομειακών μονάδων. Ένας από τους μεγαλύτερους οργανισμούς στον χώρο είναι και ο Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations και το διεθνές του παρακλάδι –Joint Commission International- που εστιάζουν στην συνεχή βελτίωση της ασφάλειας και της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας μέσα από διαδικασίες διαπίστευσης και συναφείς υπηρεσίες που συνδράμουν στη βελτίωση αυτή.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας, το οποίο αποτελεί και την εισαγωγή της παρούσας διατριβής, αποκαλύπτονται ο σκοπός και το αντικείμενο της εργασίας. Γίνεται σύντομη αναφορά στην ποιότητα και σε θεμελιώδεις έννοιες καθώς και στον όρο «Ολική Ποιότητα», ως στρατηγική προσέγγιση σε ένα οργανισμό. Στη συνέχεια επεκτείνεται η αναφορά για την ποιότητα στον χώρο της Υγείας και αποτυπώνεται η ανάγκη για υιοθέτηση διαχειριστικών πρακτικών σε θέματα ποιότητας στον συγκεκριμένο χώρο μέσα από τα προβλήματα που παρουσιάζονται.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται προσέγγιση του όρου «παροχή υπηρεσιών υγείας» ενώ παράλληλα πραγματοποιείται ιστορική αναδρομή που αφορά την αλλαγή στην ποιότητα ζωής από την σκοπιά της υγείας. Γίνεται αναφορά επίσης στην οργάνωση του συστήματος φροντίδας υγείας, στην ποιότητα και τους ανθρώπινους πόρους στον συγκεκριμένο χώρο, εισάγεται ο παράγοντας «πελάτης», διατυπώνονται οι στόχοι ενός συστήματος ποιότητας στον χώρο και παρατίθενται τα προβλήματα στην εφαρμογή προγραμμάτων Ολικής Ποιότητας. Τέλος διατυπώνονται μοντέλα και εργαλεία ποιότητας προσανατολισμένα στον χώρο της υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο, γίνεται μία εισαγωγή στην προσέγγιση της οδηγίας CEN/TS 15224 για την ερμηνεία των κύριων σημείων που διατυπώνονται σε αυτήν. Αποκαλύπτεται ο σκοπός και η ανάγκη για την ύπαρξη της συγκεκριμένης οδηγίας

καθώς και οι στόχοι της γύρω από τις απαιτήσεις των ασθενών και τις ανάγκες του οργανισμού. Γίνεται αναφορά στην πελατοκεντρική και διεργασιοκεντρική προσέγγιση που πρέπει να αναπτύξουν οι οργανισμοί υπηρεσιών υγείας, ενώ τέλος γίνεται μια αναδρομή στην εξέλιξη του προτύπου, από την έκδοση του 1994 στο αναβαθμισμένο πρότυπο του 2000 -βάσει του οποίου αναπτύχθηκε η συγκεκριμένη οδηγία- και από εκεί στην έκδοση του 2008, ενώ αποτυπώνονται και οι όποιες διαφορές. Εν κατακλείδι γίνεται συνοπτική αναφορά στην δομή της οδηγίας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, γίνεται η ανάπτυξη των κυριότερων όρων της οδηγίας και ερμηνεία τους, για να γίνουν κατανοητές οι απαιτήσεις του ISO 9001:2008 σε στρατηγικής σημασίας λήπτες των αποφάσεων σε όλα τα επίπεδα των υπηρεσιών υγείας. Αναπτύσσονται και προσεγγίζονται υπό το πρίσμα της υγείας όροι όπως προμηθευτής, οργανισμός, πελάτης, ικανοποίηση, ελάττωμα, διαδικασία, διεργασία, προϊόν, ποιότητα, καταχώρηση, απαίτηση, τεκμηρίωση, έλεγχος κα. Παράλληλα, γίνεται αναφορά στις γενικές απαιτήσεις του προτύπου, ενώ αναλύεται η ευθύνη της διοίκησης, οι απαιτήσεις σε πόρους, οι απαιτήσεις για την πραγμάτωση των υπηρεσιών, καθώς και οι απαιτήσεις για μέτρηση, ανάλυση και βελτίωση των διεργασιών, υπό το πρίσμα του τομέα υγείας. Τέλος γίνεται παράθεση παραδειγμάτων εφαρμογής του ISO 9001 σε οργανισμούς υγείας μέσα από τα οποία αποκαλύπτονται τα οφέλη της προσέγγισης.

Το πέμπτο κεφάλαιο, πραγματεύεται την δραστηριότητα του Joint Commission και του Joint Commission International και την συνεισφορά τους στην ασφάλεια και στην ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας. Γίνεται αναφορά στις απαιτήσεις του προτύπου που έχουν αναπτύξει για την δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, στα βήματα για την διαπίστευση, σε επιτεύγματα και επιδόσεις από νοσοκομεία που έχουν υιοθετήσει τις αρχές του Joint Commission. Παράλληλα, γίνεται διασύνδεση του όρου «ασφάλεια ασθενών» με τις αρχές του οργανισμού και παρουσιάζονται προτάσεις που θωρακίζουν τον συγκεκριμένο όρο. Στο τέλος του κεφαλαίου, γίνεται συνοπτική παρουσίαση άλλων οργανισμών με παρόμοια δραστηριότητα στον χώρο της διαπίστευσης νοσοκομειακών μονάδων, ενώ αποτυπώνεται και η περίπτωση του Διαγνωστικού και Θεραπευτικού Κέντρου Αθηνών «ΥΓΕΙΑ», το οποίο είναι το πρώτο ιδιωτικό νοσοκομείο που ξεκίνησε τις διαδικασίες διαπίστευσης κατά JCI.

Στο έκτο κεφάλαιο αποτυπώνονται τα συμπεράσματα της συγκεκριμένης εργασίας, όπου συμπεκνώνονται οι διαφορές του προτύπου ISO 9001:2008 σε σχέση με τα πρότυπα των Joint Commission και Joint Commission International και προβάλλονται οι σύγχρονες τάσεις.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

I.	ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	I
II.	ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ	II
III.	ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΧΗΜΑΤΩΝ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	II

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1	Εισαγωγικά στοιχεία	1
1.2	Η ποιότητα στον χώρο της Υγείας	3
1.3	Η ανάγκη για υιοθέτηση διαχειριστικών πρακτικών σε θέματα ποιότητας στα νοσοκομεία	6
1.4	Η ανάγκη για ολοκληρωμένα συστήματα ποιότητας μέσα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσοκομειακοί φορείς	8
1.5	Πιστοποίηση	10
	Βιβλιογραφία 1 ^{ου} κεφαλαίου	13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΠΤΙΚΗ ΤΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

2.1	“Παροχή υπηρεσιών υγείας” Προσέγγιση του όρου	16
2.2	Τι προσφέρουν τα συστήματα υγείας	16
2.3	Βελτιώσεις στο προσδόκιμο και στην ποιότητα ζωής - Ιστορική Αναδρομή	17
2.3.1	Εξέλιξη του συστήματος υγείας – Στοιχεία των τελευταίων ετών	19
2.4	Φροντίδα Υγείας- η εδραίωση του όρου «συνεργασία»	21
2.4.1	Οργάνωση του συστήματος Φροντίδας Υγείας	21
2.4.2	Ποιότητα στην Φροντίδα Υγείας	23
2.5	Ποιότητα και Ανθρώπινοι Πόροι σε Συστήματα Υγείας	26
2.6	Προβλήματα στην διαμόρφωση πλαισίου αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας	29
2.7	Ο παράγοντας «πελάτης» στο χώρο της υγείας	31
2.7.1	Ικανοποίηση πελατών στον τομέα Φροντίδας Υγείας	32

2.8	Επικοινωνία της Ολικής Ποιότητας, συμβολή του Προγράμματος Διοίκησης σε αυτό	33
2.9	Στόχοι ενός Συστήματος Ποιότητας στην Υγεία	34
2.10	Προβλήματα στην εφαρμογή προγραμμάτων Ολικής Ποιότητας	36
2.10.1	Η εφαρμογή του μοντέλου της ΔΟΠ στις μονάδες Φροντίδας Υγείας	42
2.10.2	Απώτερος στόχος της ποιότητας σήμερα – Μονόδρομος για την βελτίωση	46
2.11	Τι προσφέρει η ΔΟΠ στα προγράμματα φροντίδας υγείας	47
2.12	Μελλοντικές κατευθύνσεις της ΔΟΠ στα συστήματα υγείας	49
2.13	Χρηματοδότηση και κόστος ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	49
2.14	Μοντέλα και εργαλεία Ποιότητας προσανατολισμένα στον χώρο της Υγείας	52
2.14.1	Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας EFQM	52
2.14.2	Μοντέλο SERVQUAL	54
2.14.3	Το διεθνές πρόγραμμα ποιότητας «BALDRIDGE»	55
2.14.4	Σταθμισμένη κάρτα στοχοζυγίου	56
2.14.5	Προσέγγιση Έξι Σίγμα	56
2.14.6	Πρότυπο 9001:2008 και οδηγία εφαρμογής του	57
	Βιβλιογραφία 2 ^{ου} κεφαλαίου	59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΟΔΗΓΙΑ CEN/TS 15224:2005: ΜΙΑ ΠΡΩΤΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

3.1	Γενικά	67
3.2	Σκοπός ανάπτυξης της οδηγίας CEN/TS 15224:2005	68
3.3	Οφέλη από την εισαγωγή ενός Συστήματος Διασφάλισης Ποιότητας σε έναν οργανισμό υγείας	70
3.4	Υπηρεσίες υγείας και συστήματα διαχείρισης ποιότητας	72
3.5	Πελατοκεντρική προσέγγιση στον χώρο της υγείας	73
3.6	Διεργασιοκεντρική προσέγγιση στον χώρο της υγείας	75

3.6.1	Συνεχής βελτίωση μέσα από το διεργασιοκεντρικό μοντέλο	77
3.7	Συμβατότητα των συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας με το ISO 9001	79
3.8	Σχέση της οδηγίας CEN/TS 15224 με τα πρότυπα ISO 9001 και ISO 9004	79
3.9.1	Διαφορές του ISO 9000:2000 με το ISO 9000:1994	80
3.9.2	Συμβατότητα του ISO 9001:2000 με άλλα συστήματα διαχείρισης	83
3.9.3	Το νέο πρότυπο ISO 9001:2008: Διαφορές με το πρότυπο ISO 9001:2000	84
3.10	Οδηγίες για την χρήση του ISO 9001:2000 στον τομέα υπηρεσιών υγείας – Δομή της οδηγίας	87
	Βιβλιογραφία 3 ^{ου} κεφαλαίου	90

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΟΡΟΙ ΚΑΙ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ - Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

4.1	Πλαίσιο δραστηριοτήτων της συγκεκριμένης οδηγίας	92
4.2	Εφαρμογή της οδηγίας CEN/TS 15224:2005	93
4.3	Όροι που απαντώνται στην οδηγία και ερμηνείες των όρων αυτών	93
4.4	Συστήματα διαχείρισης ποιότητας - Γενικές απαιτήσεις	108
4.4.1	Γενικές απαιτήσεις- τεκμηρίωση	109
4.4.2	Ευθύνη της διοίκησης	111
4.4.3	Διαχείριση Πόρων	113
4.4.4	Πραγμάτωση προϊόντος/ υπηρεσίας	114
4.4.5	Μέτρηση, ανάλυση και βελτίωση	120
4.5	Εφαρμογή του EN ISO 9001 σε συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας	124
4.6	Εφαρμογή του ISO 9001:2008: Η περίπτωση τριών ελληνικών νοσοκομείων	125
4.6.1	Η περίπτωση του ΠΓΝ Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	126
4.6.1A	Αποτύπωση της κατάστασης στο νοσοκομείο «Η Σωτηρία»	127

4.6.1B	Οφέλη εφαρμογής του συστήματος ISO 9001 στο «ΣΩΤΗΡΙΑ»	128
4.6.2	Η περίπτωση του «Ομίλου Ιατρικού Αθηνών»	129
4.6.3	Η περίπτωση του «Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου»	131
4.7	Εφαρμογή του μοντέλου διαχείρισης ολικής ποιότητας (ISO 9001:2000) σε νοσοκομεία παγκοσμίως- Η περίπτωση της Τεχεράνης	135
4.8	Η εφαρμογή και τα οφέλη της διασφάλισης ποιότητας κατά ISO 9001 εν κατακλείδι	138
	Βιβλιογραφία 4 ^{ου} κεφαλαίου	140

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Ο ΔΙΕΘΝΗΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗΣ JOINT COMMISSION

5.1	Ο οργανισμός Joint Commission	147
5.1.1	Αποστολή του Joint Commission	150
5.1.2	Κόστος διαπίστευσης από τον Joint Commission	150
5.2	Διαπίστευση νοσοκομειακών μονάδων από τον Joint Commission	151
5.3	Απαιτήσεις του Joint Commission για την διαπίστευση νοσοκομειακών μονάδων υγείας	153
5.3.1	Το περιβάλλον υγειονομικής φροντίδας	153
5.3.2	Το ανθρώπινο δυναμικό	154
5.3.3	Πρόληψη και έλεγχος μολύνσεων	155
5.3.4	Διαχείριση πληροφοριών	155
5.3.5	Ηγεσία	155
5.3.6	Ασφάλεια των ασθενών	156
5.3.7	Διαχείριση χορήγησης φαρμάκων	157
5.3.8	Ιατρικό δυναμικό	158
5.3.9	Νοσηλεία	159
5.3.10	Παροχή φροντίδας, θεραπεία και συναφείς υπηρεσίες	159
5.3.11	Τεκμηρίωση της φροντίδας, της θεραπείας και των υπηρεσιών	160

5.3.12	Δικαιώματα και ευθύνες του ατόμου	162
5.4	Διεθνής χαρακτήρας του Joint Commission (Joint Commission International – JCI)	163
5.4.1	Βήματα για την διαπίστευση από τον JCI	165
5.4.2	Προσφερόμενες υπηρεσίες για την προετοιμασία της διαπίστευσης	167
5.4.3	Διεθνείς συνεργασίες και επιτεύγματα του Joint Commission International - Συγκεκριμένα παραδείγματα χωρών	168
5.5	Επιδόσεις νοσοκομείων σε θέματα ποιότητας – Ευρήματα κλειδιά	177
5.5.1	Διαχείριση της καρδιακής προσβολής	181
5.5.2	Διαχείριση της καρδιακής ανεπάρκειας	183
5.5.3	Διαχείριση περιστατικών πνευμονίας	184
5.5.4	Βελτιώσεις στην παροχή χειρουργικής φροντίδας	187
5.5.5	Συμπεράσματα όσον αφορά τις επιδόσεις των νοσοκομείων σε θέματα ποιότητας	188
5.6	Ασφάλεια ασθενών	190
5.6.1	Λύσεις στο κομμάτι της ασφάλειας των ασθενών από τον JCAHO	193
5.6.2	Φάρμακα που μοιάζουν ή ακούγονται παρόμοια	194
5.6.3	Ταυτότητα ασθενών	195
5.6.4	Επικοινωνία μεταξύ των ιατρικών ομάδων	196
5.6.5	Σωστές επεμβάσεις στον σωστό άρρωστο	197
5.6.6	Έλεγχος διαλυμάτων ηλεκτρολυτών υψηλής συγκέντρωσης	198
5.6.7	Διασφάλιση της σωστής φαρμακευτικής αγωγής	198
5.6.8	Αποφυγή προβλημάτων που σχετίζεται με διασωληνώσεις, καθετήρες και σύριγγες	199
5.6.9	Αποφυγή της χρήσης βελόνων/ συρίγγων περισσότερες από μία φορά	200
5.6.10	Εστίαση στην ατομική υγιεινή, για να εμποδιστεί η μετάδοση μολύνσεων	200
5.7	Συναφείς οργανισμοί διαπίστευσης στον χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας	201
5.7.1	Καναδικό Συμβούλιο Διαπίστευσης στην Παροχή	

Υπηρεσιών Υγείας (CCHSA)	202
5.7.2 Διαπίστευση υπηρεσιών υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο- Η περίπτωση του TAS	203
5.7.3 Το Αυστραλιανό Συμβούλιο για Πρότυπα Ποιότητας Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ACHS)	205
5.7.4 Συμβούλιο για την Διαπίστευση Υπηρεσιών Υγείας στη Νότια Αφρική (COHSASA)	207
5.8 Διαπίστευση κατά JCI: Η περίπτωση του Διαγνωστικού και Θεραπευτικού κέντρου Υγεία	209
Βιβλιογραφία 5 ^{ου} κεφαλαίου	212

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΤΑΣΕΙΣ

6.1 ISO 9001 και JCAHO: Η ολοκληρωμένη προσέγγιση στην τελειότητα	219
6.2 Παγκοσμιοποίηση και διαπίστευση	223
Βιβλιογραφία 6 ^{ου} κεφαλαίου	227

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ	229
ΕΛΛΗΝΙΚΗ	243
ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ	246

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Γεώργιο Μποχώρη για την ανάθεση της Διπλωματικής Εργασίας, την εμπιστοσύνη και την πολύτιμη καθοδήγησή του, τους καθηγητές μου κ. Λαγοδήμο Αθανάσιο και Σφακιανάκη Μιχαήλ για την συμβολή τους στη αξιολόγησή της και το σύνολο των Καθηγητών του Μεταπτυχιακού Προγράμματος για την ανεκτίμητη γνώση που μου μετέδωσαν

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Ραγδαία αύξηση του προσδόκιμου ζωής το 2 ^ο μισό του 20 ^{ου} αιώνα	18
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Ποσοστό ικανοποίησης πολιτών από το σύστημα υγείας της χώρας τους	41
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Περιοχή συγκρούσεων ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας και μοντέλα ΔΟΠ	42
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Ποιοτικές βελτιώσεις στο νοσοκομείο DRK	177

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

ΣΧΗΜΑ 1: Η εφαρμογή του μοντέλου ΔΟΠ στις μονάδες φροντίδας υγείας	46
ΣΧΗΜΑ 2: Δομή του EFQM. Μοντέλο επιχειρηματικής αριστείας	53
ΣΧΗΜΑ 3: Μοντέλο Διεργασιοκεντρικής Προσέγγισης	76
ΣΧΗΜΑ 4: Τεκμηρίωση του Συστήματος Διασφάλισης Ποιότητας	110
ΣΧΗΜΑ 5: Ο κύκλος PDCA σε επίπεδο συστήματος	123
ΣΧΗΜΑ 6: Απαιτούμενα βήματα για την διαπίστευση νοσοκομείων από Joint Commission International	166
ΣΧΗΜΑ 7: Η δράση του JCI σε παγκόσμια κλίμακα	169

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΔΙΑΓΡ 1: Βελτίωση επί του συνόλου των διαδικασιών σε καθένα από τα τέσσερα νοσοκομεία στην Τεχεράνη	137
ΔΙΑΓΡ 2: Βελτίωση ποιότητας από την εφαρμογή του ISO 9001:2000	137
ΔΙΑΓΡ 3: Βελτίωση σε χρόνο ως προς την προ εγχειρητική διαδικασία/ χορήγηση αναισθησίας του κέντρου Erfan –Bagedo τα έτη 2006-2007	172
ΔΙΑΓΡ 4: Επιτεύγματα με την εφαρμογή του JCI προτύπου για νοσοκομεία της Ιταλίας το 2006-2007	174

ΔΙΑΓΡ 5:	Συγκεντρωτική αποτύπωση των επιδόσεων σε παραμέτρους καρδιολογικών προβλημάτων	179
ΔΙΑΓΡ 6:	Βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας σε ασθενείς που πρόκειται να χειρουργηθούν κατά το διάστημα 2005 -2007	180
ΔΙΑΓΡ 7:	Βελτιώσεις σε παράγοντες που συμβάλλουν στην ορθή διαχείριση της καρδιακής προσβολής το διάστημα 2002-2007	182
ΔΙΑΓΡ 8:	Βελτιώσεις σε παράγοντες που συμβάλλουν στην ορθή διαχείριση της καρδιακής ανεπάρκειας το διάστημα 2002-2007	184
ΔΙΑΓΡ 9:	Βελτιώσεις σε παράγοντες που συμβάλλουν στην ορθή διαχείριση της πνευμονίας το διάστημα 2002-2007	186
ΔΙΑΓΡ 10:	Βελτιώσεις σε παράγοντες που συμβάλλουν στην ελάττωση των χειρουργικών επιπλοκών το διάστημα 2005-2007	188

“What is the secret of quality” you, will ask.

«Very simple, it is love. Love of Knowledge,

love of Man and love of God.

Let us live and work accordingly».

“Avedis Donabedian.....”

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Εισαγωγικά στοιχεία

Η έννοια της ποιότητας¹ εμφανίστηκε στις χώρες της Δύσης τη δεκαετία του '70 στο βιομηχανικό τομέα και υπήρξε το αποτέλεσμα της σύγκρισης των Ιαπωνικών προϊόντων με αυτά των δυτικών χωρών, με τα Ιαπωνικά να κερδίζουν ένα μεγαλύτερο μερίδιο στην αγορά τη δεκαετία του 1980.

Ένα σημαντικό στοιχείο για αυτή την άνοδο ήταν η ικανότητα των Γιαπωνέζων κατασκευαστών να δίνουν στους πελάτες αυτό ακριβώς που ζητούσαν, δηλ. καλοσχεδιασμένα, ανθεκτικά προϊόντα, άμεσα διαθέσιμα και σε λογική τιμή. Η θεμελιώδης ιδέα της ποιότητας είναι η ικανοποίηση των αναγκών και επιθυμιών των πελατών.

Η θεμελίωση της έννοιας της ποιότητας, έγινε με την εισαγωγή και την χρήση των διαγραμμάτων στατιστικού ελέγχου ποιότητας.² Μέσα από τα 14 σημεία για τη διαχείρισή της, υποστηρίχθηκε αρχικά, πως για να υπάρξει αποτέλεσμα στη βελτίωση των υπηρεσιών ενός οργανισμού πρέπει α) η διοίκηση να προσανατολιστεί με σταθερότητα και επιμονή σε στόχους διαρκούς βελτίωσης της ποιότητας β) να εισαχθεί η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού κατά τη διάρκεια της δουλειάς του και τέλος να καταργηθούν οι διαχωριστικές γραμμές μεταξύ τμημάτων και ανθρώπων.

Την ίδια περίπου περίοδο³ αναπτύχθηκαν στον χώρο της βιομηχανίας οι έννοιες του ποιοτικού σχεδιασμού, του ποιοτικού ελέγχου και της ποιοτικής βελτίωσης

Στη συνέχεια, η έννοια της ποιότητας επεκτάθηκε και σε άλλες παραγωγικές δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένων και των υπηρεσιών. Ειδικότερα για τις υπηρεσίες, η ποιότητα ταυτίστηκε με την ετοιμότητα παροχής, τη δυνατότητα πρόσβασης, την καταλληλότητα, την αξιοπιστία, τη φιλικότητα και τη συνεχή υποστήριξη.

Ο σύγχρονος ορισμός της ποιότητας έχει επιχειρηθεί με πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις⁴, άλλοτε συνοπτικές και σύντομες, όπως «*ποιότητα είναι η συμμόρφωση με απαιτήσεις και προδιαγραφές*» και άλλοτε πλέον σύνθετες και αναλυτικές, όπως της Αμερικανικής Ένωσης Ποιοτικού Ελέγχου, που ορίζει την ποιότητα ως «*την ολότητα των χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που επηρεάζουν την ικανότητα να ικανοποιεί δεδομένες ανάγκες*».

Η βελτίωση της ποιότητας, είναι μία αδιάλειπτη διαδικασία⁵ η οποία πραγματοποιεί συνεχείς αξιολογήσεις, συνεχή αναζήτηση ευκαιριών και συνεχή εφαρμογή λύσεων για την εκμετάλλευση των ευκαιριών αυτών. Επειδή ακριβώς μια τέτοια προσπάθεια προϋποθέτει την ολόπλευρη στήριξη και συμμετοχή της διοίκησης⁶, δεν μπορεί παρά να ασκείται συνολικά και συστηματικά στο πλαίσιο της διοίκησης ποιότητας και με έναν τέτοιο τρόπο, που να περιλαμβάνει όλο το προσωπικό και όλες τις δραστηριότητες. Στις περιπτώσεις αυτές, συχνά αναφέρεται και ως *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας* (ΔΟΠ).

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, αποτελεί σήμερα στρατηγική προσέγγιση της ανώτατης διοίκησης που μεταφράζεται σε νέο τρόπο λειτουργίας και συμπεριφοράς του οργανισμού. Παράλληλα ξεφεύγει από τον στατικό χαρακτήρα των παραδοσιακών τεχνικών του ελέγχου ποιότητας υιοθετώντας ένα περισσότερο ρευστό-δυναμικό χαρακτήρα που συνεπάγεται συνεχή εκπαίδευση και εκμάθηση νέων τεχνικών, διαρκή ανάπτυξη των εργαζομένων ως ατόμων και επιμονή στη συνεχή βελτίωση προϊόντων και διαδικασιών.

Σήμερα, στον ευρύτερο χώρο της παραγωγής προϊόντων και υπηρεσιών⁷, αναζητούνται λύσεις στα προβλήματα που έχουν σχέση, όχι μόνο με τη διασφάλιση και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και με την οργάνωση των ίδιων των μονάδων παραγωγής, τη διανομή τους, την αποτελεσματικότητά τους, τη συγκράτηση του κόστους λειτουργίας τους κ.ά.

Τα οφέλη που προκύπτουν είναι πολλά, όπως

- η αποσαφήνιση σχέσεων μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών
- ο καθορισμός του τρόπου αποτελεσματικής εσωτερικής και εξωτερικής επικοινωνίας

- η αναγνωρισιμότητα από τον πελάτη/ συνεργάτη της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών
- εύρεση κατάλληλων τρόπων για την προβολή των θετικών σημείων, αλλά και
- των συστηματικών προσπαθειών για την αντιμετώπιση των αδύνατων σημείων κάθε φορέα ή οργανισμού κ.α.

1.2 Η ποιότητα στο χώρο της υγείας

Η ποιότητα στο χώρο της υγείας⁷, προσδιορίζεται διαφορετικά από ότι στο χώρο της βιομηχανικής παραγωγής και επομένως έχει διαφορετικό τρόπο επίτευξης. Εδώ ο πελάτης προσεγγίζεται με την οπτική του ασθενή. Στον συγκεκριμένο τομέα, από τη στιγμή που οι ασθενείς μεταξύ τους παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στους παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας τους, είναι αναμενόμενο η στατιστική ανάλυση να αναδεικνύει σημαντικές αλλά αναγκαίες διαφορές στην αντιμετώπισή τους. Γι' αυτό και η έννοια του μηδενικού ελαττώματος στην υγεία ταυτίζεται με την παροχή στους ασθενείς αυτού ακριβώς που έχουν ανάγκη και που επιθυμούν. Στη βιομηχανία αντίθετα, η ποιότητα ταυτίζεται με την απόλυτη τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος. Στόχος είναι η ύπαρξη μηδενικών αποκλίσεων/ ελαττωμάτων στη διαδικασία και στο αποτέλεσμα

Η ελαχιστοποίηση των αποκλίσεων/ ελαττωμάτων στην υγεία, στην πράξη σημαίνει βελτίωση ή εξάλειψη της «κακής» πρακτικής και ενθάρρυνση της «καλής». Η εξασφάλιση της καταλληλότερης και πλέον επιθυμητής θεραπευτικής αγωγής αποτελεί ένα περισσότερο δύσκολο εγχείρημα από ότι η επίτευξη μηδενικών αποκλίσεων στη Βιομηχανία.

Η υγεία αποτελεί έναν από τους πλέον ευαίσθητους και απαιτητικούς χώρους. Οι νέες τεχνολογικές εξελίξεις αλλά και οι σύνθετες απαιτήσεις για παροχή αναβαθμισμένων υπηρεσιών προς τον πολίτη/ ασθενή σε συνδυασμό με τη μείωση του κόστους για τον πάροχο των υπηρεσιών αποτελούν μια μεγάλη πρόκληση για οποιοδήποτε οργανισμό αποφασίσει να αντιμετωπίσει το αντικείμενο. 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 άμεμπτο επαγγελματισμό και την

αξιοπρέπεια του «πελάτη» αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα, αποτελώντας άμεση προτεραιότητα.

Από μία σκοπιά⁸, η διασφάλιση ποιότητας στο χώρο της υγείας, είναι *«η συμφωνία σε ορισμένα πρότυπα φροντίδας και υπηρεσιών που παρέχονται καθώς και η διασφάλιση των προτύπων αυτών με τακτικές μετρήσεις επίδοσης και αλλαγών όπου κρίνεται σκόπιμο»*

Μία προσέγγιση της έννοιας περίθαλψη⁹ περιελάμβανε τη διάσπαση του όρου δομή, διαδικασίες και αποτελέσματα. Σε καθένα από αυτά θα πρέπει να εισάγονται ξεχωριστά ποιοτικές προσεγγίσεις προς όφελος του ασθενή για την επίτευξη των βέλτιστων αποτελεσμάτων.

Ένας ορισμός της ποιότητας σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM)¹⁰ της διεθνούς ακαδημίας είναι *«ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας, τόσο σε εξατομικευμένο όσο και σε γενικότερο επίπεδο, αυξάνουν την πιθανότητα του επιθυμητού αποτελέσματος και είναι συνεπείς με την τρέχουσα επαγγελματική γνώση.»*

Από μια άλλη σκοπιά, ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας (Agency for Healthcare Research and Quality), σημαίνει *«να γίνονται τα σωστά πράγματα στο σωστό χρόνο και με το σωστό τρόπο, για το κατάλληλο άτομο, με το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.»*

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

Αρχικά, η έννοια της ποιότητας στον χώρο της υγείας περιορίστηκε στη διασφάλιση της λειτουργίας των ιατρικών μηχανημάτων με διαδικασίες βαθμονόμησης ώστε οι μετρήσεις σε επίπεδο διάγνωσης, να μην εμφανίζουν αποκλίσεις από τις πραγματικές τιμές.

Η αξιοπιστία και η επαναληψιμότητα των ιατρικών εξετάσεων αποτέλεσαν αντικείμενα των πρώτων ποιοτικών ελέγχων: Έχει βρεθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό λαθών και παραλείψεων οφείλεται στο ότι:

- αφενός δεν έχει αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια πολλών παρεμβάσεων υγείας και αφετέρου

- δεν είναι ενήμεροι οι λειτουργοί υγείας για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των παρεμβάσεων υγείας που έχουν ήδη αξιολογηθεί.

Έτσι μένει ελεύθερο το πεδίο για παροχή ιατρικής περίθαλψης βασισμένη στην υποκειμενική αντίληψη και ατομική εμπειρία του κλινικού ιατρού.

Η εμπειρία όμως διαφέρει από γιατρό σε γιατρό¹¹ και εμπεριέχει στοιχεία μεροληψίας, με αποτέλεσμα τη μεταβλητότητα στην άσκηση της ιατρικής πρακτικής για όμοιες περιπτώσεις ασθενών. Τέτοιου είδους μεταβλητότητα μπορεί να εμφανίζεται μεταξύ δύο ή περισσότερων υγειονομικών ή γεωγραφικών περιφερειών ή να εντοπίζεται μέσα στα όρια μιας συγκεκριμένης περιφέρειας. Αυτές οι διαφορές έχουν επιπτώσεις στο κόστος της ιατρικής περίθαλψης, κυρίως όμως επιβαρύνουν την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Η αντιμετώπιση αυτής της μεταβλητότητας¹², αποτέλεσε επίσης αντικείμενο των πρώτων ποιοτικών μελετών στην υγεία.

Ένας παράγοντας που επέβαλε και επιβάλλει την ανάπτυξη ποιοτικού σχεδιασμού στον τομέα είναι η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών, όσον αφορά την φροντίδα και περίθαλψη ασθενών.¹³ Στα αμερικάνικα μάλιστα νοσοκομεία οι ενέργειες αυτές κυμαίνονται από 2,7-3,6% στο σύνολο των νοσηλευομένων. Το 50% των ενεργειών αυτών οφείλεται σε ανθρώπινο λάθος, ενώ ένα 10% των ασθενών καταλήγει σε θάνατο. Σχετικές μελέτες εκτιμούν ότι οι αποτρέψιμοι θάνατοι ασθενών κυμαίνονται τα τελευταία χρόνια στις ΗΠΑ από 44.000-98.000 κάθε χρόνο, γεγονός που έχει αυξητική τάση και το οποίο συνδυάζεται με τον έλεγχο και την εφαρμογή προτύπων διασφάλισης ποιότητας. Είναι γεγονός πάντως πως από τις 50 πολιτείες που ελέγχθηκαν οι 26 είχαν αναπτύξει πρόγραμμα καταγραφής των ανεπιθύμητων ενεργειών, μέχρι και το 2008, γεγονός που συμβάλλει στην αντιμετώπισή τους.

Παράλληλα, ο έλεγχος της ποιότητας αρχικά είχε συνδεθεί και με την έννοια του ιατρικού ελέγχου¹⁴ όπου γίνεται μελέτη τμήματος των διαδικασιών και ανάλυση του αποτελέσματος της κλινικής φροντίδας, από εκείνους που είναι προσωπικά δεσμευμένοι στη συγκεκριμένη δραστηριότητα, για τη μέτρηση εάν οι στόχοι έχουν επιτευχθεί αξιολογώντας έτσι την προσφερόμενη ποιότητα. Η επιδιωκόμενη όμως βελτίωση ήταν περιορισμένη, γιατί οι ευθύνες αναζητούνταν μόνο στους γιατρούς, απουσίαζε η ανάλυση τάσεων και η διαμόρφωση προτύπων ώστε να εντοπίζονται με

αντικειμενικότητα τα βαθύτερα αίτια και δεν υπήρχαν διαδικασίες και συστήματα επανόρθωσης των λαθών και αξιολόγησης της βελτίωσης.

Επίσης, ο ιατρικός έλεγχος¹⁵ όχι μόνο δεν πραγματοποιούταν με τη χρήση κριτηρίων, προτύπων ή πρωτοκόλλων ως μέτρο σύγκρισης, αλλά περιοριζόταν και σε ένα μόνο τομέα δραστηριότητας του νοσοκομείου (ιατρικό τομέα).

1.3 Η ανάγκη για υιοθέτηση διαχειριστικών πρακτικών σε θέματα ποιότητας στα νοσοκομεία

Τα τελευταία χρόνια, η προσοχή έχει εστιαστεί σε θέματα διασφάλισης ποιότητας⁷ σε οργανισμούς υγείας καθώς και στον ευρύτερο σχεδιασμό, εξαιτίας μιας σειράς παραγόντων, όπως η πρόοδος στην ιατρική και την τεχνολογία, η αύξηση των προϋπολογισμών των μονάδων υγείας, οι υψηλές απαιτήσεις των πελατών/ ασθενών, η γήρανση του πληθυσμού και τα περιορισμένα κονδύλια που διατίθενται για αυτόν το σκοπό.

Στις μέρες μας, περισσότερο από ποτέ οι μονάδες υγείας κατανοούν ότι πρέπει να εστιάζουν στην ποιότητα και στη βελτίωσή της.¹⁸ Σημάδι είναι η προοπτική εφαρμογής από ολόένα και περισσότερα νοσοκομεία των οδηγιών του ISO 9001:2008, καθώς και η ανάπτυξη προτύπων εξειδικευμένα στον τομέα της υγείας, όπως τα πρότυπα ISO/IEC/EN 17025 (Γενικές απαιτήσεις για την ικανότητα των εργαστήριων δοκιμών και διακριβώσεων) και ISO CEN/TS 15224:2005 (Υπηρεσίες Υγείας – Συστήματα διαχείρισης της ποιότητας. Οδηγός για την χρήση του EN ISO 9001:2000).

Σήμερα η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ), θεωρείται ως το πλέον υποσχόμενο εργαλείο για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και της παραγωγικότητάς τους. Αν λάβει κανείς υπόψη τα θεαματικά αποτελέσματα στον τομέα της βιομηχανίας, μπορεί να αντιληφθεί την επίδραση που θα έχουν τα εργαλεία αυτά στον τομέα της Υγείας. Η εφαρμογή όμως αυτή θα πρέπει να γίνει με μακροπρόθεσμο σχεδιασμό, γιατί τα προβλήματα που απασχολούν τον συγκεκριμένο χώρο, απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή

και φροντίδα. Βασικοί παράγοντες¹⁹ που δυσχεραίνουν την εφαρμογή μοντέλων ποιότητας στο χώρο της υγείας είναι:

- Η οργανωτική δομή, καθώς τα νοσοκομεία έχουν οργανωθεί με βάση μια ιεραρχική-λειτουργική δομή, γεγονός που είναι εναντίον στη ΔΟΠ φιλοσοφία, που απαιτεί ευέλικτη δομή με ελάχιστο αριθμό επιπέδων
- Οργανισμική κουλτούρα
- Ηγεσία
- Απουσία συστήματος καταγραφής πληροφοριών
- Ενεργή συμμετοχή των ιατρών
- Συμμετοχή των ασθενών
- Επαγγελματική αυτονομία
- Σχέσεις συνδικάτων – διοίκησης

Από την ίδια έρευνα, προέκυψε ότι σε 3 ευρωπαϊκές χώρες ένα μικρό ποσοστό μόνο-κατά Μ.Ο 2,5%- έχει αναπτύξει ή εφαρμόζει κάποιο σύστημα ποιότητας, με τις όποιες διαδικασίες προς αυτήν την κατεύθυνση να εστιάζουν κυρίως στην συλλογή εγγράφων ποιότητας και την εκπαίδευση σε σχετικές διαδικασίες.

Για τη σωστή εφαρμογή ποιοτικών προσεγγίσεων που θα οδηγήσουν τελικά σε βελτιώσεις στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι ακόλουθοι παράγοντες είναι απαραίτητοι:²⁰

- Ενεργή και εμφανή υποστήριξη από κλινική και διοικητική ηγεσία για συνεχή βελτίωση ποιότητας
- Εποπτικά συστήματα ποιότητας
- Υιοθέτηση νέων τεχνολογιών
- Ομάδες βελτίωσης
- Εστίαση στις διαδικασίες ως παράγοντες βελτίωσης

- Περιορισμός μη απαραίτητων αποκλίσεων
- Αναθεωρημένες πρακτικές για διοίκηση προσωπικού

1.4 Η ανάγκη για ολοκληρωμένα συστήματα ποιότητας μέσα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσοκομειακοί φορείς

Τα νοσοκομεία είναι ο κύριος στόχος κάθε προσπάθειας που γίνεται για την αναβάθμιση του συστήματος υγείας²¹, εξαιτίας του ότι στις περισσότερες χώρες, απορροφούν το μεγαλύτερο το μεγαλύτερο κεφάλαιο για δραστηριότητες υπηρεσιών υγείας. Επομένως, ανεπάρκεια -ποιοτική και ποσοτική- των νοσοκομείων, συνεπάγεται και ανεπάρκεια του συστήματος υγείας

Σε αρκετές χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, μεγάλο ποσοστό των νοσοκομείων ανήκει στο δημόσιο, παρά το γεγονός ότι αποτελούν ανεξάρτητοι και αυτοδιαχειριζόμενοι οργανισμοί.²² Πολλές φορές ο δημόσιος χαρακτήρας είναι εκείνος που καθορίζει τη διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, γεγονός που συνδέεται με τις επεμβάσεις των κεντρικών αρχών, αφήνοντας περιορισμένα περιθώρια για καλή διαχείριση.

Επίσης δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που νοσοκομεία στεγάζονται σε παλαιά κτήρια που προορίζονταν αρχικά για διαφορετικούς σκοπούς, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά τη λειτουργία τους.

Παρά το γεγονός της αναβάθμισης του νοσοκομειακού εξοπλισμού (μηχανήματα, συσκευές, εργαλεία) τα τελευταία χρόνια εξαιτίας των βιοϊατρικών εξελίξεων, το επίπεδο σε πολλές χώρες του κόσμου δεν είναι το επιθυμητό.²³ Επίσης, η έλλειψη προϋπολογιστικού ελέγχου, μαζί με την απουσία ενός μοντέρνου συστήματος χρηματοδότησης νοσοκομείων, δεν διασφαλίζει την κινητοποίηση του προσωπικού και δεν επιτρέπει την ανάπτυξη αποτελεσματικών από την άποψη κόστους διεργασιών. Οι προϋπολογισμοί φτιάχνονται με βάση τους προηγούμενους με κατάλληλες προσαρμογές που σχετίζονται με τον πληθωρισμό.

Η έλλειψη εσωτερικών κανονισμών λειτουργίας στα νοσοκομεία δεν έχει αντιστοιχία, χρόνια τώρα, στο πλαίσιο της Ενωμένης Ευρώπης, με αποτέλεσμα τη σύγκυση ως

προς τις αρμοδιότητες και τον τρόπο λειτουργίας του προσωπικού και αποδεικνύει ότι το σύστημα εξακολουθεί να πορεύεται άναρχα πρωτοτυπώντας με τις όποιες συνέπειες για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία των νοσοκομείων.

Η άνιση επίσης αντιμετώπιση των επαγγελματιών υγείας και η δημιουργία προνομιούχων και μη προνομιούχων με την εφαρμογή του συστήματος σε συνδυασμό με τον πρόσφατο διαχωρισμό σε νεόπλουτους και νεόπτωχους των νοσοκομείων, δημιουργεί ανισότητες μεταξύ των εργαζομένων, οι οποίες οδηγούν σε όξυνση και σε ένα αρνητισμό, ο οποίος ως κατάσταση πλέον εκδηλώνεται εμμέσως πλην σαφώς με ανύποπτες προς το παρόν, αλλά πολύ έντονες, αντιδράσεις στο μέλλον, καθώς το σύστημα αμοιβής των υψηλόμισθων είναι αντιστρόφως ανάλογο με την αποδοτικότητά τους.

Σήμερα επίσης²⁴, ο αριθμός των υπαλλήλων που δουλεύουν σε νοσοκομεία είναι μεγαλύτερος από ότι στο παρελθόν. Παρ' όλα αυτά, ο αριθμός αυτός δεν μπορεί να χαρακτηριστεί επαρκής για να καλύψει τις σύγχρονες ανάγκες της νοσοκομειακής φροντίδας. Παράλληλα, υπάρχει έλλειψη εσωτερικών διαδικασιών. Η έλλειψη αυτή δημιουργεί ποικίλα προβλήματα όσον αφορά τις σχέσεις του προσωπικού, επικοινωνιακά προβλήματα και σύγχυση ρόλων. Είναι επίσης προφανές ότι δεν υπάρχει τρόπος διασφάλισης της ποιότητας και της παραγωγικότητας της εργασίας, εξαιτίας της έλλειψης ελέγχου.

Όσον αφορά τις αρμοδιότητες και τις λειτουργίες της διεύθυνσης και της διοίκησης, η σύγχυση επίσης φαίνεται να είναι ένα μόνιμο πρόβλημα, ενώ δεν λείπουν και τα προβλήματα συντονισμού.

Επιπλέον δεν θα έπρεπε να παραβλεφθεί η έλλειψη εξειδικευμένων υπαλλήλων, οι οποίοι θα μπορούσαν να καθοδηγήσουν και να εφαρμόσουν την ανάπτυξη ενός νέου σχεδίου υγείας. Σε πολλές περιπτώσεις μάλιστα, οι διαφορετικές διοικήσεις δεν ενθαρρύνουν εξειδικευμένη γνώση ή εμπειρία, έτσι ώστε να επιτευχθούν οι απαιτήσεις διοίκησης του νοσοκομείου.

Σύμφωνα με παλαιότερες έρευνες,²⁵ βασικός ανασταλτικός παράγοντας για την εφαρμογή αρχών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, ήταν η άγνοια θεμάτων ποιότητας από τη μεριά της ηγεσίας των οργανισμών υγείας. Στα προβλήματα αυτά

ερχόταν να προστεθεί το γεγονός της χαμηλής διείσδυσης της τεχνολογίας και της πληροφορικής, της εκπαίδευσης σε θέματα ποιότητας, της οργανισμικής δομής για την υποστήριξη της εφαρμογής συνεχών βελτιώσεων, της επιλογή των προμηθευτών και οι έρευνες που αφορούν ικανοποίηση ασθενών για βελτιωτικές πρακτικές. Τα προβλήματα αυτά φαίνεται να παραμένουν σε ένα βαθμό, όπως γίνεται αντιληπτό από πιο πρόσφατες μελέτες και αναλύσεις (βλέπε κεφάλαιο 2)

Σε κάθε περίπτωση, η ουσιαστική οργανισμική και διοικητική αναδιάρθρωση των ελληνικών νοσοκομείων είναι μονόδρομος για το αδιέξοδο. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, αλλά και γενικότερα σε όλες τις χώρες, απαιτεί την εφαρμογή σύγχρονων διοικητικών μεθόδων για να λειτουργήσει σε υψηλά standards.

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) είναι μία πολλά υποσχόμενη προσέγγιση, όπου με τις σωστές αρχές και την ικανοποιητική εφαρμογή της, θα μπορέσει να επουλώσει πολλά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας.

1.5 Πιστοποίηση

Μια ιδιαίτερη μορφή παρέμβασης αποτελεί η πιστοποίηση που αποτελεί την αναγνώριση-αξιολόγηση από έναν ειδικό εξωτερικό φορέα πιστοποίησης ότι ένα άτομο ή ένας οργανισμός ικανοποιεί ορισμένα κριτήρια ή πρότυπα που έχει θέσει ο ίδιος ο φορέας πιστοποίησης.^{25b, 17} Αποτελεί μια διαδικασία προαιρετική δηλαδή πρόκειται για μια εθελοντική υποβολή στην αξιολόγηση από εξωτερικούς φορείς.

Διεθνώς, τα πρότυπα οργάνωσης και τεκμηρίωσης που έχουν τη μεγαλύτερη εφαρμογή είναι τα πιστοποιητικά ISO 9000. Πιστοποιητικά ISO 9000 έχουν αποδοθεί μέχρι σήμερα σε εκατοντάδες χιλιάδες επιχειρήσεις σε όλο τον κόσμο. Η έκδοση του 1994 ήταν περισσότερο προσανατολισμένη προς τη συμμόρφωση, τις προδιαγραφές και την τεκμηρίωση, ενώ η έκδοση ISO 9001:2000 στις διεργασίες και στην αυτοαξιολόγηση. Το ISO 9001:2008 είναι πλέον το νέο πρότυπο πιστοποίησης Συστημάτων Διαχείρισης Ποιότητας. Εκδόθηκε τον Νοέμβριο του 2008 από τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (ISO). Το ISO 9001:2008 δεν περιλαμβάνει νέες απαιτήσεις, αλλά αρκετές διευκρινίσεις, επεξηγήσεις και συμπληρωματικά σχόλια σε σχέση με το ISO 9001:2000.

Την ευθύνη για την εφαρμογή του θεσμού στη χώρα μας την έχει ο Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης (ΕΛΟΤ)²⁶, με περιορισμένες όμως εφαρμογές και ερμηνείες για τον τομέα των υπηρεσιών υγείας.

Για τον λόγο αυτό, το 2005 αναπτύχθηκε ένας οδηγός για τον τομέα αυτό²⁷, με βασικό σκοπό να βοηθήσει τον χρήστη με την ερμηνεία της τότε τελευταίας έκδοσης του προτύπου ISO 9001:2000 «Συστήματα Διαχείρισης Ποιότητας – Απαιτήσεις» κατά την εφαρμογή ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας.

Κατά βάση μέσα από τον οδηγό αυτό παρέχονται πρακτικές και πληροφοριακές συστάσεις για όλους τους εμπλεκόμενους στην ανάπτυξη, την εφαρμογή και την αξιολόγηση ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας σε μονάδες φροντίδας υγείας. Ο οδηγός αυτός αναπτύχθηκε από το CEN/BT/TF 142, μια ομάδα από ειδικούς στο χώρο της υγείας, στην οποία συμπεριλαμβάνονται γιατροί, προσωπικό και διαχειριστές της, αντιπροσωπεύοντας διαφορετικούς τομείς και επίπεδα στον ευρωπαϊκό τομέα υπηρεσιών υγείας.

Η παρούσα εργασία έχει σκοπό να διερευνήσει το πρότυπο αυτό και να αναδείξει την ανάγκη ύπαρξής του, λαμβάνοντας υπόψη τη σημασία που έχει η εφαρμογή ολιστικών προσεγγίσεων στην υιοθέτηση ποιοτικών διεργασιών στο κομμάτι που αφορά τη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας. Η υιοθέτηση ενός τέτοιου προτύπου αποτελεί απόφαση στρατηγικής σημασίας για τον οργανισμό και είναι επιβεβλημένη, αν λάβει κανείς υπόψη του τις μέχρι τώρα ελλειμματικές και αδιέξοδες προσεγγίσεις στον ευαίσθητο αυτό χώρο.

Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας επηρεάζεται από ποικίλες ανάγκες, συγκεκριμένους στόχους, τα προϊόντα που παρέχονται, τις εμπλεκόμενες διαδικασίες καθώς και το μέγεθος και τη δομή του οργανισμού και δεν σκοπεύει στην στατική ομοιομορφία του προτύπου ή της τεκμηρίωσής του.

Όπως και θα φανεί στα επόμενα κεφάλαια, συνοπτικά μία τέτοια οδηγία διαχείρισης /διασφάλισης ποιότητας μπορεί να αυξήσει την παραγωγικότητα και τα έσοδα ενός νοσοκομείου, εξοικονομώντας πόρους από την αποφυγή σφαλμάτων και αναποτελεσματικών χειρισμών.

Επιπλέον, αυξάνει τα έσοδα του νοσοκομείου, προσελκύοντας περισσότερους ασθενείς που μένουν ικανοποιημένοι από υψηλής ποιότητας παροχές, ενώ το κόστος παραγωγής μειώνεται, καθώς δεν σπαταλούνται πόροι, είτε υλικοί είτε πολύτιμος χρόνος εργασίας του προσωπικού, για διόρθωση ή επανάληψη ενεργειών/ διαδικασιών που δεν έγιναν σωστά από την πρώτη φορά.

Σημαντικά είναι και τα κέρδη από τη μείωση των ιατρικών λαθών, που, εκτός από τον κίνδυνο που προκαλούν στην υγεία των ασθενών, συχνά συνεπάγονται και ποινικές διώξεις για το νοσοκομείο και για τους γιατρούς, με δυσάρεστες πολλές φορές συνέπειες.

Την προσέγγιση της οδηγίας CEN/TS 15224, ακολουθεί η παρουσίαση του Joint Commission, ενός οργανισμού που δραστηριοποιείται στην Αμερική αλλά και σε όλο τον κόσμο μέσω της θυγατρικής Joint Commission International, ο οποίος διαπιστεύει νοσοκομεία συνεισφέροντας στην ασφάλεια και στην ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας.

Βιβλιογραφία 1^ο κεφαλαίου

1. **DEMING WE**, *Out of the crisis*. MA, Massachusetts Institute of Technology Press, 1986 pp 507
2. **JURAN JM, GRZYNA FM**. *Juran's Quality Control Handbook, 4th edition*, McGraw-Hill, New York, 1988
3. **ΟΙΚΟΝΟΜΟΠΟΥΛΟΥ Β. ΧΡΙΣΤΙΝΑ** “*Joseph Moses Juran: Ο ηγέτης της Ποιότητας 1904-2008*” **ECO-Q**, Vol 65, 2008, pp38-41
4. **BICKING C**, *Process control by statistical methods*, The Quality Control Handbook. McGraw-Hill, New York, 1979
5. **SEOKJIN KIM, BEHRAM NAKHAI** “*The dynamics of quality costs in continuous improvement*” **International Journal of quality costs in continuous improvement**, Vol 25, Is 8, 2008, 842-859
6. **JOINER A. THERESE** “*Total quality management and performance: The role of organization support and co-worker support*” **International Journal of Quality & Reliability Management**, Vol 24, Is 6, 2007, pp617-627
7. **ΤΟΥΝΤΑΣ ΓΙΑΝΝΗΣ**, *Υπηρεσίες Υγείας*, Οδυσσέας, 2008, pp 97-104
8. **DUMMER JOHN** “*Health care performance and accountability*”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**; Volume: 20 Issue: 1; 2007
9. **DONABEDIAN AVEDIS** “*The Criteria and Standards of Quality: Explorations in Quality Assessment and Monitoring*”, **Medical Care** Vol. 22, Is. 9, 1984, pp. 873-874
10. <http://www.iom.edu/CMS/8089/5432.aspx>
11. **XATZHANΔΡΕΟΥ Ε**, *Εξελίξεις και προοπτικές στο χώρο της υγείας*. Κέντρο έρευνας και προαγωγής υγείας. Interamerican, Αθήνα, 2001

12. **HENSEN PETER, MEINHARD SCHILLER**, “*Evaluating hospital service quality from a physician viewpoint*”, **International Journal of Healthcare Quality Assurance**, Vol 21, Is 1, 2008, pp75-86
13. **LEVINSON DANIEL**, *Adverse Events in Hospitals: State Reporting System*, Office of Inspector General, Report, 2008 pp1-30
14. **WILSON L, GOLDSCHMIDT P.** *Quality management in health care*. McGraw-Hill, New York, 1995
15. **OVRETVEIT J.** *Health service quality*. Blackwell, London, 1992
16. **ΝΙΑΚΑΣ Δ.** *Management στις υπηρεσίες υγείας και η εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών*. Κοινωνία, Οικονομία, Υγεία 1993, pp 3-12
17. **ΑΥΛΩΝΑΣ Ν.** *Η σωστή διαχείριση των παραπόνων και η ανάπτυξη δεικτών στις υπηρεσίες υγείας, ως μέσο ικανοποίησης των αναγκών του ασθενή και βελτίωσης της ποιότητας*. Εισήγηση στο συνέδριο Quality Forum, Αθήνα, 1999
18. <http://www.iso.org/>
19. **WAGNER, C, L GULACSI, E TAKACS.** “*The implementation of quality management systems in hospitals: a comparison between three countries*”, **BMC Health Services Research**, Vol 6, Is 50, 2006
20. **SMITH R. WALLY** “*Parallels and distinctions between health care quality improvement and health care disparities reduction*”, **Clinical Governance: An International Journal**, Vol 12, Is3, 2007, pp. 191-200
21. **CHING-CHOW YANG** “*The establishment of a TQM system for the health care industry*” **The TQM Magazine**; Vol 15, Is 2, 2003
22. **ΙΟΣ ΤΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑΣ** “*Αποτυχημένα μοντέλα ιδιωτικοποίησης της υγείας*”, Ελευθεροτυπία, 12/2006

23. **ΜΠΑΡΟΥΤΗΣ ΣΤΑΥΡΟΣ** “Τα προβλήματα λειτουργίας του ελληνικού νοσοκομείου” **Επιστημονικό Μάρκετινγκ**, Vol 42, 2007,
24. **SIGALAS I.** *Hospitals Management*, Notes, 2008, University of Macedonia.
25. **THEODORAKIOGLOU Y.D, TSIOTRAS G.D** “*The need for the introduction of quality management into Greek health care*”, Vol 11, No 8, 2000, pp 1153-1165
- 25b. **SAMPAIO PAULO et al**, “*ISO 9001 certification research: questions, answers and approaches*”, **International Journal of Quality & Reliability Management**, Vol 6, Is 1, 2009, pp 38-78
26. **ΕΛΟΤ.** ISO 9000:2008 Ελληνικό Πρότυπο. Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης ΑΕ Αθήνα, 2009
27. **HEALTH SERVICES – QUALITY MANAGEMENT SYSTEMS** - Guide for the use of EN ISO 9001:2000, 2005

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 “Παροχή υπηρεσιών υγείας” Προσέγγιση του όρου.

Ο όρος «προσφορά υπηρεσιών υγείας» εκφράζει την παροχή υπηρεσιών που προέρχονται από προμηθευτές υγείας (γιατρούς, νοσοκομεία κ.τ.λ.)³. Στον σημερινό πολύπλοκο κόσμο που ζούμε είναι δύσκολο να καθορίσουμε επακριβώς τι είναι ένα σύστημα υγείας, από τι αποτελείται, που αρχίζει και που τελειώνει.

Ένας ορισμός του συστήματος υγείας θα μπορούσε να περιλαμβάνει, όλες τις δραστηριότητες των οποίων ο κύριος στόχος είναι η προαγωγή, η επαναφορά και η διατήρηση της υγείας.¹

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την προσφορά των υπηρεσιών υγείας είναι:

- η επάρκεια των ανθρωπίνων πόρων
- η ποσότητα των διαθέσιμων υλικών πόρων
- το επιδημιολογικό πρότυπο και
- η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη

2.2 Προσφορά συστημάτων υγείας

Οι άνθρωποι σήμερα στρέφονται προς το σύστημα υγείας κατά Μ.Ο μία με δύο φορές τον χρόνο και ζητούν βοήθεια για ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, όχι μόνο για την ανακούφιση από τον πόνο, τη θεραπεία της ασθένειας και τα ψυχολογικά προβλήματα αλλά αναζητούν και συμβουλές για σωστή διατροφή και δίαιτα, για την ανατροφή του παιδιού, για την σεξουαλική συμπεριφορά, κ.α.

Τα συστήματα υγείας³ έχουν την ευθύνη όχι μόνο να βελτιώνουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και να τους προστατεύουν έναντι του οικονομικού κόστους που συνεπάγεται η ασθένεια και να τους θεραπεύουν σεβόμενοι την αξιοπρέπεια τους.

Μεταξύ άλλων στοχεύουν:

- Να βελτιώνουν την υγεία του πληθυσμού που υπηρετούν
- Να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πολιτών
- Να παρέχουν οικονομική προστασία στον πολίτη για τις δαπάνες υγείας και
- Να θεραπεύουν την ασθένεια με ποιοτική ιατροφαρμακευτική φροντίδα.

Η παροχή υπηρεσιών υγείας εμπλέκει συνήθως ένα μεγάλο αριθμό δημοσίων και ιδιωτικών φορέων με διαφορετικές ιδιότητες και αρμοδιότητες και κυρίως με ανισομερή γεωγραφική κατανομή. Ένα μέτρο της ποιότητας της δημόσιας υγείας είναι η επαρκής κάλυψη όλων των περιοχών μίας χώρας με ένα στοιχειώδες επίπεδο πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας.

2.3 Βελτιώσεις στο προσδόκιμο και στην ποιότητα ζωής- Ιστορική Αναδρομή

Τα τελευταία 150 χρόνια πραγματοποιήθηκε μια παγκόσμια αλλαγή⁶ στον τομέα της υγείας, με τους ανθρώπους να ζουν περισσότερο, παραγωγικότερα και με καλύτερη ποιότητα ζωής.

Ενώ υπήρξαν ταχύτατες συνέπειες για το μέγεθος και την δομή του πληθυσμού, η βελτίωση της υγείας έδωσε νέα ώθηση στην παγκόσμια οικονομία παγκοσμίως.⁷ Ανάμεσα στον 16^ο και τα μέσα του 19^{ου} αιώνα, το προσδόκιμο ζωής σε παγκόσμιο επίπεδο, είχε διακυμάνσεις αλλά σε κάθε περίπτωση δεν ξεπέρασε τα 40 έτη, χωρίς να υπάρχουν ανοδικές τάσεις.⁸ Το τελευταίο, άρχισε να παρουσιάζει αύξηση αργά αλλά σταθερά στο δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα ενώ εκτοξεύθηκε σημαντικά στον 20^ο, αρχικά στην Ευρώπη και στη συνέχεια στον υπόλοιπο κόσμο (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Ραγδαία αύξηση του προσδόκιμου ζωής το 2^ο μισό του 20^{ου} αιώνα. (Πηγή: *World Development Indicators- Washington World Bank 2003, CIA - The World Factbook 2008*)

Ζώντας περισσότερο..					
Το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε κατακόρυφα παγκοσμίως στο δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα, αλλά ασθένειες όπως το AIDS στην Αφρική και αλλού το υπονομεύουν					
ΠΕΡΙΟΧΗ	<u>Προσδόκιμο ζωής (έτη)</u>			<u>Ρυθμός αλλαγής σε χρόνια (1960-90 & 1998-2008)</u>	
	1960	1990	2008	1960-90	1998-2008
ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΑΙ ΜΕΣΑΙΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ	44	63	66	6.3	3
Ανατολική Ασία και Ειρηνικός	39	67	70	9.3	3
Ευρώπη και κεντρική Ασία	N/A	69	73	n/a	4
Λατινική Αμερική και Καραϊβική	56	68	74	4.0	6
Μέση Ανατολή και Βόρεια Αμερική	47	64	72	5.7	8
Νότια Ασία	44	58	64	4.7	6
Υποσαχάρια Αφρική	40	50	52	3.3	2
ΥΨΗΛΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ	69	75	79	2.3	4
ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ	50	65	69	5.0	4.5

Ιστορικοί οικονομολόγοι και δημογράφοι διαφωνούν ακόμα για την γένεση των αλλαγών αλλά συγκλίνουν στο ότι η αύξηση του εισοδήματος (και η ακόλουθη βελτίωση στην διαθεσιμότητα τροφής και υγιεινής) υπήρξε η κυριότερη αιτία περιορισμού των θανάτων του πληθυσμού.

Τον 20^ο αιώνα, παρ' όλα αυτά, πιστεύεται ότι οι τεχνικές βελτιώσεις υπήρξαν καταλύτης, ιδιαίτερα η ανακάλυψη της θεωρίας των μικροβίων, η καλύτερη κατανόηση θεμάτων υγιεινής και η ανάπτυξη των αντιβιοτικών και των εμβολίων.⁹

Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της Χιλής σχετικά με τη δραματική μείωση των δεικτών θνησιμότητας:¹⁰ Ένα κορίτσι που γεννήθηκε στη Χιλή το 1910, ζούσε κατά Μ.Ο 33 χρόνια. Σήμερα, το προσδόκιμο ζωής του φτάνει τα 78 χρόνια (2 μόλις λιγότερα από αυτό των Η.Π.Α). Επίσης η πιθανότητα να πεθάνει τότε, ήταν κάτι περισσότερο από 1/3. Σήμερα η αντίστοιχη πιθανότητα έχει μειωθεί στο 1/50. Αντίστοιχα έχουν μειωθεί και οι πιθανότητες να πεθάνει κάποιος από παιδικές ασθένειες καθώς και από ασθένειες που στο παρελθόν χτυπούσαν ολόκληρους πληθυσμούς όπως η φυματίωση. Αντίστοιχες βελτιώσεις σε ποσοστά θνησιμότητας, αφορούν και τον μεσήλικο πληθυσμό.

Η μείωση των θανάτων, δημιούργησε σημαντικότερες οικονομικές συνέπειες.⁶ Η επίδραση της υγείας στο ΑΕΠ υπήρξε σημαντική-κάθε επιπλέον χρόνος στο προσδόκιμο ζωής υπολογίζεται ότι αυξάνει το κατά κεφαλή ΑΕΠ κατά 4%.

2.3.1 Εξέλιξη του συστήματος υγείας-Στοιχεία των τελευταίων ετών

Η εκπληκτική πρόοδος που σημειώθηκε μέσα σε λιγότερο από μισό αιώνα, συνεχίζει να εξελίσσεται και να προσαρμόζεται στις ανάγκες και τους ρυθμούς της εποχής.

Σε συνεχή ανοδική πορεία βρίσκεται ο τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας κυρίως από ιδιωτικές επιχειρήσεις τα τελευταία χρόνια, εμφανίζοντας μέσο ρυθμό ανάπτυξης πάνω από 10% σε πολλές ευρωπαϊκές και όχι μόνο χώρες ετησίως⁴. Μια σειρά από ρυθμιστικούς, τεχνολογικούς, δημογραφικούς αλλά και αμιγώς επιχειρηματικούς παράγοντες διαμόρφωσαν το κατάλληλο πεδίο ανάπτυξης του συγκεκριμένου κλάδου. Ειδικότερα:⁵

- Οι ελλείψεις σε υλικοτεχνική υποδομή από δημόσιους φορείς αλλά και των καταγγελιών των ασθενών που αφορούν στην ανταπόκριση του ανθρώπινου παράγοντα,

- Η συνακόλουθη ρύθμιση-απελευθέρωση της αγοράς παροχής υπηρεσιών ανθρώπινης υγείας που έθεσε τους όρους της επιχειρηματικής δραστηριοποίησης
- Η διάδοση των ιδιωτικών ασφαλιστήριων συμβολαίων ιατροφαρμακευτικής κάλυψης
- Η άνοδος του βιοτικού επιπέδου
- Η γήρανση του πληθυσμού
- Η εισαγωγή νέων ιατρικών μεθόδων στην διάγνωση, τη χειρουργική και την περίθαλψη κα.

Από τα μέσα της δεκαετίας του '90 παρατηρείται έντονη αναπτυξιακή δράση από τα μεγαλύτερα επιχειρηματικά σχήματα, τα οποία γιγαντώνονται στο εσωτερικό χωρών μέσω εξαγορών αλλά και ανάπτυξης δικτύου στα μεγάλα αστικά κέντρα και την περιφέρεια.

Ειδικότερα για την Ελλάδα, η δημόσια δαπάνη για την υγεία την τελευταία δεκαετία κυμαίνεται μεταξύ 5-5,5% του ΑΕΠ (με την ιδιωτική να ανέρχεται σταθερά στο 4,5% του ΑΕΠ). Η συνολική ιδιωτική δαπάνη υγείας αντιστοιχεί στο 47% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας, γεγονός που κατατάσσει την Ελλάδα στην υψηλότερη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ των 15, τη στιγμή που ο μέσος όρος των 15 χωρών είναι μόλις 22,8%. Η απόκλιση αυτή υποδεικνύει τη δυναμική του κλάδου και υπογραμμίζει πιθανώς τα χρόνια προβλήματα λειτουργίας που παρουσιάζει το ΕΣΥ.

Η Δημόσια Υγεία βρίσκεται τα τελευταία χρόνια σε τροχιά βελτίωσης, καθώς με αφορμή τους Ολυμπιακούς Αγώνες υλοποιήθηκαν πολυάριθμα έργα δημιουργίας, επέκτασης και αναβάθμισης των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων.^{5, 11} Στα πλαίσια του Ν. 3329/2005 «Εθνικό σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» προβλέπεται η εφαρμογή του θεσμού «Σύμπραξη Ιδιωτικών & Δημοσίων Κεφαλαίων» (ΣΔΙΤ) για την ανάληψη επενδύσεων στο χώρο της δημόσιας υγείας και ανάθεσης μέρους των υποστηρικτικών υπηρεσιών σε ιδιωτικούς φορείς. Η –έστω και με χαμηλούς ρυθμούς- σύγκλιση του επιπέδου προσφερόμενων υπηρεσιών από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς λειτουργεί για τους επιχειρηματίες του τομέα υγείας ως μοχλός πίεσης για διαρκή βελτίωση και αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών.

2.4 Φροντίδα υγείας- η εδραίωση του όρου «συνεργασία»

Στον τομέα της υγείας, η συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων με τα ίδια καθήκοντα, αλλά και μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών, ήταν προϋπόθεση για τη λειτουργία των υπηρεσιών σε κάθε περίοδο λειτουργίας του συστήματος. Η ομαδική εργασία, όμως, αποτελεί μια σχετικά πρόσφατη εξέλιξη. Η Διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) στην «Alma-Ata» το 1978¹² σημείωσε μεταξύ άλλων την ανάγκη για αποτελεσματικότερη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων επαγγελματιών, αλλά και τη συμμετοχή των χρηστών των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, με σκοπό την πληρέστερη παροχή φροντίδας υγείας στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αλλά και τη συνεργασία μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων φροντίδας υγείας.

Οι σύγχρονες εξελίξεις που σχετίζονται με τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας τοποθετούν επιπλέον βαρύτητα στη συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας με σκοπό από τη μια μεριά τη μείωση των δαπανών (π.χ., σε φάρμακα, σε εργαστηριακές εξετάσεις, κ.λ.π.), αλλά και την πιο ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας που μπορεί να προσφερθεί μόνον όταν καλυφθούν όλες οι διαστάσεις της ανθρώπινης ανάγκης για φροντίδα υγείας. Το γεγονός αυτό, βάζει μια παράμετρο ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, που θα αναπτυχθεί σε επόμενες παραγράφους.

Πιο συγκεκριμένα η ανάγκη για τον περιορισμό του κόστους των υπηρεσιών υγείας μπορεί να ερμηνευθεί στην πράξη ως περιορισμός της επανάληψης θεραπευτικών και νοσηλευτικών δραστηριοτήτων και μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας, μέσα από την καλύτερη πληροφόρηση, επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών, και πρωταρχικά μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών.

2.4.1 Οργάνωση του συστήματος φροντίδας υγείας

Η φροντίδα υγείας οργανώνεται σε τρία επίπεδα σε κάθε σύστημα υγείας:¹³

- Πρωτοβάθμια
- Δευτεροβάθμια
- Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Επιπλέον, απαραίτητες διαστάσεις κάθε συστήματος υγείας είναι η εκπαίδευση, η οποία προετοιμάζει τους επιστήμονες και επαγγελματίες υγείας για το ρόλο που θα παίξουν, αλλά και η υγιεινή της εργασίας που από τη μια πλευρά έχει ως σκοπό να εξασφαλίζει καλύτερες και ασφαλέστερες συνθήκες εργασίας για τους εργαζόμενους στο σύστημα υγείας, αλλά και από την άλλη να συμπληρώνει τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας που παρέχονται από το σύστημα υγείας για κάθε εργαζόμενο μέλος μιας οργανωμένης κοινωνίας.

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στη χώρα μας παρέχεται κυρίως από τέσσερις φορείς:¹⁴

- **Το Εθνικό Σύστημα Υγείας** μέσω των Κέντρων Υγείας, των αποκεντρωμένων υπηρεσιών που εξαρτώνται από αυτά (περιφερειακά και αγροτικά ιατρεία) και των τακτικών και έκτακτων εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων καθώς και το ΕΚΑΒ.
- **Τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)** που παρέχονται από την τοπική αυτοδιοίκηση (δημοτικά ιατρεία, κέντρα ανοικτής περίθαλψης των ηλικιωμένων και το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι)
- **Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης** (τα ιατρεία του ΙΚΑ) και των συμβεβλημένων ιδιωτικών ιατρείων και εργαστηρίων.
- **Τον ιδιωτικό τομέα** που περιλαμβάνει ιδιώτες γιατρούς, εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα.

Η οργάνωση της ΠΦΥ ακολουθεί το μοντέλο της οργάνωσης ενός νοσοκομείου.¹⁴ Επομένως, η ομάδα υγείας απαρτίζεται κυρίως από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και κατά περίπτωση από άλλους επαγγελματίες υγείας που ως σκοπό

της εργασίας τους έχουν την ολοκληρωμένη και αποτελεσματική φροντίδα υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους.

Δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας

Με τον όρο δευτεροβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται το σύνολο των διαγνωστικών και θεραπευτικών ιατρικών τεχνικών, για την εφαρμογή των οποίων είναι αναγκαία η νοσηλεία των ασθενών εντός του νοσοκομείου - χωρίς να είναι υποχρεωτική η διανυκτέρευση σε αυτό. Λειτουργική μονάδα της Δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι το Νοσοκομείο.

Οι δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε όλη τη χώρα από νοσοκομεία:

- **Κρατικά του ΕΣΥ**, στα οποία υπηρετούν γιατροί του ΕΣΥ
- **Στρατιωτικά**, που υπάγονται στο υπουργείο Εθνικής Άμυνας και στα οποία υπηρετούν μόνιμοι και στρατεύσιμοι γιατροί ως και πολίτες γιατροί, με ειδικές συμβάσεις σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.
- **Ειδικού καθεστώτος** στο οποίο υπάγονται όσα δεν ανήκουν στο ΕΣΥ και δεν είναι του ιδιωτικού τομέα. Σε αυτά υπηρετούν γιατροί με ειδικές συμβάσεις, σύμφωνα με τον κανονισμό του νοσοκομείου.
- **Ιδιωτικά θεραπευτήρια**

Η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τις πανεπιστημιακές κλινικές οι οποίες έχουν την κατάλληλη τεχνολογική υποδομή και εξειδικευμένο προσωπικό για την παροχή υψηλής τεχνογνωσίας υπηρεσιών υγείας.

2.4.2 Ποιότητα στην φροντίδα υγείας

Η παροχή υπηρεσιών υγείας, υπήρξε από τους τομείς εκείνους που αντιμετώπισε μεγάλη πίεση στην βελτίωση της ποιότητας. Ήδη από το 1910, υπήρξαν προτάσεις για κάποιο σύστημα νοσοκομειακής προτυποποίησης.¹⁵ Σύμφωνα με αυτό το σύστημα, θα γινόταν αναζήτηση ασθενών οι οποίοι νοσηλεύθηκαν για μεγάλο χρονικό διάστημα, έτσι ώστε να διαπιστωθεί τελικά κατά πόσο η θεραπεία υπήρξε αποτελεσματική. Σε περίπτωση μη αποτελεσματικής θεραπείας, θα γινόταν

αναζήτηση και ανάλυση των αιτιάσεων, έτσι ώστε να αποφευχθούν παραλήψεις σε μελλοντικά παρόμοια περιστατικά.

Στη συνέχεια, το Αμερικανικό Κολέγιο Χειρουργών (ACS), ανέπτυξε τα ελάχιστα πρότυπα για την λειτουργία νοσοκομείων το 1917 και προχώρησε στην πραγματοποίηση ελέγχων από τον επόμενο χρόνο.

Μερικές δεκαετίες αργότερα, δημιουργήθηκε ο Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Υπήρξε η κύρια υπηρεσία διαπίστευσης για τον τομέα της υγειονομικής φροντίδας. Ξεκίνησε το 1951 μέσα από μια συνεργασία του ACS και άλλων υπηρεσιών, προσφέροντας εθελοντικές υπηρεσίες διαπίστευσης. Η αποστολή του παραμένει ακόμα και σήμερα *«να βελτιώνει συνεχώς την ασφάλεια και την ποιότητα στην παροχή φροντίδας που παρέχεται στο κοινό μέσα από την διαπίστευση του συστήματος υγείας καθώς και υπηρεσιών που υποστηρίζουν την βελτίωση των επιδόσεων σε οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας.»*^{16,17}

Το 1970, τα πρότυπα διαπίστευσης, αναδιαμορφώθηκαν έτσι ώστε να αντιπροσωπεύουν τα ιδανικά επίπεδα ποιότητας παρά τις ελάχιστες απαιτήσεις. Ο JCAHO, το 1992, διατύπωσε νέα πρότυπα απαιτώντας από όλους τους διοικητές των νοσοκομείων την κατάρτιση και την δέσμευση σε μεθόδους συνεχούς βελτίωσης ποιότητας.¹⁶ Τα νέα πρότυπα έδιναν έμφαση στην ιδέα της βελτίωσης ποιότητας και ενσωμάτωναν πλήρως τις αρχές της τελευταίας, σε περιοχές όπως η ανασκόπηση περιστατικών χειρουργείου, αξιολόγηση της χρήσης φαρμάκων και φιαλών αίματος κ.α. Στοιχεία που αφορούν τον Joint Commission, αναπτύσσονται αναλυτικά στο 5^ο κεφάλαιο.

Παρόμοια οργάνωση με το Joint Commission στις ΗΠΑ, είναι η Εθνική Επιτροπή για την Διασφάλιση της Ποιότητας (NCQA), ένας ιδιωτικός, παράλληλα μη κερδοσκοπικός οργανισμός, εστιασμένος στην βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.¹⁸ Οι κύριες δραστηριότητες του οργανισμού, είναι η αναφορά και αξιολόγηση των σχεδίων ποιότητας σε εθνικό επίπεδο, γεγονός που έχει οδηγήσει σε συνεργασίες και από κοινού προσπάθειες πολιτειών, της ομοσπονδιακής κυβέρνησης, ομάδων εργοδοτών και καταναλωτών και εταιρικών συμμαχιών.

Η NCQA, άρχισε να διαπιστεύει οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας το 1991, ως απόκριση στην ανάγκη προτυποποίησης και παροχής αντικειμενικών πληροφοριών στον τομέα της ποιότητας των οργανισμών αυτών. Συγκεκριμένα, οι έρευνες διαπίστευσης εστίαζαν στις προσπάθειες για την συνεχή βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και των υπηρεσιών που παρέχονταν.

Άλλοι οργανισμοί, όπως το Ινστιτούτο για την Βελτίωση Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (IHI), συνέβαλαν στην βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.¹⁹ Οι στόχοι του IHI ήταν και είναι η βελτίωση του καθεστώτος της υγείας, των κλινικών αποτελεσμάτων, η μείωση του κόστους χωρίς να διακυβεύεται η ποιότητα, η μεγαλύτερη πρόσβαση στην παροχή υπηρεσιών και η βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών και του κοινωνικού συνόλου ευρύτερα.

Ο τομέας της υγείας τα τελευταία χρόνια υφίσταται συνεχείς βελτιώσεις και κατάλληλες αναδιοργανώσεις, όποτε και όπου αυτό κρίθηκε σκόπιμο. Οργανισμοί όπως ο «SSM Health Care» στις ΗΠΑ, εφάρμοσαν πλήρως τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας σε ολόκληρο το σύστημα λειτουργίας τους. Ο τελευταίος κατόρθωσε τελικά να κατακτήσει το 2002 το βραβείο Baldrige.¹⁹

Από τους πρωτοπόρους στην εφαρμογή της ποιότητας στο χώρο της υγείας, υπήρξε ο Δρ Avedis Donabedian. Αναγνωρίστηκε ευρέως για την προσήλωση στο τρίπτυχο

“Δομή - Διαδικασίες - Αποτέλεσμα”

για την αξιολόγηση δραστηριοτήτων ποιότητας. Το μοντέλο του²⁰, δημιούργησε το πλαίσιο για τις πλέον σύγχρονες αξιολογήσεις ποιότητας και βελτιωτικές πρακτικές, ενώ κομμάτι του έργου του, εστίαζε στη συστηματοποίηση της γνώσης μέσα από μονάδες φροντίδας υγείας, με αναφορές στην αξιολόγηση και την παρακολούθηση.

Σημαντική αναδιοργάνωση του κλάδου της υγείας παρατηρείται από τα τέλη της δεκαετίας του 1980²¹, με την εισαγωγή της έννοιας της Ολικής Ποιότητας ενώ παραμένει καίριο ζήτημα παγκοσμίως.

Η ανάγκη ελέγχου των διαδικασιών και του κόστους είχε οδηγήσει ήδη 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.

Ο ανασχηματισμός του κλάδου οφείλεται κυρίως στην παγκοσμιοποίηση, στην αύξηση του κόστους των υπηρεσιών²², αλλά και στην αλλαγή της κοινωνικής συνείδησης σχετικά με την υγεία που μέχρι τότε θεωρούνταν αποκλειστικά δημόσιο αγαθό. Η καλή ποιότητα αποτελεί τον επιθυμητό στόχο στον κλάδο της υγείας. Κρίνεται ουσιώδης η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, αλλά και η αναγνώριση αυτών από τους ασθενείς. Στο πλαίσιο αυτό, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είχε θέσει το 1980 ως στόχο την εγκατάσταση από όλα τα κράτη-μέλη μέχρι το 1990 μηχανισμών εξασφάλισης της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Η εισαγωγή μέτρων αξιολόγησης των ιατρικών διαδικασιών και η βελτίωση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών χαρακτηρίζονται ως επανάσταση στον κλάδο.²³

Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, αρχίζει η εκτενής ενασχόληση ακαδημαϊκών και επαγγελματιών με το θέμα της ποιότητας στην ιατρική περίθαλψη.²⁴ Δημιουργήθηκαν πληθώρα εθνικών και διεθνών προτύπων για την διασφάλιση της ποιότητας και αρκετοί οργανισμοί για την προώθηση του ζητήματος.

2.5 Ποιότητα και ανθρώπινοι πόροι σε συστήματα υγείας

Το ανθρώπινο δυναμικό ή ανθρώπινο κεφάλαιο αποτελεί σήμερα τον κυριότερο συντελεστή παραγωγής.²⁵ Η ποιότητα επομένως του ανθρώπινου δυναμικού καθίσταται όλο και περισσότερο σημαντική στο σημερινό παραγωγικό πρότυπο.

Ιδιαίτερα στους τομείς των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, η σημασία της είναι απολύτως καθοριστική, εξαιτίας του ρόλου που διαδραματίζει το ανθρώπινο δυναμικό στην παραγωγή και διανομή των υγειονομικών υπηρεσιών και υπηρεσιών πρόνοιας. Άλλωστε, είναι γνωστό ότι η ομαλή λειτουργία και αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας είναι συνάρτηση όχι τόσο του μεγέθους αλλά της

ποιότητας του ανθρώπινου δυναμικού που τις στελεχώνει. Ειδικότερα ο υγειονομικός τομέας, ως σύστημα έντασης εργασίας, έντασης διαχείρισης και υψηλού καταμερισμού εργασίας προσδιορίζεται σε σημαντικό βαθμό από τους ανθρώπινους πόρους.²⁶ Περίπου 5% του εργατικού δυναμικού κάθε χώρας απασχολείται στον τομέα της υγείας, ενώ οι δαπάνες μισθοδοσίας του ξεπερνούν το 60% των συνολικών δαπανών υγείας.

Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του κλάδου της υγείας είναι η πολύπλοκη οργάνωσή του.²⁷ Όσον αφορά την πυραμίδα εξουσίας, στις νοσηλευτικές μονάδες δεν αποτελείται από μία γραμμή, αλλά από διαφορετικές για το διοικητικό και το ιατρικό προσωπικό. Συγκεκριμένα, υπάρχει σύγχυση εξουσιών ανάμεσα στο επιστημονικό και διοικητικό προσωπικό τόσο σε επίπεδο αρμοδιοτήτων όσο και ελέγχου των καταστάσεων στην μονάδα.

Οι βασικές αρχές Ολικής Ποιότητας, μπορούν να προσφέρουν λύσεις, διαμορφώνοντας ένα περισσότερο ευέλικτο οργανόγραμμα που θα στηρίζεται στην επικοινωνία, βελτιώνοντας παράλληλα την απόδοση του ανθρώπινου δυναμικού.

Η ΔΟΠ είναι καθαρά ανθρωποκεντρική θεωρία οργάνωσης και διοίκησης.²⁸ Οι εργαζόμενοι, όλων ανεξαρτήτων των ιεραρχικών βαθμίδων, αποτελούν το κλειδί για την αποτελεσματική εισαγωγή, ανάπτυξη και βελτίωση των προγραμμάτων ποιότητας.

Η παροχή προγραμμάτων που αφορούν εκπαίδευση και επιμόρφωση,²⁹ 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 ΔΟΠ.

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.

Η συνεργασία και η επικοινωνία σε μονάδες υγείας, θα πρέπει να εκτείνεται σε όλα τα ιεραρχικά επίπεδα, αλλά και στις διαφορετικές λειτουργίες του οργανισμού έτσι ώστε να προστατεύονται οι εργαζόμενοι αλλά και οι ασθενείς.³⁰ Και οι δύο αυτές συνιστώσες, οδηγούν στην ανάπτυξη πνεύματος ομαδικότητας. Όταν οι εργαζόμενοι συνεργάζονται αρμονικά επωφελούνται ιδιαίτερα καθώς:

- Υπάρχει βελτίωση στην εργασιακή τους απόδοση
- Ελαχιστοποιούνται τα κόστη
- Βελτίωση των υπηρεσιών και εν γένει ανάπτυξη του οργανισμού
- Βελτιστοποιείται η χρήση των διαθέσιμων πόρων

Μέσα στις επιταγές της Ολικής Ποιότητας στην πορεία της βελτίωσης, περιλαμβάνονται οι τακτικές συσκέψεις όλου του προσωπικού για την προαγωγή των σκοπών του ιδρύματος και την ανάμιξη του πρώτου με αυτό.³¹ Στην διάρκεια αυτών, η διοίκηση οφείλει να αναγνωρίζει την προσφορά του προσωπικού (πχ με εκπαιδευτικά προγράμματα επιβράβευσης, χρηματικά ποσά κα) και να προβαίνει στις απαραίτητες συστάσεις.

Επιπλέον, μία μονάδα υγείας θα πρέπει να είναι σε διαρκή ετοιμότητα εναλλαγής του μίγματος των εργαζομένων (ειδικότητες και αριθμός), ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών³². Τέλος, θα πρέπει να υπάρχουν συστήματα μέτρησης της ικανοποίησης των εργαζομένων, τόσο για τις συνθήκες εργασίας όσο και για τις προσδοκίες τους.

Ειδικότερα, όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, παρατηρούμε ότι ο ρόλος του είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην καλή λειτουργία της νοσοκομειακής μονάδας, αλλά ιδιαίτερα πολύπλευρος και λόγω των παρακάτω αρμοδιοτήτων:³³

- επαφή με τους ασθενείς και το ιατρικό προσωπικό

- παροχή ιατρικών υπηρεσιών
- επαφή με το διοικητικό προσωπικό
- αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη του ασθενή
- καθήκοντα καθαρισμού και τροφοδοσίας
- στενή επαφή με την οικογένεια του ασθενή
- καθήκοντα ασφάλειας και καθοδήγησης

Συμπερασματικά, η ομαδική εργασία στις μονάδες υγείας κρίνεται απαραίτητη προκειμένου για τον έλεγχο του κόστους και την αξιοποίηση των πόρων.³⁴ Η συνεργασία σε επίπεδα διατμηματικών ομάδων συνίσταται προκειμένου για την επίτευξη του στόχου. Σε έναν οργανισμό που εφαρμόζει ΔΟΠ θα πρέπει ο καθένας να σκέφτεται κάθε ώρα τον συνεχή αγώνα του οργανισμού.

Η αποτελεσματική εφαρμογή της ΔΟΠ απαιτεί μια πολιτική εκπαίδευσης³⁵ που θα είναι μέρος της συνολικής στρατηγικής ποιότητας και που θα στοχεύει στη βελτίωση των απαραίτητων δεξιοτήτων.

2.6 Προβλήματα στην διαμόρφωση πλαισίου αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας

Σήμερα, ίσως περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη χρονική στιγμή, είναι πολύ σημαντική η ύπαρξη ενός πλαισίου για την αξιολόγηση, τη μέτρηση και τον ορισμό μέτρων λειτουργίας στον τομέα των υπηρεσιών. Εντούτοις υπάρχουν πολλές δυσκολίες που αφορούν την μέτρηση αυτή.³⁶ Αυτές περιλαμβάνουν:

- Πολυπλοκότητα στη συλλογή και την ερμηνεία μεγάλου όγκου πληροφοριών σε σύντομο χρονικό διάστημα

- Τον ορισμό των στόχων σε σύνθετες διαδικασίες, όπου πολλαπλοί στόχοι συγκρούονται
- Έλλειψη συσχετισμού των γενικών και ειδικών στόχων
- Έλλειψη εμπειρίας των υπευθύνων να αναπτύξουν και να χρησιμοποιήσουν δείκτες επιδόσεων
- Έλλειψη συναφών και μετρήσιμων στόχων για τελικά αποτελέσματα και συμπεράσματα
- Έλλειψη εκπαίδευση προσωπικού και απροθυμία του να συνεργαστεί σε συλλογή πληροφοριών
- Έλλειψη ενδιαφέροντος

Στον τομέα υπηρεσιών υγείας, τέτοιες αξιολογήσεις, δημιουργούν περαιτέρω προβλήματα³⁷, που οφείλονται στο μέγεθος, στην ετερογένεια, στην πολυπλοκότητα των εθνικών συστημάτων υγείας, συμπεριλαμβανομένου και ενός μεγάλου εύρους ειδικών και ειδικοτήτων μέσα στους αντίστοιχους οργανισμούς.

Κατά την ανάλυση μέτρων επιδόσεων υπηρεσιών,³⁸ μπορεί να χρησιμοποιηθεί η παραδοσιακή αντίληψη περί υπηρεσιών, μέσα από τις οποίες οι ασθενείς χρησιμοποιούν ποιοτικά χαρακτηριστικά όπως η επικοινωνία του ιατρού και διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις.

Παραδοσιακά η μέτρηση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας στηρίζεται στους πελάτες. Για παράδειγμα, με βάση το SERVQUAL οι υπηρεσίες υγείας προσεγγίστηκαν σαν ένα σετ από 3 ωφέλη:³⁹

- κύρια οφέλη (ο πυρήνας των ενεργειών που προσφέρεται ή το αποτέλεσμα που περιμένει ο πελάτης)
- μη απτά οφέλη (αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή, βασισμένες στην υπευθυνότητα, την κατανόηση, την παροχή διαβεβαιώσεων την ανταπόκριση)
- απτά οφέλη (φυσικός περίγυρος, όπως η τοποθεσία, το ντεκόρ, η εμφάνιση των εγκαταστάσεων και το προσωπικό)

Άλλες μελέτες πάνω στην ικανοποίηση πελατών στον τομέα της υγείας, τόνισαν την σημασία της ευκολίας, της πρόσβασης, των χρόνων αναμονής, της επιλογής, της ποιοτικής ενημέρωσης, του εύρους των υπηρεσιών, τη φύση των προβλημάτων του ασθενή καθώς και το δημογραφικό του ιστορικό. Παρ' όλα αυτά η μέτρηση της ποιότητας στον χώρο της υγείας, έχει τα αρνητικά της:⁴⁰ *«Οι ανεξήγητα μεγάλες αποκλίσεις κατά την εφαρμογή της ιατρικής πρακτικής σε διαφορετικές κοινότητες με τα ίδια δημογραφικά χαρακτηριστικά, είναι μία ντροπιαστική πλευρά της ιατρικής.»*

Παρά το γεγονός ότι πολλοί παράγοντες επηρεάζουν την αντίληψη για την ποιότητα, θα πρέπει να σημειωθεί ότι κυρίως εστιάζουν στην άποψη του πελάτη. Άλλα μέτρα θα έπρεπε επίσης να αναπτυχθούν πέρα από τα μέχρι τώρα πελατοκεντρικά.³⁸ Στην πράξη και δεδομένης της πολυπλοκότητας, της ετερογένειας και της αμφισημίας των υπηρεσιών υγείας, πιστεύεται ότι, τα πλέον παραδοσιακά πελατοκεντρικά μέτρα, θα έπρεπε να συμπληρωθούν με μέτρα που εστιάζουν στον πάροχο των υπηρεσιών.

Έτσι, δεδομένης της πολυπλοκότητας, της ετερογένειας και της αμφισημίας, η ποιότητα στον χώρο της υγείας δεν θα πρέπει να αξιολογείται μόνο από την μεριά του πελάτη, αλλά και από την μεριά του παρόχου. Μια προσέγγιση, που στηρίζεται τόσο στους πελάτες όσο και στους παρόχους, παρέχει μια ολοκληρωμένη εικόνα της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας από μια απλή μέτρηση που αφορά την ικανοποίηση των πελατών. Αυτά τα μέτρα σχετίζονται με τις οικονομικές επιδόσεις του τομέα υγείας, του εφοδιασμού και την επαγγελματική και τεχνική επίδοση.

2.7 Ο παράγοντας «πελάτης» στο χώρο της υγείας

Είναι γνωστό ότι η Ολική Ποιότητα είναι μια συνεχής και διαμορφωτική διαδικασία η οποία εστιάζει την προσοχή της στη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους πελάτες.⁴¹

Σε ποιους απευθύνεται και σε ποιους αναφέρεται όμως ο όρος πελάτες στα σύγχρονα συστήματα υγείας; Η επιδίωξη της ποιότητας στον χώρο της υγείας αφορά στη

λειτουργία των συστημάτων υγείας, στη λειτουργία υπηρεσιών υγείας, νοσοκομείων, εργαστηρίων κ.ά.

Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, η ποιότητα στην υγεία δεν αφορά μόνο στο ιατρικό έργο, αλλά επεκτείνεται σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών και φροντίδων. Γι' αυτό άλλωστε, τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα δεν αποσκοπεί μόνο στην ικανοποίηση του ασθενούς, αλλά όλων των «πελατών» των υπηρεσιών υγείας, στους οποίους περιλαμβάνονται, εκτός από τους ασθενείς, οι συγγενείς, οι επισκέπτες, ο κοινωνικός περίγυρος κ.λπ.⁴² Οι εργαζόμενοι, επίσης, πρέπει να θεωρούνται ως «εσωτερικοί πελάτες» των υπηρεσιών.

2.7.1 Ικανοποίηση πελατών στον τομέα φροντίδας υγείας

Η ικανοποίηση ασθενών σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, αποτελεί διαδικασία μέτρησης με ειδικά ερωτηματολόγια⁴³ των απόψεων, των παρατηρήσεων και των προτάσεων των ασθενών σχετικά με την παραχθείσα σε αυτούς νοσηλεία κατά την είσοδό τους ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

Στις μετρήσεις αυτές, αξιολογούνται τομείς όπως η πρόσβαση, η ανταπόκριση, η πληροφόρηση και το κόστος αλλά και παράγοντες όπως οι διαπροσωπικές σχέσεις, οι συνθήκες διαβίωσης, ο σεβασμός των ατομικών δικαιωμάτων κ.α.

Προκειμένου τα ερωτηματολόγια να είναι έγκυρα, θα πρέπει να περιλαμβάνουν όλους εκείνους τους παράγοντες που θεωρούνται καθοριστικοί για την ικανοποίηση των ασθενών και θα πρέπει να προσδιορίζουν την έκταση των τιμών μέσα στις οποίες τα αποτελέσματα αντιστοιχούν σε πραγματικές αξίες.

Η συνεχής μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών,⁴⁴ ενταγμένη σε ένα πρόγραμμα βελτίωσης της ποιότητας του νοσοκομείου, πέρα από τις σχέσεις εμπιστοσύνης που οικοδομεί, αποτελεί ένα πρώτο βήμα στην έρευνα αγοράς, ενώ βοηθά στον εντοπισμό των προβλημάτων, στην τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων και των επιπέδων απόδοσης.

Σύμφωνα με σχετικές μελέτες⁴², κάθε ικανοποιημένος πελάτης θα μιλήσει για την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας σε άλλους 3, ενώ κάθε δυσαρεστημένος θα παραπονεθεί σε 11 γνωστούς του. Τα προβλήματα κυρίως αφορούν χρόνους αναμονής, καθαριότητα, ποιότητα γευμάτων κα.

Η ικανοποίηση αντίστοιχα των επαγγελματιών υγείας, μετριέται και αυτή με ειδικά ερωτηματολόγια⁴⁵, που περιλαμβάνουν ερωτήσεις και σταθμισμένες κλίμακες σε αντιστοιχία με παραμέτρους όπως: οι οικονομικές απολαβές, το φυσικό εργασιακό περιβάλλον, η αίσθηση ασφάλειας, η επαγγελματική εξέλιξη και οι ανθρώπινες σχέσεις, οι ευκαιρίες κατάρτισης κα

2.8 Επικοινωνία της ολικής ποιότητας, συμβολή του προγράμματος διοίκησης σε αυτό

Η επικοινωνιακή πολιτική είναι βασικό στοιχείο στη λειτουργία των οργανισμών και ιδιαίτερα αυτών που επιθυμούν να βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.⁴⁶ Η επικοινωνία ως πηγή ανατροφοδότησης για να καταστεί αποτελεσματική πρέπει να κατανοηθεί η σημασία της και να επεκτείνεται σε όλα τα επίπεδα.

Βασική αρχή και ανάγκη της επικοινωνίας στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, αποτελεί η συμμετοχή του ανθρώπινου δυναμικού στον καθορισμό και την κατανόηση των εκπαιδευτικών αναγκών και πρακτικών. Όταν δεν υπάρχει αυτή δεν μπορεί να υπάρχει και επικοινωνία. Η παραπάνω βασική αρχή, για να καταστεί ταυτόχρονα και αποτελεσματική, πρέπει να συνδέεται με την αρχή της σαφήνειας, την αρχή της επίτευξης ενός συγκεκριμένου αποτελέσματος ή στόχου, την αρχή της προσοχής του περιεχομένου και των επόμενων ενεργειών που προκύπτουν από αυτήν, την αρχή της αμφίδρομης ροής των πληροφοριών.

Η Ολική Ποιότητα, δεν περιορίζεται μόνο στη διασφάλιση-βελτίωση της ποιότητας του κλινικού έργου,^{47, 48} αλλά επεκτείνεται και σε άλλες συνιστώσες της περίθαλψης,

όπως είναι η σκοπιμότητα, η καταλληλότητα, η διαθεσιμότητα, η συνέχεια, η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια όλων των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Για την υλοποίηση αλλά και την κατάλληλη επικοινωνία των δραστηριοτήτων αυτών, απαραίτητο είναι ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα διοίκησης ποιότητας που περιλαμβάνει τις εξής οργανωτικές δομές:

- Επιτροπές ελέγχου ποιότητας
- Διευθυντή ποιότητας
- Τμήμα ποιότητας
- Κατάλληλο πληροφοριακό σύστημα
- Σύνδεση με το ευρύτερο πλαίσιο οργάνωσης

Για τα μικρά νοσοκομεία, μέχρι 100-150 κλινών, είναι δύσκολη η εφαρμογή όλων των προτεινόμενων δομών. Στα νοσοκομεία αυτά μπορεί να υπάρξει συνεργασία για τα θέματα ποιότητας με άλλα ανάλογα νοσοκομεία, ώστε ορισμένες δραστηριότητες, όπως η διαπίστευση των γιατρών, τα πληροφοριακά συστήματα, τα πρωτόκολλα κ.ά., να αντιμετωπίζονται από κοινού.

2.9 Στόχοι ενός συστήματος ποιότητας στην υγεία

Οι στόχοι ενός συστήματος υγείας είναι συγκεκριμένοι, ποσοτικοί και μετρήσιμοι, για την βελτίωση της υγείας ως τμήμα μιας κατανοητής στρατηγικής σε εθνικό επίπεδο.⁴⁹

Ο βασικός στόχος είναι η βελτίωση της υγείας των ανθρώπων μέσα από την διαμόρφωση ξεκάθαρων στόχων που πρέπει να ολοκληρωθούν σε συγκεκριμένο διάστημα. Μια από τις βασικές αρχές που πρέπει να τηρούνται⁵⁰ είναι ότι οι εμπλεκόμενοι/ υπεύθυνοι είναι υπόλογοι, όχι μόνο για τους πόρους που επενδύονται στον τομέα φροντίδα υγείας και με τον τρόπο που διαμοιράζονται, αλλά και της συνολικής βελτίωσης της κατάστασης/ υγείας των ασθενών μέσα από τις υπηρεσίες που παρέχονται.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι στους πρωταρχικούς στόχους των οργανισμών υγείας περιλαμβάνεται η διάγνωση, θεραπεία καθώς και η επανένταξη και η εκπαίδευση των ασθενών.⁵¹ Παλιότερα, οι διοικούντες του κλάδου πίστευαν ότι η παροχή υψηλού επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών αρκούσε, αλλά πλέον οι ασθενείς απαιτούν ευγένεια, ποικιλία, άνεση, επικοινωνία και κατανόηση. Η ιατρική περίθαλψη πλέον δεν περιορίζεται στην θεραπεία μίας ασθένειας. Συνεπώς, κι ενώ η παροχή ιατροφαρμακευτικής μέριμνας αποτελεί την κύρια ευθύνη των νοσοκομείων, η διοίκηση νοσηλευτικών μονάδων αποκτά νέα αντικείμενα και σκοπούς. Έτσι, στο κέντρο της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών είναι ο παράγοντας άνθρωπος. Όπως αναφέρθηκε, η ποιότητα σε κάθε περίπτωση της φροντίδας υγείας μπορεί να μετρηθεί και να παρακολουθείται με στόχο τις ανάγκες του ασθενή.

Η αναδιοργάνωση του κλάδου της υγείας έχει ξεκινήσει από τα τέλη της δεκαετίας του 1980 και παραμένει ακόμα και σήμερα ένα φλέγον ζήτημα παγκοσμίως.⁵² Ο ανασχηματισμός του κλάδου οφείλεται κυρίως στην παγκοσμιοποίηση, στην αύξηση του κόστους των υπηρεσιών, αλλά και στην αλλαγή της κοινωνικής συνείδησης σχετικά με την υγεία που μέχρι τότε θεωρούνταν αποκλειστικά δημόσιο αγαθό. Η καλή ποιότητα αποτελεί τον επιθυμητό στόχο στον κλάδο της υγείας. Κρίνεται ουσιώδης η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, αλλά και η αναγνώριση αυτών από τους ασθενείς.

Οι κινητοποιήσεις και οι πολιτικές για τη βελτίωση της ποιότητας και την επίτευξη των στόχων της, περιλαμβάνουν ένα μεγάλο εύρος δραστηριοτήτων (δράσεων), που μπορούν να ενταχθούν σε τέσσερις διακριτές κατηγορίες:⁵³

- Στρατηγική ποιότητας

Αποτελεί ένα γενικό μακροπρόθεσμο σχέδιο (3-5 ετών) για την αλλαγή συμπεριφοράς, κουλτούρας και συστημάτων, προκειμένου να προσφερθεί στους πελάτες το επιθυμητό στο χαμηλότερο δυνατό κόστος, με τη χρήση της φιλοσοφίας και των μεθόδων της ποιότητας.

- Σχέδιο ποιότητας

Αποτελεί ένα συντομότερο χρονικά σχέδιο (1-2 χρόνια) για την επίτευξη των

στρατηγικών στόχων (π.χ. καθιέρωση τακτικών δελτίων καταγραφής)

- Πρόγραμμα ποιότητας

Αποτελεί σχεδιασμένη βελτίωση υπηρεσίας για την επίτευξη συγκεκριμένου στόχου εντός 2 ετών, στο πλαίσιο του σχεδίου ποιότητας.

- Πολιτική ποιότητας

Δρα ως γενικότερος οδηγός για το πώς μια υπηρεσία ή ένα τμήμα μπορεί να εφαρμόσει δραστηριότητες για τη βελτιωτικές πρακτικές

2.10 Προβλήματα στην εφαρμογή προγραμμάτων Διοίκησης Ολικής Ποιότητας

Σε πολλές περιοχές ανά τον κόσμο, η εφαρμογή των αρχών της ποιότητας και των αντίστοιχων συστημάτων διοίκησης, δεν είναι στο επιθυμητό επίπεδο.⁵⁵ Αρκετά στοιχεία δρουν ως εμπόδιο στην φυσιολογική και παραγωγική λειτουργία του νοσοκομείου. Μερικά από τα στοιχεία αυτά είναι

-Γενική σύγχυση γύρω από τον όρο Ποιότητα

-Απουσία γραπτού σχεδίου ποιότητας

-Έλλειψη συστηματικής εκπαίδευσης σε θέματα ποιότητας

-Προβλήματα οικονομικών πόρων

-Έλλειψη πόρων γενικότερα

-Έλλειψη ενός ξεκάθαρου σχεδίου ποιότητας σε κεντρικό επίπεδο

Όπως έδειξαν καινούριες, αλλά και παλαιότερες έρευνες^{5,55}, ο βασικός περιοριστικός παράγοντας για την υιοθέτηση αρχών της ΔΟΠ, είναι η άγνοια σε θέματα ποιότητας, εκ μέρους της ηγεσίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, μιας και οι ιθύνοντες δεν φαίνονται να είναι έτοιμοι να εφαρμόσουν σύγχρονες μεθόδους διοίκησης και

δηλώνουν άγνοια σε θέματα που άπτονται την ποιότητα. Συγκεκριμένα και σε στοιχεία που αφορούν την Ελλάδα την τελευταία δεκαετία:

- 8 στους 10 δηλώνουν άγνοια του όρου “εσωτερικός πελάτης” και 1 στους 4 δεν αναγνωρίζουν ή δεν κατανοούν τα οφέλη από την πιστοποίηση κατά ISO. Πολλές φορές ο φόβος της ανικανότητας ανταπόκρισης στις απαιτήσεις του ISO (πχ κλείσιμο εργαστηρίου), δρα αποτρεπτικά στην υιοθέτησή του από την διοίκηση⁸³
- Συστηματική ανασκόπηση σε σημαντικούς δείκτες ποιότητας πραγματοποιεί μόνο 1 στους 2 ιθύνοντες γεγονός που σχετίζεται άμεσα με τις επιδόσεις του οργανισμού. Οι συγκεκριμένοι δείκτες μάλιστα σχετίζονται κατά βάση με επιδόσεις στις μονάδες εντατικής θεραπείας.

Η έλλειψη πόρων φαίνεται επίσης να είναι ένα σημαντικό πρόβλημα:⁵ Το 2006, αντιστοιχούσαν 3,5 κλίνες ανά 1000 ασθενείς σε σχέση με τον Μ.Ο των 30 χωρών του ΟΟΣΑ που ήταν 3,9 κλίνες ανά 1000 ασθενείς. Είναι γεγονός επίσης ότι η Ελλάδα στον δημόσιο τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας, εμφανίζει ελλείψεις σε βασικό εξοπλισμό, κατά 60%, παρά το γεγονός ότι βρίσκεται στις υψηλές θέσεις της κατάταξης των πινάκων του ΟΟΣΑ όσον αφορά τον εξοπλισμό των νοσοκομείων με αξονικούς και μαγνητικούς τομογράφους. Με βάση τα αντίστοιχα στοιχεία του οργανισμού, στην Ελλάδα το 2006 αντιστοιχούσαν 25,8 αξονικοί τομογράφοι ανά 1 εκ. κατοίκους, αρκετά πάνω από τον αριθμητικό μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (20,6).

Παράλληλα, η παρουσία πληροφοριακών συστημάτων είναι σχετικά περιορισμένη. Ιδιαίτερα στον ελλαδικό χώρο, στο σύνολο των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων η συστηματική χρήση της πληροφορικής περιορίζεται σε λιγότερα από τα μισά. Όσον αφορά τον ιδιωτικό τομέα, 2 μόνο νοσοκομεία από τα 9 σύνολο (όμιλοι) φάνηκε να χρησιμοποιούν κάποιο διακριτό και ευέλικτο τμήμα Πληροφορικής και Ποιοτικού Ελέγχου με βάση τα σύγχρονα ευρωπαϊκά πρότυπα (LIS).

Όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό, παρατηρείται έλλειψη εκπαιδευτικών προγραμμάτων γύρω από την ποιότητα.⁸³ Δεν υπάρχει κάποιο θεσμοθετημένο όργανο που να καταγράφει τις ανάγκες για εκπαίδευση, που να ορίζει τα προγράμματα σύμφωνα με τις ανάγκες και να αξιολογεί τις διάφορες δραστηριότητες, αν πληρούν

εν τέλει και κατά πόσο τις ανάγκες. Η όποια εκπαίδευση γίνεται άτακτα και χωρίς σκοπό και περιορίζεται στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ οι διευθυντές, οι τεχνικοί και λοιπό προσωπικό εκπαιδεύονται λιγότερο συχνά. Επιπλέον, ένα μόνο μικρό ποσοστό των νοσοκομείων συστηματικά συλλέγουν πληροφορίες και κρατούν ενήμερες πληροφορίες που αφορούν πληροφόρηση σε θέματα ποιότητας.

Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι το βασικό εισόδημα των επαγγελματιών υγείας στηρίζεται στον αριθμό των χειρουργείων και της κλινικής περιθαλψης.⁵⁷ Οι πρώτοι στοχεύουν σε ποσοτικές επιδόσεις παρά σε ποιοτικές. Αυτή η τάση, φαίνεται να επηρεάζει την κατανόηση προς τους ασθενείς και οδηγεί σε μη ορθές κρίσεις, που καταλήγουν σε κακής ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας.

Επίσης, η χρήση εργαλείων ποιότητας και τεχνικών, όπως οι κύκλοι ποιότητας και συστήματα προτάσεων είναι λιγότερο συχνή.⁵⁶

Η έλλειψη εσωτερικών λειτουργικών οδηγιών συνιστά ένα εξίσου σημαντικό πρόβλημα. Η απουσία γραπτής περιγραφής εργασίας δημιουργεί σύγχυση ανάμεσα σε μέλη του προσωπικού και χρησιμοποιείται συχνά σαν δικαιολογία για την αποφυγή εργασίας. Σε πολλά νοσοκομεία, η διοικητική αρχή εμφανίζεται προβληματική. Το status quo των δημοσίων υπαλλήλων δεν επιτρέπει την επιλογή του κατάλληλου προσωπικού και την παροχή κινήτρων μέσα από διαδικασίες επιβράβευσης.

Επίσης μελέτες διαδικασιών συχνά αποκαλύπτουν έλλειψη δομών σε επίπεδο οργανισμού με στόχο την συνεχή βελτίωση⁸³. Αυτό φαίνεται από:

- Την απουσία των διευθυντών ποιότητας
- Τον περιορισμό των επιτροπών ποιότητας σε επιθεωρήσεις και όχι στην αναζήτηση πολιτικών και θεμάτων ποιότητας
- Το μέτριο επίπεδο συστημάτων, διαδικασιών, προϊόντων και υπηρεσιών κυμαίνεται από μετρήσεις ποιότητας

Επιπλέον, στα ελληνικά νοσοκομεία του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα και ακόμη περισσότερο στα διαγνωστικά κέντρα, δεν υπάρχει ένα ολοκληρωμένο σύστημα ελέγχου ποιότητας και αξιολόγησης των ιατρικών πράξεων. Κανείς δεν γνωρίζει βάσει στοιχείων και πολύ περισσότερο οι ασθενείς, τι μπορεί να θεραπεύσει

κάθε κλινική, ποια είναι τα ποσοστά θνητότητας έπειτα από σοβαρά χειρουργεία, εάν τα αποτελέσματα των παρακλινικών εξετάσεων είναι σωστά ή πρέπει να επαναληφθούν. Σε χώρες με προηγμένα συστήματα υγείας, τα αποτελέσματα γύρω από την άσκηση ιατρικής πράξης, ελέγχονται και δημοσιεύονται. Παρά την κοινή πεποίθηση για την ικανότητα των Ελλήνων γιατρών, κανείς δεν ξέρει πόσο μεμονωμένα είναι για παράδειγμα περιστατικά θανάτων από δραστηριότητα διευθυντή καρδιοχειρουργού, ενώ χωρίς στοιχεία ποιότητας και αποτελεσματικότητας, δεν μπορεί να γίνει η αναγκαία αξιολόγηση γιατρών, κλινικών, νοσοκομείων, διαγνωστικών κέντρων, αλλά και η επιχορήγησή τους.

Τέλος δεν υπάρχουν έρευνες που να εστιάζουν στην αντίληψη της εργασίας των υπαλλήλων και το επιθυμητό επίπεδο ικανοποίησής τους.⁵⁷ Συχνά οι εργαζόμενοι φαίνονται να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι. Η έλλειψη μοντέρνων μεθόδων διοίκησης, κινήτρων, κατάλληλων μεθόδων ανταμοιβών και ευκαιριών καριέρας, συνδυασμένων με κακό εργασιακό περιβάλλον, είναι παράγοντες που οδηγούν σε δυσαρέσκεια.

Η απουσία ελέγχων ποιότητας δεν αφορά μόνο τα νοσοκομεία, αλλά και άλλους τομείς της υγείας.⁸³ «Είναι γνωστό ότι 7 στα 10 εργαστήρια δεν κάνουν τις παρακλινικές εξετάσεις μέσα στον χώρο τους, αλλά τις δίνουν «φασόν», ενώ οι απαντήσεις πολλές φορές δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα, ιδίως στις περιπτώσεις που η σχετική δαπάνη καλύπτεται από ασφαλιστικά ταμεία. Πολλά εργαστήρια μικροβιολογικά ακτινοδιαγνωστικά, ακτινοθεραπευτικά στα δημόσια νοσοκομεία λειτουργούν χωρίς άδεια, γιατί δεν πληρούν τις ελάχιστες προδιαγραφές που προβλέπει ο νόμος για την ανανέωση της αρχικής άδειας.

Συνοπτικά το ΕΣΥ,⁵⁵ παρά τη σημαντική προσπάθεια που καταβάλλεται για αναβάθμιση των υποδομών του, κίνηση που κορυφώθηκε ενόψει των Ολυμπιακών Αγώνων της Αθήνας και κατά την αξιοποίηση των κονδυλίων του Γ΄ ΚΠΣ (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια» 2000-2006) και τώρα του ΕΣΠΑ (2007-2013), εξακολουθεί να υστερεί σε όρους διοικητικής οργάνωσης και στελέχωσης με νοσηλευτικό προσωπικό, με συνέπεια την εμφάνιση αδυναμιών, οι οποίες εντοπίζονται στους εξής τομείς:

- χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών
- ύπαρξη ουρών αναμονής
- έλλειψη και αναποτελεσματική αξιοποίηση εξοπλισμού
- προβληματικό σύστημα προμηθειών και συσσώρευση υπέρογκων χρεών από προμήθειες ιατρικού και φαρμακευτικού υλικού,
- έλλειψη στρατηγικού/επιχειρηματικού σχεδιασμού και συστήματος πιστοποίησης των υπηρεσιών

Μία συνιστώσα που αποτυπώνει τα προβλήματα στην εφαρμογή προγραμμάτων Ολικής Ποιότητας, είναι η ικανοποίηση των πελατών του συστήματος υγείας. Η δυσαρέσκεια των Ελλήνων πολιτών από το επίπεδο των υπηρεσιών που προσφέρονται από το ΕΣΥ, διαφαίνεται από το σχετικό δείκτη ικανοποίησης που καταρτίζεται από τον ΟΟΣΑ (Πίνακας 2). Βάσει των σχετικών διαθέσιμων στοιχείων για την τελευταία δεκαετία, μόνο το 16% των πολιτών δήλωσαν ικανοποιημένοι από το ΕΣΥ, με τα αντίστοιχα ποσοστά ικανοποίησης των χαμηλόμισθων και των ηλικιωμένων να είναι εξίσου χαμηλά (18% και 22% αντίστοιχα). Στο σύνολο των χωρών ο Μ.Ο της ικανοποίησης αγγίζει το 54%. Επίσης η διαχείριση των παραπόνων ως αποτέλεσμα της δυσαρέσκειας, πραγματοποιείται από διαφορετικές υπηρεσίες που θεσμοθετούνται και επιβάλλονται από την πολιτεία. Εκτός από το γεγονός όμως της διαχείρισης παραπόνων, περαιτέρω διαδικασίες επικοινωνίας (πχ έρευνες ασθενών) είναι σπάνιες.

Πίνακας 2. Ποσοστό ικανοποίησης πολιτών από το σύστημα υγείας της χώρας του.
(Πηγή ΟΟΣΑ, 2008)

Ποσοστό ικανοποίησης πολιτών από το σύστημα υγείας της χώρας τους (1998-2008)	
Χώρα	% Ικανοποίησης
Δανία	91
Φινλανδία	81
Αυστρία	73
Ολλανδία	70
Λουξεμβούργο	67
Γαλλία	65
Βέλγιο	63
Ιρλανδία	58
Γερμανία	58
Σουηδία	58
Μεγ. Βρετανία	57
Καναδάς	46
Ισπανία	43
Η.Π.Α.	40
Ιταλία	20
Πορτογαλία	16
Ελλάδα	16

Η εφαρμογή της ΔΟΠ στην βιομηχανία της υγείας, όπως προκύπτει από τα παραπάνω, δεν είναι τόσο ομαλή ή επιτυχημένη.⁵⁸ Υπάρχουν εμπόδια που προέρχονται από την παραδοσιακή κουλτούρα της ιεραρχικής, γραφειοκρατικής και αυταρχικής οργανισμικής δομής. Στον ακόλουθο πίνακα αποτυπώνονται οι πιθανές συγκρούσεις ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τις πρακτικές της ΔΟΠ (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Περιοχή συγκρούσεων ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας και μοντέλα ΔΟΠ.
(Πηγή: Short and Rahim, 2005)

Περιοχές συγκρούσεων ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας και ΔΟΠ μοντέλων	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΔΟΠ
Προσωπικές ευθύνες	Συλλογικές ευθύνες
Επαγγελματικού χαρακτήρα ηγεσία	Διαχειριστική Ηγεσία
Αυτονομία	Λογοδοσία
Διοικητική αρχή	Συμμετοχή
Προσδοκία στόχων	Προσδοκία επιδόσεων και διαδικασιών
Άκαμπτος σχεδιασμός	Ευέλικτος σχεδιασμός
Ανταπόκριση σε παράπονα	Συγκριτική προτυποποίηση
Αναδρομική αξιολόγηση επιδόσεων	Ταυτόχρονη αξιολόγηση επιδόσεων
Διασφάλιση Ποιότητας	Συνεχής βελτίωση

2.10.1 Η εφαρμογή του μοντέλου της ΔΟΠ στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας

Μιας και το μοντέλο της ΔΟΠ είναι ευρέως διαδεδομένο τόσο σε κατασκευαστικές εταιρείες αλλά και σε εταιρείες παροχής υπηρεσιών, όλο και περισσότεροι οργανισμοί φροντίδας υγείας δείχνουν αυξημένο ενδιαφέρον στην αποδοχή των αρχών και των πρακτικών της.

Παρ' όλα αυτά, λόγω του ότι υπάρχουν τόσα προβλέψιμα εμπόδια στην εφαρμογή της ΔΟΠ στα νοσοκομεία,⁵⁹ πολλοί οργανισμοί φροντίδας υγείας πραγματοποιούν μερική μόνο εφαρμογή της, όντες ανίκανοι να επιτύχουν συνεχή βελτίωση με συστηματική προσέγγιση.

Παρακάτω ακολουθεί συνοπτικά ένα μοντέλο για την εφαρμογή της ΔΟΠ.⁵⁷ Με το μοντέλο αυτό οι οργανισμοί υγειονομικής φροντίδας, μπορούν να ελαχιστοποιήσουν

τα εμπόδια και να επεξεργαστούν την εφαρμογή της ΔΟΠ συστηματικά και με επιτυχία:

- **Ανάπτυξη δέσμευσης για την διεύθυνση**

Η ανώτατη διοίκηση των υπηρεσιών παροχής υγείας πρέπει να δείχνει εμπιστοσύνη στην εφαρμογή της ΔΟΠ. Πρέπει επίσης να επικοινωνεί με τους υπαλλήλους και να αναπτύσσει τους λόγους για την ανάπτυξη της ΔΟΠ, μειώνοντας έτσι το ρίσκο της διοίκησης.

- **Διαμόρφωση των αρχών διοίκησης και της πολιτικής ποιότητας**

Η πρώτη δραστηριότητα για την εφαρμογή της ΔΟΠ σε οργανισμούς φροντίδας υγείας, είναι η αλλαγή της παραδοσιακής οργανισμικής κουλτούρας και ο προσανατολισμός της στην ποιότητα και στον πελάτη. Αυτή η αλλαγή κουλτούρας είναι επηρεασμένη σημαντικά από τη φιλοσοφία της διοίκησης και των κώδικα αξιών. Η ανώτατη διοίκηση θα πρέπει να διαμορφώσει πρακτικές αρχές και πολιτικές ποιότητας για την υποστήριξη των προγραμμάτων ΔΟΠ.

- **Έμπνευση διορθωτικών ενεργειών στους υπαλλήλους**

Η λαθεμένη αντίληψη των υπαλλήλων γύρω απ' την ποιότητα, αποτελεί εμπόδιο για την υιοθέτηση της ΔΟΠ. Η διοίκηση απαιτείται να αλλάξει την αντίληψη αυτή προς τις σωστές κατευθύνσεις.

- **Κατανόηση και εκπλήρωση των απαιτήσεων των πελατών**

Όταν διασαφηνιστεί το νόημα της ποιότητας, τα νοσοκομεία οφείλουν να προενεργήσουν στην κατανόηση των απαιτήσεων από τους εξωτερικούς και τους εσωτερικούς πελάτες λαμβάνοντας μέτρα για την ικανοποίηση των πελατών

- **Προαγωγή της συνεχούς βελτίωσης**

Η συνεχή βελτίωση είναι η κύρια δραστηριότητα της ΔΟΠ. Βασισμένη στην δυσαρέσκεια και τα παράπονα των πελατών, ο οργανισμός θα πρέπει να είναι σε θέση να βελτιώνεται συνεχώς, έτσι ώστε να ικανοποιούνται οι ανάγκες των πελατών.

- **Προτυποποίηση και διαχείριση των διαδικασιών**

Οι διαδικασίες εξυπηρέτησης πελατών καθώς και οι εσωτερικές διαδικασίες πρέπει να προτυποποιηθούν και να διαχειριστούν κατάλληλα. Όπως ακριβώς μιλάμε για εξειδικευμένες θεραπείες, έτσι είναι σημαντικό να τεθεί ένα προτυποποιημένο μονοπάτι το οποίο θα διαχειρισθεί κατάλληλα, ώστε να διασφαλιστεί η ποιότητα της ιατροφαρμακευτικής προσέγγισης.

- **Πρόωθηση της καθημερινής διαχείρισης και της ενθάρρυνσης**

Είναι σημαντικό να ενισχυθεί η καθημερινή διαχείριση, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η διαχείριση διαδικασιών. Επίσης είναι σημαντική η ενθάρρυνση των υπαλλήλων για να γίνουν ικανοί και υπεύθυνοι για την επίδοσή τους.

- **Προσαρμογή του στυλ ηγεσίας**

Η ανώτατη διοίκηση θα πρέπει να προσαρμοστεί⁶⁰ από την αρχαιωμένη αντίληψη που εστιάζει στους επαγγελματίες, την αυθεντία και την ελεγχόμενη προσέγγιση, σε μία πολύ περισσότερο διευρυμένη αντίληψη. Θα πρέπει επίσης να οδηγεί, να ενημερώνει και να ενθαρρύνει τους υφισταμένους, έτσι ώστε να αναπτύσσουν πλήρως τις δυνατότητές τους. Όσον αφορά την ενημέρωση, η ηλεκτρονική της εκδοχή, προσφέρει στους οργανισμούς υγείας πλέον μεγάλες δυνατότητες, αν και μεγάλα ολοκληρωμένα συστήματα πληροφορικής και επικοινωνίας (ICT), στο παρελθόν είχαν απογοητεύσει τους εμπλεκόμενους στον χώρο της υγείας.

- **Χτίσιμο ομαδικής συνεργασίας**

Η ομαδική εργασία και η συμμετοχή είναι απαραίτητα για την ανάπτυξη μιας πλήρως λειτουργικής διαδικασίας διοίκησης και βελτίωσης. Ιδιαίτερα στις θεραπευτικές προσεγγίσεις, απαιτείται συνεργασία μεταξύ των συνεργαζόμενων τμημάτων.

- **Πραγματοποίηση ερευνών για την ικανοποίηση πελατών και έλεγχοι ποιότητας**

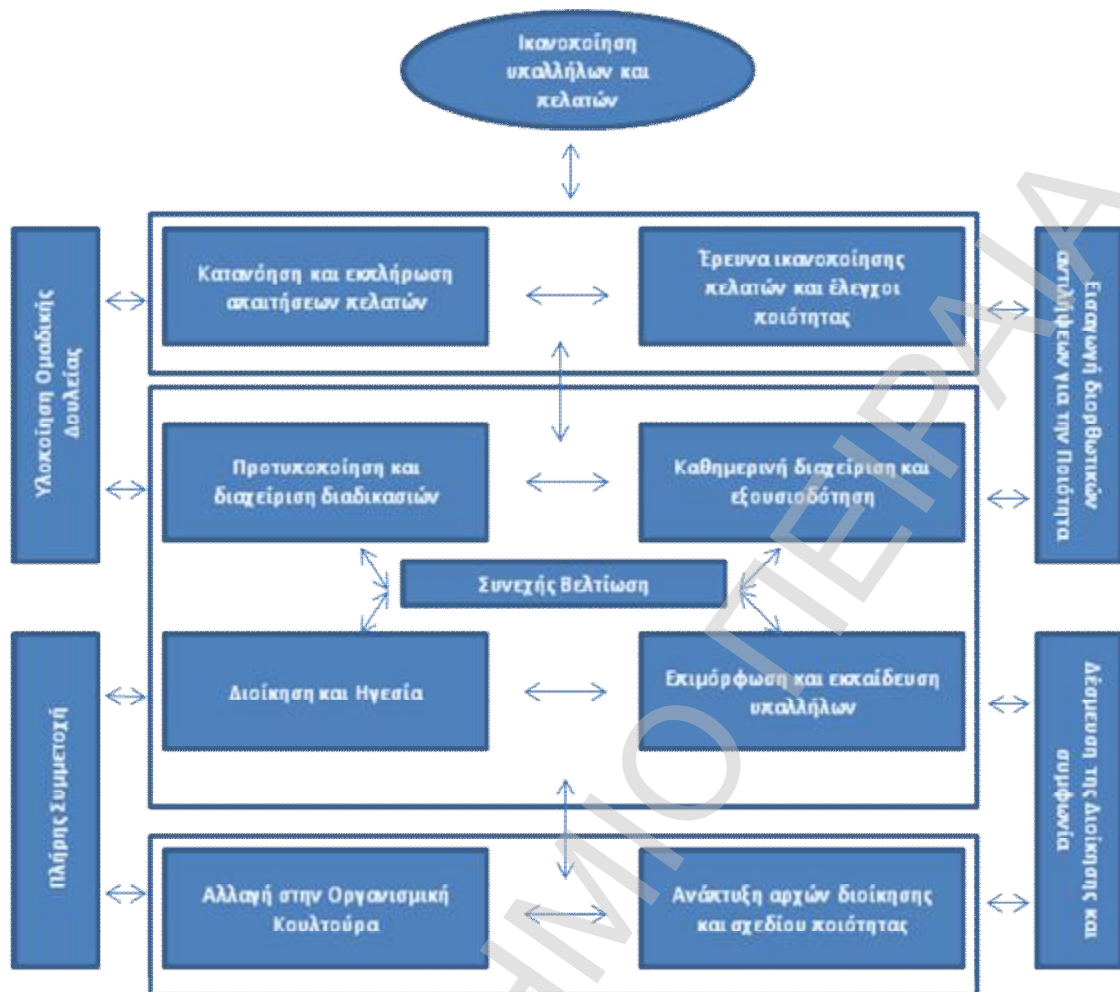
Είναι απαραίτητη η περιοδική διεξαγωγή ερευνών για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των πελατών, ώστε να αναλύονται τα προβλήματα που προκύπτουν, για

την περαιτέρω βελτίωση. Επίσης, για να διασφαλιστεί ότι οι δραστηριότητες γύρω απ' την ποιότητα εκτελούνται κανονικά, εσωτερικοί έλεγχοι ποιότητας, θα πρέπει να διενεργούνται σε τακτική βάση.

- **Αλλαγή της κουλτούρας του οργανισμού**

Όταν το στυλ ηγεσίας της ανώτατης διοίκησης αλλάζει σταδιακά, οι υπάλληλοι επίσης δέχονται και κατανοούν τις σωστές αντίληψεις περί ποιότητας.²⁷ Όλες οι δραστηριότητες ποιότητας θα αλλάξουν την παραδοσιακή κουλτούρα σε μία νέα, προσανατολισμένη στην ποιότητα, στον πελάτη, αυτονομημένη σε ένα ομαδικό πνεύμα.

Οι επιβεβλημένες ενέργειες και οι πρακτικές που αναφέρθηκαν παραπάνω, μπορούν να ενσωματωθούν συστηματικά όπως φαίνεται στο Σχήμα 1.⁵⁷ Όταν οι ενέργειες και οι πρακτικές αυτές προχωρούν αποτελεσματικά, τότε δεν υπάρχει αμφιβολία ότι μπορεί να επιτευχθεί «ικανοποίηση πελατών και υπαλλήλων».



Σχήμα 1. Η εφαρμογή του μοντέλου ΔΟΠ στις μονάδες φροντίδας υγείας. (Πηγή: Ching-Chow Yang, 2003)

2.10.2 Απότερος στόχος της ποιότητας σήμερα – Μονόδρομος για την βελτίωση

Το μεγαλύτερο πρόβλημα των υπηρεσιών υγείας σήμερα,⁶¹ αποτελεί η αμφισημία προσεγγίσεων και καταστάσεων που εξελίσσονται στο εσωτερικό των αντίστοιχων φορέων. Τέτοιες καταστάσεις, πρέπει να διαμορφώνονται σε συγκλίνοντες στόχους, για να γίνεται εφικτή η λήψη των αποφάσεων για μια σειρά δραστηριοτήτων. Ένα σύστημα ποιότητας θα πρέπει να έχει την δυνατότητα να πετύχει αυτόν τον στόχο.

Με αυτόν τον τρόπο, βασική διάσταση του συστήματος ποιότητας⁶² είναι να υποστηρίξει και να βελτιώσει την γνώση και την ενημέρωση σε διττού χαρακτήρα θέματα, να ενεργοποιήσει τα αντανακλαστικά των εμπλεκομένων στην κατανόηση

εννοιών, έτσι ώστε οι τελευταίοι να μπορούν να λαμβάνουν αποτελεσματικές αποφάσεις και να προσαρμόζονται στην αλλαγή.

Αυτό είναι εφικτό με την εστίαση και προσοχή του προσωπικού κατά την συγγραφή των αρχείων ποιότητας που αφορά εξοπλισμό και μεθόδους, γεγονός που θα μπορούσε να είναι απώτερος στόχος των συστημάτων ποιότητας σε περιόδους όπου οι πόροι ολοένα και μειώνονται. Από την οπτική αυτή το σύστημα ποιότητας αναδεικνύεται και γίνεται κοινό για όλο τον οργανισμό.

Για παράδειγμα,⁶³ συχνά το προσωπικό, γύρω από τις προσφερόμενες ιατρικές υπηρεσίες, εκτίθεται σε αντικρουόμενες ερμηνείες, αντιθέσεις και παράδοξα. Σαν συνέπεια λοιπόν της περιγραφόμενης αμφισημίας, το προσωπικό αναγκάζεται να πραγματοποιεί την εργασία του με τέτοιο τρόπο που δεν είναι συμβατός με την κατανόηση του ρόλου του και του καλύτερου τρόπου για την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί.

2.11 Τι προσφέρει η ΔΟΠ στα προγράμματα φροντίδας υγείας

Η ΔΟΠ είναι μια κατάλληλη προσέγγιση για την βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας.⁶⁴ Ένας λόγος είναι ότι η εκπαίδευση σε αρχές και μεθόδους ΔΟΠ θα μπορούσε να βοηθήσει την ανάπτυξη διευθυντικών στελεχών, ιδιαίτερα από τον χώρο των επαγγελματιών υγείας, για την στελέχωση των αντιστοίχων θέσεων.

Για την επιτυχία της ΔΟΠ σε οποιοδήποτε οργανισμό, όλοι οι θεωρητικοί συμφωνούν στην ανάγκη για δέσμευση της διοίκησης και την επιμονή στην εφαρμογή των μεθόδων της.⁶⁵ Η ΔΟΠ απαιτεί αλλαγή από το ελεγχόμενο στυλ διοίκησης σε ένα περισσότερο ευέλικτου και ενθαρρυντικού χαρακτήρα. Είναι αυτή η αλλαγή ρόλου της διοίκησης καθώς και της αυξανόμενης ικανότητας των ιατρών και άλλων υπαλλήλων να αποκτούν τον έλεγχο της ποιότητας σε ομάδες, που έχει τις μεγαλύτερες επιδράσεις για τους περισσότερους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η επιστημονική φιλοσοφία της ΔΟΠ, εφαρμοζόμενη σε διοίκηση και οργανισμούς, είναι αυτή που οι ιατροί θεωρούν φυσιολογική, εάν παρουσιάζεται με τέτοιο τρόπο ώστε να δείχνει τη συμβατότητα με την ιατρική έρευνα και να δείχνει με ποιο τρόπο μπορούν να συμμετάσχουν οι ίδιοι ακόμα περισσότερο ενεργά στην νοσοκομειακή διοίκηση.

Παράλληλα, η ΔΟΠ δίνει διεξόδους σε διαφορετικά επαγγέλματα όσον αφορά στην ανάλυση και στη συμφωνία τελικά πάνω σε αλλαγές σε σύνθετες δομές παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτό είναι μια διαδικασία τόσο πολιτική όσο και τεχνική. Η τεκμηρίωση είναι η ακόλουθη:⁶⁵

- Συντονισμός των δραστηριοτήτων των ειδικών: Καθώς η ειδίκευση και η πολυπλοκότητα αυξάνουν στον τομέα της υγείας, υπάρχει η ανάγκη για συντονισμό των διαφόρων ειδικοτήτων και των δραστηριοτήτων για να διασφαλιστεί ότι συνδυάζονται για το καλό του ασθενή. Δυστυχώς, διάφορες μέθοδοι συντονισμού δεν έχουν συγχρονιστεί με την αύξηση των ειδικοτήτων και την ποικιλία των θεραπευτικών προσεγγίσεων. Ένας ασθενής είναι δυνατόν να περνάει από διάφορα τμήματα και να βλέπει ιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων που πιθανόν να μην επικοινωνούν ή να μην συντονίζουν την δουλειά τους.
- Μία μέθοδος συντονισμού είναι η αντίληψη και η ανάλυση του εκάστοτε τομέα ως διαδικασία.
- Μια καλή προσέγγιση για την βελτίωση των διαδικασιών είναι ο σχηματισμός ομάδας ανθρώπων που δουλεύουν σε διαφορετικά κομμάτια της διαδικασίας, η οποία στη συνέχεια θα περιγράψει και θα αναλύσει την διαδικασία.
- Οι ομάδες χρειάζεται να χρησιμοποιούν μεθόδους με πειθαρχημένο τρόπο για την διερεύνηση πολύπλοκων προβλημάτων και την εφαρμογή λύσεων.
- Μία επιστημονική προσέγγιση βασισμένη σε γεγονότα είναι απαραίτητη για αξιοσημείωτη και συνεχή βελτίωση (πχ για τη συλλογή πληροφοριών προς επίλυση προβλημάτων, για μέτρηση της ποιότητας πριν και μετά την αλλαγή)

2.12 Μελλοντικές κατευθύνσεις της ΔΟΠ στα συστήματα υγείας

Για την επιτυχή εφαρμογή του μοντέλου της ΔΟΠ σε ένα ιδιαίτερο κλάδο όπως αυτόν της υγείας, θα πρέπει να γίνει ένα συγκερασμός των αρχών του πρώτου με την ιατρική προσέγγιση.⁶⁵ Το γεγονός ότι και οι δύο δίνουν έμφαση σε συστηματικές προσεγγίσεις καθώς και σε συγκεκριμένα μονοπάτια/διαδικασίες -ιατρικής-φροντίδας και πρωτοκόλλου είναι ένα σημαντικό σημείο τομής.

Για την στήριξη αυτού του εγχειρήματος, η τεχνική υποστήριξη είναι απαραίτητη, για την ανάπτυξη διαδικτυακών συστημάτων πρόσβασης και ενημέρωσης των πρωτοκόλλων αλλά και για διαδικασίες συλλογής πληροφοριών και ανάλυσης.

Παράλληλα, θα πρέπει η όποια γνώση που προέρχεται από την εφαρμογή και την επανάληψη διαδικασιών να εστιάζει στην βελτίωση των ομαδικών εργασιών, για την όσο το δυνατόν αποτελεσματικότητά τους, συμπεριλαμβανομένου και πλαισίων για απλά ή περισσότερο σύνθετα προβλήματα, με την συνεχή εκπαίδευση ιατρών και στελεχών να αποτελεί μια απαραίτητη και κομβική δραστηριότητα.

Για τον συγκερασμό και την σύγκλιση των επιταγών της ΔΟΠ και της ιατρικής πρακτικής⁶⁶, απαραίτητη είναι η συστηματική συμμετοχή των εμπλεκόμενων στη διαδικασία, που θα περιγράψουν τη στρατηγική που θα ακολουθηθεί, αξιολογώντας το εύρος της εφαρμογής, λαμβάνοντας υπόψη εναλλακτικές ερμηνείες για τα προφανή αποτελέσματα της στρατηγικής. Διαφορετική προσέγγιση θα ήταν να διερευνηθούν οι αποτελεσματικές στρατηγικές ενοποίησης, κυρίως ως προς τον τρόπο εφαρμογής τους και τα γεγονότα που οδήγησαν σε θετικά αποτελέσματα.

2.13 Χρηματοδότηση και κόστος ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Στα σύγχρονα συστήματα υγείας,⁶⁷ το ενδιαφέρον των εκάστοτε εμπλεκόμενων επικεντρώνεται στα πλέον σύγχρονα μέσα τα οποία διαθέτει η βιοϊατρική και η φαρμακευτική τεχνολογία.

Είναι επομένως γεγονός ότι η συνεχή αύξηση των δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών υγείας, μέσα από την υιοθέτηση των πλέον σύγχρονων μέσων, έχουν άμεσες και έμμεσες επιπτώσεις στην οικονομία στο σύνολό της.

Σε αυτό το πλαίσιο,⁶⁸ το πρόβλημα της ορθολογικής αλλά και δίκαιης κατανομής των υγειονομικών πόρων γίνεται πλέον σύνθετο και δυσεπίλυτο, για το λόγο ότι η στόχευση είναι πολυδιάστατη (ασθενής, ιατρός, ασφαλιστικός φορέας, κράτος)

Οι πολιτικές συγκράτησης διεθνώς στόχευαν μέχρι και πριν μερικά χρόνια στον έλεγχο δαπανών υγείας εστιάζοντας βραχυπρόθεσμα σε περιορισμό σπαταλών, χωρίς όμως να αναπτύσσεται μία γενικευμένη πολιτική που να εισαγάγει την παράμετρο της ποιότητας υπηρεσιών.

Είναι αλήθεια επίσης ότι απαιτούνται πόροι για την ανάπτυξη προγραμμάτων ποιότητας, κυρίως για εκπαίδευση, επίβλεψη, μέτρηση και αξιολόγηση επιπέδου ποιότητας καθώς και εντοπισμού και εξάλειψης προβλημάτων που σχετίζονται με την ποιότητα. Αυτό είναι ένα επιπλέον κόστος. Είναι γεγονός όμως ότι κάποια χρήματα επιστρέφονται σαν αποτέλεσμα της χρήσης μεθόδων ποιότητας.

Μέχρι τώρα προγράμματα που ξεκινούν με ειδική χρηματοδότηση σβήνουν σιγά σιγά μόλις αυτή σταματήσει, όπως έχει δείξει η μέχρι τώρα εμπειρία.⁶⁹ Η χρηματοδότηση δεν μεταφέρεται στο κεντρικό χρηματοδοτικό σύστημα και παράλληλα οι διοικούντες δεν είναι ικανοί ή πρόθυμοι να κατευθύνουν έστω ένα μικρό ποσό σε ποιοτικές διεργασίες. Αυτό συμβαίνει συχνά επειδή οι δραστηριότητες γύρω από την ποιότητα δεν έχουν άμεσα απτά αποτελέσματα, αλλά ακόμα και να υπάρχουν στοιχεία και χρήματα, δεν είναι εφικτή η αέναη χρηματοδότηση.

Μία στρατηγική είναι να διαμοιραστεί ένα ποσοστό του προϋπολογισμού σε δραστηριότητες γύρω από την ποιότητα.⁶⁶ Η τοποθέτηση συντονιστών ποιότητας είναι ένα πρώτο βήμα. Όταν αυτό γίνει εφικτό και όταν η ποιότητα συμπεριληφθεί στα λειτουργικά πλάνα, τότε είναι δυνατόν να υπάρξει έστω και μερική χρηματοδότηση.

Ένα από τα θέματα κλειδιά είναι η χρηματοδότηση ενός ανεπτυγμένου και αποτελεσματικού συστήματος ποιότητας μετά από δοκιμές. Κάποιου είδους χρηματοδότηση για βελτίωση ικανοτήτων, εξοπλισμού και προμηθειών, μπορεί να

προέλθει από τον περιορισμό περιττών δραστηριοτήτων, μείωση των απωλειών μέσα από ποιοτικές μεθόδους και πρότυπα, και από εισφορές μέσα από μαζικότερη συμμετοχή ως αποτέλεσμα της υψηλότερης ποιότητας υπηρεσιών.

Παρ' όλα αυτά όμως, σημαντικά επιπλέον ποσά⁶⁸ θα απαιτηθούν για εκπαίδευση και άλλες δραστηριότητες για βελτιωμένη ποιότητα υπηρεσιών. Δεν είναι ξεκάθαρο από πού μπορούν να προέλθουν τα ποσά αυτά, αλλά πειράματα έχουν δείξει δοκιμασμένες και αποτελεσματικές προσεγγίσεις που μπορούν να διαδοθούν.

Εάν η εφαρμογή των μεθόδων ποιότητας δεν διαχειριστεί σωστά, η επένδυση θα είναι άχρηστη. Η ποιότητα είναι μία επένδυση που ενέχει ρίσκο: δεν υπάρχει διασφάλιση ότι η επένδυση σε ποιότητα θα καταλήξει σε καλύτερες υπηρεσίες. Κάθε επίπεδο, αλλά και κάθε οργανισμός θα πρέπει να διαχειριστεί την διαδικασία προσεκτικά. Το μάθημα που έχει προκύψει είναι: *«Ερμήνευσε και προσάρμοσε, μην μεταφέρεις αυτούσια»* Οι ενδιαφερόμενοι οργανισμοί πρέπει να εφεύρουν προγράμματα και θεσμούς που ταιριάζουν στην κουλτούρα και τις ειδικές συνθήκες λειτουργίας τους: *«τον δικό τους δρόμο της ποιότητας»*

Σε κάθε περίπτωση βέβαια, η σύγχρονη τάση είναι ότι η ποιότητα αποτελεί ένα ρίσκο που θα πρέπει να λαμβάνεται⁷⁰, γιατί πέρα από την παράμετρο που αφορά το κόστος της, υπάρχει και η παράμετρος του κόστους της έλλειψης ποιότητας: Το τελευταίο είναι εκείνο το κόστος που θα απέφυγε ο οργανισμός εάν οι υπηρεσίες που προσφέρονται στη συγκεκριμένη περίπτωση αλλά και τα προϊόντα με τη μορφή του φαρμακευτικού-τεχνολογικού εξοπλισμού εκτελούνται/ χορηγούνται άψογα την πρώτη φορά κάθε φορά.

Σχετικά παραδείγματα σε χώρους νοσοκομειακής περίθαλψης είναι: ο μεγάλος χρόνος αναμονής των ασθενών προς εξέταση και η αργή διεκπεραίωση (διακομιδή σε άλλο νοσοκομείο, εισαγωγή στις κλινικές ή έξοδος), επανάληψη εξετάσεων, έλλειψη οργανωμένων και ταξινομημένων στοιχείων επεμβατικών ενεργειών σε ασθενείς, ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, λανθασμένη χορήγηση ή χορήγηση κακής ποιότητας φαγητού σε ασθενείς κα.

2.14 Μοντέλα και εργαλεία Ποιότητας προσανατολισμένα στον χώρο της Υγείας

Σήμερα, η τάση για τους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας,⁷¹ είναι να διαμορφώσουν μια ιεραρχημένη προσέγγιση στον χώρο της διαπίστευσης – πιστοποίησης. Διευκόλυνση σε αυτό το κομμάτι, έρχεται να προσφέρει η αυτό-αξιολόγηση στην πορεία της συνεχούς μάθησης και βελτίωσης μέσα από σταδιακή εφαρμογή διοικητικών πρακτικών προς την αριστεία σε σύγχρονα συστήματα υγείας.

Για την διευκόλυνση προς την αριστεία έχουν αναπτυχθεί προσεγγίσεις, μεθοδολογίες και εργαλεία, που είναι χρήσιμα στη βιομηχανία αλλά και στον τομέα των υπηρεσιών και που έχουν δημιουργήσει υποσχέσεις στην εφαρμογή τους στον τομέα της υγείας. Τα κυριότερα από αυτά είναι:

- Μοντέλο επιχειρηματικής αριστείας EFQM
- Μοντέλο SERVQUAL
- Το διεθνές πρόγραμμα ποιότητας BALDRIDGE
- Σταθμισμένη κάρτα στοχοζυγίου (Balanced scorecard)
- Προσέγγιση Έξι Σίγμα (Six-Sigma)
- Πρότυπο ISO 9000:2008 και οδηγία εφαρμογής του

2.14.1 Μοντέλο επιχειρηματικής αριστείας EFQM

Το μοντέλο επιχειρηματικής αριστείας EFQM⁷² είναι ένα πρακτικό εργαλείο το οποίο εφαρμόζεται σε δεκάδες χιλιάδες κορυφαίους οργανισμούς (ιδιωτικούς & δημόσιους) σε ολόκληρη την Ευρώπη. Λειτουργεί σαν ένα εργαλείο αυτό-αξιολόγησης για επιχειρήσεις, ανεξαρτήτως τομέα ή μεγέθους βελτιώνοντας σημαντικά τα αποτελέσματα και την απόδοσή τους.

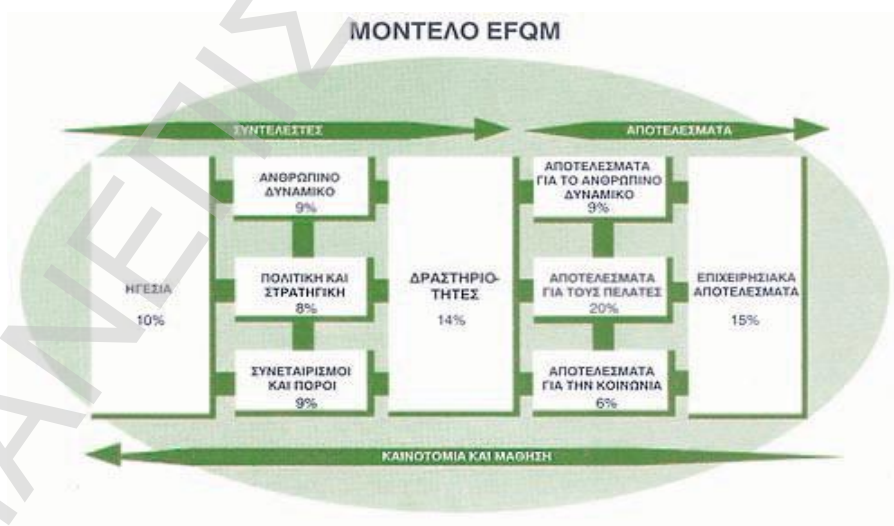
Ο ομώνυμος οργανισμός, ιδρύθηκε το 1989, από διευθύνοντα στελέχη ευρωπαϊκών εταιριών και αυτή τη στιγμή είναι το κέντρο της επιχειρηματικής αριστείας, για πολυεθνικές επιχειρήσεις όλων των μεγεθών και κλάδων.⁷³

Με τα πέρασμα των χρόνων, μια σειρά από έρευνες, έχουν δείξει θετική συσχέτιση μεταξύ της υιοθεσίας ολιστικών μοντέλων, όπως το EFQM και της βελτίωσης αποτελεσμάτων.⁷⁴

Το μοντέλο EFQM περιλαμβάνει τα επιμέρους στοιχεία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.⁷⁵ Αυτά αποτελούν τις δομικές οντότητες για την διεύθυνση της ανάλυσης διαδικασιών και των αλλαγών στον εκάστοτε οργανισμό. Τα στοιχεία αυτά είναι ευρέως αναγνωρίσιμα και είναι προϊόν συμφωνίας. Η ακρίβεια στην ανάλυσή τους είναι θέμα κύρους. Παράλληλα, η περιοδική ανανέωση του μοντέλου, είναι ένα ξεκάθαρο παράδειγμα της συνεχούς προσαρμογής στις αλλαγές με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπος ο οργανισμός καθημερινά.

Το μοντέλο EFQM, χρησιμοποιεί εννέα βασικά κριτήρια. Πέντε από αυτά αποτελούν τις δυνάμεις επίτευξης (Enablers) και τέσσερα τα αποτελέσματα (Results - Σχήμα 2). Τα βέλη αντικατοπτρίζουν τη δυναμική φύση του μοντέλου. Η καινοτομία και η μάθηση επανατροφοδοτούν τις δυνάμεις επίτευξης, δημιουργώντας βελτίωση αποτελεσμάτων. Τα κριτήρια, αξιολογούν τον προσανατολισμό της εταιρείας προς την αριστεία. Καθένα από αυτά, διαχωρίζεται σε διαφορετικό αριθμό υποκριτηρίων.

Ο ανοικτός χαρακτήρας του προτύπου, χαρακτηρίζεται από τη συνεχή αναζήτηση της αριστείας. Αυτή η διαδικασία δεν περιορίζεται, μιας και τα περιθώρια βελτίωσης είναι άπειρα.



Σχήμα 2. Δομή του EFQM. Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας. Πηγή ΕΕΔΕ, 2008

Ανάλογα με τις επιδόσεις στο μοντέλο, οι διάφοροι οργανισμοί που συμμετέχουν στη διαδικασία αυτοαξιολόγησης, επιτυγχάνουν διάφορες διακρίσεις. Το πρώτο επίπεδο Διάκρισης «Δέσμευση στην Αριστεία» είναι σχεδιασμένο για οργανισμούς ή και επιχειρησιακές μονάδες που μόλις ξεκινούν το ταξίδι τους προς την επιχειρηματική αριστεία μέσα από την αξιολόγηση των υποψήφιων οργανισμών σε αυτό το επίπεδο.

Η «Αναγνώριση στην Επιχειρηματική Αριστεία» υποδεικνύει ένα καλά διοικούμενο οργανισμό στη διαδρομή του προς την επιχειρηματική αριστεία.⁷² Ο χρόνος που διανύουμε μάλιστα (2009), έχει ήδη φέρει την ανώτατη διάκριση για 13 επιχειρήσεις στον ευρωπαϊκό χώρο.⁷³

Πέρα από την βράβευση, ο EFQM διοργανώνει ετήσιες συναντήσεις, όπου συζητιούνται σημαντικά θέματα που επηρεάζουν τις ευρωπαϊκές επιχειρήσεις. Ένα από αυτά πραγματοποιήθηκε και στην Ελλάδα (Οκτώβριος 2007), ενώ το επόμενο (2009) έχει προγραμματιστεί για τα τέλη Σεπτεμβρίου, στις Βρυξέλλες.

2.14.2 Μοντέλο SERVQUAL

Η μέθοδος SERVQUAL, σχεδιάστηκε ως απόκριση δημοσιευμένης και εμπειριστατωμένης έρευνας σχετικά με την μέτρηση της ποιότητας υπηρεσιών.⁷⁶

Αυτό οδήγησε σε ποσοτική και ποιοτική έρευνα στον ιδιωτικό τομέα, σε πελάτες. Τα ευρήματα της έρευνας υποδεικνύουν το κενό ανάμεσα στην αντίληψη των πελατών και τις προσδοκίες κάποιας υπηρεσίας και ανέδειξε 10 διαστάσεις που χρησιμοποιούν οι ίδιοι οι πελάτες για την αξιολόγηση της ποιότητας υπηρεσιών.

Ως αποτέλεσμα περαιτέρω έρευνας οι 10 διαστάσεις, συγχωνεύτηκαν σε 5 καθώς και σε 22 σημεία αντίληψης παράλληλα με 22 δηλώσεις προσδοκιών που αξιολογούνται σε μία επταβάθμια κλίμακα.

Η αίσθηση διαχωρίζεται από τις προσδοκίες, γεγονός που αποτυπώνεται ως αποτέλεσμα (επίδοση κενού). Η προσέγγιση της έρευνας, επίσης αποτυπώνει την σημασία που οι πελάτες αποδίδουν σε κάθε μια από τις διαστάσεις της ποιότητας, δίνοντας στους υπεύθυνους παροχής υπηρεσιών μια ιδέα για το πώς θα πετύχουν καλές επιδόσεις σε κάθε μία από αυτές. Για την επίτευξη του σκοπού αυτού, οι

πελάτες ζητείται να αξιολογήσουν σε εκατονταβάθμια κλίμακα, αντικατοπτρίζοντας τη σημασία για αυτούς κάθε μίας διάστασης, στο κομμάτι της ποιότητας υπηρεσιών.

Μέχρι σήμερα έχουν υπάρξει κριτικές στο μοντέλο.⁷⁷ Αρκετοί υποστηρίζουν ότι οι 5 διαστάσεις δεν εφαρμόζονται παντού, ενώ το ίδιο το μοντέλο, αποτυγχάνει να στηριχθεί πλήρως σε εδραιωμένες οικονομικές, στατιστικές και ψυχολογικές θεωρίες.

Παρά την αμφισβήτησή του, εντούτοις, το μοντέλο χρησιμοποιείται και σε διαφοροποιημένες μορφές για την μέτρηση των προσδοκιών και των αντιλήψεων γύρω από την ποιότητα των υπηρεσιών.

2.14.3 Το διεθνές Πρόγραμμα Ποιότητας «Baldrige»

Ενώ οι οργανισμοί υπηρεσιών υγείας έχουν ενσωματώσει παραδοσιακά, αρχές της ποιότητας στη διοίκηση, όλο και περισσότεροι θα πρέπει να παρουσιάζουν στοιχεία για να υποστηρίξουν την στροφή αυτή.⁷⁹ Η χρήση των κριτηρίων Baldrige για την επιχειρηματική αριστεία, μπορεί να βοηθήσει τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, να ενσωματώσουν πλήρως τις αρχές της ποιότητας.

Το πλαίσιο των κριτηρίων αυτών είναι προσαρμόσιμο στις απαιτήσεις όλων των οργανισμών, συμπεριλαμβανομένων και αυτών της υγείας. Η προσαρμογή αυτή είναι κυρίως η μετάφραση της γλώσσας και των βασικών αρχών της επιχειρηματικής αριστείας σε εξίσου βασικές αρχές στην αριστεία στην ποιότητα υπηρεσιών υγείας.

Το μοντέλο Baldrige έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετούς οργανισμούς υγειονομικών υπηρεσιών στην Αμερική και οι επιδράσεις του, συζητήθηκαν ευρέως την περασμένη δεκαετία.

Για πρώτη φορά, το 2003,⁸⁰ το Εθνικό Βραβείο Ποιότητας Malcolm Baldrige δόθηκε σε οργανισμό παροχής φροντίδας υγείας (SSMHC, στο St Louis, Missouri)

2.14.4 Σταθμισμένη κάρτα στοχοζυγίου

Η σταθμισμένη κάρτα στοχοζυγίου, είναι ένα πλαίσιο,⁸¹ το οποίο βοηθάει τους οργανισμούς να μετατρέψουν την στρατηγική τους σε λειτουργικούς στόχους που καθοδηγούν τόσο την συμπεριφορά όσο και την επίδοση.

Περιγράφει και βοηθάει την εφαρμογή και την διαχείριση της στρατηγικής σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού, συνδέοντας στόχους, πρωτοβουλίες και μέτρα με αυτήν. Είναι επίσης μια διαδικασία, την οποία ο οργανισμός χρησιμοποιεί για συμφωνία, ευθυγράμμιση και δέσμευση στην στρατηγική της διοικητικής ομάδας και του συνόλου των ανθρώπων του οργανισμού.

Παρέχει επίσης μία ξεχωριστή προσέγγιση όσον αφορά τη συνολική επίδοση των οργανισμών υγείας, με την ενσωμάτωση οικονομικών μέτρων με άλλους δείκτες κλειδιά γύρω από τις επιθυμίες του πελάτη (ασθενή, ιατρό, υπεύθυνο ανάληψης εξόδων), εσωτερικές κλινικές διαδικασίες, προσωπική μάθηση και ανάπτυξη.

Το πρώτο συνέδριο «βέλτιστων πρακτικών», πραγματοποιήθηκε στη Μασαχουσέτη, τον Απρίλιο του 2002 και το οποίο εστίασε στο πώς οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιούν την σταθμισμένη κάρτα στοχοζυγίου για την επίτευξη των στόχων τους.

Σε αυτό, οργανισμοί από την Β. Αμερική (Νοσοκομείο Παίδων Duke, ο Κυανούς Σταυρός της Μινεσότα, Νοσοκομειακό Κέντρο Montefiore), προσέφεραν την εμπειρία τους έχοντας ήδη χρησιμοποιήσει την σταθμισμένη κάρτα στοχοζυγίου, ως ένα ισχυρό πλαίσιο επιδόσεων.

2.14.5 Προσέγγιση Έξι Σίγμα

Το Έξι Σίγμα είναι μια πρωτοβουλία στον χώρο της ποιότητας που βασίζεται σε στατιστικό έλεγχο των διαδικασιών.⁷⁹ Βελτιώνει παραδοσιακά εργαλεία με την εξαγωγή στατιστικής ανάλυσης και με συστηματική προσέγγιση εστιάζει στην αιτία των αποκλίσεων, επανακαθορίζοντας στη συνέχεια διαδικασίες για μακροπρόθεσμα αποτελέσματα.

Στόχος είναι η παραγωγή προϊόντων και υπηρεσιών με μόνο 3,4 ελαττωματικά ανά εκατομμύριο (στατιστική προσέγγιση του όρου Έξι Σίγμα). Το Έξι Σίγμα μπορεί έτσι να θεωρηθεί ένα εργαλείο βελτίωσης ποιότητας. Απαιτεί τέσσερα βήματα όπου η συλλογή πληροφοριών και η ανάλυση, γίνονται ο πυρήνας του σχεδίου:

- Μέτρηση
- Ανάλυση
- Βελτίωση
- Έλεγχος

Είναι παράλληλα και μία προσέγγιση της επαγγελματικής κουλτούρας, μίας και ο στόχος είναι να εδραιωθεί καθεστώς συνεχούς βελτίωσης σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού, με την εφαρμογή βελτιωτικών δραστηριοτήτων σχεδιασμένα ειδικά για εκπαιδευμένες ομάδες εργασίας.

Στον τομέα της Υγείας⁸², το Έξι Σίγμα ως φιλοσοφία που αναζητά σχεδόν μηδενικά λάθη, είναι σε ένα ώριμο σημείο για την εφαρμογή του από διευθυντές των αντίστοιχων οργανισμών και ειδικευμένους επαγγελματίες που ανησυχούν για την υγεία των ασθενών και ήδη εφαρμόζουν μία ολιστική προσέγγιση ποιότητας.

2.14.6 Πρότυπο ISO 9000:2008 και οδηγία εφαρμογής του

Το πρότυπο 9000:2008, εφαρμόζεται ολοένα και περισσότερο στον τομέα φροντίδας υγείας.^{78a} [Παρά την ραγδαία διάδοση του προτύπου στον χώρο, εντούτοις ο τομέας υπηρεσιών υγείας, υπολείπεται κατά πολύ σε διείσδυση άλλων όπως ο κατασκευαστικός, τουλάχιστον όπως προκύπτει από τα ελληνικά δεδομένα (13,9% έναντι 5,1% στο σύνολο των υπηρεσιών)].^{78b}

Το συγκεκριμένο πρότυπο, καθορίζει πώς εφαρμόζεται ένα σύστημα διασφάλισης ποιότητας, το οποίο προλαβαίνει τα λάθη και επομένως διαμορφώνει τις προϋποθέσεις για ασφαλή παροχή υπηρεσιών:

Το διεθνές αυτό πρότυπο, προάγει την υιοθέτηση μιας προσέγγισης κατά την ανάπτυξη, εφαρμογή και βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της επάρκειας ενός συστήματος, για την ικανοποίηση των ενδιαφερόμενων μερών με το να καλύπτει τις απαιτήσεις τους.

Η συστηματική διερεύνηση και διαχείριση των διαδικασιών που εμπλέκονται σε ένα οργανισμό και συγκεκριμένα οι αλληλεπιδράσεις ανάμεσα σε διαδικασίες, είναι γνωστή ως «προσέγγιση διαδικασιών». Μέχρι και το 2005 είχαν αναπτυχθεί δύο πρωτοβουλίες για την εφαρμογή του ISO 9001:2000 (ISO, 2000b) και ISO 9004:2000 (ISO, 2001) στο κομμάτι των υπηρεσιών υγείας. Η μία από το ίδιο το ISO και η άλλη από την CEN (Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την Κανονικοποίηση).

Τον Σεπτέμβριο του 2001, το ISO δημοσίευσε το αποτέλεσμα ενός διεθνούς εργαστηρίου ως «ISO 9004:2000, Οδηγίες για την Βελτίωση Διεργασιών σε Οργανισμούς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας», ως διασαφήνιση των αρχών του συστήματος διοίκησης σε αυτούς τους οργανισμούς.

Αντίστοιχα, τον Μάιο του 2002, ο CEN ξεκίνησε τις διαδικασίες, για την ανάπτυξη μίας τεχνικής οδηγίας και αναφοράς για την εφαρμογή των ISO 9000:2000 και ISO 9004:2000, στον ευρωπαϊκό τομέα υγείας

Η τεχνική αυτή οδηγία,⁷⁹ θα ήταν ένας οδηγός στη χρήση του ISO 9001:2000 για υπηρεσίες παροχής υγείας στη διοίκηση ποιότητας κλινικών και μη υπηρεσιών. Οι οδηγία θα χρησίμευε σε οργανισμούς υγείας που στοχεύουν στην βελτίωση ποιότητας, αλλά και ως βάση για την διαδικασία πιστοποίησης.

Στα δύο επόμενα κεφάλαια που θα ακολουθήσουν, γίνεται ανάπτυξη των βασικών σημείων και δομών της συγκεκριμένης οδηγίας, φέρνοντας όρους-κλειδιά του ISO 9001:2008 στα μέτρα του τομέα υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα γίνεται κατανοητή η ανάγκη για την διατύπωσή της, δεδομένων και των προβλημάτων και των ιδιαιτεροτήτων του συγκεκριμένου χώρου όπως παρουσιάστηκαν στο τρέχον κεφάλαιο. Η ολιστική προσέγγιση μέσα από διεργασιοκεντρικά και πελατοκεντρικά μοντέλα, αποτελεί μονόδρομο για τον χώρο των υπηρεσιών και πολύ περισσότερο για τον συγκεκριμένο τομέα.

Βιβλιογραφία 2^ο κεφαλαίου

1. **ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ**, *Τα Οικονομικά της Υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα, 2007, p 182
2. **ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ**, *Ο Cochrane στην εποχή του και εμείς: Μια απόπειρα προσέγγισης της μεθοδολογίας στην πολιτική υγείας*. Εξάντας, Πολιτικές Υγείας, Αθήνα, 2000 pp 7-34
3. **ΠΟΛΥΝΕΙΚΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ**, *Η Διασφάλιση της Ποιότητας ως Εργαλείο επιτυχίας των Υγειονομικών Μεταρρυθμίσεων – Εμπειρίες από την Κύπρο*, Management & Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας (Ημερίδα), 2007
4. **ASCH STEVEN M et al** “Who Is at Greatest Risk for Receiving Poor-Quality Health Care?” **New England Journal of Medicine** Vol 354, Is 11, 2006, pp 1147-1156.
5. **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ HELLASTAT**, *Τομέας Παροχής Υπηρεσιών Υγείας: “Τα πλούσια περιθώρια κέρδους και οι επιστημονικές εξελίξεις υπόσχονται συγκινήσεις στο μέλλον”*, Αθήνα, 2008
6. **DAVID E. BLOOM E. DAVID, CANNING DAVID** “Health, Wealth and Welfare” **Finance & Development**, 2004, pp 10-15
7. **BECKER, GARY S, PHILIPSON J. TOMAS** “The Quantity and Quality of Life and the Evolution of World Inequality” **NBER**, Vol 9765, 2003
8. **BLOOM E. DAVID, CANNING DAVID** “Longevity and Life-cycle Savings” **Scandinavian Journal of Economics**, Vol. 105, 2003, pp 319–38.
9. **BLOOM E. DAVID, CANNING DAVID** “the Effect of Health on Economic Growth: a Production Function Approach” **World Development**, Vol. 32, 2004, pp 1–13.

10. **NORDHAUS, WILLIAM**, *The Health of Nations: The Contribution of Improved Health to Living Standards in Measuring the Gains from Medical Research: An Economic Approach*, University of Chicago Press, Chicago, 2008
11. **ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Ν.Α** “Ελληνικές μελέτες οικονομικής αξιολόγησης και αποδοτικότητας στην Υγεία” **Health economics**, Vol 24, Is 1, 2007, pp 48-57
12. **ALMA-ATA**, Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978
13. **ΣΟΥΛΗΣ Σ, ΣΑΡΡΗΣ Μ**, “Συστήματα Υγείας”, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2005
14. **ΑΛΕΞΙΑΔΗ Α.Δ** “Το αποκεντρωτικό Σύστημα της Π.Φ.Υ” **Ε.Δ.Α.Δ.Δ**, Vol 1, Is 49, 2005, p 35
15. **DONABEDIAN AVEDIS** “*The End Results of Health Care: Ernest Codman’s to Quality Assessment and Beyond*”, **The Milbank Quarterly**, Vol.67, Is.2, 1989
16. **KOSKA M. T**, “*USA- Joint Commission seeks input on potential national patient safety goals*”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol 2, Is 3, 2007,
17. www.jointcommission.org
18. www.ncqa.org
19. **EVANS R. JAMES, LINDSAY M. WILLIAM** , *The Management and Control of Quality*, TQ in Organizations, 7th Edition, 2008
20. **DONABEDIAN AVEDIS**, *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*, Oxford University Press, 2nd Edition, 2007, p 240
21. **ΓΚΟΤΖΑΜΑΝΗ ΚΑΤΕΡΙΝΑ**, *Διαχείριση Ποιότητας και Βελτίωση Παρεχόμενων Υπηρεσιών στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα*, 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο «Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», Αθήνα, 2007

22. **CHILINGERIAN JON, GRANT SAVAGE** “*The Emerging Field of International Health Care Management: An Introduction*”, **Advances in Healthcare Management**, Vol 5, 2005, pp 3-28
23. **CRONIN J. JOSEPH, Jr. AND TAYLOR A. STEVEN** “*Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension*” **Journal of Marketing**, Vol 56, Is 3, pp 55-68
24. **ΕΛΟΤ**, ISO 9000:2008 Ελληνικό Πρότυπο. Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης ΑΕ Αθήνα, 2009
25. **Ε.Π «Υγεία-Πρόνοια»**, (Γ’ ΚΠΣ), Άξονας προτεραιότητας 4: Ανθρώπινοι πόροι, 2000-2006
26. **EVANS TIM**, *Αγωγή Υγείας*, Παγκόσμια Ημέρα Υγείας, Απρίλιος 2006
27. **MOHAMMAD ALI, MOSADEGH RAD** “*The impact of organizational culture on the successful implementation of total quality management*”, **The TQM Magazine**, Vol 18, Is 6, 2007
28. **MIZIKACI F** “*A systems approach to program evaluation model for quality in higher education*”, **Quality Assurance in Education**, Vol. 14 No.1, 2006, pp 37-53
29. **VOUZAS FOTIS** “*Investigating the human resources context and content on TQM, business excellence and ISO 9001:2000*” **Measuring Business Excellence**, Vol 11, Is 3, 2007, pp 21-29
30. **PRAJOGO DANIEL, MCDERMOTT M. CHRISTOPHER** “*The relationship between total quality management practices and organizational culture*” **International Journal of Operations & Production Management**, Vol 25, No11, 2005, pp 1101-1122
31. **CHING-CHOW YANG** “*The impact of human resource management practices on the implementation of total quality management: An empirical study on high-tech firms*”, **The TQM Magazine**, Vo18, Is2, 2007, pp 162-173

32. **GILL LIZ, WHITE LESLEY**, “A critical review of patient satisfaction”. **Leadership in Health Services**, Vol 22, Is 1, 2009, pp 8-19
33. **35⁰ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ**, *Ασφάλεια και Ποιότητα στο Εργασιακό Περιβάλλον*, Αθήνα, 2008
34. **BATTEN DONDE** “Protecting the patient: Collaborating to achieve the ideal hospital work environment” **Advances in Health Care Management**, Vol 7, 2008 , pp 149-161
35. **VOUZAS FOTIS, PSYCHOGIOS A.G** “Assessing managers' awareness of TQM”, **The TQM Magazine** Vol 19, Is 1, 2007, pp 62 – 75
36. **LAWTON, A**, *Ethical Management for Public Services*, Oxford University Press, Oxford, 1998
37. **CARTER, N., KLEIN, R. and DAY P**, *How Organizations Measure Success: The Use of Performance Indicators in Government*, Routledge, London, 5TH Edition, 2006
38. **VASCO EIRIZ, FIGUEIREDO JOSE' ANTONIO** “Quality evaluation in health care services based on customer-provider relationships”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol. 18 No. 6, 2006, pp 404-412
39. **LADHARI RIADH** “A review of twenty years of SERVQUAL research” **International Journal of Quality and Service Sciences**, Vol. 1, Is 2, 2009, pp 172-198
40. **CODDINGTON, D., FISCHER, E., MOORE, K. and CLARKE, R.**, *Beyond Managed Care – How Consumers and Technology are Changing the Future of Health Care*, Jossey Bass, San Francisco, 2005 2nd edition
41. **SATISH MEHRA, SAMPATH RANGANATHAN** “Implementing total quality management with a focus on enhancing customer satisfaction” **International Journal of Quality & Reliability Management**, Vol 25, Is 9, 2008, pp 913-927
42. **PUI-MUN LEE, POHWAH KHONG** “Impact of deficient healthcare service quality” **The TQM Magazine**, Vol 18, Is 6, 2006, pp 563-571

43. **SIGALAS I.** *Hospitals Management*, Notes, 2008, University of Macedonia
44. **ΖΟΠΟΥΝΙΔΗΣ Κ, ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ Γ,** *Παράγοντες Ικανοποίησης των ασθενών στο σύστημα υγείας*, Χανιώτικα Νέα, 2008,
45. **ΜΟΥΜΤΖΟΓΛΟΥ Α,** *Ποιότητα και ασφάλεια στην φροντίδα υγείας*. Mediforce, Αθήνα 2008
46. **JURAN J. M.,** *Quality Planning and Analysis*, McGraw-Hill, New York, 1980, p.89
47. **ΔΕΡΒΙΤΣΙΩΤΗΣ Κ,** *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*, Αθήνα, 2005, 2^η έκδοση
48. **CLEARY P, EDGMAN-LEVITAN S** “*Researching Healthcare Customers*” **International Journal of Healthcare Quality Assurance**, Vol 18, Is 2, 2005
49. **ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, ΔΗΜΗΤΡΑΚΑΚΗ Χ, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Ν.Α** “*Αξιολόγηση της Ποιότητας των προγραμμάτων προαγωγής υγείας. Το ευρωπαϊκό εργαλείο EQUIP*” **Health economics**, Vol 24, Is 1, 2007, pp 79-88
50. **ΖΟΠΟΥΝΙΔΗΣ Κ.,** *Θέματα μανάτζμεντ υπηρεσιών υγείας*, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα, 2007
51. **KARASSAVIDOU ELEONORA, GLAVELI NIKI** “*Quality in NHS hospitals: no one knows better than patients*”, **Measuring Business Excellence**, Vol 13, Is 1, 2009, pp 34-46
52. **WHO** *World Health Report: A safer future: Global public health security in the 21st century*, WHO Regional Office for Europe, Switzerland, 2007
53. **OVRETVEIT J,** *Health service quality*. Blackwell, London, 2005 2nd edition
54. **IMAAD BAALBAKI, ZAFAR U. AHMED** “*Patient satisfaction with healthcare delivery systems*” **International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing**, Vol 2, Is 1, 2008, pp 47-62
55. **THEODORAKIOGLOU Y.D, TSIOTRAS G.D** “*The need for the introduction of quality management into Greek health care*”, Vol 11, No 8, 2000, pp 1153-1165,
56. **ΤΟΥΝΤΑΣ ΓΙΑΝΝΗΣ,** *Υπηρεσίες Υγείας*, Οδυσσέας, 2008

57. **CHING-CHOW YANG** “*The establishment of a TQM system for the health care industry*” **The TQM Magazine**, Vol 15, Is 2, 2003, pp 93 – 98
58. **SHORT, P.J., RAHIM, M.A** “*Total quality management in hospitals*”, **Total Quality Management**, Vol. 6 No.3, 2005, pp 255-63
59. **ΣΚΑΛΚΕΑΣ Γ.** “*Το μέλλον των Συστημάτων Υγείας*” Εφημερίδα «Το βήμα», Οκτ 2007
60. **JOYCE PHIL, GREEN ROSAMUND, WINCH GRAHAM** “*A new construct for visualising and designing e-fulfilment systems for quality healthcare delivery*”, **The TQM Magazine**, Vol.18, No. 6, 2007
61. **LINDBERG EVA, ROSENQVIST URBAN** “*Implementing TQM in the health care service: A four-year following-up of production, organizational climate and staff wellbeing*”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol 18 Is 5, 2005, pp 370 – 384
62. **CHOWDHARY NIMIT, PRAKASH MONIKA** “*Prioritizing service quality dimensions*” **Managing Service Quality**, Vol. 17, Is 5, 2007, pp 493-509
63. **IOM**, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Appendix B, National Academy of Sciences, Washington, DC, 2006 2nd edition, pp 322-35.
64. **ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ Ι, ΤΣΟΛΙΔΟΥ Μ.**, *Η επικοινωνία μεταξύ ιατρών – ασθενών και Δημόσιου Νοσοκομείου – Κοινωνίας*, Επιθεώρηση Υγείας Σεπτ. – Οκτ. 2007
65. **ØVRETVEIT JOHN**, “*Total quality management in European healthcare*”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol: 13 Issue: 2, 2000, pp 74 – 80
66. **ØVRETVEIT JOHN**, *What are the best strategies for ensuring quality in hospitals*, WHO Regional Office for Europe’s Health Evidence Network (HEN), 2003
67. **ΓΕΙΤΟΝΑ Μ, ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Σ**, *Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας και η Ευρωπαϊκή της Διάσταση*, ΕΕΕΦ, Αθήνα, 2006

68. ΓΚΟΛΝΑ Χ, ΚΟΝΤΙΑΛΗΣ Ξ, ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, *Φαρμακευτική πολιτική στην Ελλάδα και την Ευρώπη Λειτουργία της αγοράς και ρυθμιστικό πλαίσιο* Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2006
69. ØVRETVEIT JOHN “*Formulating a health quality improvement strategy for a developing country*”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol 17, Number 7, 2004, pp 368-376
70. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, “*Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*” **Health economics**, Vol 24, Is 1, 2007, pp 7-21
71. KOWALCZYK LIZ, *Surprise check faults MGH quality of care But hospital will get accreditation*, The Boston Globe, Boston, 2007
72. ΕΕΔΕ, *Ανακαλύπτοντας το Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας EFQM* Εκπαιδευτικά σεμινάρια EFQM, 2008
73. <http://www.efqm.org/>
74. VERNERO SANDRA, NABITZ UDO “*A two-level EFQM self-assessment in an Italian hospital*” **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol. 20, Is 3, 2007, pp 215-231
75. IGNACIO JUAN, CASTILLA MARTI'N “*EFQM model: knowledge governance and competitive advantage*” **Journal of Intellectual Capital**, Vol. 9 No. 1, 2008, pp 133-156
76. UGOLINI MARTA “*Can quality become tangible for health service users?*” **The TQM Journal**, Vol 21, Is 4, 2009, pp 400 – 412
77. SETH NITIN, DESHMUKH S.G “*Service Quality Models: a review*” **International Journal of Quality and Reliability Management**, Vol 22, No 9, 2005 pp 913-949
78. A. SAMPAIO PAULO et al, “*ISO 9001 certification research: questions, answers and approaches*”, **International Journal of Quality & Reliability Management**, Vol 6, Is 1, 2009, pp 38-78

78. **B. LAGODIMOS A.G, DERVITSIOTIS K. N, KIRKAGASLIS E** “*The penetration of ISO 9000 Certification in Greek Industries*” **Total Quality Management & Business Excellence**, Vol 16, Is 4, 2005, pp505 - 527
79. **RUIZ ULISES, SIMON JOSE** “*Quality management in health care: a 20-year journey*”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol: 17, Is: 6, 2004, pp 323 – 333
80. <http://www.quality.nist.gov/>
81. **GURD BRUCE, GAO TIAN** “*Lives in the balance: an analysis of the balanced scorecard (BSC) in healthcare organizations*” **International Journal of Productivity and Performance Management**, Vol. 57, Is 1, 2008, pp 6-21
82. **MEHMET TOLGA TANER, BULENT SEZEN** “An overview of six sigma applications in healthcare industry”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol 20, Is 6, 2007 pp 329-340
83. **ΦΟΥΡΑ ΓΑΛΗΝΗ**, *Το ΕΣΥ τρέμει την αξιολόγηση*, Καθημερινή, Αθήνα, 12/2007

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΟΔΗΓΙΑ CEN/TS 15224:2005: ΜΙΑ ΠΡΩΤΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

3.1 Γενικά

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες για την σωστή και πετυχημένη λειτουργία ενός οργανισμού και ειδικότερα ενός οργανισμού που δραστηριοποιείται στον κλάδο της υγείας, είναι η ποιότητα των προϊόντων ή των παρεχόμενων υπηρεσιών της.¹ Σήμερα σε παγκόσμιο επίπεδο υπάρχει η τάση αύξησης των απαιτήσεων των πελατών/ ασθενών τόσο για την «ποιότητα» των παρεχόμενων προς αυτούς υπηρεσιών, όσο και για την διασφάλιση αυτής της ποιότητας.

Οι οργανισμοί υγείας σε κάθε περίπτωση οφείλουν να κάνουν ενέργειες οι οποίες να διασφαλίζουν κάποιο απαιτούμενο επίπεδο ποιότητας. Δηλαδή να έχει ο οργανισμός στη διάθεσή του κάποιο σύστημα διαχείρισης της ποιότητας.

Ο σκοπός των προτύπων² και συγκεκριμένα της οδηγίας CEN/TS 15224:2005 όπως θα αναλυθεί και παρακάτω είναι η παροχή καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών, ειδικά σε έναν κλάδο τόσο ευαίσθητο όσο αυτός της υγείας, να απλοποιηθούν οι διαδικασίες σε έναν τομέα που πολλές φορές οι λύσεις πρέπει να είναι άμεσες και αποτελεσματικές, να μειωθεί το κόστος και το πλήθος των διαδικασιών και να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Η ανάπτυξη των προτύπων αλλά και της συγκεκριμένης οδηγίας βασίζεται σε τρεις αρχές:

- **Συμβιβασμό:**

Οι απόψεις και τα ενδιαφέροντα όλων των εμπλεκόμενων (τόσο γιατρών όσο και ασθενών) λαμβάνονται υπό θεώρηση.

- **Παγκοσμιοποίηση :**

Οι λύσεις που προτείνονται θα πρέπει να ικανοποιούν τους ασθενείς αλλά και τις οργανισμούς υπηρεσιών υγείας σε παγκόσμια βάση.

- **Εθελοντισμό :**

Η διεθνής προτυποποίηση βασίζεται στις δυνάμεις της αγοράς, για αυτό και η εφαρμογή της από όλους τους εμπλεκόμενους, γίνεται με βάση την ελεύθερη βούληση στους τύπους της αγοράς.

Η έκδοση του ISO 9001:2008³ «Συστήματα Διαχείρισης Ποιότητας – Απαιτήσεις» αποτελεί την τρίτη και πιο πρόσφατη φάση της διαδικασίας αναθεώρησης και έχει σαν στόχο να δώσει στους χρήστες την δυνατότητα να προσθέσουν αξία στις δραστηριότητές τους, βελτιώνοντας διαρκώς την απόδοσή τους μέσω της επικέντρωσης των συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας που εφαρμόζουν, στις βασικές διεργασίες του οργανισμού αλλά παράλληλα και στις απαιτήσεις των ασθενών που αποτελούν τον πυρήνα γύρω από τον οποίο σχεδιάζονται αυτά τα συστήματα.

Η υιοθέτηση ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας είναι στρατηγικής σημασίας για έναν οργανισμό και ακόμα πιο σημαντικό σε έναν οργανισμό υγείας τόσο από την πλευρά των ασθενών όσο και των οργανισμών που παρέχουν τις ιατρικές υπηρεσίες. Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή του συστήματος αυτού επηρεάζεται από τις ανάγκες του οργανισμού, τους συγκεκριμένους στόχους, τις υπηρεσίες που διαθέτει, τις διαδικασίες που ακολουθεί, το μέγεθος και την δομή του.

3.2 Σκοπός ανάπτυξης της οδηγίας CEN/TS 15224:2005

Σκοπός της συγκεκριμένης οδηγίας (CEN/TS 15224:2005) δεν είναι ούτε η αποδοχή ενός ομοιόμορφου συστήματος διαχείρισης αλλά ούτε και η αποδοχή ενός ομοιόμορφου συνόλου εγγράφων και διαδικασιών.⁴ Οι απαιτήσεις ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας οι οποίες και καθορίζονται σε αυτή την οδηγία είναι συμπληρωματικές με τις απαιτήσεις των υπηρεσιών του κάθε οργανισμού. Η οδηγία αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί από εσωτερικά ή εξωτερικά μέρη ενός οργανισμού, συμπεριλαμβανομένων των σωμάτων των οργανισμών πιστοποιήσεων, ώστε να αποτυπωθεί η ικανότητα του κάθε οργανισμού να ικανοποιεί τους ασθενείς και τις απαιτήσεις τους καθώς και τις ανάγκες και απαιτήσεις του ίδιου του οργανισμού.

Οι αρχές διαχείρισης ποιότητας που διατυπώνονται στο ISO 9001:2000 & ISO 9004:2000, έχουν ληφθεί υπόψη κατά την διαδικασία ανάπτυξης της παραπάνω

οδηγίας, μιας και η ίδια η οδηγία, αποτελεί στην ουσία ερμηνεία του προτύπου όπως αναφέρθηκε

Γιατί είναι όμως απαραίτητη η ερμηνεία της οδηγίας CEN/TS 15224:2005 στον χώρο της υγείας;

Η συγκεκριμένη οδηγία παρουσιάζει πληθώρα πλεονεκτημάτων τα οποία άπτονται των σημαντικότερων θεμάτων υπηρεσιών υγείας. Μερικοί από τους λόγους σπουδαιότητας είναι οι ακόλουθοι:

- Είναι εφαρμόσιμη σχεδόν σε όλες τις κατηγορίες προϊόντων και υπηρεσιών υγείας και σε όλους τους οργανισμούς υγείας ανεξαρτήτως μεγέθους.
- Μείωση της απαιτούμενης τεκμηρίωσης
- Άμεση σύνδεση της έννοιας της διεργασίας με το σύστημα διαχείρισης ποιότητας
- Σαφής προσανατολισμός προς τη βελτίωση υφισταμένων διεργασιών
- Πρωταγωνιστικός ο ρόλος της συνεχούς βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας
- Πλήρης συμβατότητα με άλλα συστήματα διαχείρισης
- Εύκολη στη χρήση της, κατανοητή γλώσσα και εύκολη στη μετάφρασή της

Οι στόχοι της οδηγίας που προέκυψαν ως αποτέλεσμα εκτενούς έρευνας σε διεθνή βάση, ήταν η αναγνώριση των αναγκών των χρηστών τους και η αξιοποίηση της εμπειρίας τους από την εφαρμογή των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας προσδιόρισαν την ανάγκη για μία οδηγία που να ικανοποιεί κάθε είδος και μέγεθος οργανισμού υγείας,⁴ να έχει απλή γλώσσα, να είναι εύκολα κατανοητή και να παρέχει συμβατότητα με οδηγίες άλλων προτύπων για άλλα διαχειριστικά συστήματα. Ακόμη θα πρέπει να είναι προσανατολισμένη στη δημιουργία συστημάτων που έχει ως στόχο τη συνεχή βελτίωση και την ικανοποίηση του πελάτη/ασθενή και να αποτελεί ένα φυσικό βήμα προς τη διαχείριση της ολικής ποιότητας.

Με βεβαιότητα⁵ μπορεί κανείς να τονίσει ότι οι οργανισμοί υγείας που έχουν εντάξει τα συστήματα ποιότητας στην καθημερινή τους πρακτική και νοοτροπία,

μετατρέποντάς τα σε ουσιαστικά εργαλεία διαχείρισης, ελέγχου και βελτίωσης δεν έχουν να φοβηθούν τίποτα από την εφαρμογή της νέας οδηγίας παρά μόνο να προσμένουν ωφέλεια σε πολλαπλά επίπεδα.

Η εστίαση στην ικανοποίηση των πελατών/ασθενών και η συνεχής βελτίωση είναι δύο θέματα στα οποία δίνει μεγάλη έμφαση η οδηγία σε αντίθεση με αυτές παλαιότερων προτύπων. Η ικανοποίηση του πελάτη/ασθενή ξεφεύγει από τα στενά όρια της διαχείρισης των παραπόνων του, που ήταν η μοναδική απαίτηση της έκδοσης του 1994 προς την κατεύθυνση αυτή, σε αντίθεση με τις εκδόσεις του 2000 και 2008. Ο οργανισμός υγείας πρέπει να ασχολείται πλέον σοβαρά και ενεργά με την ικανοποίηση του πελάτη, ώστε να μπορεί να αντιδρά στις διαφοροποιούμενες ανάγκες της αγοράς.

Η αναγνώριση και απόδειξη του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών πάντως είναι μία από τις νέες απαιτήσεις για τις οποίες υπάρχει αρκετός προβληματισμός για τον τρόπο με τον οποίο θα είναι εφικτό για πολλούς οργανισμούς να εφαρμοστεί.⁴ Η συνεχής βελτίωση αποτελεί για τους οργανισμούς υγείας απόλυτη ή ουτοπική απαίτηση. Η οδηγία εντοπίζει τις περιοχές εκείνες όπου είναι εφικτή η συνεχής βελτίωση. Για κάποιους οργανισμούς υγείας και κάτω από αντίξοες συνθήκες, βελτίωση χαρακτηρίζεται και η σταθερότητα.

Η νέα οδηγία αναδεικνύει την ιδιαιτερότητα του συστήματος ποιότητας κάθε οργανισμού υγείας. Πρέπει στο σημείο αυτό να τονιστεί ότι ο οργανισμός καθορίζει από μόνος του το σύστημα ποιότητας.

3.3 Οφέλη από την εισαγωγή ενός Συστήματος Διασφάλισης Ποιότητας σε έναν οργανισμό υγείας

Η εισαγωγή και η πιστοποίηση ενός Συστήματος Διοίκησης Ποιότητας σε έναν οργανισμό υγείας επιφέρει πολλαπλά οφέλη.⁶ Τα οφέλη αυτά είναι κατ' αρχήν εσωτερικά και προκύπτουν από την καλύτερη εσωτερική λειτουργία του οργανισμού σαν αποτέλεσμα της εισαγωγής σαφών και τεκμηριωμένων διαδικασιών και οδηγιών.

Σημαντικότερα όμως είναι τα πλεονεκτήματα που προκύπτουν στις σχέσεις του οργανισμού με το εξωτερικό του περιβάλλον, δηλαδή οφέλη σε σχέση με τις

συναλλαγές του οργανισμού με πελάτες, ασθενείς, προμηθευτές, κλπ. Επειδή κεντρικό σημείο σε όλα τα συστήματα διοίκησης ποιότητας είναι η θέσπιση στόχων και η συνεχής βελτίωση με την ικανοποίηση των πελατών, σε βάθος χρόνου επιτυγχάνονται καλύτερα εμπορικά αποτελέσματα, ανάπτυξη εργασιών και βελτίωση της ανταγωνιστικότητας, βελτίωση του γοήτρου και της αξιοπιστίας του οργανισμού, κλπ.

Η εφαρμογή των αρχών διαχείρισης της ποιότητας θα φέρει οφέλη και πλεονεκτήματα σε όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη με το σύστημα διαχείρισης της επιχείρησης.

Στους ασθενείς θα προσφέρονται προϊόντα - υπηρεσίες που θα:

- Συμμορφώνονται με τις απαιτήσεις κατά ISO
- Είναι στη διάθεσή τους όταν αυτοί τα/τις επιθυμούν
- Είναι εγγυημένα στον βαθμό που αυτό είναι εφικτό

Στο προσωπικό της εταιρείας θα προσφέρονται:

- Καλύτερες συνθήκες εργασίας
- Εντονότερη ικανοποίηση από την εργασία
- Καλύτερο ηθικό
- Βελτίωση της σταθερότητας της εργασίας

Στους μετόχους του οργανισμού θα προσφέρονται:

- Βελτίωση των αποτελεσμάτων
- Μεγιστοποίηση των κερδών τους
- Αυξημένο μερίδιο αγοράς

Στους προμηθευτές θα προσφέρονται:

- Σταθερότητα

- Ανάπτυξη
- Ικανότητα συνεργασίας

Στην κοινωνία θα προσφέρονται:

- Βελτίωση του περιβάλλοντος
- Αυξημένο πεδίο ασφάλειας
- Συνολική μείωση του κόστους

Όλοι οι παραπάνω λόγοι φανερώνουν την σπουδαιότητα της οδηγίας. Η ερμηνεία της αποκτά περισσότερη σημασία στους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας όχι μόνο λόγω ευαισθησίας του τομέα αλλά και λόγω σπουδαιότητας των υπηρεσιών που αυτοί οι οργανισμοί προσφέρουν. Στις υπηρεσίες υγείας, η ποιότητα και η δυνατότητα βελτίωσης των υπηρεσιών αυτών είναι καθοριστική. Ο ίδιος ο ασθενής επίσης συμμετέχει ψυχικά και σωματικά. Είναι λοιπόν σημαντικό να υπάρχει σωστή σχέση και αλληλεξάρτηση μεταξύ λειτουργών και ασθενών για να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

Επιπλέον, ο τομέας της υγείας είναι ιδιαίτερος και απαιτεί ουσιαστικές και σε βάθος γνώσεις του αντικειμένου. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, οι ασθενείς έχουν μηδαμινή γνώση ως προς τις υπηρεσίες που παρέχονται. Οι γνώσεις του λειτουργού σε συνεργασία με την σχέση που θα αναπτύξει με τον εκάστοτε ασθενή είναι καθοριστική και απαραίτητη για την έκβαση θετικού αποτελέσματος .

Συμπερασματικά, οι υπηρεσίες του τομέα υγείας είναι ξεχωριστές και διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή. Ο κάθε λειτουργός οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες ώστε να ικανοποιήσει κατάλληλα τον κάθε ασθενή, οτιδήποτε και αν αυτός του ζητήσει.

3.4 Υπηρεσίες υγείας και συστήματα διαχείρισης ποιότητας

Στον τομέα υπηρεσιών υγείας, οι υπηρεσίες που παρέχονται από λειτουργούς φροντίδας είναι σημαντικές.⁷ Η ευθύνη του προσωπικού στην παροχή υπηρεσιών υγείας – φροντίδας είναι ζωτικής σημασίας. Οι επαγγελματίες φροντίδας υγείας όλο

και περισσότερο γίνονται αυτοελεγχόμενοι: οι ομάδες των λειτουργών σε αυτόν τον τομέα εφαρμόζουν, προστατεύουν και προωθούν τις πρακτικές τους και προστατεύουν την ποιότητα της δουλειάς τους με κώδικες και πρότυπα που έχουν αναπτυχθεί.

Στον τομέα της υγείας, οι απαιτήσεις διαχείρισης ποιότητας ερμηνεύονται διαφορετικά από ότι στις βιομηχανίες ή άλλου είδους εταιρείες, για τους παρακάτω λόγους :

- Ο τομέας της υγείας χαρακτηρίζεται από την φυσική και πνευματική συμμετοχή του ασθενούς στην διαδικασία παροχής περίθαλψης. Έτσι, η παροχή φροντίδας βασίζεται στην συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ του ανθρώπου που παρέχει τις υπηρεσίες πρόνοιας (του λειτουργού) και του πελάτη.
- Ο πελάτης μπορεί να έχει ελάχιστη γνώση για τις απόψεις του λειτουργού όσον αφορά τις υπηρεσίες που αυτός παρέχει. Η σχέση λειτουργού και πελάτη είναι μοναδική, λαμβάνοντας υπόψη την προσπάθεια του λειτουργού. Οι επιλογές εξαρτώνται κυρίως από τον λειτουργό.
- Γενικώς, η αγορά και η αποδοχή των υπηρεσιών υγείας διαχωρίζονται (τα λεγόμενα τρίτα μέρη). Έτσι, αυτός που παρέχει τις υπηρεσίες πρέπει να ικανοποιήσει διαφορετικές ποιότητας απαιτήσεις ως προς τους δύο κύριους πελάτες του : τον αγοραστή και τον ασθενή.

3.5 Πελατοκεντρική προσέγγιση στον χώρο της υγείας

Μία πελατοκεντρική προσέγγιση είναι σημαντική επιδίωξη στην ανάπτυξη δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και αποτελεί σημαντικό οδηγό αναμόρφωσης των υπηρεσιών αυτών. Στενή σχέση συνεργασίας μεταξύ πελατών και επαγγελματιών, έχει ως αποτέλεσμα την αμοιβαία επιρροή και τον διάλογο μεταξύ των μερών. Η συγκεκριμένη οδηγία και κατ' επέκταση το σύστημα ISO 9001 που επιχειρεί να ερμηνεύσει, θεωρούν την πελατοκεντρική προσέγγιση ως μία βασική συνιστώσα στον προγραμματισμό υλοποίησης του προγράμματος ποιότητας.

Η ετερογένεια των πελατών και η αναγνώριση των διαφορετικών τους ιστορικών, καθιστά σημαντική την ανάπτυξη ευέλικτων υπηρεσιών.⁸ Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να ταιριάζουν στις ανάγκες του κάθε πελάτη, λαμβάνοντας υπόψη το περιβάλλον και το άμεσο κοινωνικό τους σύνολο. Έτσι οι υπηρεσίες που παρέχονται πρέπει να ικανοποιούν τόσο γενικές όσο και ειδικές ανάγκες και απαιτήσεις.

Στους οργανισμούς φροντίδας υγείας ο ρόλος της ανώτερης διοίκησης είναι σημαντικός τόσο για την οργανωσιακή όσο και για την ποιοτική πελατοκεντρική διαχείριση, αφού ο πελάτης είναι αυτός που εμπνέει, προωθεί και υποστηρίζει την κουλτούρα του προϊόντος. Η βελτίωση της ποιότητας αναφέρεται τόσο στην διαχείριση όσο και στους λειτουργούς. Οι λειτουργοί φροντίδας υγείας θα είναι τελικά οι υπεύθυνοι για τις πρακτικές που εφαρμόζονται.

Ο οργανισμός λοιπόν, σε μία πρώτη προσέγγιση όσον αφορά την πελατοκεντρική του προσέγγιση θα πρέπει να βασίζεται στην ανώτατη διοίκηση του. Συνεπώς:

- Η ανώτατη διοίκηση πρέπει να εγκαθιδρύσει μια ενότητα ως προς τον κοινό σκοπό και να δώσει προσανατολισμό στον οργανισμό.
- Πρέπει να δημιουργήσει ένα περιβάλλον το οποίο να ενθαρρύνει τα μέλη του οργανισμού στο να επιτύχουν τους αντικειμενικούς σκοπούς του οργανισμού και παράλληλα να παρέχει σε αυτά (μέλη) επαρκείς πόρους για την επίτευξη των διεργασιών.

Οι διαχειριστές των οργανισμών υγείας είναι γενικά υπόλογοι για την ασφάλεια και την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται από τον οργανισμό. Ο προσδιορισμός της υγείας και της ποιότητάς της όμως όπως αναφέρθηκε απαιτεί προσπάθεια από όλα τα ενδιαφερόμενα μέλη, που επιπρόσθετα από τον πάροχο και τον αγοραστή, περιλαμβάνει και τον πελάτη / ασθενή καθώς και τους λειτουργούς. Επιπρόσθετα, οι προσδοκίες ικανοποίησης των μετόχων του οργανισμού πρέπει να ενσωματωθούν στην διαδικασία σχεδιασμού ποιότητας.

Οι οργανισμοί υπηρεσιών υγείας, δεν αρκεί να έχουν μία ανώτατη διοίκηση, η οποία να σχεδιάζει και να διαμορφώνει πελατοκεντρικές κατευθύνσεις.⁹ Απαιτείται και το κατάλληλο προσωπικό, στο οποίο θα πρέπει να βασιστεί για την υλοποίηση των προτάσεων και των σχεδιασμών της, το οποίο θα βελτιώσει τόσο κρίσιμες όσο και δευτερεύουσες/υποστηρικτικές λειτουργίες. Συνεπώς:

- Ο οργανισμός πρέπει να ενθαρρύνει την ανάμειξη των μελών του σε όλα τα επίπεδα.
- Θα πρέπει να βοηθά τα μέλη του να αναπτύσσουν και να χρησιμοποιούν τις ικανότητές τους.

Οι υπηρεσίες υγείας είναι « άνθρωποι που δουλεύουν για ανθρώπους». Παρόλα αυτά, η ανάπτυξη της ποιότητας στον τομέα υπηρεσιών υγείας απαιτεί στροφή από τα αυταρχικά παραδείγματα διαχείρισης, σε συστήματα πιο ανθρωποκεντρικά, ικανά να επηρεάσουν ομαδικές ικανότητες για συνεχή βελτίωση της ποιότητας και της νοημοσύνης. Η καθοδήγηση και η παρακίνηση του προσωπικού απαιτεί συνεχή και δομημένη επικοινωνία, τόσο μεταξύ του προσωπικού, όσο και μεταξύ προσωπικού και πελατών.

3.6 Διεργασιοκεντρική προσέγγιση στον χώρο της υγείας

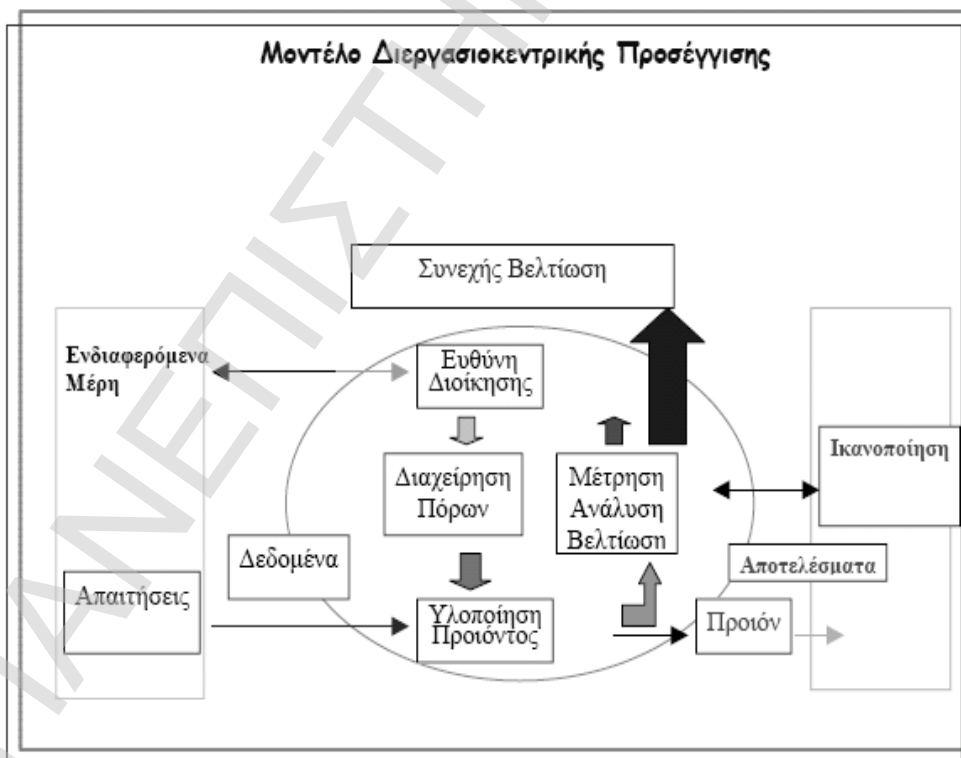
Οι οργανισμοί που δραστηριοποιούνται στον τομέα υπηρεσιών και ακόμα περισσότερο στον χώρο της υγείας, θα πρέπει να εφαρμόσουν μοντέλα διαχείρισης βασισμένα σε διεργασίες για να βελτιώσουν την αποδοτικότητά τους.¹⁰ Για την επίτευξη όμως πραγματικών αποτελεσμάτων, θα πρέπει παράλληλα να εφαρμοστούν κανόνες που αφορούν την επίβλεψη της εφαρμογής τους, ιδιαίτερα για την κινητοποίηση του ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού.

Οργανισμοί, όπως εκείνοι που εμπλέκονται στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι περισσότερο αποτελεσματικοί και αποδοτικοί όταν χρησιμοποιούν μια συστηματική προσέγγιση. Συνεπώς:

- Οι οργανισμοί υγείας πρέπει να αναγνωρίζουν τις συσχετιζόμενες διεργασίες και να τις διαχειρίζονται σαν ένα σύστημα.
- Οι οργανισμοί υγείας χρησιμοποιούν τη συστηματική προσέγγιση στη διαχείριση των συσχετιζόμενων διεργασιών του.

Κάθε δραστηριότητα ή λειτουργία η οποία λαμβάνει δεδομένα και τα μετατρέπει σε αποτελέσματα μπορεί να θεωρηθεί ως διεργασία. Σχεδόν όλες οι δραστηριότητες και λειτουργίες που σχετίζονται με προϊόντα και υπηρεσίες θεωρούνται διεργασίες. Για να λειτουργήσουν οι οργανισμοί πρέπει να ορίσουν και να διαχειριστούν πολυάριθμες αλληλοσυσχετιζόμενες διεργασίες και αυτό δεν αποτελεί εξαίρεση για τον τομέα υγείας.

Πολλές φορές, το αποτέλεσμα μιας διεργασίας αποτελεί άμεσα το δεδομένο της επόμενης. Η συστηματική αναγνώριση και διαχείριση των διάφορων διεργασιών μέσα σε έναν οργανισμό και κυρίως των αλληλεπιδράσεων μεταξύ αυτών των διεργασιών, αναφέρεται ως «διεργασιοκεντρική προσέγγιση» στη διοίκηση (Σχήμα 3).



Σχήμα 3. Μοντέλο διεργασιοκεντρικής προσέγγισης (Πηγή: Stefano Biazzo, 2003)

Για την διασύνδεση με την αναφορά στην ανθρωποκεντρική διαχείριση¹¹, το μοντέλο διεργασιοκεντρικής προσέγγισης αντιλαμβάνεται για παράδειγμα το γεγονός ότι οι πελάτες/ασθενείς και τα άλλα ενδιαφερόμενα μέρη παίζουν ένα σημαντικό ρόλο κατά τη διάρκεια της διεργασίας του προσδιορισμού των απαιτητών δεδομένων. Η διαχείριση των διεργασιών εφαρμόζεται κατόπιν για όλες τις διεργασίες που απαιτούνται για τη διαχείριση της υπηρεσίας και τα αποτελέσματα των διεργασιών επαληθεύονται. Οι μετρήσεις της ικανοποίησης των πελατών αλλά και των άλλων εμπλεκόμενων μερών χρησιμοποιούνται ως ανατροφοδότηση για εκτίμηση και επικύρωση του κατά πόσον οι απαιτήσεις του πελάτη έχουν ικανοποιηθεί.

Οι σύγχρονες υπηρεσίες υγείας αποτελούν ολοκληρωμένες διαδικασίες που γεφυρώνουν τις λειτουργίες και τις ιδιαιτερότητες των κλινικών προσεγγίσεων διαμέσου των διαφόρων ανθρώπων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Η φροντίδα γίνεται μέσω κεντρικών διαδικασιών που ακολουθούν τον ασθενή καθ' όλη την διάρκεια της αγωγής του, συμπεριλαμβανομένου και της παρακολούθησης της προόδου του.

Παρόλα αυτά, οι διαδικασίες αυτές εξαρτώνται από έναν σημαντικό αριθμό προσπαθειών με την μορφή υποστηρικτικών διαδικασιών. Η διαχείριση κινδύνου αποτελεί σημαντικό παράγοντα υπηρεσιών υγείας και επιτυγχάνεται καλύτερα μέσω μιας ολοκληρωμένης διαδικασίας προσέγγισης.

3.6.1 Συνεχής βελτίωση μέσα από το διεργασιοκεντρικό μοντέλο

Οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας γίνονται περισσότερο αποδοτικοί και αποτελεσματικοί όταν εντάσσονται συνεχώς σε μια διαδικασία βελτίωσης, όπως προκύπτει από το διεργασιοκεντρικό μοντέλο. Το διεθνές πρότυπο ISO 9001 με την συνδρομή της οδηγίας CEN/TS 15224:2005 ενθαρρύνει την υιοθέτηση αυτής της προσέγγισης για τη διοίκηση του οργανισμού και τις διεργασίες του.

Η ουσιαστική υιοθέτηση του προτύπου ISO 9001⁶, «δεσμεύει» μόνιμα τον οργανισμό σε μια συνεχή βελτίωση της συνολικής του εικόνας. Με τον όρο συνεχής βελτίωση υπηρεσιών υγείας εννοούμε μια σειρά ενεργειών που εκτελεί καθημερινά ο

οργανισμός υγείας ώστε να αυξήσει τη δυνατότητα του να καλύπτει τις απαιτήσεις του συστήματος. Επιτυγχάνεται δε εφαρμόζοντας εσωτερικές επιθεωρήσεις, εκτελώντας ανασκοπήσεις της διαχείρισης, αναλύοντας τα δεδομένα και εφαρμόζοντας διορθωτικές και προληπτικές ενέργειες.

Οι εσωτερικές επιθεωρήσεις γίνονται από το προσωπικό και εξετάζονται τα μέρη ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας με σκοπό να εκτιμηθεί πόσο καλά αυτά συμμορφώνονται με τις απαιτήσεις του συστήματος.

Οι διορθωτικές ενέργειες από την πλευρά τους επιτελούνται με σκοπό να εξαλείψουν τις γενεσιουργές αιτίες της μη συμμόρφωσης ή για να ωθήσουν τη βελτίωση της ποιότητας. Αναφέρονται σε συγκεκριμένα προβλήματα και είναι γενικά μέθοδοι επίλυσης προβλημάτων.

Οι οργανισμοί υπηρεσιών υγείας δέχονται προκλήσεις για συνεχή βελτίωση των γνώσεων του περιβάλλοντος που συστηματικά δέχεται, επεξεργάζεται και ερμηνεύει αποτελέσματα, βελτιώνοντας τις εκτελεστικές τους διαδικασίες μέσα από τις εμπειρίες και τα λάθη του παρελθόντος. Το τελευταίο αποτελεί σημαντικό κλειδί επιτυχίας επιτρέποντας σε έναν οργανισμό να δραστηριοποιείται σε οποιοδήποτε μεταβαλλόμενο περιβάλλον με όλο και περισσότερες προσπάθειες για υψηλότερη ποιότητα και χαμηλότερο κόστος.

Οι οργανισμοί υγείας επίσης λαμβάνουν καλύτερες αποφάσεις όταν αυτές βασίζονται σε γεγονότα και μετρήσιμα αποτελέσματα που προέρχονται από την καθιέρωση και υλοποίηση των διεργασιών. Συνεπώς πρέπει να αποφασίζουν βασιζόμενοι σε πραγματικές πληροφορίες και δεδομένα.

Είναι σημαντικό το γεγονός ότι η φροντίδα που παρέχεται στους οργανισμούς υγείας μπορεί ανά πάσα στιγμή να αξιολογηθεί και να αναμορφωθεί σύμφωνα με τις εξελίξεις και τα γεγονότα. Κάτι τέτοιο όμως προϋποθέτει συστηματική παρακολούθηση των δραστηριοτήτων και των αποτελεσμάτων τους.

Είναι επίσης σημαντικό να αναγνωρίζονται οι δυνατές συνεργίες μεταξύ ποιότητας και τεχνολογίας πληροφόρησης σε έναν οργανισμό.¹² Τα πληροφοριακά συστήματα

θα πρέπει να προσαρμόζονται στις ειδικές απαιτήσεις ώστε αποτελεσματικά να υποστηρίξουν, να ελέγξουν και να παρακολουθήσουν πρότυπες, ολοκληρωμένες διαδικασίες.

Από την άλλη πλευρά, η βελτίωση ποιότητας βασισμένης στις γνώσεις ενός πολύπλοκου, και γρήγορα αναπτυσσόμενου περιβάλλοντος μπορεί να εφαρμοστεί αποτελεσματικά μόνο μέσω υποστήριξης μιας πλήρους και ολοκληρωμένης τεχνολογίας πληροφόρησης η οποία θα συνδυάζεται με την φιλοσοφία των ροών εργασίας του οργανισμού.

3.7 Συμβατότητα των συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας με το ISO 9001

Οι υπηρεσίες υγείας όλο και περισσότερο αποκτούν διεθνείς αγορές.¹³ Τα τελευταία χρόνια, επικρατεί μία αυξανόμενη συναίσθηση ότι τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας μπορούν να εφαρμοστούν στον τομέα υπηρεσιών υγείας για να βελτιώσουν την ποιότητα και την ασφάλεια και τελικώς να ενισχύσουν την υπευθυνότητα των πολιτών για τους ανθρώπους που παρέχουν υπηρεσίες υγείας καθώς και για αυτούς που διαμορφώνουν πολιτικές στον τομέα αυτό.

Οι εθνικές προσεγγίσεις ποικίλων και διαφορετικών οργανισμών μπορεί να επιλέξουν διαφορετικές μεθόδους και προσεγγίσεις διαχείρισης ποιότητας. Τα πρότυπα ISO παρέχουν ένα διεθνές πρότυπο πλαίσιο για τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας και την αξιολόγησή τους. Η αναγνώριση της ποιότητας στην βάση κοινών αποδεκτών προτύπων διευκολύνει την αμοιβαία αναγνώριση μεταξύ των οργανισμών. Κατά συνέπεια, υπάρχει μία ισχυρή κατά περίπτωση συμβατότητα του ISO με τα εθνικά συστήματα διαχείρισης ποιότητας στον τομέα υπηρεσιών υγείας, ειδικά σε οριακές αντισυμβαλλόμενες καταστάσεις.

3.8 Σχέση της οδηγίας CEN/TS 15224 με τα πρότυπα ISO 9001 και ISO 9004

Η οδηγία CEN/TS 15224:2005, αναπτύχθηκε με βάση τις αρχές διαχείρισης που περιγράφονται στα πρότυπα ISO 9001:2000 και ISO 9004:2000.

Το πρότυπο ISO 9001:2000, βάσει του οποίου αναπτύχθηκε η συγκεκριμένη οδηγία, καθορίζει τις απαιτήσεις ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας το οποίο

χρησιμοποιείται για εσωτερική χρήση από έναν οργανισμό, ή για πιστοποίηση ή για υπογραφές συμβολαίων. Εστιάζει στην αποτελεσματικότητα του συστήματος διαχείρισης ποιότητας ως προς της ικανοποίηση των απαιτήσεων των πελατών.

Το πρότυπο ISO 9004:2000 από την άλλη¹⁴, δίνει οδηγίες σε ένα πιο ευρύ φάσμα αντικειμενικών σκοπών και επιδιώξεων του συστήματος διαχείρισης ποιότητας, σε σχέση με το ISO 9001:2000, και συγκεκριμένα δίνει έμφαση στην συνεχή βελτίωση της εκτέλεσης και αποτελεσματικότητας ενός οργανισμού. Το ISO 9004:2000 συστήνεται σαν οδηγός για οργανισμούς όταν η ανώτερη διοίκηση θέλει να κινηθεί πέρα από τις απαιτήσεις του ISO 9001:2000, επιδιώκοντας συνεχή βελτίωση της λειτουργικότητας του οργανισμού. Παρόλα αυτά, δεν χρησιμοποιείται για πιστοποιήσεις ή για συμβόλαια.

3.9.1 Διαφορές του ISO 9000:2000 με το ISO 9000:1994

Η ανάπτυξη της οδηγίας CEN/TS 15224 έγινε για να ερμηνεύσει τις απαιτήσεις και τις κατευθύνσεις του ISO 9001:2000. Είναι γεγονός όμως ότι το 2008 αναπτύχθηκε η αναθεωρημένη έκδοση του προτύπου (ISO 9001:2008), η οποία αν και δεν παρουσιάζει διαφοροποιήσεις όσον αφορά τις απαιτήσεις, εντούτοις, υπάρχουν κάποιες διαφορές οι οποίες θα αναπτυχθούν στις επόμενες σελίδες.

Περισσότερο ριζικές ήταν οι αλλαγές κατά την μετάβαση από την έκδοση του ISO 9000:1994 στην ISO 9000:2000.¹⁵ Υπήρξε τότε μια ανάγκη αναπροσαρμογής των προτύπων της σειράς ISO 9000, η οποία οδήγησε στην αναθεώρησή και ουσιαστικά την αντικατάστασή τους με το πρότυπο ISO 9001:2000.

Βασικός στόχος αυτής της αναθεώρησης ήταν να διευκολυνθεί η εφαρμογή των προτύπων σε όλα τα είδη των επιχειρήσεων και συγχρόνως να εφαρμοστούν συστήματα τα οποία με τη σειρά τους θα συνεισέφεραν στην κατεύθυνση της επίτευξης των στόχων της επιχείρησης.

Αν συγκρίνουμε τις δύο παλαιότερες εκδόσεις παρατηρούμε διαφορές στη δομή. Οι διαφορές αυτές εντοπίζονται και στην πιο πρόσφατη έκδοση του προτύπου. Οι τελευταίες εκδόσεις του προτύπου, αποτελούνται από πέντε κεφάλαια και όχι είκοσι όπως η παλιότερη. Και τα δύο εμφανίζουν μια πιο λογική δομή που είναι πιο συμβατή με το πρότυπο ISO 14001:2004 που αναφέρεται στη διαχείριση του περιβάλλοντος. Παράλληλα υπάρχει καλύτερος και σαφής προσανατολισμός προς τον πελάτη από ότι η παλιότερη έκδοση μέσα από απαιτήσεις για συχνότερη επικοινωνία με αυτόν και για μέτρηση και παρακολούθηση της ικανοποίησης του.

Επίσης δίνεται έμφαση στη συνεχή βελτίωση του συστήματος. Σε προηγούμενες σελίδες αναπτύχθηκε η συμβολή του διεργασιοκεντρικού μοντέλου στις βελτιωτικές διαδικασίες και η ανάγκη για συνεχείς βελτιώσεις στον τομέα υπηρεσιών υγείας. Στις τελευταίες εκδόσεις του προτύπου οι διαδικασίες βελτίωσης αποτελούν απαίτηση και όχι απλή υποχρέωση όπως συνέβαινε σε παλαιότερα πρότυπα. Συγκεκριμένα ζητείται συνεχώς η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και καταλληλότητας του συστήματος διαχείρισης ποιότητας και η εφαρμογή βελτιώσεων στο σύστημα.

Το σύστημα διαχείρισης ποιότητας θεωρείται γενικά ως μία μεγάλη σύνθετη διεργασία η οποία χρησιμοποιεί μία σειρά από εισερχόμενα για να παράγει μια σειρά από εξερχόμενα. Η σύνθετη αυτή διεργασία αποτελείται από πολλές μικρότερες. Στην έκδοση του ISO 9001:2000, αναπτύχθηκαν κυρίως 21 διεργασίες.

Στην έκδοση αυτή επίσης δίνεται ιδιαίτερη προσοχή και βαρύτητα στη διαθεσιμότητα πόρων για την λειτουργία του όλου συστήματος και μετράται η αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης. Τα στοιχεία αυτά είναι απαραίτητα στον τομέα υπηρεσιών υγείας αν σκεφτεί κανείς ότι η σωστή κατανομή των πόρων και η κατάρτιση του προσωπικού, είναι δύο απαραίτητες συνιστώσες στην οργάνωση, ανάπτυξη και βελτίωση παροχής υπηρεσιών υγείας.

Στο πρότυπο ISO 9001:2000, εισήχθησαν για πρώτη φορά νέες απαιτήσεις και έγινε τροποποίηση μερικών παλαιότερων. Ενδεικτικά μπορεί να αναφερθεί η επικοινωνία η αναγνώριση και η κάλυψη των απαιτήσεων του πελάτη, η υποστήριξη της επικοινωνίας, η εξασφάλιση ποιοτικού περιβάλλοντος εργασίας, η παρακολούθηση

και μέτρηση της απόδοσης των διεργασιών, η αξιολόγηση της καταλληλότητας του συστήματος διαχείρισης ποιότητας και η βελτίωσή του, η αναγνώριση των βελτιώσεων κτλ

Επίσης ο οργανισμός μπορεί να αγνοήσει ή να αποκλείσει κάποιες απαιτήσεις, γεγονός που κάνει τις απαιτήσεις προσαρμογής στο πρότυπο πιο ευέλικτες. Μπορεί να αποκλειστεί για παράδειγμα, κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις – συνθήκες οποιαδήποτε από τις απαιτήσεις του Κεφαλαίου «Πραγμάτωση Προϊόντος», λόγω της φύσης του οργανισμού ή λόγω της φύσης των παρεχόμενων προϊόντων/υπηρεσιών. Σε κάθε περίπτωση όμως οι απαιτήσεις των πελατών πρέπει να καλύπτονται.

Τελευταία και σημαντικότερη διαφορά είναι ότι η νέα «αναθεωρημένη» έκδοση του 2000 είναι λιγότερο γραφειοκρατική από την προηγούμενη με όσα πλεονεκτήματα συνεπάγεται κάτι τέτοιο.

Όλες οι απαιτήσεις του προτύπου ISO 9001:1994 έχουν συμπεριληφθεί στο πρότυπο ISO 9001:2000 με τη διαφορά ότι έχουν δομηθεί κάπως διαφορετικά όπως αναφέρθηκε. Συνοψίζοντας, οι σημαντικότερες αλλαγές μεταξύ των εκδόσεων του 1994 και του 2000 είναι οι εξής:

- Προσέγγιση στη βάση της διεργασίας
- Καθορισμός των αναγκών των πελατών και μέτρηση ικανοποίησης των.
- Έμφαση στην εμπλοκή και δέσμευση της Ανώτατης Διοίκησης
- Μέτρηση και παρακολούθηση
- Έμφαση στη συνεχή βελτίωση
- Μείωση των απαιτήσεων τεκμηρίωσης
- Μείωση των προτύπων και προσδιορισμός των εξαιρέσεων
- Δομή του προτύπου και ορολογία του

3.9.2 Συμβατότητα του ISO 9001 με άλλα συστήματα διαχείρισης

Το διεθνές πρότυπο έχει ευθυγραμμιστεί με το πρότυπο ISO 14001:2004¹⁶ ώστε να βελτιωθεί η συμβατότητα των δύο αυτών προτύπων προς όφελος των χρηστών. Μάλιστα στην τελευταία έκδοση του προτύπου (ISO 9001:2008), υπάρχουν κάποιες αλλαγές που αυξάνουν την συμβατότητα με το περιβαλλοντικό πρότυπο, όπως θα δούμε και παρακάτω. Το διεθνές πρότυπο δεν περιλαμβάνει απαιτήσεις που καθορίζουν άλλα συστήματα διαχείρισης, όπως αυτά που σχετίζονται με την διαχείριση του περιβάλλοντος, τα συστήματα διαχείρισης προσωπικού, οικονομικά συστήματα και συστήματα διαχείρισης κινδύνου. Παρόλα αυτά, το πρότυπο αυτό δίνει την δυνατότητα στον οργανισμό να ευθυγραμμίσει ή να ενσωματώσει το δικό του σύστημα διαχείρισης με τις απαιτήσεις άλλων σχετικών συστημάτων διαχείρισης. Είναι πιθανό ένας οργανισμός να προσαρμόσει το ήδη υπάρχον σύστημα διαχείρισης ώστε να δημιουργήσει ένα σύστημα διαχείρισης ποιότητας το οποίο θα συμμορφώνεται με τις απαιτήσεις του διεθνούς προτύπου.

Στον τομέα υπηρεσιών υγείας υπάρχουν δύο πρότυπα συστήματα διαχείρισης τα οποία καλύπτουν ιατρικά μηχανήματα και εργαστήρια:

- ISO 13485:2003

Το ISO 13485:2003, το οποίο είναι ένα ανάλογο του ISO 9001:2008 στον χώρο της υγείας. Παρά το γεγονός ότι τα πρότυπα τα οποία ήρθε να αντικαταστήσει, ήταν το πώς να εφαρμόσει τα ISO 9001 και ISO 9002 στα ιατρικά μηχανήματα, εντούτοις, το ISO 13485:2003, αποτελεί ξεχωριστό πρότυπο. Συμμόρφωση με το ISO 13485:2003 δεν σημαίνει απαραίτητα και συμμόρφωση με το ISO 9001:2000

- ISO 15189:2003

Το ISO 15189:2003 προορίζεται για ιατρικά εργαστήρια με συγκεκριμένες απαιτήσεις όσον αφορά στην ποιότητα και στις δυνατότητες. Αποτελεί επίσης ξεχωριστό πρότυπο, εξειδικευμένο στη λειτουργία των ιατρικών εργαστηρίων. Συμμόρφωση στο συγκεκριμένο πρότυπο δεν σημαίνει απαραίτητα και συμμόρφωση στις επιταγές του ISO 9001:2000.

3.9.3 Το νέο πρότυπο ISO 9001:2008: Διαφορές με το πρότυπο ISO 9001:2000

Η έκδοση ISO 9001:2008 είναι η 4^η στη σειρά έκδοση του προτύπου και όπως έχει ήδη αναφερθεί, δεν έχει νέες απαιτήσεις.¹⁷ Μάλιστα το καινούριο πρότυπο χρησιμοποιεί το ίδιο σύστημα αρίθμησης σε σχέση με το προηγούμενο, με αποτέλεσμα τα δύο πρότυπα να μοιάζουν αρκετά. Επίσης η γενικότερη δομή της έκδοσης αυτής δεν έχει αλλάξει σε σχέση με την έκδοση ISO 9001:2000, αλλά υπάρχουν κάποιες διαφοροποιήσεις μέσα στις απαιτήσεις που μπορεί να προκαλέσουν από ασήμαντες έως και μεγάλες αλλαγές σε μερικές περιπτώσεις.

Είναι γεγονός πάντως πως το πρότυπο ISO 9001:2000 θα ισχύει για τα επόμενα 2 χρόνια, ενώ θα εκδίδονται πιστοποιητικά κατά ISO για ένα ακόμη έτος. Οι κυριότερες διαφορές εντοπίζονται στα εξής:

- Έμφαση στον έλεγχο των υπεργολαβιών

Στην παρούσα έκδοση του προτύπου δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στον έλεγχο των υπεργολαβιών. Η νέα έκδοση δίνει τον ορισμό της υπεργολαβίας και απαιτεί οι διεργασίες αυτές να είναι υπό έλεγχο. Ο έλεγχος που θα ασκείται εξαρτάται από την σημαντικότητα των υπεργολαβιών και αυτό θα πρέπει να ορίζεται σαφώς μέσα στο Σύστημα Ποιότητας. Γίνεται ξεκάθαρο μάλιστα ότι οι υπεργολαβίες δεν αφορούν μόνο παραγωγικές διεργασίες αλλά και διοικητικές, πχ όταν οι οικονομικές υπηρεσίες έχουν ανατεθεί σε υπεργολάβους. Εδώ βλέπουμε ότι ο ISO έχει λάβει υπόψη του τις σύγχρονες εξελίξεις οι οποίες επιβάλλουν την χρήση υπεργολάβων για την μείωση του κόστους και συνεπώς καθώς όλο και περισσότερες επιχειρήσεις επιλέγουν αυτή την λύση, το πρότυπο αυξάνει την σημασία του ελέγχου των υπεργολάβων.

- Τεκμηρίωση

Σύμφωνα με το πρότυπο ISO 9001:2008, η τεκμηρίωση δεν περιλαμβάνει μόνο τα αρχεία που απαιτούνται από το πρότυπο, αλλά και τα αρχεία τα οποία ο οργανισμός έχει σε τάξη για να μπορεί να σχεδιάζει, να ελέγχει και να λειτουργεί το σύστημα διαχείρισης ποιότητας. Επίσης, σύμφωνα με την έκδοση αυτή, γίνεται ξεκάθαρο ότι δεν υπάρχει απαίτηση καταγραφής και ελέγχου όλων των εξωτερικών εγγράφων παρά μόνο αυτών που σχετίζονται με το σύστημα διαχείρισης της ποιότητας.

- Εκπροσώπηση της διοίκησης

Σύμφωνα με το νέο πρότυπο, ο εκπρόσωπος της διοίκησης για θέματα ποιότητας δεν μπορεί να είναι υπεργολάβος, αλλά θα πρέπει να είναι μέλος της διοίκησης του οργανισμού

- Υποδομές

Στο προηγούμενη έκδοση του προτύπου, ο όρος υποδομές περιελάμβανε κτίρια, εργασιακούς χώρους, εξοπλισμό, λογισμικό, καθώς και υποστηρικτικές υπηρεσίες όπως μεταφορές και επικοινωνίες. Το νέο πρότυπο έχει προσθέσει στις τελευταίες υπηρεσίες και τα πληροφοριακά συστήματα. Τόσο το παλιό όσο και το καινούριο πρότυπο απαιτούν την διάθεση της κατάλληλης υποδομής που χρειάζεται ο οργανισμός για να διασφαλίσει ότι οι απαιτήσεις του προϊόντος ή της υπηρεσίας ικανοποιούνται.

- Περιβάλλον εργασίας

Στην παρούσα έκδοση του προτύπου, γίνεται ξεκάθαρο ότι με τον όρο εργασιακό περιβάλλον, νοούνται οι εργασιακές συνθήκες. Οι συνθήκες αυτές περιλαμβάνουν πέρα από τις προσωπικές και τις περιβαλλοντικές, παράγοντες όπως ο θόρυβος, η θερμοκρασία, η υγρασία, η φωτεινότητα και ο καιρός. Σύμφωνα με το νέο πρότυπο, όλοι αυτοί οι παράγοντες πρέπει να διαχειριστούν κατάλληλα έτσι ώστε να διασφαλιστεί ότι οι απαιτήσεις του προϊόντος ή της υπηρεσίας ικανοποιούνται.

- Απαιτήσεις πελατών

Στην έκδοση του 2008, ξεκαθαρίζεται το τι περιλαμβάνει ο όρος «απαιτήσεις πελατών μετά την συναλλαγή». Σύμφωνα με αυτήν, περιλαμβάνονται παράγοντες όπως η παροχή εγγυήσεων, δραστηριότητες συντήρησης και υποστηρικτικές υπηρεσίες, όπως η ανακύκλωση και η τελική απομάκρυνση.

- Έλεγχος και μέτρηση εξοπλισμού

Η παρούσα έκδοση αναφέρεται στον έλεγχο της επίβλεψης και της μέτρησης του εξοπλισμού. Στην προηγούμενη έκδοση γινόταν αναφορά στον όρο συσκευές αντί για εξοπλισμό. Ο όρος αυτός ήταν γενικότερος, γεγονός που προκαλούσε προβλήματα.

- Ικανοποίηση πελατών

Τόσο το παλιό όσο και το καινούριο πρότυπο, απαιτούν την επίβλεψη και την μέτρηση της ικανοποίησης των πελατών. Μια επιπλέον σημείωση στο καινούριο πρότυπο εξηγεί ότι υπάρχουν πολλοί τρόποι για να καταγράψεις την ικανοποίηση των πελατών (γκάλοπ απόψεων και αποτύπωσης ικανοποίησής τους), ιδίως μετά την παροχή του προϊόντος/υπηρεσίας μέσα από τις απαιτήσεις για εγγυήσεις, τις αναφορές των πελατών, την κριτική τους, αλλά και την ανάλυση των χαμένων επαγγελματικών ευκαιριών.

- Αρχεία εσωτερικού ελέγχου

Και στα δύο πρότυπα, γίνεται ρητή αναφορά στην ανάγκη καθιέρωσης διαδικασιών όσον αφορά τον σχεδιασμό, την εκτέλεση, την αναφορά και την καταγραφή εσωτερικών ελέγχων. Παρόλα αυτά, στο προηγούμενο πρότυπο δεν ήταν ξεκάθαρη η διατύπωση για διατήρηση των αρχείων ελέγχου. Σύμφωνα με το καινούριο πρότυπο, θα πρέπει να διατηρείται αρχείο δραστηριοτήτων και αποτελεσμάτων εσωτερικού ελέγχου.

- Επίβλεψη και μέτρηση διεργασιών

Και στα δύο εκδόσεις του προτύπου υπάρχει η απαίτηση για μέτρηση και επίβλεψη των διεργασιών του συστήματος διαχείρισης ποιότητας. Μια νέα σημείωση στο τελευταίο πρότυπο φανερώνει την ανάγκη για αξιολόγηση της συμβολής κάθε μιας διεργασίας στην συνολική αποτελεσματικότητα του συστήματος διαχείρισης ποιότητας (κατά την λήψη αποφάσεων για το τι μέθοδοι μέτρησης και επίβλεψης διεργασιών θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν)

Τέλος στην έκδοση του 2008, έχει αντικατασταθεί η έννοια «ποιοτικές απαιτήσεις για το προϊόν» και έχει γίνει «απαιτήσεις για το προϊόν». Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι πλέον το πρότυπο δηλώνει σαφώς ότι εξετάζει όλες τις απαιτήσεις που υπάρχουν για το προϊόν/ υπηρεσία από τους πελάτες, την νομοθεσία κλπ και όχι μόνο τις ποιοτικές απαιτήσεις. Ίσως κάποιες επιχειρήσεις/οργανισμοί να είχαν λάβει υπόψη τους κατά την ανάπτυξη του συστήματος ποιότητάς τους μόνο απαιτήσεις που σχετίζονταν με την ποιότητα και όχι άλλες όπως πχ. η σήμανση στις συσκευασίες, ο χρόνος ανταπόκρισης, εξυπηρέτησης. Η έννοια του προϊόντος/υπηρεσίας πλέον είναι

ευρύτερη και θα πρέπει να εξετάζονται από την αρχή ποιες είναι οι απαιτήσεις που σχετίζονται με το προϊόν/υπηρεσία και έπειτα να αναπτύσσεται στο σύστημα ποιότητας.

Παράλληλα έχει αυξηθεί η συμβατότητα του προτύπου (κυρίως μέσα από αλλαγές σε κάποιες υποενότητες, όπως «έλεγχος αρχείων» και «έλεγχος εγγράφων») με το ISO 14001:2004.

Η οδηγία CEN/TS 15224:2008, όπως έχει ήδη αναφερθεί, αναπτύχθηκε με βάση την έκδοση ISO 9001:2000 του προτύπου. Σκοπός της ύπαρξής της ήταν η ερμηνεία του, έτσι ώστε να γίνει πιο εύκολη η εφαρμογή του συγκεκριμένου στον χώρο της υγείας που παρουσιάζει από τη φύση του ορισμένες ιδιαιτερότητες. Λόγω του ότι δεν εμφανίζονται καινούριες απαιτήσεις στην νέα έκδοση του προτύπου ISO 9001:2008, η οδηγία μπορεί κάλλιστα να χρησιμοποιηθεί και για την ερμηνεία του προτύπου αυτού, χωρίς ιδιαίτερες δυσκολίες στις διαδικασίες εφαρμογής, έχοντας υπόψη πιθανώς τις όποιες μικρό αλλαγές έχουν επέλθει.

3.10 Οδηγίες για την χρήση του ISO 9001 στον τομέα υπηρεσιών υγείας – Δομή της οδηγίας

Εν κατακλείδι, η οδηγία CEN/TS 15224:2005 είναι μια οδηγία για οργανισμούς στον τομέα της υγείας με σκοπό να βοηθήσει τους χρήστες στην εφαρμογή και κατανόηση του προτύπου EN ISO 9001:2000, όταν αναπτύσσεται και εφαρμόζεται ένα σύστημα διαχείρισης ποιότητας.⁴ Το σύστημα διαχείρισης ποιότητας είναι ένα σύστημα διαχείρισης που άμεσα ελέγχει έναν οργανισμό σε θέματα ποιότητας.

Στην οδηγία, ο όρος υπηρεσίες υγείας αναφέρεται στις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται. Σε άλλες περιπτώσεις αυτός ο όρος χρησιμοποιείται για να αναγορεύσει τον τομέα υπηρεσιών υγείας. Σε αυτό το κείμενο, ο όρος τομέας υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιείται για να διαφοροποιήσει τις υπηρεσίες υγείας από τον τομέα υπηρεσιών υγείας. Οι υπηρεσίες που περιλαμβάνονται μπορεί να ποικίλουν από χώρα σε χώρα και αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στις μεταφράσεις που γίνονται από κάθε χώρα. Επίσης στην συγκεκριμένη οδηγία, οι υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνουν

την νοσοκομειακή περίθαλψη, βασικές υπηρεσίες φροντίδας και πρόληψης, ψυχιατρικές και οδοντιατρικές υπηρεσίες.

Το εισαγωγικό κείμενο του ISO σε αυτή την οδηγία εξηγεί γενικώς τις απαιτήσεις του προτύπου ISO 9001, διευκρινίζοντας τις διαδικασίες προσέγγισης, την σχέση μεταξύ ISO 9004 και την συμβατότητα με άλλα συστήματα διαχείρισης (βλέπε προηγούμενες ενότητες του κεφαλαίου)

Το πλαίσιο/πεδίο δραστηριοτήτων ερμηνεύει πότε και πού οι απαιτήσεις του προτύπου είναι εφαρμόσιμες.

Οι όροι και οι επεξηγήσεις περιγράφονται στην παράγραφο 3 αυτής της οδηγίας και προέρχονται από το πρότυπο ISO 9001:2000. Επιπρόσθετα, όροι ειδικού ενδιαφέροντος, σημασίας και κατανόησης του τομέα υπηρεσιών υγείας ενσωματώνονται.

Στην παράγραφο 4, οι γενικές απαιτήσεις του συστήματος διαχείρισης ποιότητας ISO καθορίζονται, συμπληρωμένες όπου απαιτείται με τις ερμηνείες των αναγκών του τομέα υπηρεσιών υγείας.

Στην παράγραφο 5 η υπευθυνότητα της διοίκησης γίνεται σαφής μέσω των αναγκών του προτύπου και συμπληρώνεται από τον καθορισμό των αναγκών του τομέα υγείας.

Η παράγραφος 6 προσδιορίζει στη διοίκηση του οργανισμού τις απαιτήσεις του σε πόρους. Οι απαιτήσεις αυτές καθορίζονται και στον τομέα υπηρεσιών υγείας όταν αυτό απαιτείται.

Η παράγραφος 7 προσδιορίζει τις προϋποθέσεις για την πραγμάτωση του προϊόντος και περιλαμβάνει τον προγραμματισμό, τις διαδικασίες οι οποίες είναι προσανατολισμένες στον πελάτη, τον σχεδιασμό και την ανάπτυξη, τη αγορά, την παροχή υπηρεσιών και τον έλεγχο της παρακολούθησης και των μέτρων που λαμβάνονται. Όταν απαιτείται, οι προϋποθέσεις αυτές καθορίζονται και στον τομέα υπηρεσιών υγείας.

Στην παράγραφο 8 οι απαιτήσεις για μέτρηση, ανάλυση και βελτίωση των διαδικασιών γίνονται σαφείς και συμπληρώνονται από διευκρινίσεις όταν αυτό καταστεί αναγκαίο.

Τέλος, το προσάρτημα Α « Πρακτικές οδηγίες για εφαρμογή του EN ISO 9001: 2001 σε οργανισμούς πρόληψης υγείας», παρέχει πρακτικές και πληροφοριακές συστάσεις για όλους τους εμπλεκόμενους της ανάπτυξης, εφαρμογής και αξιολόγησης του συστήματος διαχείρισης ποιότητας ενός οργανισμού υγείας. Αναλυτικότερα, οι επιμέρους ενότητες της οδηγίας παρουσιάζονται στο τέταρτο κεφάλαιο

Βιβλιογραφία 3^{ου} κεφαλαίου

1. **JOOSTEN C.M TOM, INGE M.B BONGERS** “*Care programs and integrated pathways*” **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol 21, Is 5, 2008, pp 472-486
2. **SAMPAIO PAULO et al**, “*ISO 9001 certification research: questions, answers and approaches*”, **International Journal of Quality & Reliability Management**, Vol 6, Is 1, 2009, pp 38-78
3. **EVANGELOS L. PSOMAS, CHRISTOS V. FOTOPOULOS** “*A meta analysis of ISO 9001:2000 research – findings and future research proposals*” **International Journal of Quality and Service Sciences**, Vol 1, Is 2, 2009, pp 128-144
4. **Health services - Quality management systems** - Guide for the use of EN ISO 9001:2000, 2005
5. **HEUVEL J. VAN DEN**, *The effectiveness of ISO 9001 and Six Sigma in Healthcare*, Beaumont Quality Publications, Dec 2006
6. **TERZIOVSKI MILE, POWER DAMIEN** “*Increasing ISO 9000 certification benefits: a continuous improvement approach*” **International Journal of Quality & Reliability Management**, Vol 24, Is 2, 2007, pp 141-163
7. **TAM L.M JACKIE** “*Linking quality improvement with patient satisfaction: a study of a health service centre*” **Marketing Intelligence & Planning**, Vol 25, Is 7, 2007, pp 732-745
8. **LANJANANDA PANISA, PATTERSON G. PAUL** “*Determinants of customer-oriented behavior in a health care context*” **Journal of Service Management**, Vol 20, Is 1, 2009, pp 5-32
9. **BAALBAKI IMAD, AHMED U. ZAFAR** “*Patient satisfaction with healthcare delivery systems*” **International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing**, Vol 2, Is 1, 2008, pp 47-62

10. **VERA ANTONIO, KUNTZ LUDWIG** “*Process-based organization design and hospital efficiency*” **Health Care Management Review**, Vol 32, Is 1, 2007, pp 55-65
11. **BIAZZO STEFANO, BERNARDI GIOVANNI** “*Process management practices and quality systems standards: Risks and opportunities of the new ISO 9001 certification*” **Business Process Management Journal**, Vol 9, Is 2, 2003, pp 149-169
12. **HEALTH INFORMATICS** -- Information security management in health using ISO/IEC 27002:2005, 2005
13. **K.C PETER, LEE W.M** “*The implementation and performance outcomes of ISO 9000 in service organizations: An empirical taxonomy*” **International Journal of Quality & Reliability Management**, Vol 26, Is 7, 2009, pp 646-662
14. **BOYS KATHRYN, KARAPETROVIC STANISLAV** “*Is ISO 9004 a path to business excellence?: Opinion of Canadian standards experts*” **International Journal of Quality & Reliability Management**, Vol 21, Is 8, 2004, pp 841-860
15. **HOYLE D, THOMPSON J**, *Transition to ISO 9001:2000*, Butterworth-Heinemann editions, Oxford UK, 2000
16. **STAPLETON PHILIP, GLOVER MARGARET**, “*Environmental management systems: An implementation guide for small and medium-sized organizations*”, NSF Publications, U.S, 2006 (3rd edition)
17. **SECRETARIAT OF ISO/TC 176/SC 2** “*Implementation guidance for ISO 9001:2008*” BSI Standards, London, 2008

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΟΡΟΙ ΚΑΙ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ - Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

4.1 Πλαίσιο δραστηριοτήτων της συγκεκριμένης οδηγίας

Ένα σύστημα διαχείρισης ποιότητας είναι ένα σύστημα διαχείρισης που κατευθύνει και ελέγχει τον οργανισμό σε θέματα ποιότητας σύμφωνα με το πρότυπο ISO 9001:2000.

Η οδηγία είναι γενικώς εφαρμόσιμη στον τομέα υπηρεσιών υγείας και συμπληρώνει την εθνική νομοθεσία. Επιπρόσθετα, άλλες απαιτήσεις της χώρας, συγκεκριμένες απαιτήσεις του τομέα και άλλα πρότυπα μπορούν να συμπληρωθούν στην οδηγία ή να χρησιμοποιούνται παράλληλα.

Οι κύριες ομάδες στις οποίες απευθύνεται είναι τόσο οι στρατηγικής σημασίας λήπτες των αποφάσεων σε όλα τα επίπεδα των υπηρεσιών υγείας όσο και όλο το προσωπικό που συμμετέχει στην ανάπτυξη, εφαρμογή και ερμηνεία των συστημάτων διαχείρισης ποιότητας, συμπεριλαμβανομένων και των μετόχων.

Αυτή η οδηγία εφαρμόζεται σε όλους τους οργανισμούς φροντίδας υγείας ανεξαρτήτως δομής, οργανισμού, ιδιοκτητή, μεγέθους, είδους υπηρεσιών που παρέχονται, προσεγγίσεων και τοποθεσιών. Όταν χρησιμοποιείται και προσαρμόζεται αυτή η οδηγία κάθε οργανισμός χρειάζεται να σκεφτεί την φύση, την πολυπλοκότητα, την νομοθεσία, τους κανονισμούς κ.α. και να προσδιορίσει τις δικές του ανάγκες και απαιτήσεις χρησιμοποιώντας τόσο εθνικές όσο και τοπικές πληροφορίες.

Η οδηγία επίσης εφαρμόζεται για απαιτήσεις των ασθενών του οργανισμού, των ιδιοκτητών, των χρηστών, των επιθεωρητών, των ασφαλιστών σύμφωνα με τις εκάστοτε νομοθεσίες. Με αυτό τον τρόπο, η οδηγία παρέχει την βάση των απαιτήσεων στις υπηρεσίες υγείας π.χ. παροχές και συστάσεις για αγοραστές ή υπηρεσίες υγείας, για συμβόλαια και συμφωνίες, και για έλεγχο, πιστοποίηση, επίβλεψη και διαπίστευση στον τομέα υπηρεσιών υγείας.

Αυτό το διεθνές πρότυπο καθορίζει τις απαιτήσεις για ένα σύστημα διαχείρισης της ποιότητας στις περιπτώσεις όπου μια επιχείρηση:

- χρειάζεται να αποδείξει την ικανότητά της να παρέχει με συνέπεια προϊόν το οποίο ικανοποιεί τις απαιτήσεις των πελατών, καθώς επίσης και τις εφαρμόσιμες κανονιστικές απαιτήσεις και
- σκοπεύει να αυξήσει την ικανοποίηση των πελατών μέσω της αποτελεσματικής εφαρμογής του συστήματος, συμπεριλαμβάνοντας διεργασίες για τη διαρκή βελτίωση του συστήματος και για τη διασφάλιση της συμμόρφωσης με τις απαιτήσεις των πελατών, καθώς επίσης και με τις εφαρμόσιμες κανονιστικές απαιτήσεις.

Πρέπει να τονιστεί ότι σε αυτό το διεθνές πρότυπο ο όρος προϊόν εφαρμόζεται μόνο στο προϊόν το οποίο προορίζεται για ή απαιτείται από ένα πελάτη.

4.2 Εφαρμογή της οδηγίας CEN/TS 15224:2005

Όλες οι απαιτήσεις του διεθνούς προτύπου, βάσει του οποίου αναπτύχθηκε η οδηγία (ISO 9001:2000) είναι προσιτές και προορίζονται να είναι εφαρμόσιμες σε όλους τους οργανισμούς, ανεξαρτήτως τύπου, μεγέθους και του προϊόντος που παρέχεται.

Στις περιπτώσεις όπου οποιαδήποτε απαίτηση αυτού του διεθνούς προτύπου δεν μπορεί να εφαρμοστεί εξαιτίας της φύσης και του προϊόντος ενός οργανισμού, αυτό μπορεί να εξεταστεί προκειμένου να εξαιρεθεί.

Στις περιπτώσεις τώρα όπου γίνονται εξαιρέσεις, ισχυρισμοί για συμμόρφωση με αυτό το πρότυπο δεν είναι αποδεκτοί, εκτός εάν οι εξαιρέσεις αυτές περιορίζονται στις απαιτήσεις του κεφαλαίου που αφορά στην πραγμάτωση του προϊόντος και οι εξαιρέσεις αυτές δεν επηρεάζουν την ικανότητα ή την ευθύνη του οργανισμού να παρέχει προϊόν το οποίο ικανοποιεί τις απαιτήσεις των πελατών, καθώς και τις εφαρμόσιμες κανονιστικές απαιτήσεις.

4.3 Όροι που απαντώνται στην οδηγία και ερμηνείες των όρων αυτών

Για τους σκοπούς αυτής της οδηγίας, εφαρμόζονται οι όροι και οι ορισμοί που δίδονται στο διεθνές πρότυπο ISO 9000:2000. Όπως έχει ήδη αναφερθεί εξάλλου, η συγκεκριμένη οδηγία χρησιμοποιείται για την ερμηνεία του συγκεκριμένου προτύπου και επομένως αναπόφευκτα όροι που απαντώνται στην οδηγία προέρχονται από το ίδιο το πρότυπο. Οι όροι και οι ερμηνείες είναι σημαντικού ενδιαφέροντος για τον τομέα υπηρεσιών υγείας καθώς και για την κατανόηση της οδηγίας.

Σε κάθε περίπτωση, η ονοματολογία σε αυτή την οδηγία, παρουσιάζεται με τους πρωτότυπους ορισμούς και τις σημειώσεις από το πρότυπο ISO 9000:2000 μαζί με ερμηνεία, επεξήγηση και τα απαραίτητα παραδείγματα σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας.

Πριν την παράθεση των σημαντικότερων όρων που συναντώνται στο πρότυπο ISO 9001:2000 υπό την οπτική του χώρου της υγείας που προσφέρει η συγκεκριμένη οδηγία κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν οι παρακάτω βασικοί όροι, οι οποίοι χρησιμοποιούνται στις εκδόσεις 2000 και 2008 του ISO 9001 για να περιγράψουν την αλυσίδα προμηθειών, οι οποίοι έχουν αλλάξει ώστε να αντανακλούν το λεξιλόγιο που χρησιμοποιείται σήμερα:

- **Προμηθευτής → Οργανισμός → Πελάτης**

Ο όρος «οργανισμός» αντικαθιστά τον όρο «προμηθευτή» που χρησιμοποιείται στο ISO 9001:1994 και αναφέρεται στη μονάδα στην οποία εφαρμόζεται αυτό το διεθνές πρότυπο. Επίσης, ο όρος «προμηθευτής» αντικαθιστά τον όρο «υπεργολάβος». Σε όλο το κείμενο αυτού του διεθνούς προτύπου, οπουδήποτε απαντάται ο όρος «προϊόν», μπορεί επίσης να σημαίνει «υπηρεσία». Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό αν σκεφτεί κανείς ο συγκεκριμένος χώρος που ερμηνεύει η οδηγία, υπάγεται στον χώρο των υπηρεσιών.

Ο τομέας των υπηρεσιών υγείας εκτελεί μεγάλη ποικιλία διαδικασιών. Τα αποτελέσματα αυτών των διαδικασιών καλούνται υπηρεσίες υγείας. Τα αποτελέσματα των διαδικασιών που περιέχουν ασθενείς/αντικείμενα φροντίδας ονομάζονται υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Σε αυτή την οδηγία, ο όρος υπηρεσίες υγείας έχει την έννοια των παραγόμενων υπηρεσιών υγείας. Ο όρος υπηρεσίες υγείας μπορεί ενίοτε να χρησιμοποιηθεί και για να προσδιορίσει τον τομέα υπηρεσιών υγείας.

Μια σημαντική παράμετρος που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την εφαρμογή του ISO 9001 στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ότι οι υπηρεσίες που ενσωματώνονται στους όρους μπορεί να διαφέρουν από χώρα σε χώρα και αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στις μεταφράσεις που γίνονται σε κάθε μια από αυτές. Σε αυτή την οδηγία, οι υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνουν νοσοκομειακή περίθαλψη, βασικές υπηρεσίες φροντίδας και πρόληψης, ψυχιατρικές και οδοντιατρικές υπηρεσίες. Στη συνέχεια ακολουθεί η παρουσίαση και η ερμηνεία σημαντικών όρων του ISO 9001 υπό το πρίσμα και την προσέγγιση του χώρου των υπηρεσιών υγείας.

- **Πελάτης**

Με τον όρο «πελάτης», γίνεται αναφορά σε κάθε αποδέκτη προϊόντων ή υπηρεσιών προερχόμενα από κάποιον προμηθευτή. Ο πελάτης μπορεί να βρίσκεται εντός ή εκτός του οργανισμού. Η ικανοποίηση από την άλλη του πελάτη είναι μια αίσθηση. Είναι επίσης και ένας βαθμός σύγκρισης. Οι τιμές της κυμαίνονται από την υψηλή ικανοποίηση μέχρι την χαμηλή ικανοποίηση. Εάν οι πελάτες πιστεύουν ότι ικανοποιούνται οι απαιτήσεις τους, βιώνουν την υψηλή ικανοποίηση.

Ο ασθενής/αντικείμενο φροντίδας είναι ο βασικός πελάτης και αποδέκτης των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Στον τομέα υπηρεσιών υγείας, οι κάτοικοι των γύρω περιοχών και τα μέλη/ομάδες στις οποίες απευθύνονται αποτελούν σημαντικούς παράγοντες προσδιορισμού των εισροών στην φροντίδα υγείας ως προς την διαχείριση ποιότητας.

Παραδείγματα άλλων πελατών θεωρούνται οι άλλοι πάροχοι στον τομέα φροντίδας υγείας ή τμήματα/μέρη του οργανισμού που λαμβάνουν τα παραγόμενα προϊόντα/υπηρεσίες. Μπορεί να είναι επίσης ασφαλιστικές εταιρείες που αναζητούν υπηρεσίες από οργανισμούς φροντίδας υγείας κ.α.

- **Αντικείμενο φροντίδας υγείας**

Είναι το άτομο που έχει προγραμματιστεί για να λάβει, λαμβάνει ή θα λάβει υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

- **Ικανοποίηση πελάτη**

Η αντίληψη του κάθε ανθρώπου όσον αφορά την ικανοποίηση, εξαρτάται από τον βαθμό που οι απαιτήσεις του πραγματοποιούνται. Τα παράπονα των πελατών είναι μία κοινή ένδειξη χαμηλής ικανοποίησης από την πλευρά του πελάτη. Η έλλειψη παραπόνων δεν συνεπάγεται απαραίτητα υψηλή ικανοποίηση των αναγκών. Ακόμα και όταν οι απαιτήσεις των πελατών έχουν συμφωνηθεί και έχουν πραγματοποιηθεί, αυτό δεν επιβεβαιώνει την υψηλή ικανοποίηση από την πλευρά του πελάτη.

Όπως αναφέρθηκε, ο βασικός/κύριος πελάτης στις υπηρεσίες υγείας είναι ο ασθενής/το αντικείμενο φροντίδας. Η ικανοποίησή του, σχετίζεται με τον βαθμό στον οποίο οι ανάγκες και οι προσδοκίες των υπηρεσιών υγείας έχουν υλοποιηθεί, όπως αυτό κρίνεται από τον ίδιο ή τα τρίτα μέρη που σχετίζονται με θέματα φροντίδας υγείας.

- **Ελάττωμα**

Ελάττωμα λογίζεται η περίπτωση μη πραγματοποίησης της απαίτησης η οποία σχετίζεται με τον σκοπό ή την ερμηνεία χρήσης. Η διάκριση των όρων «ελάττωμα» και «μη συμμόρφωση» είναι σημαντική αφού έχει νομικές διαστάσεις, ειδικά όταν σχετίζεται με θέματα υποχρεώσεων του προϊόντος/υπηρεσίας. Κατά συνέπεια ο όρος «ελάττωμα» χρησιμοποιείται σε ακραίες περιπτώσεις. Η επιδιωκόμενη χρήση από την μεριά του πελάτη, επηρεάζεται από την φύση της πληροφόρησης, (οδηγίες λειτουργικές ή οδηγίες διατήρησης/συντήρησης), που παρέχονται από τον προμηθευτή κάτι που είναι ξεκάθαρο στην αλυσίδα παραγωγής προϊόντων. Στην περίπτωση της υγείας ελαττωματική λογίζεται η υπηρεσία ή η δραστηριότητα εκείνη που σχετίζεται ανεπιτυχώς με την ίαση του ασθενή ή την δευτερογενώς δημιουργία επιπλοκών στο αρχικό εύρημα εξαιτίας της ιατρικής δραστηριότητας.

- **Ατυχές γεγονός**

Είναι το γεγονός το οποίο δεν συνάδει με την επιθυμητή, ομαλή και συνήθη λειτουργία του οργανισμού. Ένα τέτοιο γεγονός μπορεί να περιλαμβάνει τραυματισμό ή αιφνίδιο θάνατο, ατυχήματα στα οποία εμπλέκονται ασθενείς, προσωπικό ή τρίτα μέρη, φαρμακευτικές μεταβλητές (καθυστερήσεις, λάθος δοσολογίες, λάθος φαρμακευτική αγωγή), μη αναμενόμενα αποτελέσματα από μια αγωγή ή διαδικασία, λάθος διάγνωση, ιατρικές συσκευές που λειτουργούν λάθος ή λανθασμένη χρήση των συσκευών με ή χωρίς τραυματισμούς του ασθενή, του προσωπικού κ.α.

- **Πληροφόρηση**

Στον τομέα των υπηρεσιών υγείας επικρατούν ειδικές συνθήκες, οι οποίες ρυθμίζονται από εθνικές νομοθεσίες, όσον αφορά στο απόρρητο όλων των πληροφοριών και τον στοιχείων που αφορούν τον ασθενή. Το ιατρικό αρχείο είναι σημαντικό όχι μόνο για την καταγραφή των στοιχείων και την αδιάλειπτη φροντίδα των ασθενών αλλά αποτελεί και σημαντική πηγή παρακολούθησης της πορείας του ασθενή και της ιατρικής επιστήμης γενικότερα. Τα σύγχρονα νοσοκομεία, που συμμορφώνονται με το πρότυπο ISO 9001:2008, διαθέτουν μεταξύ άλλων υπερσύγχρονα συστήματα καταγραφής και επεξεργασίας πληροφοριών που αφορούν το ιστορικό του ασθενή, με τις κατάλληλες δικλίδες ασφαλείας στην πρόσβαση που θέτει ο νομοθέτης.

- **Εμπλεκόμενοι**

Ο συγκεκριμένος όρος στις υπηρεσίες υγείας συχνά χρησιμοποιείται με την έννοια του ενδιαφερόμενου μέρους π.χ. ασφαλιστικοί οργανισμοί υγείας, οργανισμοί απασχόλησης των ασθενών, πελάτες, συγγενείς, κάτοικοι, επαγγελματικά σωματεία, διαχειριστές υγείας, προμηθευτές και κοινωνία.

Οι συγγενείς/οικογένεια θεωρούνται ενδιαφερόμενα μέρη, όπως αυτοί ορίζονται από την νομοθεσία της χώρας σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών. Π.χ. ο γονιός επιτρέπεται στην αυλή του νοσοκομείου συμβάλλοντας στην φροντίδα του παιδιού του το οποίο είναι ο ασθενής. Επίσης, ο συγγενής μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνος για την φροντίδα/ενδιαφερόμενο μέρος π.χ. όταν συμμετέχει στην διαδικασία φροντίδας ενός συγγενή στο σπίτι. Και στις δύο περιπτώσεις, ο συγγενής είναι παράλληλα και προμηθευτής της διαδικασίας φροντίδας ως προς το αντικείμενο φροντίδας. Σε κάποιες πολύ ειδικές περιπτώσεις, ο ασθενής μπορεί να αναφέρεται στους νόμιμους εκπροσώπους του π.χ. τους γονείς τους, την οικογένειά του κ.α.

- **Πάροχος φροντίδας υγείας και άλλοι φροντιστές υγείας**

Είναι ο επαγγελματίας στην φροντίδα υγείας ή οι οργανισμοί φροντίδας υγείας που συμμετέχουν με την άμεση παροχή υπηρεσιών υγείας, ενώ γενικότερα στην φροντίδα υγείας, συμμετέχουν μέρη που παρέχουν βοήθεια σε δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης ή κοινωνικής υποστήριξης.

- **Οργανισμός**

Είναι ομάδες ανθρώπων και μονάδων που έχουν καθορισμένες ευθύνες, αρχές και σχέσεις. Ο καθορισμός των σχέσεων ευθυνών γίνεται συνήθως δεκτός από όλα τα μέλη και εφαρμόζεται και πρακτικά. Ένας οργανισμός μπορεί να είναι δημόσιος ή ιδιωτικός. Ο προσδιορισμός είναι σημαντικός για τον σκοπό του προτύπου του συστήματος διαχείρισης ποιότητας. Μάλιστα, στην περίπτωση του χώρου των υπηρεσιών υγείας, οργανισμός φροντίδας υγείας, ορίζεται εκείνος που συμμετέχει άμεσα στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Ένας οργανισμός φροντίδας υγείας, μπορεί να είναι ένα τμήμα, ένα νοσοκομείο, ένα σύνολο νοσοκομείων, μία βασική μονάδα φροντίδας υγείας. Ομάδες ή υποδιευθύνσεις ενός οργανισμού, όπως τμήματα ή υποτμήματα, μπορούν να θεωρηθούν και αυτοί οργανισμοί όταν υπάρχει ανάγκη για αυτή την αναγνώριση.

- **Προσωπικό**

Το προσωπικό μέσα σε έναν οργανισμό φροντίδας υγείας αποτελείται από λειτουργούς φροντίδας υγείας καθώς και άλλο προσωπικό υγείας. Οι λειτουργοί φροντίδας υγείας είναι προσωπικό που συμμετέχει άμεσα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, ενώ όλοι οι υπόλοιποι είναι εκείνοι που δεν συμμετέχουν άμεσα στην παροχή υπηρεσιών υγείας αλλά εμπλέκονται σε επικουρικές δραστηριότητες, όπως υπηρεσίες επεξεργασίας πληροφοριών, φαγητό, καθαριότητα και διαχείριση κ.α.

- **Διαδικασία**

Με τον όρο διαδικασία, νοείται μία σειρά λειτουργιών που θα πρέπει να πραγματοποιηθούν για την ολοκληρωμένη υλοποίηση μιας συγκεκριμένης διεργασίας. Μια διεργασία μάλιστα μπορεί να περιλαμβάνει πολλές επιμέρους διαδικασίες.

Οι διαδικασίες μπορεί να τεκμηριώνονται ή όχι. Όταν μια διαδικασία τεκμηριώνεται, ο όρος «γραπτή διαδικασία» ή «τεκμηριωμένη διαδικασία» συχνά χρησιμοποιείται. Ο όρος «τεκμηριωμένη διαδικασία» δεν πρέπει να συγχέεται με κλινικές κατευθύνσεις και δεν θα πρέπει απαραίτητα να δείχνει ότι στηρίζεται σε κλινικά στοιχεία ή υψηλών προδιαγραφών φαρμακευτικές πρακτικές. Οποτεδήποτε ο όρος «τεκμηριωμένη διαδικασία» αναφέρεται σε αυτή την οδηγία, προϋποθέτει ότι η διαδικασία είναι τεκμηριωμένη και εφαρμόσιμη.

- **Διεργασία**

Διεργασία σύμφωνα με το ISO 9001:2008 είναι μια δραστηριότητα που μετασχηματίζει εισερχόμενα δεδομένα σε εξερχόμενα αποτελέσματα. Κάθε διεργασία μπορεί να περιλαμβάνει πολλές επιμέρους διαδικασίες οι οποίες ελέγχουν τις διάφορες λειτουργίες του οργανισμού. Η διεργασία σε έναν οργανισμό συνήθως προγραμματίζεται και εκτελείται κάτω από συνθήκες ελέγχου ώστε να προσδώσει κάποια αξία.

Ανάλογα τον χώρο δραστηριοποίησης, κάθε οργανισμός πρέπει να προσδιορίσει ποιες είναι οι υφιστάμενες διεργασίες που περιλαμβάνονται παράλληλα στο σύστημα διαχείρισης ποιότητας. Οι διεργασίες μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σύμφωνα με διαφορετικές προσεγγίσεις. Τα ακόλουθα τρία επίπεδα κατηγοριοποίησης είναι και αυτά που μπορούν να εφαρμοστούν από τους περισσότερους οργανισμούς υγείας:

Στρατηγικές διεργασίες: Διεργασίες μέσα από τις οποίες ο οργανισμός εστιάζει στις ανάγκες και προσδοκίες των πελατών μέσω της συνολικής διαχείρισης, της φαρμακευτικής διαχείρισης, της εκπαίδευσης και της έρευνας, της παρακολούθησης και της μέτρησης κ.α.

Λειτουργικές διεργασίες: Διεργασίες σε άμεση επαφή με τον πελάτη (που μπορεί να περιλαμβάνουν υπηρεσίες διάγνωσης όπως είναι τα εργαστήρια, διαδικασίες διαχείρισης όπως είναι η αποδοχή υπηρεσιών κ.α.)

Διεργασίες υποστήριξης: Διεργασίες που παρέχουν τις εισροές που απαιτούνται από άλλες διαδικασίες (διαχείριση δραστηριοτήτων όπως οικονομικά, θέματα προσωπικού, καθαριότητα, κουζίνα, φαρμακείο κα).

Οι διεργασίες αυτές αλληλεπιδρούν μέσω υπο-διεργασιών της ίδιας κατηγορίας ή και με οποιαδήποτε άλλη διεργασία εκ των 3 αυτών διαφορετικών κατηγοριών.

Οι λειτουργικές διεργασίες στον τομέα υπηρεσιών υγείας σχετίζονται με ασθενείς και αντικείμενα φροντίδας. Οι κλινικές δραστηριότητες μπορούν στην προκειμένη περίπτωση να θεωρηθούν ως δραστηριότητα υπηρεσιών υγείας που παρέχεται σε ασθενείς ή αντικείμενα φροντίδας εξειδικευμένων θεμάτων υγείας. Οι κλινικές διαδικασίες περιέχουν όλα τα είδη δραστηριοτήτων που είναι σημαντικά για τα θέματα υγείας του ασθενούς πχ εξετάσεις, διάγνωση, θεραπευτική αγωγή, αποκατάσταση και παρακολούθηση μετά την εξαγωγή του ασθενούς.

Οι διοικητικές διεργασίες και οι διεργασίες που καθοδηγούν και ελέγχουν συγκεκριμένες κλινικές διαδικασίες είναι στρατηγικής φύσης, λόγω του ότι

κατευθύνουν και ελέγχουν το σύστημα διαχείρισης ποιότητας. Η πληροφόρηση γύρω από κλινικά στοιχεία επίσης είναι μέρος αυτών των διαδικασιών.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο όσον αφορά τις διεργασίες, είναι ο προσδιορισμός των κρίσιμων διεργασιών ενός οργανισμού και των διεργασιών υποστήριξης. Διεργασίες που συμπεριλαμβάνουν τον κύριο πελάτη θεωρούνται κρίσιμες και περιλαμβάνουν τόσο στρατηγικές όσο και λειτουργικές διεργασίες, υποστηριζόμενες από τις απαραίτητες υποστηρικτικές διεργασίες.

- **Υγεία**

Η κατάσταση ευεξίας στην οποία βρίσκεται κάποιος, τόσο ως προς την φυσική του κατάσταση όσο και σε πνευματικό και κοινωνικό επίπεδο. Ο συγκεκριμένος όρος δεν χρησιμοποιείται για να εκφράσει απλά μια κατάσταση στην οποία δεν υπάρχει ασθένεια ή εξασθένηση του οργανισμού.

- **Κλινική διαδικασία**

Σύνολο συσχετιζόμενων ή αλληλοεπιδρώντων δραστηριοτήτων φροντίδας υγείας που εκτελούνται εις όφελος των ασθενών/αντικειμένων φροντίδας υγείας και που συμπεριλαμβάνει και άλλα θέματα υγείας.

- **Δραστηριότητες φροντίδας υγείας**

Είναι οι δραστηριότητες που εκτελούνται γύρω από τον ασθενή από υπηρεσίες φροντίδας υγείας, με σκοπό την άμεση ή έμμεση βελτίωση ή διατήρηση της υγείας του.

- **Προϊόν**

Είναι το αποτέλεσμα μιας διεργασίας. Υπάρχουν 4 γενικές κατηγορίες προϊόντων και αυτές είναι οι ακόλουθες: οι υπηρεσίες (π.χ. μεταφορές, υπηρεσίες υγείας), το

λογισμικό (π.χ. προγράμματα υπολογιστών, λεξικά), ο μηχανολογικός εξοπλισμός (π.χ. ηλεκτρομηχανολογικά μέρη) και τα υλικά επεξεργασίας (π.χ. λιπαντικά).

Πολλά προϊόντα συνθέτουν στοιχεία τα οποία ανήκουν σε διαφορετικές κατηγορίες προϊόντων. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το πότε το προϊόν καλείται υπηρεσία, λογισμικό, μηχανολογικός εξοπλισμός ή υλικό επεξεργασίας, εξαρτάται από το κύριο στοιχείο. Για παράδειγμα, το προσφερόμενο προϊόν «αυτοκίνητο» εμπεριέχει μηχανολογικό εξοπλισμό (π.χ. λάστιχα), υλικά επεξεργασίας (π.χ. πετρέλαιο, ψυκτικό υγρό), λογισμικό (π.χ. μηχανικός έλεγχος, εγχειρίδιο οδήγησης) και υπηρεσίες (πχ λειτουργικές επεξηγήσεις από τον πωλητή).

Η υπηρεσία είναι αποτέλεσμα μίας τουλάχιστον δραστηριότητας που απαραίτητως εκτελείται ως συνδετικό στοιχείο μεταξύ προμηθευτή και πελάτη και είναι συνήθως άυλο στοιχείο. Οι παροχές μιας υπηρεσίας, για παράδειγμα, μπορούν να εμπεριέχουν:

- Μια δραστηριότητα που εκτελείται σε ένα υλικό προϊόν (πχ αυτοκίνητο που θέλει επισκευή)
- Μία δραστηριότητα που εκτελείται σε ένα άυλο προϊόν (η προετοιμασία φορολογικής δήλωσης για την καταβολή ή επιστροφή φόρου).
- Την διανομή ενός άυλου προϊόντος (πχ παροχή πληροφόρησης για μετάδοση γνώσεων)
- Την δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος για τους πελάτες (σε ξενοδοχεία και εστιατόρια)

Το λογισμικό αποτελείται από πληροφορίες και είναι συνήθως άυλο. Έχει την μορφή προσεγγίσεων, συναλλαγών ή διαδικασιών, ενώ το ηλεκτρομηχανολογικό μέρος είναι υλικό και ως προς το σύνολο έχει μετρήσιμα χαρακτηριστικά. Τέλος, τα υλικά επεξεργασίας είναι συνήθως απτά και ως προς το σύνολό τους παρουσιάζουν συνεχή χαρακτηριστικά. Συνήθως το ηλεκτρομηχανολογικό μέρος και τα υλικά επεξεργασίας αναφέρονται σαν αγαθά.

Στον τομέα υπηρεσιών υγείας εκτελείται μεγάλη γκάμα διεργασιών. Τα αποτελέσματα αυτών των διεργασιών καλούνται υπηρεσίες υγείας. Τα αποτελέσματα

των διεργασιών που συμπεριλαμβάνουν ασθενείς/αντικείμενα φροντίδας, καλούνται υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

- **Ποιότητα**

Ο όρος ποιότητα, είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται αρκετά συχνά. Όμως η απόδοση του όρου ποιότητα δημιουργεί δυσκολίες σε αρκετές περιπτώσεις. Αυτό συμβαίνει γιατί ο όρος είναι πολυδιάστατος: Έχει τεχνικές, οικονομικές, κοινωνικές, πολιτιστικές, πολιτικές και ηθικές διαστάσεις ή προεκτάσεις.

Η ποιότητα είναι ένα χαρακτηριστικό που πρέπει να έχει ένα προϊόν ή μια υπηρεσία. Με τον όρο προϊόν αναφερόμαστε στο αποτέλεσμα μιας διεργασίας. Μπορεί να είναι κάτι το χειροπιαστό ή μη χειροπιαστό, ένα πράγμα ή μια ιδέα, πληροφορία ή γνώση, υπηρεσία ή λειτουργία κλπ. Το προϊόν/η υπηρεσία είναι ένα αποτέλεσμα με κατεύθυνση τον πελάτη. Το αποτέλεσμα αυτό παράγεται όταν ο οργανισμός επιτελεί λειτουργίες που σαν σκοπό έχουν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες και τις προσδοκίες του πελάτη. Τα προϊόντα πρέπει να είναι αξιόπιστα, χρήσιμα και επιδιορθώσιμα. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι μερικά από εκείνα που θα πρέπει να έχει ένα καλής ποιότητας προϊόν. Αντίστοιχα, μια παρεχόμενη υπηρεσία πρέπει να έχει τα χαρακτηριστικά της ευγένειας, της επάρκειας και της αποτελεσματικότητας. Με λίγα λόγια η ποιότητα είναι ένα επιθυμητό χαρακτηριστικό.

Σύμφωνα με την διατύπωση στο ISO 9001, ποιότητα είναι ο βαθμός στον οποίο ένα σύνολο εγγενών χαρακτηριστικών πραγματοποιεί απαιτήσεις. Ο όρος ποιότητα μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επίθετα όπως φτωχή, καλή, εξαιρετική. Ο όρος «εγγενής» σε αντίθεση με τον όρο «επανακαθοριζόμενος» σημαίνει την ύπαρξη κάποιου χαρακτηριστικού με την μορφή μόνιμου χαρακτήρα.

Ποιότητα στον τομέα υπηρεσιών υγείας νοείται ο βαθμός στον οποίο ένα σύνολο έμφυτων χαρακτηριστικών των υπηρεσιών υγείας πραγματοποιεί τις απαιτήσεις.

- **Χαρακτηριστικά ποιότητας**

Εγγενή χαρακτηριστικά ενός προϊόντος, μιας διαδικασίας ή συστήματος που σχετίζονται με μια απαίτηση. Ένα χαρακτηριστικό που προσδιορίζει ένα προϊόν,

διαδικασία ή σύστημα (π.χ. τιμή του προϊόντος, ο ιδιοκτήτης του προϊόντος), δεν αποτελεί χαρακτηριστικό της ποιότητας του προϊόντος, της διαδικασίας ή του συστήματος.

Τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας είναι διακριτού χαρακτήρα και πολλαπλών διαστάσεων όπως: η καταλληλότητα, η ασφάλεια, η αποτελεσματικότητα, σεβασμός, η φροντίδα και η προσωπική ζωή, η συνέχιση της φροντίδας, η αντίληψη ασθενή και πελάτη, η διαθεσιμότητα και η προσβασιμότητα.

- **Στόχος ποιότητας**

Στόχος ποιότητας είναι οτιδήποτε προορίζεται, επιδιώκεται ή έχει σχέση με την ποιότητα. Οι στόχοι ποιότητας βασίζονται στην πολιτική ποιότητας που ακολουθεί ο κάθε οργανισμός και συνήθως καθορίζονται για συναφείς λειτουργίες και επίπεδα ενός οργανισμού.

Οι στόχοι ποιότητας στην φροντίδα υγείας μπορεί να περιλαμβάνουν για παράδειγμα την μείωση των συχνοτήτων θνησιμότητας και προληπτικές ενέργειες που προέρχονται από την ανάλυση περιπτώσεων μη συμμόρφωσης.

Εξειδικευμένες εταιρείες και άλλοι εξουσιοδοτημένοι οργανισμοί χρησιμοποιούν και αναλύουν δείκτες για εκτίμηση των υπηρεσιών υγείας και/ή των δραστηριοτήτων φροντίδας υγείας. Τέτοιοι προκαθορισμένοι και μετρήσιμοι παράμετροι πρέπει να παρακολουθούνται ώστε να συμβάλλουν στην αξιολόγηση της καταλληλότητας και της αποτελεσματικότητας των διεργασιών ενός οργανισμού.

- **Πολιτική ποιότητας**

Ο όρος πολιτική ποιότητας αναφέρεται στη δέσμευση του οργανισμού για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ή προϊόντων. Θα πρέπει αυτή να έχει οριστεί με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι κατανοητή σε όλα τα μέλη του οργανισμού. Ο οργανισμός πρέπει να ορίσει ένα άτομο το οποίο υπεύθυνα θα μεριμνά για την εκπαίδευση του προσωπικού, για την κατανόηση από όλα τα μέλη των ευθυνών τους σε ότι έχει σχέση με την

πολιτική ποιότητας και για την παροχή στα μέλη με τη δικαιοδοσία να επεμβαίνουν όταν μια κατάσταση δεν συμμορφώνεται με την πολιτική ποιότητας.

Τον όρο συμμόρφωση τον συναντάμε ιδιαίτερα συχνά και αναφέρεται σε μια σειρά απαιτήσεων – προϋποθέσεων του συστήματος. Όταν αυτές οι απαιτήσεις καλύπτονται τότε λέμε ότι έχουμε συμμόρφωση. Επιπρόσθετα ο υπεύθυνος πρέπει να εξασφαλίσει ότι τα θέματα ποιότητας είναι αναγνωρίσιμα από όλα τα μέλη και ότι λαμβάνουν χώρα ανασκοπήσεις της πολιτικής της ποιότητας ώστε να επιτυγχάνεται η βελτίωση της ποιότητας. Γενικά, η πολιτική ποιότητας θα πρέπει να συμβαδίζει με την γενικότερη πολιτική του οργανισμού και να παρέχει ένα πλαίσιο για την εφαρμογή των στόχων ποιότητας.

Οι αρχές διαχείρισης ποιότητας που παρουσιάζονται στο διεθνές πρότυπο ISO 9001, μπορούν να διαμορφώσουν την βάση για την δημιουργία σχεδίου ποιότητας.

Οι πολιτικές ποιότητας για αυτούς που παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας μπορούν να αναπτυχθούν και να εφαρμοστούν ξεχωριστά για κάθε οργανισμό. Εθνικές, περιφερειακές και τοπικές αρχές παροχής υπηρεσιών υγείας προτιμούν την διαμόρφωση ομοιόμορφης πολιτικής ποιότητας ώστε αυτή να είναι εφαρμόσιμη ή υποχρεωτική για κάθε ομάδα οργανισμού.

- **Καταχώρηση (αρχείο)**

Το αρχείο περιλαμβάνει αντικειμενικά στοιχεία τα οποία δείχνουν σε ποιο βαθμό μια απαίτηση που σχετίζεται με την ποιότητα ικανοποιείται από τον οργανισμό και πόσο καλά εκτελείται μια διαδικασία ποιότητας. Επιπρόσθετα αποτελεί αποδεικτικό στοιχείο για το τι έχει συμβεί στο παρελθόν.

Το ίδιο το εγχειρίδιο ποιότητας, αποτελείται από τα έγγραφα του συστήματος και τις κύριες διαδικασίες – οδηγίες εργασίας. Περιλαμβάνονται επίσης περιγραφές διαδικασιών οι οποίες αναφέρονται στους τρόπους με τους οποίους ο οργανισμός θα εξασφαλίσει και θα βελτιώσει την ποιότητα των προϊόντων ή υπηρεσιών του.

Το αρχείο μπορεί να χρησιμοποιηθεί, για παράδειγμα, ως στοιχείο ανάχνευσης καθώς και για παροχή στοιχείων επαλήθευσης, προληπτικών και διορθωτικών πράξεων, ενώ δεν χρειάζεται να βρίσκεται υπό τον έλεγχο της αναθεώρησης.

Στον χώρο της υγείας, οτιδήποτε επηρεάζει την θεραπεία του ασθενή πρέπει να είναι διαθέσιμο στον ιατρικό φάκελο/αρχείο του ασθενή.

- **Απαιτήσεις**

Με τον όρο απαιτήσεις νοείται η ανάγκη ή η προσδοκία η οποία διατυπώνεται, υπονοείται ή επιβάλλεται. «Υπονοείται» σημαίνει ότι είναι σύνηθες ή κοινή πρακτική για τον οργανισμό, τους πελάτες και οποιοδήποτε άλλο μέρος, η εφαρμογή/υλοποίηση της συγκεκριμένης προσδοκίας.

Ένας αρμόδιος συνήθως χρησιμοποιείται για να υποδείξει κάποια συγκεκριμένη απαίτηση πχ απαίτηση προϊόντος, απαίτηση διαχείρισης ποιότητας, απαίτηση πελάτη. Μία «εξειδικευμένη απαίτηση» από την άλλη, είναι αυτή που για παράδειγμα διατυπώνεται σε ένα έγγραφο, ενώ απαιτήσεις μπορεί να προέρθουν και από τα ενδιαφερόμενα μέρη.

Οι απαιτήσεις στις υπηρεσίες υγείας σχετίζονται με τις ανάγκες και τις προσδοκίες συμπεριλαμβανομένου και των νομικών υποχρεώσεων, ενώ οι ανάγκες στις υπηρεσίες υγείας είναι οτιδήποτε χρειάζεται ο ασθενής/το αντικείμενο φροντίδας, σύμφωνα με τον επαγγελματία φροντίδας υγείας, ο οποίος βασίζεται σε στοιχεία γνώσεων και/ή σε καλές κλινικές πρακτικές. Τέλος, προσδοκίες στις υπηρεσίες υγείας είναι το αποτέλεσμα (αποκατάσταση και ανακούφιση) που μπορεί να επιθυμεί/επιδιώκει ο ασθενής, βασισμένος στον διάλογο με τον υπεύθυνο λειτουργό φροντίδας υγείας, και προσδοκάται από τον οργανισμό φροντίδας. Νομικές υποχρεώσεις στην φροντίδα υγείας είναι οι υποχρεωτικές απαιτήσεις που έχουν θεσπιστεί από τον νόμο στον τομέα υπηρεσιών υγείας.

- **Σχέδιο φροντίδας**

Ένα σχέδιο φροντίδας περιλαμβάνει την περιγραφή των σχεδιαζόμενων και άρτια εξατομικευμένων υπηρεσιών, ώστε ένα αποτέλεσμα να παραχθεί από έναν επαγγελματία φροντίδας υγείας.

- **Πρόγραμμα φροντίδας**

Είναι η περιγραφή σχεδιασμένων και εξατομικευμένων υπηρεσιών που υιοθετούνται από ένα οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας, τυπικά ενημερωμένο από ένα ή περισσότερα πρωτόκολλα που διευθετούν ένα ή περισσότερα θέματα υγείας περιλαμβάνοντας όλες τις δραστηριότητες υγείας που πρέπει να εκτελεστούν για ένα αντικείμενο φροντίδας από ένα ή περισσότερα μέρη φροντίδας υγείας.

- **Κλινικές οδηγίες**

Σύνολο συστηματικά αναπτυσσόμενων διατυπώσεων που βοηθούν τις αποφάσεις των οργανισμών φροντίδας υγείας ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

- **Προμηθευτής**

Προμηθευτής είναι ένα άτομο/οργανισμός που παρέχει προϊόντα ή υπηρεσίες σε πελάτες. Οι πελάτες μπορεί να είναι είτε εσωτερικοί είτε εξωτερικοί ως προς τον οργανισμό του προμηθευτή σύμφωνα με το ISO 9001.

Πολλοί οργανισμοί σήμερα εξαρτώνται από τρίτους σε θέματα παράδοσης προϊόντων και παροχής υπηρεσιών με ένα τρόπο αποτελεσματικό και οικονομικό. Ο οργανισμός θα κριθεί από την απόδοση των τρίτων αυτών προσώπων γεγονός που κάνει απαραίτητη την ύπαρξη εντύπων για την καταγραφή των προμηθειών. Υπάρχουν τρία βασικά σημεία που πρέπει να δώσει προσοχή ο οργανισμός:

- Τα τρίτα πρόσωπα – συνεργάτες να πληρούν τις προϋποθέσεις που αναφέρονται στο σύστημα ποιότητας. Μέσα στο εγχειρίδιο πολιτικής ποιότητας που εφαρμόζει ο οργανισμός να αναφέρονται οι διαδικασίες καταγραφής της απόδοσης των συνεργατών.
- Είναι απαραίτητη η συλλογή και καταχώρηση δεδομένων όσον αφορά τα προϊόντα και τις παρεχόμενες υπηρεσίες έτσι ώστε να είναι δυνατή η ανασκόπηση και έγκριση των αγορών.

- Οι αγορές θα πρέπει να αξιολογούνται και να επιθεωρούνται ώστε να κρίνει ο οργανισμός αν πληρούν τις προδιαγραφές που έχει θέσει για αυτές.

Παραδείγματα προμηθευτή γενικά αποτελούν ο παραγωγός, ο διανομέας, ο πωλητής ή αυτός που παρέχει μία υπηρεσία ή μία πληροφορία. Ο προμηθευτής μπορεί να είναι πρόσωπο εντός ή εκτός του οργανισμού. Σε συστηματική βάση, πολλές φορές ο προμηθευτής καλείται «ανάδοχος/εργολάβος».

Κάθε εμπλεκόμενος μπορεί να δρα και ως προμηθευτής αλλά και ως πελάτης. Για παράδειγμα, ο γιατρός μπορεί να θεωρείται πελάτης ενός εργαστηρίου στα εργαστηριακά τεστ ενός ασθενούς του. Ο ίδιος γιατρός είναι προμηθευτής υπηρεσιών υγείας του ασθενούς του, με τον ίδιο τον ασθενή σε ρόλο πελάτη.

Οι οργανισμοί υγείας οφείλουν να χτίσουν μια ιδιαίτερα αποδοτική σχέση με τους προμηθευτές τους. Οι υπηρεσίες που παρέχουν τα τρίτα μέρη, όπως τεχνική υποστήριξη, πληροφόρηση και υπηρεσίες επικοινωνίας, σύμβουλοι επιχειρήσεων, πρόσληψη νέου προσωπικού, υγιεινή, φαγητό και εκπαίδευση, έχουν σημαντική επιρροή τόσο στην ποιότητα των οργανισμών υγείας όσο και στα αποτελέσματα που αυτοί παρέχουν. Όμοια, οι υπηρεσίες που παρέχονται από τα κλινικά εργαστήρια και τα ερευνητικά τμήματα, επιδρούν σημαντικά στις αποφάσεις θεραπευτικής αγωγής που πραγματοποιούνται από άλλα τμήματα.

Ασφαλείς και υψηλής ποιότητας υπηρεσίες μπορούν να αναπτυχθούν μόνο μέσω αμοιβαίας κατανόησης και σεβασμού των απαιτήσεων των πελατών, μέσα από πολυάριθμες εσωτερικές και εξωτερικές σχέσεις μεταξύ πελατών και ανθρώπων που παρέχουν τις υπηρεσίες.

4.4 Συστήματα διαχείρισης ποιότητας - Γενικές απαιτήσεις

Στην παρούσα ενότητα, γίνεται αναφορά στις γενικές απαιτήσεις του ISO σε συστήματα διασφάλισης ποιότητας (ΣΔΠ) με εξειδικεύσεις των απαιτήσεων αυτών στον τομέα της υγείας. Πριν οποιαδήποτε αναφορά όμως, θα πρέπει οι οργανισμοί υγείας να κατανοήσουν ότι θα πρέπει να καθιερώσουν, να εφαρμόσουν και να

διατηρήσουν ένα σύστημα διαχείρισης ποιότητας το οποίο συνεχώς θα το βελτιώνουν σύμφωνα με τις απαιτήσεις της συγκεκριμένης οδηγίας.

Έτσι λοιπόν, ο οργανισμός θα πρέπει:

- Να αναγνωρίζει τις διαδικασίες και τις εφαρμογές που απαιτεί ένα σύστημα διασφάλισης ποιότητας
- Να αποφασίζει την σειρά και αλληλεπίδραση των διαδικασιών
- Να αποφασίζει κριτήρια και μεθόδους που απαιτούνται τα οποία επιβεβαιώνουν ότι η λειτουργία και ο έλεγχος αυτών των διαδικασιών γίνεται αποτελεσματικά
- Να επιβεβαιώνουν την διαθεσιμότητα των πηγών και της πληροφόρησης που απαιτείται για την υποστήριξη της λειτουργίας και τον έλεγχο των διαδικασιών
- Να επιβλέπει, να μετρά και να αναλύει αυτές τις διαδικασίες
- Να εφαρμόζει πράξεις απαραίτητες για την αποτελεσματικότητα των σχεδιαζόμενων πράξεων και της συνεχούς βελτίωσης αυτών των διαδικασιών.

Αυτές οι διαδικασίες θα πρέπει να διαχειρίζονται από τον οργανισμό σε συμφωνία με τις απαιτήσεις του διεθνούς προτύπου. Όταν ένας οργανισμός επιλέξει κάποιον υπεργολάβο για μια διαδικασία που επηρεάζει την συμμόρφωση με τις απαιτήσεις, ο οργανισμός θα πρέπει να επιβεβαιώσει τον έλεγχο αυτών των διαδικασιών.

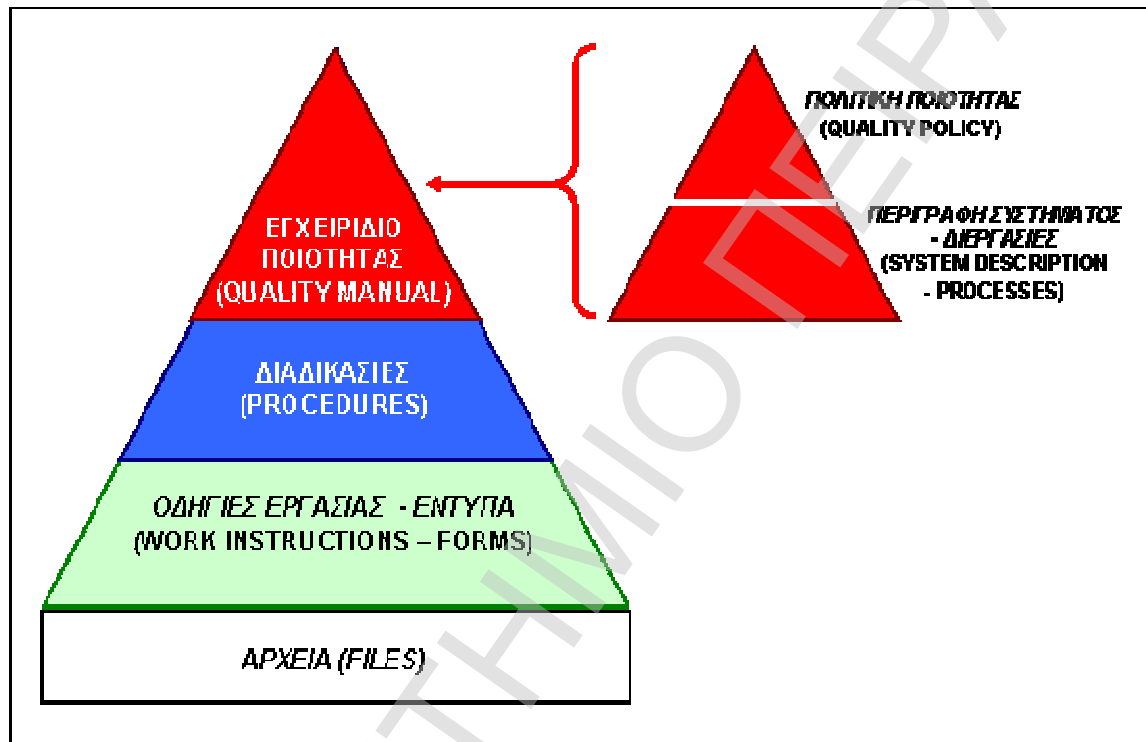
4.4.1 Γενικές απαιτήσεις- τεκμηρίωση

Η τεκμηρίωση ενός ΣΔΠ περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία με βάση το πρότυπο ISO 9001:

- Το εγχειρίδιο ποιότητας το οποίο είναι το ανώτερο έγγραφο του συστήματος και περιλαμβάνει μεταξύ άλλων την πολιτική ποιότητας, την περιγραφή του συστήματος και την αποτύπωση των διεργασιών
- Τις διαδικασίες δηλαδή τις γραπτές προδιαγραφές λειτουργίας σε διατμηματικό επίπεδο
- Τις οδηγίες εργασίας δηλαδή οδηγίες για τον τρόπο με τον οποίο πραγματοποιούνται οι διάφορες εργασίες

- Τα τυποποιημένα έντυπα επικοινωνίας ή έντυπα συστήματος
- Τα Αρχεία
- Τα Εξωτερικά Έντυπα

Η τεκμηρίωση του συστήματος διασφάλισης ποιότητας είναι ένα ιεραρχικό σύστημα εγγράφων και αρχείων (Σχήμα 4)



Σχήμα 4. Τεκμηρίωση του συστήματος διασφάλισης ποιότητας (Πηγή EN ISO 9001:2008, 2008)

Η τεκμηρίωση είναι απαραίτητη στους οργανισμούς υγείας, σε συγκεκριμένα τμήματα και μονάδες τους, καθώς και σε διαδικασίες και δραστηριότητες όπως καθορίζεται στην εφαρμογή ενός ΣΔΠ. Είναι σημαντικό να διασφαλιστεί ότι το προσωπικό που σχετίζεται με θέματα υγείας (κλινικοί ιατροί, διοικητικά στελέχη, προμηθευτές) έχει πρόσβαση σε σχετική πληροφόρηση που ανταποκρίνεται στις ανάγκες και απαιτήσεις τους.

Οι αποφάσεις για την τεκμηρίωση τοπικών διαδικασιών, θα πρέπει να βασίζονται σε συγκεκριμένες διεργασίες που εκτελούνται καθώς και στην ικανότητα του

προσωπικού. Οι διαδικασίες που τεκμηριώνονται μπορεί να αφορούν πλήθος διαφορετικών δραστηριοτήτων, όπως η διαχείριση φαρμάκων, η χρήση ιατρικών συσκευών, η πυροπροστασία, η διασφάλιση της υγιεινής, η διαχείριση και συντήρηση του ιατρικού αρχείου, η προστασία των ασθενών σε περιπτώσεις υποχρεωτικής νοσηλείας κα.

Παράλληλα, σύμφωνα με τις απαιτήσεις του ISO 9001, τα έντυπα που απαιτούνται από το σύστημα διαχείρισης ποιότητας θα πρέπει να ελέγχονται καθώς και οι όποιες αλλαγές τους να έχουν λάβει έγκριση, πριν από οποιαδήποτε ιατρική χρήση. Έτσι, κλινικές οδηγίες, πρωτόκολλα, οδηγίες λειτουργίας, θα πρέπει να υποβάλλονται σε συστηματικό έλεγχο. Στον έλεγχο θα πρέπει να υπάγονται και εξωτερικά έγγραφα που αφορούν πληροφορίες ασθενών που προέρχονται από διαφορετικό πάροχο υπηρεσιών υγείας.

4.4.2 Ευθύνη της διοίκησης

Η ανώτατη διοίκηση, σύμφωνα με το ISO 9001, θα πρέπει να παρέχει στοιχεία όσον αφορά την δέσμευσή της στην ανάπτυξη και την εφαρμογή ενός συστήματος διασφάλισης ποιότητας βελτιώνοντας συνεχώς την αποτελεσματικότητά της με το να:

- Επικοινωνεί την σημασία της ικανοποίησης των αναγκών των πελατών
- Διαμορφώνει το σχέδιο/πλάνο ποιότητας
- Διασφαλίζει ότι οι στόχοι της ποιότητας έχουν δρομολογηθεί
- Πραγματοποιεί επανεξέταση του διαχειριστικού πλάνου
- Διασφαλίζει την διαθεσιμότητα των πηγών

Στις υπηρεσίες υγείας, η ανώτατη διοίκηση, θα πρέπει να αναφέρεται σε όλα τα επίπεδα εκτελεστικών φορέων (μονάδας, οργανισμού, περιφέρειας). Παράλληλα κάθε μονάδα υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να καθορίζει την ανώτατη διοίκησή της.

Η διοίκηση παράλληλα, θα πρέπει να διασφαλίζει ότι οι ανάγκες και οι προσδοκίες του πελάτη/ασθενή μετατρέπονται σε απαιτήσεις οι οποίες μπορούν να

ικανοποιηθούν. Συγχρόνως η διοίκηση πρέπει να αποδείξει τη δέσμευσή της για την ικανοποίηση των πελατών σε σχέση με το προϊόν ή την υπηρεσία.

Επομένως κάθε επιχείρηση/φορέας υπηρεσιών υγείας, μέσα από την διοίκηση, θα πρέπει να:

- προσδιορίζει τους πελάτες/ασθενείς και τις απαιτήσεις τους, στοχεύοντας στην απόκτηση εμπιστοσύνης.
- συλλέγει πληροφορίες που αφορούν τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών ή τρίτων εμπλεκόμενων και να διασφαλίζει ότι η ικανοποίησή τους είναι υπό περιοδική επίβλεψη.
- διασφαλίζει ότι η πληροφόρηση για τα δικαιώματά τους είναι διαθέσιμη.

Μέσα στις υποχρεώσεις της ανώτατης διοίκησης, θα πρέπει να είναι η μέριμνα για την καταλληλότητα, την δέσμευση, την επικοινωνία και την ανασκόπηση του σχεδίου ποιότητας. Το σχέδιο ποιότητας για έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να εκφράζει και να περιλαμβάνει απόψεις της ανώτατης διοίκησης και να αντικατοπτρίζει την δέσμευση στην ποιότητα και την συνεχή βελτίωση. Με αυτόν τον τρόπο, γίνονται αντιληπτοί οι στόχοι ποιότητας, που στον χώρο των υπηρεσιών υγείας, είναι οι μετρήσιμοι στόχοι που αντιπροσωπεύουν τους κύριους στόχους των διεργασιών του οργανισμού.

Εν κατακλείδι, η ανώτατη διοίκηση θα πρέπει να διασφαλίζει ότι οι ευθύνες του καθενός εμπλεκόμενου είναι διακριτές και επικοινωνούνται επιτυχώς εντός του οργανισμού. Οι ευθύνες και το πεδίο δραστηριότητας, θα πρέπει να είναι ξεκάθαρο για οποιαδήποτε διεργασία εντός του οργανισμού. Ο ίδιος ο οργανισμός θα πρέπει να καθιερώσει περιγραφές εργασίας για όλο το προσωπικό που επηρεάζει τις διαδικασίες παροχής φροντίδας. Οι μονάδες υγείας, θα πρέπει να οργανώσουν τις σχέσεις τους με τους επαγγελματίες με τέτοιο τρόπο, ώστε να διασφαλιστεί η ίδια η θεσμική υπευθυνότητα για την παροχή υγείας. Για την επίτευξη του στόχου αυτού, οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να διασφαλίσουν μια επαρκή και αδιάλειπτη ροή πληροφορίας έτσι ώστε να διευκολύνουν την αλληλεπίδραση διαφορετικών λειτουργιών και ειδικοτήτων στην παροχή των συγκεκριμένων

υπηρεσιών. Για παράδειγμα, πληροφορίες που αφορούν στην παροχή φροντίδας, αλλαγές στον ιατρικοτεχνολογικό εξοπλισμό και στην παρουσία και διαχείριση κινδύνου, θα πρέπει να είναι διαθέσιμες στο προσωπικό. Διευκόλυνση στη ροή της πληροφορίας και για την επίτευξη των παραπάνω στόχων, αποτελούν οι διατμηματικές συζητήσεις, οι έρευνες ικανοποίησης εργαζομένων καθώς και οι ανοικτές συζητήσεις για πιθανές βελτιώσεις της ποιότητας.

Δεν είναι όμως αρκετό να εξασφαλιστεί από την μεριά της διοίκησης η επικοινωνία της πληροφορίας. Θα πρέπει η πρώτη να εμπλέκεται ενεργά στην ανασκόπηση των διαδικασιών σε τακτά χρονικά διαστήματα, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η συνέχεια, η επάρκεια και η αποτελεσματικότητα του ΣΔΠ εν γένει. Η πληροφόρηση αυτή είναι δυνατόν να προέρχεται από ελέγχους, από επανατροφοδότηση πελατών/ασθενών, από συστάσεις καθώς και από ανάλυση δεικτών που σχετίζονται με επιπλοκές (πχ σε χειρουργεία, ατυχήματα κα)

4.4.3 Διαχείριση Πόρων

Σύμφωνα με τις διατυπώσεις στο ISO 9001, κάθε επιχείρηση -συμπεριλαμβανομένου και των οργανισμών υπηρεσιών υγείας- θα πρέπει να είναι σε θέση να παρέχει τους πόρους που απαιτούνται για την καθιέρωση, διατήρηση και βελτίωση του συστήματος ποιότητας και παράλληλα να βελτιώνει την ικανοποίηση των πελατών ανταποκρινόμενη στις απαιτήσεις τους. Για να επιτευχθούν οι στόχοι και οι επιταγές του σχεδίου ποιότητας, θα πρέπει οι απαιτούμενοι πόροι να είναι διαθέσιμοι σε ικανοποιητικό επίπεδο:

Σε μία πρώτη προσέγγιση, θα πρέπει να διασφαλιστεί ότι το προσωπικό που εργάζεται στον συγκεκριμένο τομέα και συνεπώς σχετίζεται με την ποιότητα των προϊόντων ή των παρεχόμενων υπηρεσιών, έχει την κατάλληλη εκπαίδευση και εμπειρία. Η εκπαίδευση δεν αφορά μόνο τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και όλο το προσωπικό, για παράδειγμα εκείνο που εμπλέκεται σε διοικητικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες.

Από την μεριά τους οι φορείς υγειονομικών υπηρεσιών θα πρέπει να μεριμνούν για την συμμετοχή σε συνεχείς διαδικασίες εκπαίδευσης, γεγονός που αναπτύσσει τις

επαγγελματικές δυνατότητες και διατηρεί υψηλό το κίνητρο για ποιοτικές υπηρεσίες. Παράλληλα θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι το προσωπικό έχει την κατάλληλη γνώση και ικανότητα να παρέχει τις κατάλληλες υπηρεσίες, που είναι σύμφωνες με την νομοθεσία και τις απαιτήσεις των επαγγελματικών σωματίων. Από την άλλη, οι ίδιοι φορείς είναι υπεύθυνοι για την κατάλληλη επιλογή προσωπικού στη σωστή θέση, αξιολογώντας παράλληλα την ικανότητά του να εκτελεί τα καθήκοντά του σύμφωνα με επιστημονικά και κλινικά δεδομένα.

Η έννοια «πόρος» όμως δεν περιορίζεται στο ανθρώπινο δυναμικό, αλλά και στις υποδομές και επομένως οι οργανισμοί υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να καθορίζουν, να παρέχουν και να συντηρούν τις απαραίτητες υποδομές για την συμμόρφωση στις απαιτήσεις. Με τον όρο υποδομές και στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας νοούνται:

- τα κτήρια και το εργασιακό περιβάλλον
- ο εξοπλισμός
- υποστηρικτικές υπηρεσίες (μεταφορές, επικοινωνίες κα)

Όλα τα παραπάνω παρέχουν μια επαρκή βάση λειτουργίας για τους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας και ένα ασφαλές, άνετο περιβάλλον ανάρρωσης για τους πελάτες/ασθενείς τους.

Ανάλογα το είδος και την πολυπλοκότητα των υπηρεσιών που παρέχονται, η τεχνολογική υποδομή στην συγκεκριμένη περίπτωση μπορεί για παράδειγμα να περιλαμβάνει βιοϊατρικό εξοπλισμό καθώς και πληροφοριακά συστήματα και συστήματα επικοινωνίας, μαζί με διαχειριστικές διαδικασίες που αφορούν συντήρηση.

Οι υποστηρικτικές υπηρεσίες από την άλλη μπορεί να περιλαμβάνουν υποστήριξη σε πληροφοριακά συστήματα, εγκαταστάσεις, λειτουργία, συντήρηση και επισκευή, καθαρισμό, αποστείρωση εξοπλισμού, πλυντήρια, απομάκρυνση αχρήστων, μεταφορές κα

4.4.4 Πραγμάτωση προϊόντος/ υπηρεσίας

Με τον όρο «πραγμάτωση προϊόντος» νοείται το σύνολο των δραστηριοτήτων που απαιτούνται για να οδηγηθούμε σε παραγωγή ενός τελικού προϊόντος/υπηρεσίας. Η επιχείρηση θα πρέπει να προσδιορίζει διαδικασίες και μεθόδους για το σχεδιασμό, την καταγραφή και τον έλεγχο των διεργασιών, τη ροή των εργασιών τους και τις αλληλεπιδράσεις τους σε συνεχή λειτουργία. Κατόπιν, θα πρέπει να λάβει υπόψη της τα αποτελέσματα της διεργασίας σχεδιασμού της ποιότητας. Οι διεργασίες θα πρέπει να λειτουργούν κάτω από ελεγχόμενες συνθήκες.

Κατά τον σχεδιασμό της πραγμάτωσης του προϊόντος, ο οργανισμός πρέπει να προσδιορίζει όλα τα παρακάτω:

- τους αντικειμενικούς σκοπούς για την ποιότητα και τις απαιτήσεις για το προϊόν
- την ανάγκη καθιέρωσης διεργασιών, εγγράφων και διάθεσης πόρων για το προϊόν
- τις απαιτούμενες δραστηριότητες επαλήθευσης, επικύρωσης, παρακολούθησης, ελέγχων και δοκιμών, καθώς και τα κριτήρια αποδοχής του προϊόντος
- τα αρχεία που χρειάζονται για την παροχή στοιχείων ότι οι διεργασίες υλοποίησης και το προκύπτον προϊόν, ικανοποιούν τις απαιτήσεις

Το κύριο προϊόν ενός οργανισμού υγείας είναι οι υπηρεσίες, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται η πρόληψη, η ιατρική διάγνωση, η θεραπεία και επανένταξη, η φροντίδα για τους ηλικιωμένους, η έρευνα, η μόρφωση και η πληροφόρηση. Οι υπηρεσίες αυτές μπορούν να οριστούν κατάλληλα ανάλογα το πλαίσιο δραστηριοτήτων και τον τύπο του οργανισμού.

Οι υπηρεσίες υγείας, είναι συχνά το αποτέλεσμα ολοκληρωμένων διεργασιών, οι οποίες μπορούν να συνδεθούν με κλινικά μονοπάτια ή μονοπάτια παροχής φροντίδας. Οι οργανισμοί φροντίδας υγείας παρέχουν μια μεγάλη ποικιλία από υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένου προ-νοσοκομειακές, εντατικής μονάδας, διαχείρισης τραύματος, αιματολογικών αναλύσεων και εξετάσεων. Οι υπηρεσίες υγείας μπορούν επίσης να περιγραφθούν σε διαφορετικά επίπεδα όσον αφορά την παροχή (πχ πρόληψη, διακομιδή, καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση). Γενικότερα, μπορούν να

θεωρηθούν προτυποποιημένες υπηρεσίες σε συμφωνία με τα δικαιώματα των ασθενών, το σχέδιο για την δημόσια υγεία και την νομοθεσία.

Επίσης, κατά τον σχεδιασμό της πραγμάτωσης υπηρεσιών θα πρέπει να ληφθούν υπόψη:

1. οι απαιτήσεις των υπηρεσιών υγείας όπως ορίζονται από εφαρμόσιμα ρυθμιστικά έγγραφα καθώς και απαιτήσεις του ίδιου του οργανισμού (όλοι οι εμπλεκόμενοι μπορούν να θεωρηθούν πελάτες στον σχεδιασμό και την υλοποίηση των υπηρεσιών)
2. ότι η διαχείριση των διεργασιών σε όλα τα επίπεδα απαιτείται για την κατάλληλη υλοποίηση υπηρεσιών. Συστηματικές προσεγγίσεις θα πρέπει να υιοθετηθούν για την ανάπτυξη, εφαρμογή και διατήρηση οδηγιών και πρωτοκόλλων για κλινικές διαδικασίες. Ο σχεδιασμός θα πρέπει να εφαρμοστεί σε όλο τον οργανισμό καλύπτοντας τις κρίσιμες διεργασίες κατά την παροχή φροντίδας. Θα πρέπει επίσης να περιλαμβάνει την σωστή κατανομή πόρων (ικανό προσωπικό, εξοπλισμό, εγκαταστάσεις), έτσι ώστε να μειωθούν ή να ελαχιστοποιηθούν τα όποια προβλήματα (πλεόνασμα αποθεμάτων, φτώχη συντήρηση, αναξιοποίητοι χώροι και υποδομές)
3. κατάλληλοι δείκτες για την αξιολόγηση ποιοτικών υπηρεσιών οι οποίοι θα σχεδιαστούν και θα οριστούν
4. τα αποτελέσματα από την επίβλεψη των κλινικών και άλλων διαδικασιών θα πρέπει να καταγραφούν και να ελεγχθούν. Ο οργανισμός θα πρέπει να σχεδιάσει επαρκή μέσα συντήρησης τέτοιων αρχείων και να υποστηρίξει την δραστηριότητα αυτή με την συνδρομή της πληροφοριακής τεχνολογίας.

Παράλληλα, κατά την πραγμάτωση προϊόντων και υπηρεσιών, οι οργανισμοί υγείας και οι εκάστοτε οργανισμοί, θα πρέπει να κατανοούν, να ορίζουν και να διαπιστώνουν όλες τις απαιτήσεις των πελατών και των εμπλεκόμενων. Η εστίαση στον πελάτη, θα πρέπει να αντικατοπτρίζεται στην παροχή των υπηρεσιών και στον επαγγελματικό χαρακτήρα όλων των ανθρώπων του οργανισμού. Τέτοια παραδείγματα είναι η παρακολούθηση μετά το χειρουργείο, η επίβλεψη μετά από μετάγγιση αίματος ή καρδιακού εμφυτεύματος, η διαχείριση παραπόνων κα.

Συγχρόνως, ο οργανισμός θα πρέπει να πραγματοποιεί ανασκοπήσεις που σχετίζονται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες καθώς και να αξιολογεί τις απαιτήσεις που συνδέονται με υπηρεσίες πριν αναλάβει οποιαδήποτε δέσμευση να τις υλοποιήσει. Οφείλει ταυτόχρονα να επικοινωνεί με τους διάφορους πελάτες σε κατανοητή γλώσσα, προσφέροντας έγκυρη και ενημερωμένη πληροφόρηση. Η πληροφόρηση αυτή μπορεί να περιλαμβάνει:

- ενημέρωση για τις υπηρεσίες υγείας, με λεπτομέρειες για τις διαδικασίες, τα κόστη, τα οφέλη, πιθανές επιπλοκές και παρενέργειες, εναλλακτικές θεραπείες, διάρκεια θεραπείας
- απορίες γύρω από την λειτουργία του οργανισμού (δείκτες επιδόσεων και κλινικά αποτελέσματα, λίστες αναμονής, διαθεσιμότητα υπηρεσιών, πρόοδος θεραπείας και ανάγκη για αλλαγή της κα)
- επανατροφοδότηση από ασθενείς, σωματεία καταναλωτών, ασφαλιστικές εταιρείες

Ο οργανισμός είναι όμως εκείνος τελικά που αποφασίζει σε ποιο βαθμό και με ποιον τρόπο θα υλοποιείται η επικοινωνία. Επίσης ο οργανισμός είναι εκείνος, ο οποίος σχεδιάζει και ελέγχει την ανάπτυξη των προσφερόμενων υπηρεσιών, συντονίζοντας τα μέρη που εμπλέκονται στη διαδικασία. Για τον λόγο αυτό θα πρέπει να έχει διαδικασίες που περιγράφουν:

- όλα τα στάδια του σχεδιασμού μιας διεργασίας συμπεριλαμβανομένου και του πλάνου για πιλοτικές μελέτες και δοκιμές
- την εισαγωγή και εφαρμογή νέων διαδικασιών
- την εξουσιοδότηση της διοίκησης και της Εθνικής Επιτροπής Δεοντολογίας

Ο σχεδιασμός και η ανάπτυξη διαδικασιών θα πρέπει στη συνέχεια να υπόκεινται σε ανασκοπήσεις βάσει προγράμματος, έτσι ώστε να αξιολογηθούν τα αποτελέσματα του σχεδιασμού στην ικανοποίηση απαιτήσεων και να αποκαλυφθούν τα όποια προβλήματα. Παράλληλα εξελίσσονται διαδικασίες επαλήθευσης (έλεγχος νέων διαδικασιών μέσα από ελεγχόμενες διαδικασίες σε μικρή κλίμακα) και επικαιροποίησης (πχ κλινικών μελετών, αποτελεσματικότητα ιατρικών συσκευών κα)

Μέρος της διαδικασίας πραγμάτωσης προϊόντος/υπηρεσίας αποτελεί και η διαδικασία αγορών. Ο εκάστοτε οργανισμός οφείλει να διασφαλίζει ότι τα προϊόντα που έχουν αποκτηθεί συμμορφώνονται με συγκεκριμένες αγοραστικές απαιτήσεις. Στον τομέα υπηρεσιών υγείας, οι αγορές σχετίζονται με την απόκτηση ιατρικών συσκευών, υλικών και εξωτερικών υπηρεσιών. Εξωτερικές υπηρεσίες που έχουν κρίσιμη επίδραση στην ποιότητα και τα αποτελέσματα των οργανισμών υπηρεσιών υγείας μπορούν να είναι η τεχνική υποστήριξη, οι υπηρεσίες στον τομέα πληροφοριών και επικοινωνίας, η επιχειρηματική συμβουλευτική, οι υπηρεσίες στρατολόγησης, υγιεινής, τροφοδοσίας και εκπαίδευσης. Το μοντέλο αγοραστή-προμηθευτή, μπορεί να εφαρμοστεί και σε εσωτερικές διαδικασίες, για παράδειγμα, εσωτερικές υποστηρικτικές διαδικασίες, υπηρεσίες που παρέχονται από το ένα τμήμα στο άλλο (πχ κλινικά εργαστήρια και απεικονιστικά εργαστήρια από την άλλη).

Για την διαδικασία των αγορών, απαραίτητη είναι η κατάλληλη πληροφόρηση και επομένως ο οργανισμός θα πρέπει να διασφαλίζει ότι οι απαιτήσεις έχουν ορθώς προκαθοριστεί πριν την επικοινωνία με τον προμηθευτή (πχ απαιτήσεις για συμβατότητα με υπάρχοντα εξοπλισμό, συσκευές, συστήματα και διαδικασίες).

Τέλος, οι οργανισμοί υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να επιβεβαιώνουν ότι τα προϊόντα που έχουν αποκτηθεί ικανοποιούν τις αγοραστικές απαιτήσεις. Αυτό μπορεί να γίνει είτε με απλούς ελέγχους που αφορούν ημερομηνίες λήξης φαρμακευτικών προϊόντων, είτε με οπτικούς ελέγχους (πχ ακεραιότητα χειρουργικών εργαλείων), είτε με ελέγχους σε βάθος γραμμικών επιταχυντών, τομογράφων ή λογισμικού.

Στην πραγμάτωση προϊόντος, περιλαμβάνονται ξεκάθαρα και δραστηριότητες που αφορούν την παροχή υπηρεσιών: Ο οργανισμός υγείας, θα πρέπει να καθορίζει τις διαδικασίες του σχεδιασμού και υλοποίησης των υπηρεσιών υγείας για τον κάθε ασθενή. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει κατανομή καθηκόντων του εμπλεκόμενου προσωπικού και έγκαιρη διασφάλιση των απαραίτητων πηγών, για παράδειγμα κύριο και βοηθητικό προσωπικό, εξοπλισμό, εργαστηριακά αποτελέσματα και άλλες πληροφορίες. Επίσης θα πρέπει να γίνεται ανάλυση κινδύνου όσον αφορά τους ασθενείς, προκειμένου να προληφθούν ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τις επιμέρους δραστηριότητες, τα φάρμακα ή τον εμπλεκόμενο εξοπλισμό, ενώ ο σχεδιασμός θα πρέπει να γνωστοποιείται για να λαμβάνονται οι απαραίτητες

προφυλάξεις. Κατά την υλοποίηση των υπηρεσιών, η επαναξιολόγηση του ασθενή είναι απαραίτητη, λόγω πιθανών αλλαγών στην κατάστασή του, νέων εργαστηριακών δεδομένων και άλλων πληροφοριών. Αυτή η δραστηριότητα μπορεί να θεωρηθεί σαν αναπόσπαστο κομμάτι των υπηρεσιών υγείας.

Όλες οι δραστηριότητες που έχουν επίκεντρο τον ασθενή, κλινικές και μη, θα πρέπει να τεκμηριώνονται από μια σειρά κλινικών και άλλων δεικτών. Ένα παράδειγμα μη κλινικής διαδικασίας, μπορεί να είναι η αποστείρωση των ιατρικών συσκευών. Η τεκμηρίωση, είναι απαραίτητη για την ασφάλεια των ασθενών και του προσωπικού και για την ποιότητα των υπηρεσιών. Παράδειγμα μεθόδων και εργαλείων τεκμηρίωσης, είναι τα εργαλεία ελάττωσης των αποκλίσεων, οι πίνακες ελέγχου, η ανάλυση κινδύνου, διάφορα πειράματα, η ανάλυση ανοχής και η ανάλυση αποτελεσμάτων.

Μέρος της δραστηριότητας που αφορά την παροχή υπηρεσιών από την μεριά των οργανισμών παροχής υγείας, είναι ο προσδιορισμός των υπηρεσιών αυτών. Ο προσδιορισμός περιλαμβάνει κλινικές πληροφορίες γύρω από τον ασθενή (τα όργανά του, δείγματα αίματος και ιστού), τους επαγγελματίες που εμπλέκονται, τον εξοπλισμό, καθώς και υλικά και συσκευές που χρησιμοποιούνται στις δραστηριότητες αυτές. Οι πληροφορίες αυτές θα πρέπει να αρχειοθετούνται. Στην αρχειοθέτηση θα πρέπει να περιέχονται και πληροφορίες που αφορούν την ώρα και την ημερομηνία των παρεχόμενων υπηρεσιών, την φαρμακευτική αγωγή και το αποτέλεσμα των υπηρεσιών αυτών. Πέρα από τις δραστηριότητες αρχειοθέτησης των πληροφοριών αυτών, ο οργανισμός οφείλει να προστατεύει οτιδήποτε ανήκει στον ασθενή (προσωπικά αντικείμενα, αποτελέσματα, αρχεία, όργανα, δείγματα κα). Μάλιστα η πληροφόρηση που αφορά το ιατρικό αρχείο, αποτελεί περιουσία του ασθενούς που υπάγεται στην εθνική νομοθεσία.

Η ενότητα που αφορά την πραγμάτωση του προϊόντος/υπηρεσίας κλείνει με τον έλεγχο των συσκευών επίβλεψης και μέτρησης που απαιτούνται για να παρέχουν στοιχεία συμμόρφωσης ενός προϊόντος/υπηρεσίας σε προκαθορισμένες απαιτήσεις. Στον τομέα υπηρεσιών υγείας, η διάγνωση, η θεραπεία και η επανένταξη στηρίζονται στην αξιολόγηση ενός μεγάλου όγκου πληροφοριών. Μέρος των πληροφοριών αυτών προέρχεται από αναλύσεις και μετρήσεις, όπου η βαθμονόμηση μπορεί να παίζει

κάποιο ρόλο. Για αυτό, ο οργανισμός θα πρέπει-βασισμένος σε ανάλυση κινδύνου και ανάγκες πελατών-να καθορίσει ποιος εξοπλισμός και ποιες συσκευές θα πρέπει να ελέγχονται σύμφωνα με τις απαιτήσεις (ρύθμιση, προσδιορισμός, προστασία από λάθος ρυθμίσεις και ζημιές)

4.4.5 Μέτρηση, ανάλυση και βελτίωση

Το τελευταίο κομμάτι των απαιτήσεων στο ISO 9001 και επομένως στην οδηγία CEN/TS 15224, σχετίζεται με τις διαδικασίες που περιλαμβάνουν μέτρηση, ανάλυση και βελτίωση του προϊόντος/της παρεχόμενης διαδικασίας. Η επιχείρηση και εν προκειμένω οι οργανισμοί υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να καθορίζουν και συγχρόνως να εφαρμόζουν διεργασίες μέτρησης, ανάλυσης και βελτίωσης, έτσι ώστε να διασφαλίζεται ότι τα προϊόντα ή οι υπηρεσίες συμμορφώνονται με τις απαιτήσεις. Τα αποτελέσματα αυτών των δραστηριοτήτων χρησιμοποιούνται ως δεδομένα στην ανασκόπηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος διαχείρισης ποιότητας. Έτσι η κάθε επιχείρηση θα πρέπει να:

- Να καθιερώνει και να διατηρεί διεργασίες μέτρησης και ανάλυσης ώστε να προσδιορίζεται η αποτελεσματικότητα του συστήματος διαχείρισης ποιότητας
- Να καθιερώνει στόχους ποιότητας
- Να καθιερώνει διαδικασίες προσδιορισμού της ικανοποίησης των πελατών
- Να εκτελεί εσωτερικές επιθεωρήσεις
- Να δημιουργεί κατάλληλες μεθόδους για μέτρηση μεταβλητών των διαδικασιών που διασφαλίζουν συμμόρφωση με τις απαιτήσεις του πελάτη
- Να μετρά και να παρακολουθεί τα προϊόντα ή τις υπηρεσίες.
- Να καθιερώνει διαδικασίες για συνεχή βελτίωση του συστήματος
- Να καθιερώνει διαδικασίες για αναγνώριση και εξάλειψη των αιτιών μη-συμμόρφωσης

Η αξιολόγηση και η μέτρηση στους οργανισμούς υγείας περιλαμβάνει όλες εκείνες τις διαδικασίες που απαντώνται στο εσωτερικό του οργανισμού. Οι διαδικασίες γύρω από την φροντίδα είναι οι κρίσιμες διαδικασίες και εστιάζουν στην ικανότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών να ικανοποιούν απαιτήσεις, συμπεριλαμβανομένου των προσδοκιών του πελάτη, των στόχων του οργανισμού καθώς και των απαιτήσεων των εμπλεκομένων και των αρχών. Το αποτέλεσμα της φροντίδας θεωρείται ο πιο σημαντικός δείκτης της επιτυχίας. Η δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων αυτών προάγει την διαφάνεια και διευκολύνει την σύγκριση με άλλους οργανισμούς στον χώρο.

Μια από τις μετρήσεις επίδοσης που ο οργανισμός οφείλει να πραγματοποιεί είναι εκείνη που αφορά την ικανοποίηση του πελάτη γύρω από τις απαιτήσεις του. Η ανάλυση που πραγματοποιείται στην συνέχεια θα πρέπει να οδηγεί σε συνεχή βελτίωση της ικανοποίησης του πελάτη/ασθενή. Παράλληλα, ο οργανισμός οφείλει να πραγματοποιεί εσωτερικού ελέγχους, ώστε να διασφαλίζει ότι το σύστημα διαχείρισης της ποιότητας

- συμμορφώνεται με τον προγραμματισμό του οργανισμού και το διεθνές πρότυπο ISO 9001
- εφαρμόζεται και συντηρείται αποτελεσματικά

Οι οργανισμοί υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να έχουν διαδικασίες που περιγράφουν πώς οι εσωτερικοί έλεγχοι πραγματοποιούνται από το επίπεδο σχεδιασμού ως τις διορθωτικές ενέργειες και την παρακολούθησή τους.

Μια ολοκληρωμένη διαδικασία παρακολούθησης σε ένα οργανισμό υγείας αλλά και σε ένα οποιοδήποτε οργανισμό, περιλαμβάνει από την μία την επίβλεψη και μέτρηση των διεργασιών: Ιδιαίτερα, όσες διεργασίες είναι κρίσιμες για την ασφάλεια των πελατών θα πρέπει να επιβεβαιώνονται και να ελέγχονται. Αν οι στόχοι των διεργασιών δεν επιτυγχάνονται, οι διεργασίες θα πρέπει να βελτιώνονται ώστε να παράγονται τα αποτελέσματα που έχουν σχεδιαστεί. Από την άλλη, μια διαδικασία παρακολούθησης, περιλαμβάνει την επίβλεψη και την μέτρηση των προϊόντων/ υπηρεσιών που παράγονται, για να εξασφαλιστεί ότι οι απαιτήσεις ικανοποιούνται.

Μέρος των διαδικασιών μέτρησης, αποτελεί ο έλεγχος των μη συμμορφούμενων προϊόντων-υπηρεσιών. Εστιάζοντας στο κομμάτι που αφορά τον τομέα υγείας, οι αντίστοιχοι οργανισμοί, θα πρέπει να έχουν διαδικασίες, πλάνο δράσης και ορισμένη εξουσιοδότηση και ευθύνη για διακοπή και λήξη δραστηριοτήτων γύρω από προϊόντα/υπηρεσίες που δεν ικανοποιούν τις απαιτήσεις καθώς και την δυνατότητα επαναπροσδιορισμού των υπηρεσιών μετά την επίλυση του προβλήματος.

Η δεύτερη συνιστώσα της συγκεκριμένης ενότητας, αφορά το κομμάτι της ανάλυσης και διαχείρισης των πληροφοριών. Ο εκάστοτε οργανισμός θα πρέπει να καθορίζει, να συλλέγει και να αναλύει τα κατάλληλα δεδομένα, επιβεβαιώνοντας την καταλληλότητα και την αποτελεσματικότητα του συστήματος διαχείρισης ποιότητας. Ταυτόχρονα, μέσα από την ανάλυση δίνεται η δυνατότητα της αξιολόγησης για συνεχή βελτίωσή του τελευταίου.

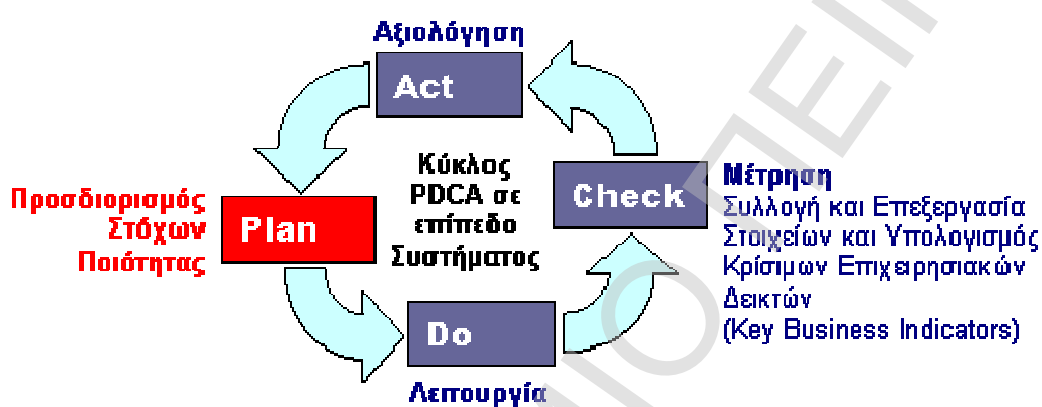
Η ανάλυση των πληροφοριών μπορεί να παρέχει πληροφορίες σχετικά με:

- Την ικανοποίηση του πελάτη
- Την συμμόρφωση στις απαιτήσεις του προϊόντος/υπηρεσίας
- Χαρακτηριστικά και τάσεις διεργασιών και προϊόντων συμπεριλαμβανομένου και ευκαιριών για προληπτικές ενέργειες
- Προμηθευτές

Η μη συμμόρφωση μπορεί να είναι ένα λάθος, μία καθυστέρηση ή μια ελαττωματική διεργασία στην φροντίδα υγείας, σε πόρους ή σε υλικά. Μη συμμόρφωση μπορεί να αφορά επίσης ένα προϊόν, όπως φάρμακα, αντιδραστήρια, ή ιατρικό και τεχνολογικό εξοπλισμό. Κάθε οργανισμός φροντίδας υγείας, θα πρέπει να καθιερώσει διαδικασίες για την εξακρίβωση και τον έλεγχο των μη συμμορφώσεων σε όλες τις διεργασίες και τα προϊόντα. Οι μη συμμορφώσεις αυτές θα πρέπει να καταγράφονται και να πραγματοποιούνται στη συνέχεια οι κατάλληλες ενέργειες. Τόσο τα άτομα τα οποία θα έχουν την ευθύνη της διαχείρισης των μη συμμορφώσεων όσο και το εύρος των αρμοδιοτήτων τους, θα πρέπει να καθορίζονται και να καταγράφονται.

Η τελευταία συνιστώσα της ενότητας, αφορά την συνεχή βελτίωση. Όλοι οι οργανισμοί, θα πρέπει συνεχώς να βελτιώνουν την αποτελεσματικότητα του

συστήματος διαχείρισης ποιότητας μέσα από την χρήση του σχεδίου ποιότητας, τον στόχων ποιότητας, των αποτελεσμάτων ελέγχου, της ανάλυσης των δεδομένων, των διορθωτικών και προληπτικών ενεργειών και τις επισκόπησης της διοίκησης. Η συνεχής βελτίωση, είναι μια κρίσιμη απαίτηση στο σύστημα διαχείρισης ποιότητας και μπορεί να υλοποιηθεί μέσα από τον κύκλο PDCA (Plan-Do-Check-Act). Αυτός περιλαμβάνει τον εκ προοιμίου σχεδιασμό και δράση σύμφωνα με τις καταγεγραμμένες διαδικασίες, έτσι ώστε να προληφθούν τα ατυχήματα και οι ανεπιθύμητες ενέργειες (σχήμα 5).



Σχήμα 5. Ο κύκλος PDCA σε επίπεδο συστήματος. (Πηγή E.W. Deming, 1986)

Η διοίκηση χρησιμοποιεί πληροφορίες από ελέγχους, ανάλυση πληροφοριών και ανασκοπήσεις, ώστε να επιβεβαιώσει ότι το σχέδιο ποιότητας είναι κατάλληλο και επικαιροποιημένο και ότι οι στόχοι της ποιότητας είναι ρεαλιστικοί και υπηρετούν την αντίληψη της συνεχούς βελτίωσης σε όλα τα επίπεδα των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η συνεχής βελτίωση μπορεί να επιτευχθεί τόσο μέσα από διορθωτικές ενέργειες όσο και από ενέργειες πρόληψης. Στην πρώτη περίπτωση, ο οργανισμός θα πρέπει να δραστηριοποιηθεί για να ελαχιστοποιήσει τις αιτίες της μη συμμόρφωσης, για να εμποδίσει την επανεμφάνισή της. Οι διορθωτικές ενέργειες θα πρέπει να είναι κατάλληλες απέναντι στις επιδράσεις των μη συμμορφώσεων που απαντώνται. Όταν μη συμμορφώσεις στον χώρο της υγείας αξιολογηθούν και καταγραφούν, τότε απαραίτητες πρωταρχικές ενέργειες για ελαχιστοποίησή τους είναι η αποκάλυψη των αιτιών εμφάνισής τους. Στην δεύτερη περίπτωση ο οργανισμός θα πρέπει να

καθορίζει τις δραστηριότητες που απαιτούνται για την ελαχιστοποίηση των αιτιών δυνητικών μη συμμορφώσεων έτσι ώστε να εμποδιστεί η εμφάνισή τους. Οι ενέργειες πρόληψης θα πρέπει να είναι κατάλληλες όσον αφορά στις επιδράσεις των εν δυνάμει προβλημάτων. Επίσης, θα πρέπει να σχεδιάζονται και να συντηρούνται, με στόχο την ελαχιστοποίηση του κινδύνου, τόσο αυτές που σχετίζονται με τις διαδικασίες του τομέα υγείας όσο και εκείνες που δεν εμφανίζουν άμεση σχέση, για παράδειγμα η αντιμετώπιση πυρκαγιάς, οι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι ή η οικονομική κρίση. Όλα αυτά απαιτούν τον προσδιορισμό των πιθανών κινδύνων και την αξιολόγηση της πιθανότητάς τους και των συνεπειών τους. Οι διορθωτικές ενέργειες θα πρέπει να εφαρμοστούν για την προστασία των ασθενών και λοιπών πελατών, του προσωπικού και των κεντρικών λειτουργιών ή των κρίσιμων διεργασιών των υπηρεσιών υγείας.

4.5 Εφαρμογή του ISO 9001 σε συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας

Ο σκοπός της ανάπτυξης ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας στα συστήματα υγείας, θα πρέπει να είναι ξεκάθαρος σε οποιονδήποτε σκοπεύει να ασχοληθεί σχετικά:¹ Θα πρέπει να περιλαμβάνει την βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας στους πελάτες, την ανάπτυξη μιας ισχυρής διοίκησης, την συμμόρφωση στις απαιτήσεις, την βελτίωση της ανταγωνιστικότητας και των συνθηκών εργασίας του προσωπικού, την εναρμόνιση των συστημάτων διοίκησης και την βελτίωση των οικονομικών με την περικοπή των εξόδων εξαιτίας της χαμηλής ποιότητας.

Κατά την ανάπτυξη ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας, ο κάθε οργανισμός θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις δικές του δραστηριότητες, διαδικασίες και εμπειρία ως το σημείο εκκίνησης και όχι μόνο τα πρότυπα ISO. Με αυτόν τον τρόπο, το σύστημα διαχείρισης ποιότητας θα στηρίζεται σε καθημερινές πρακτικές, γνώριμες στο προσωπικό, γεγονός που θα τους κινητοποιεί να συμμετέχουν ενεργά στην ανάπτυξη του συστήματος αυτού.

Η εγκαθίδρυση ενός συστήματος διασφάλισης ποιότητας που ικανοποιεί τις απαιτήσεις του ISO 9001:2008, περνάει, όπως αναφέρθηκε μέσα από τέσσερεις βασικούς άξονες (κύκλος Deming): Το προπαρασκευαστικό στάδιο του σχεδιασμού

(PLAN), το στάδιο της εφαρμογής (DO), το στάδιο της μέτρησης και της ανάλυσης, καθώς και το κομμάτι που αφορά την συνεχή βελτίωση (ACT).

Είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό ότι το σύστημα διαχείρισης της ποιότητας ενός οργανισμού, δεν είναι ένα ανεξάρτητο σύστημα, αλλά είναι ενσωματωμένο στο σύστημα διοίκησης που ήδη έχει. Μάλιστα το πρώτο προσφέρει στους ηγέτες και την διοίκηση πολλά εργαλεία για τον έλεγχο και την ανάπτυξη του οργανισμού. Ένα καλά σχεδιασμένο και εφαρμοσμένο σύστημα βελτιώνει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και βελτιστοποιεί τις εσωτερικές λειτουργίες του οργανισμού. Επίσης βελτιώνει την συνεργασία με οργανισμούς (όπως είναι άλλοι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας και εξωτερικοί πάροχοι υπηρεσιών) καθώς και με μονάδες σε πολυσχιδείς οργανισμούς.

Στην επόμενη ενότητα, παρατίθενται παραδείγματα εφαρμογής του συστήματος ISO 9001 σε τρία ελληνικά νοσοκομεία και παρουσιάζονται τα όποια οφέλη και προσπάθειες βελτίωσης για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

4.6 Εφαρμογή του ISO 9001:2008: Η περίπτωση τριών ελληνικών νοσοκομείων

Τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια, η ανάπτυξη, εφαρμογή και πιστοποίηση συστημάτων διαχείρισης ποιότητας (ΣΔΠ) στην Ελλάδα, έχει ολοκληρώσει ένα κύκλο ωρίμανσης.¹ Σε ευρύ φάσμα της οικονομικής και επιχειρηματικής δραστηριότητας, οι εταιρείες που θέλουν να διαφοροποιηθούν, πιστοποιούνται με διαπιστευμένα πιστοποιητικά, από αναγνωρισμένους φορείς, ελληνικούς ή ξένους, με το διεθνές πρότυπο ISO 9001:2008.

Οι πρώτοι τομείς που μπήκαν στην λογική των συστημάτων και της πιστοποίησης, ήταν η βιομηχανία, τα τεχνικά έργα, οι δραστηριότητες των προϊόντων που υπάρχουν στον κανονιστικό τομέα. Με μια σχετική καθυστέρηση, εντάχθηκαν σε αυτή τη λογική και οι δραστηριότητες που αφορούν στη διαχείριση των τροφίμων, με διάφορα πρότυπα, εθνικά, διεθνή και ιδιωτικά.

Στον τομέα της υγείας, οι πρώτες εφαρμογές ξεκίνησαν στις αρχές του 2000, κύρια σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και επεκτάθηκαν σταδιακά σε ιδιωτικές κλινικές,

τμήματα δημόσιων νοσοκομείων και ολοκληρωμένες δραστηριότητες παροχής υπηρεσιών υγείας.

Το βασικό πρότυπο που εφαρμόζεται είναι το ISO 9001, που συνήθως αφορά τις νοσηλευτικές και διοικητικές διεργασίες και δεν ακουμπά την ιατρική πράξη. Αυτό είναι ένα λεπτό θέμα, με την έννοια της αδυναμίας τυποποίησης της ιατρικής πράξης σε ότι αφορά την διαγνωστική εκτίμηση και τη θεραπευτική παρέμβαση και συνήθως αποφεύγεται από τους φορείς πιστοποίησης η πιστοποίηση της πράξης αυτής.

4.6.1 Η περίπτωση του ΠΓΝ Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

Το Νοσοκομείο «Σωτηρία» ιδρύθηκε από την Σ. Σλήμαν το 1902 ως το πρώτο «λαϊκό» σανατόριο της Ελλάδας και έκτοτε έχει συνδέσει το όνομά του με την αντιμετώπιση της πνευμονικής φυματίωσης στην χώρα μας.² Το 1936 μετατράπηκε σε «νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου», επεκτάθηκε κτιριακά με παράλληλη σημαντική αναβάθμιση των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Μετά το 1945 εγκαταστάθηκε και η πρώτη φυματιολογική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών. Από το 1950 το νοσοκομείο «Σωτηρία» βαθμιαία μεταβάλλεται σε διαγνωστικό και θεραπευτικό κέντρο του συνόλου των νοσημάτων του αναπνευστικού, ιδρύοντας παράλληλα το πρώτο κέντρο στην Ελλάδα αντιμετώπισης της αναπνευστικής ανεπάρκειας και την πρώτη θωρακοχειρουργική κλινική υπό τη διεύθυνση του Ν. Τσούτη

Μέσω του επιχειρησιακού προγράμματος «Υγεία – Πρόνοια 2000–2006», υλοποιήθηκε στο Νοσοκομείο «Η Σωτηρία» εκπαιδευτικό πρόγραμμα με τίτλο «Διαχείριση ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας» από τον Ιανουάριο ως τον Απρίλιο του 2006.³ Στο πρόγραμμα αυτό εκπαιδεύτηκαν πάνω από 20 στελέχη του νοσοκομείου στα συστήματα και εργαλεία διαχείρισης της ποιότητας, με έμφαση το διεθνές πρότυπο ISO 9001:2000. Μέσω του προγράμματος πραγματοποιήθηκε μια εκτενής καταγραφή και αποτύπωση της τρέχουσας κατάστασης οργάνωσης και λειτουργίας των μονάδων και εργαστηρίων του Νοσοκομείου έναντι των απαιτήσεων του προτύπου ISO 9001:2000, καθώς και των ευρωπαϊκών πρακτικών στον κλάδο της

υγείας. Η εργασία αυτή πραγματοποιήθηκε από τα ίδια τα στελέχη του νοσοκομείου με την καθοδήγηση των εκπαιδευτών του προγράμματος.

Στη συνέχεια παρατίθενται συνοπτικά τα αποτελέσματα αυτής της εργασίας όσον αφορά:

- α) στα κύρια κοινά σημεία οργανωτικής κατάστασης
- β) στα πλεονεκτήματα εφαρμογής του προτύπου από την σκοπιά των στελεχών υγείας
- γ) στις δυσκολίες της εφαρμογής του προτύπου και
- δ) στα κύρια συμπεράσματα

4.6.1.A Αποτύπωση της κατάστασης στο νοσοκομείο «Η Σωτηρία»

Στην συγκεκριμένη ενότητα παρατίθενται τα κύρια σημεία αποτύπωσης της κατάστασης στο νοσοκομείο έναντι των απαιτήσεων του προτύπου, λαμβάνοντας συνολικά την εικόνα του νοσοκομείου και όχι των μεμονωμένων μονάδων ή εργαστηρίων του που μελετήθηκαν³:

- Σε όλες τις μονάδες πλέον, υπάρχει τόσο το νομοθετικό πλαίσιο λειτουργίας τους όσο και τεκμηριωμένος οργανισμός που περιγράφει τις λειτουργίες τους.
- Η έννοια του «πελάτη» είναι κατανοητή. Υπάρχει δεδομένη κατηγοριοποίηση πελατών και εκφρασμένη διατύπωση των αναγκών τους (ως πελάτης θεωρείται ο άμεσος αλλά και έμμεσος αποδέκτης των υπηρεσιών υγείας)
- Υπάρχουν διαδικασίες αναφοράς προβλημάτων, καθώς και προτάσεων για βελτίωση, με δείκτη προτεραιότητας.
- Υπάρχει η δυνατότητα γενικής και εξειδικευμένης κατάρτισης στελεχών υγείας στο νοσοκομείο, χωρίς όμως αυτό να γίνεται συστηματικά και με προγραμματισμό.
- Υπάρχει συστηματικός σχεδιασμός της κατάρτισης, χωρίς όμως να υπάρχει σύνδεση της κατάρτισης με την «παραγωγική διαδικασία».
- Υπάρχουν τεκμηριωμένες οδηγίες εργασίας για την υλοποίηση του ιατρικού και νοσηλευτικού έργου, χωρίς όμως αυτό να επικαιροποιείται συστηματικά από τη διοίκηση του νοσοκομείου.

- Υπάρχει τεκμηριωμένος μηχανισμός επιλογής και έγκρισης προμηθευτών των υλικών.
- Το προσωπικό του νοσοκομείου είναι ευαισθητοποιημένο στη σημασία και διαχείριση της ποιότητας, όχι όμως συστηματικά.
- Υπάρχει περιβαλλοντική μέριμνα, όπως προβλέπεται από τη νομοθεσία.
- Δεν υπάρχει συστηματική και κοινή μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και των εργαζομένων.
- Τηρούνται φάκελοι ασθενών για καταγραφή και παρακολούθηση του ιστορικού τους.
- Υπάρχουν αρκετές τεκμηριωμένες διεργασίες για την παροχή των υπηρεσιών υγείας, όμως αυτές βασίζονται στη μεμονωμένη πρωτοβουλία των διευθυντών.
- Γίνεται συστηματικός έλεγχος του εξοπλισμού και περιοδική συντήρηση.

4.6.1.B Οφέλη εφαρμογής του συστήματος ISO 9001 στο «ΣΩΤΗΡΙΑ»

Από τη σκοπιά των στελεχών υγείας, τα οφέλη που προκύπτουν από την πιστοποίηση των εργαστηρίων και των μονάδων του Νοσοκομείου είναι συνήθως ορατά μετά από κάποιο χρόνο εφαρμογής του διεθνούς προτύπου και μόνο αν υπάρχει στήριξη από τη διοίκηση του νοσοκομείου ή τουλάχιστον των διευθυντών των μονάδων. Σε κάθε περίπτωση τα οφέλη που ήδη φαίνεται να προκύπτουν για το νοσοκομείο «Η Σωτηρία» είναι τα εξής:³

- Δέσμευση της διοίκησης και του προσωπικού του νοσοκομείου στην εφαρμογή πολιτικής και στρατηγικής με μετρήσιμους στόχους και κατανομή αρμοδιοτήτων στο προσωπικό.
- Συστηματική μέτρηση αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας και διοίκηση με στόχους.
- Σύνδεση της εκπαίδευσης με την παροχή υπηρεσιών υγείας και βελτίωση της ικανοποίησης του κοινωνικού συνόλου.
- Καταγραφή και τεκμηρίωση της τρέχουσας επιστημονικής πρακτικής, ώστε να λειτουργεί συστηματικά και να βελτιώνεται.

- Μείωση του κόστους και ελλείμματος του νοσοκομείου, μέσω μέτρησης των αστοχιών και της κακής παροχής υπηρεσιών υγείας.
- Ανάδειξη του προσωπικού, βελτίωση αποδοτικότητας.
- Προβολή σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.

Είναι γεγονός πάντως πως σε κάθε τέτοια προσπάθεια, συναντώνται και εμπόδια. Πολλές φορές όμως τα εμπόδια αυτά με την κατάλληλη διαχείριση, μπορούν να δράσουν σαν οδηγός και κατευθυντήριο μοχλός έτσι ώστε μελλοντικά να αποφευχθούν οι αστοχίες και οι όποιες δυσκολίες. Τα προβλήματα αυτά, συνοψίζονται στα ακόλουθα σημεία:

- Δεν υπάρχει σαφής δέσμευση και παρότρυνση της διοίκησης του νοσοκομείου προς αυτήν την κατεύθυνση.
- Έλλειψη αντίστοιχης κουλτούρας ποιότητας, κυρίως λόγω έλλειψης ενημέρωσης και εκπαίδευσης.
- Η στρατηγική λήψη αποφάσεων έχει πυροσβεστικό χαρακτήρα παρά προληπτικό που απαιτεί ένα σύστημα για την ποιότητα.
- Έλλειψη οικονομικών πόρων.

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την εφαρμογή του συστήματος και από τα όποια κενά και παραλήψεις συνοψίζονται στο ότι η συμμετοχή της διοίκησης του νοσοκομείου, στα προγράμματα κατάρτισης δείχνει τη βούληση για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου. Από την άλλη, η κατάρτιση των στελεχών του νοσοκομείου διευκολύνει την ανάπτυξη των συστημάτων για την ποιότητα των μονάδων και εργαστηρίων του και τις εσωτερικές επιθεωρήσεις, από μονάδα σε μονάδα του νοσοκομείου, αλλά και σε άλλα νοσοκομεία. Η εφαρμογή συστημάτων για την ποιότητα σε οργανισμούς υγείας, είναι πλέον μονόδρομος για την ενίσχυση της πολιτικής της δημόσιας υγείας.

4.6.2 Η περίπτωση του «Ομίλου Ιατρικού Αθηνών»

Ο Όμιλος Ιατρικού Αθηνών είναι από τους μεγαλύτερους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και στη ΝΑ Ευρώπη.⁴ Τα νοσοκομεία του Ομίλου διαθέτουν

περισσότερες από 1200 νοσηλευτικές κλίνες και 2700 εργαζόμενους καθώς και ένα δίκτυο 2800 συνεργατών ιατρών που νοσηλεύουν ετησίως χιλιάδες Έλληνες και ξένους ασθενείς. Θετικά στοιχεία που συμβαδίζουν με τις προδιαγραφές του ISO 9001, φάνηκε να είναι σε μια πρώτη προσέγγιση ο προσανατολισμός της διοίκησης στην κατεύθυνση της συνεχούς βελτίωσης, ο υπερσύγχρονος εξοπλισμός των νοσοκομείων και η υψηλού επιπέδου επιστημονική κατάρτιση του προσωπικού, τα οποία διασφαλίζουν σε ένα βαθμό την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των ασθενών και όλων των ενδιαφερόμενων μερών.

Ο όμιλος διαθέτει 8 νοσοκομεία συνολικά, εκ των οποίων 5 στο νομό Αττικής, το Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης, το Medsasna BMC στην Ρουμανία, ενώ διαθέτει πανελλαδικό δίκτυο 30 διαγνωστικών κέντρων.⁵ Με την δέσμευση της διοίκησης στην ποιότητα, ο Όμιλος ξεκίνησε τις διαδικασίες πιστοποίησης κατά ISO 9001 το έτος 2000, με στόχο όσο το δυνατόν από τα παραπάνω κέντρα να φέρουν την συγκεκριμένη πιστοποίηση. Παράδειγμα πιστοποίησης κατά ISO 9001 πλέον, αποτελούν τα κεντρικά εργαστήρια του Ιατρικού Αμαρουσίου, η μονάδα εντατικής θεραπείας του Ιατρικού Παλαιού Φαλήρου, το τμήμα προληπτικού ελέγχου υγείας και το τμήμα επαγγελματικού ελέγχου του Ιατρικού Αθηνών καθώς και το σύστημα ποιότητας όλων των νοσηλευτικών τμημάτων.

Μεταξύ των επιτευγμάτων του συγκεκριμένου ομίλου μέσα από την εφαρμογή και την πιστοποίηση συστημάτων διαχείρισης ποιότητας, σύμφωνα με τις απαιτήσεις του προτύπου ISO 9001 είναι τα εξής⁶:

- Τεκμηρίωση όλων των διεργασιών
- Διαχείριση προγραμμάτων ασφάλειας για τον εξοπλισμό και το υλικό
- Συνεχή βελτίωση όλων των διεργασιών
- Ελαχιστοποίηση και εξάλειψη όλων των κινδύνων και αστοχιών μέσω προληπτικών ενεργειών
- Συνεχιζόμενη εκπαίδευση προσωπικού
- Αυστηρή συμμόρφωση με την νομοθεσία
- Παρακολούθηση της απόδοσης μέσω μετρήσιμων και χρήσιμων δεικτών
- Συνεχή και τεκμηριωμένη βελτίωση της εξυπηρέτησης των ασθενών
- Δημιουργία κλίματος συνεργασίας και βελτίωση της εσωτερικής επικοινωνίας

- Ενθάρρυνση της ανάπτυξης πρωτοβουλιών από το προσωπικό για τη βελτίωση της ποιότητας

Όλα τα πιστοποιημένα τμήματα, συνεχίζουν να εργάζονται προς την κατεύθυνση της συνεχούς βελτίωσης, ενώ η εφαρμογή συστημάτων ποιότητας, σύμφωνα με τον Όμιλο, έχει αρχίσει να παρέχει εντυπωσιακά αποτελέσματα, όπως:

- Η αξιοπιστία υπηρεσιών υγείας
- Βελτιωμένη αποτελεσματικότητα
- Αναγνώριση/εντοπισμό αδυναμιών και ισχυρών σημείων
- Συγκράτηση του κόστους
- Ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στην αγορά
- Δημιουργία εταιρικής νοοτροπίας στην κατεύθυνση της συνεχούς βελτίωσης
- Βελτίωση των υπηρεσιών προς εξωτερικούς και εσωτερικούς πελάτες
- Βελτίωση της εσωτερικής επικοινωνίας
- Βελτίωση της ικανοποίησης των πελατών-ασθενών
- Βελτίωση των κλινικών πρωτοκόλλων και των διαδικασιών
- Επίτευξη διεθνώς αναγνωρισμένων επιπέδων απόδοσης
- Μεγάλη βελτίωση των δεικτών ποιότητας υπηρεσιών υγείας και άλλων δεικτών τους οποίους παρακολουθεί ο όμιλος

4.6.3 Η περίπτωση του «Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου»

Το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο (ΩΚΚ) είναι νοσοκομείο εξειδικευμένο σε καρδιακά νοσήματα.⁷ Σχεδιάστηκε, κατασκευάστηκε και εξοπλίστηκε με χρήματα που διέθεσε προς το σκοπό αυτό το κοινωφελές ίδρυμα "Αλέξανδρος Α. Ωνάσης". Το 1992 παραχωρήθηκε από το ίδρυμα στο δημόσιο υπό μορφή δωρεάς και έκτοτε τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας, από το οποίο διορίζεται η διοίκηση, εγκρίνεται ο απολογισμός και ασκείται διαχειριστικός έλεγχος.

Το ΩΚΚ, ήδη από τις αρχές της λειτουργίας του, στελεχώθηκε από επιστημονικό προσωπικό, από προσωπικότητες του χώρου της ιατρικής, τόσο σε ελληνικό, όσο και σε διεθνές επίπεδο.⁸

Όλες οι υπηρεσίες του Ω.Κ.Κ, υποστηρίζονται από μια αποτελεσματική διοικητική δομή, η οποία διασφαλίζει την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης, τόσο με μια σειρά εκσυγχρονισμένων μεθόδων, συστημάτων (π.χ. η λειτουργία του λογιστικού διπλογραφικού συστήματος) και αντιστοίχων τμημάτων, όπως είναι το γραφείο διασφάλισης ποιότητας, το τμήμα οργάνωσης και πληροφορικών συστημάτων, το τμήμα βιοϊατρικής τεχνολογίας, το γραφείο εκπαίδευσης, όσο και με την επάρκεια του διοικητικού προσωπικού.

Το σύστημα για την ποιότητα έχει δομηθεί ενιαία σε επίπεδο νοσοκομείου και περιλαμβάνει όλες τις παραγωγικές διαδικασίες του καρδιολογικού και καρδιοχειρουργικού τομέα. Οι βασικές ιατρικές και νοσηλευτικές φροντίδες αναπτύσσονται κατά μήκος των δύο αυτών «γραμμών παραγωγής» (καρδιολογικής και καρδιοχειρουργικής), οι δε υπηρεσίες των εργαστηρίων και διοικητικής υπηρεσίας, έχουν χαρακτήρα υπηρεσιών υποστήριξης που παρέχονται προς τα τμήματα αυτά από «εσωτερικούς προμηθευτές» προκειμένου να ενσωματωθούν πλήρως στην παραγωγική διαδικασία των δύο τομέων.

Το σύστημα για την ποιότητα του ΩΚΚ έχει σχεδιαστεί και υλοποιηθεί έτσι ώστε να είναι συμβατό με το πρότυπο ISO 9001. Ήταν μάλιστα το πρώτο νοσοκομείο στη χώρα που πιστοποιήθηκε για το σύνολο των δραστηριοτήτων του και ένα από τα ελάχιστα αντίστοιχα ευρωπαϊκά. Μάλιστα, η πιστοποίηση δόθηκε όχι από έναν, όπως είναι το σύνηθες, αλλά από δύο φορείς.

Για την εξειδίκευση των απαιτήσεων του συστήματος στο χώρο της υγείας και ιδιαίτερα αυτό του νοσοκομείου, χρησιμοποιήθηκαν οι σχετικές κλαδικές οδηγίες που έχει εκδώσει ο ΕΛΟΤ. Στο πεδίο αναφοράς του συστήματος εντάσσονται επίσης οι ξενοδοχειακού τύπου υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένου του διαιτολογικού τμήματος και η εκπαίδευση όσον αφορά στις εσωτερικές διαδικασίες εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης.

Το σύστημα ποιότητας του ΩΚΚ, όπως αυτή διατυπώνεται από την διοίκηση και επιμερίζεται αρχικά στις διευθύνσεις και σε δεύτερο στάδιο στα τμήματα και κλινικές, απαρτίζεται από τρεις βασικούς πυλώνες και συγκεκριμένα:

1. ΔΟΜΗ. Που περιλαμβάνει όλους τους μηχανισμούς που αποτελούν μέρος των λειτουργικών διαδικασιών, εντεταγμένων στην ευθύνη της διοίκησης όπως αυτή επιμερίζεται στα διάφορα επίπεδα που απαιτούνται προκειμένου να διασφαλίζεται ότι παρέχονται φροντίδες ποιότητας σύμφωνα με τις συμβατικές ή υπονοούμενες δεσμεύσεις απέναντι στον ασθενή, το περιβάλλον του, τους παραπέμποντες φορείς, τους ασφαλιστικούς οργανισμούς κλπ.

2. ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ. Που περιλαμβάνουν τον σχεδιασμό, την υλοποίηση, τον έλεγχο και την παρακολούθηση όλων των παραγωγικών διαδικασιών που συνθέτουν την παροχή της νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής φροντίδας στο ΩΚΚ.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ. Που περιλαμβάνει το σύστημα μέτρησης, αξιολόγησης και διαρκούς βελτίωσης των υπηρεσιών.

Για την υλοποίηση των στόχων της ποιότητας, η διοίκηση προβαίνει στις ακόλουθες ενέργειες:

- Καλλιεργεί συστηματικά κουλτούρα για την ποιότητα με επίκεντρο τον ασθενή σε όλα τα επίπεδα της οργάνωσης, προωθεί την συνεργασία και την συνυπευθυνότητα για την επίλυση των προβλημάτων, μέσα και από μια σειρά επικοινωνιακών μηχανισμών- συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης και του δικτύου ποιότητας.
- Εξειδικεύει τους μακροπρόθεσμους και βραχυπρόθεσμους στόχους για την ποιότητα μέσα από θεσμικά όργανα και επιτροπές του κέντρου σε κάθε υπηρεσία του ΩΚΚ συνολικά και σε κάθε τομέα, καρδιολογικό, καρδιοχειρουργικό, αναισθησιολογικό και εργαστηριακό.
- Αξιολογεί την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του συστήματος για την ποιότητα, σε σχέση με τους προδιαγεγραμμένους στόχους για την ποιότητα, ανασκοπεί το σύστημα σε ετήσια βάση στα πλαίσια του στρατηγικού και επιχειρησιακού σχεδιασμού της και αναπροσαρμόζει την πολιτική, τις προτεραιότητες, την κατανομή πόρων.
- Προβαίνει σε συστηματική αξιολόγηση των αναγκών σε υποδομή, τεχνογνωσία, ανθρώπινους και τεχνολογικούς πόρους για τη διεξαγωγή των δραστηριοτήτων του φορέα και μεριμνά για την εξασφάλιση των απαραίτητων προϋποθέσεων

ώστε να διασφαλίζεται η δυνατότητα του ΩΚΚ να εξυπηρετεί το εύρος των δραστηριοτήτων του επαρκώς και σύμφωνα με τις προδιαγεγραμμένες απαιτήσεις για την ποιότητα.

Η διοίκηση επίσης φροντίζει το σύστημα για την ποιότητα να εξυπηρετεί και ικανοποιεί τις ανάγκες ασθενών του κέντρου όσον αφορά στην απαίτηση για υψηλής ποιότητας ιατρονοσηλευτικές φροντίδες αλλά και για τη διατήρηση ενός περιβάλλοντος με σεβασμό στον άνθρωπο, παρακολουθώντας συστηματικά τις ιδιαιτερότητές του. Αυτές που δεν πρόκειται να εκφραστούν απευθείας από αυτούς και αφορούν στην απαίτηση για υψηλής ποιότητας ιατρικό και νοσηλευτικό έργο, τις εξειδικεύει μέσα από τη θέσπιση προτύπων, την καθιέρωση πρωτοκόλλων νοσοκομειακής φροντίδας και την αξιολόγηση του ιατρικού και νοσηλευτικού έργου.

Στο κομμάτι του σχεδιασμού, το ΩΚΚ έχει θέσει στόχους για την επίτευξη της ποιότητας. Οι στόχοι αυτοί είναι μετρήσιμοι, ρεαλιστικοί και υλοποιήσιμοι εντός του εκάστοτε χρονοδιαγράμματος, συνδέονται δε με σαφή τρόπο, τόσο με την πολιτική ποιότητας του λειτουργικού επιπέδου, όσο και με τους δείκτες ποιότητας του νοσοκομείου συνολικά. Οι δείκτες ποιότητας περιλαμβάνουν δείκτες επιδόσεων, ενδιάμεσους και τελικούς δείκτες καθώς και δείκτες ικανοποίησης.

Το γραφείο διασφάλισης ποιότητας έχει την ευθύνη της εκπόνησης του σχεδιασμού του συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας, το οποίο περιλαμβάνει στόχους, την μέθοδο και τις επιτροπές αξιολόγησης ανά κατηγορία δεικτών. Ο σχεδιασμός ελέγχεται από την επιτροπή διασφάλισης ποιότητας του ΩΚΚ σε ετήσια βάση και εγκρίνεται από τη συντονιστική επιτροπή και το διοικητικό συμβούλιο του ΩΚΚ.

Για την υλοποίηση των στόχων για την ποιότητα, η διοίκηση του νοσοκομείου εισήγαγε το κατάλληλο σύστημα διαχείρισης ολικής ποιότητας.⁹ Έτσι λοιπόν, όπως αναφέρθηκε, πριν τέσσερα χρόνια ξεκίνησε το έργο ανάπτυξης και πιστοποίησης του ΣΔΠ κατά ISO 9001. Το σύστημα ποιότητας του Ωνασείου επιθεωρήθηκε τον Φεβρουάριο του 2004 από δύο οργανισμούς πιστοποίησης: τον Εθνικό Οργανισμό

Πιστοποίησης, τον ΕΛ.Ο.Τ και από την ελβετική «Suisse Association for Quality Systems».

Το έτος 2000, η διοίκηση είχε θέσει ως στόχο την πιστοποίηση, διαδικασία η οποία ανατέθηκε σε δεκαμελή επιτροπή με πρόεδρο το γενικό διευθυντή, η οποία ανέπτυξε το σύνολο του έργου, εκπαίδευσε το προσωπικό και συνέβαλε στο να διαμορφωθεί μια κουλτούρα ποιότητας σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου. Επιπλέον, δημιούργησε ένα σώμα εσωτερικής επιθεώρησης και προετοίμασε την εξωτερική επιθεώρηση από τον ΕΛ.Ο.Τ. και την ελβετική S.Q.S.

Ειδικότερα, αναπτύχθηκε ένα δίκτυο ποιότητας, που αποτελείται από συνδέσμους ποιότητας –έναν εργαζόμενο ανά τμήμα–, οι οποίοι λειτουργούν ως σύνδεσμοι μεταξύ της Ε.Δ.Ε.Π. και του τμήματος και αναλαμβάνουν το ρόλο της διάχυσης της πληροφόρησης και της φιλοσοφίας της ποιότητας σε κάθε τμήμα του Ωνασείου, αλλά και της ανατροφοδότησης της πληροφόρησης από ολόκληρο το προσωπικό προς την επιτροπή ποιότητας.

Εφαρμόστηκε η πλήρως ηλεκτρονική μορφή της τεκμηρίωσης του συστήματος, μέσω της ανάπτυξης ενός ενδοεπιχειρησιακού ιστότοπου και δικτύου, προσέγγιση που απέσπασε θετικά σχόλια κατά την εξωτερική επιθεώρηση.

Καθιερώθηκε ένα σύστημα καθημερινού ελέγχου ετοιμότητας των τμημάτων με δελτία ελαχίστων πόρων, καθώς και διαχείρισης αποκλίσεων και μη συμμορφώσεων. Επίσης, τυποποιήθηκε ο τρόπος παροχής νοσοκομειακής φροντίδας μέσω των «πρωτοκόλλων νοσοκομειακής φροντίδας», ο καθορισμός των ελαχίστων πόρων αλλά και αρμοδιοτήτων για την παροχή των υπηρεσιών αυτών, καθώς και ο συνεχής έλεγχος και η αξιολόγηση μέσω δεικτών επιδόσεων.

4.7 Εφαρμογή του μοντέλου διαχείρισης ολικής ποιότητας (ISO 9001:2000) σε νοσοκομεία παγκοσμίως- Η περίπτωση της Τεχεράνης

Το σύστημα διασφάλισης ποιότητας κατά ISO 9001, δεν αποτελεί ελληνικό φαινόμενο, αλλά μια παγκόσμια πραγματικότητα, που βρίσκει εφαρμογή σε δεκάδες χιλιάδες πλέον νοσοκομειακά ιδρύματα ανά τον κόσμο.

Το μοντέλο διαχείρισης ολικής ποιότητας (ISO 9001:2000), εφαρμόστηκε για την βελτίωση της ποιότητας των διαδικασιών σε προβληματικές περιοχές σε τέσσερα νοσοκομεία στην Τεχεράνη¹⁰ (Alborz, Shohada Panzdah Khordad Varamin, Shahriar, Milad). Τα προβλήματα που μελετήθηκαν, σχετίζονταν με τις ακόλουθες περιοχές:

- Ικανοποίηση πελατών
- Χρηματοοικονομικά και μάρκετινγκ
- Ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού
- Σχέση με προμηθευτές
- Συγκεκριμένες οργανισμικές δραστηριότητες

Συνολικά, πέντε σύμβουλοι ενεπλάκησαν σε ένα χρονοδιάγραμμα 6 μηνών εκπαίδευσης του προσωπικού, 14 μηνών εφαρμογής των προτύπων και 4 μηνών εξωτερικής και εσωτερικής επιθεώρησης. Η συλλογή των στοιχείων έγινε μέσα από εστιασμένα γκρουπ συζητήσεων και συνεντεύξεις με τους αρμόδιους υλοποίησης.

Η εφαρμογή του ISO 9001:2000, φάνηκε να είναι περισσότερο επιτυχημένη στην βελτίωση της ικανοποίησης του πελάτη και στις διαδικασίες ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού παρά στην περίπτωση του μάρκετινγκ, των χρηματοοικονομικών και των προμηθευτών. Η μεγαλύτερη βελτίωση παρατηρήθηκε στην ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων (Διαγράμματα 1&2).

Όπως προκύπτει από την συγκεκριμένη ανάλυση, τα μοντέλα διαχείρισης ολικής ποιότητας, όπως το ISO 9001, έχουν την δυνατότητα να βελτιώνουν την ποιότητα φροντίδας, την ανάπτυξη προσωπικού και την ικανοποίηση πελατών σε οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας. Όπως έχει διαφανεί και από άλλες έρευνες, περισσότερη βελτίωση είναι δυνατόν να επιτευχθεί μέσα από τον περιορισμό των άκαμπτων οικονομικών ρυθμίσεων στα διάφορα νοσοκομεία.



Διάγραμμα 1. Βελτίωση επί του συνόλου των διαδικασιών κατά Μ.Ο σε καθένα από τα τέσσερα νοσοκομεία στην Τεχεράνη. Οι επιμέρους επιδόσεις ήταν: Alborz 63,2%, SPKV 47,2%, Shahrivar 56,2% και Milad 53,8%. Στην τελευταία στήλη, παρουσιάζεται ο Μέσος Όρος όλων των νοσοκομείων. (0-10% απουσία συνεχής προόδου, 10-30% συνεχής πρόοδος σε ορισμένες μόνο διαδικασίες, 30-60% συνεχής βελτίωση και πρόοδος σε όλα τα τμήματα του οργανισμού, περισσότερο από 80% βελτίωση παγκόσμιας κλάσης σε όλους τους τομείς δραστηριοτήτων με μοναδικές διεργασίες και μόνιμη βελτίωση) (Πηγή: Amir Ashkan Nasiripour et al, 2007)



Διάγραμμα 2. Βελτίωση ποιότητας από την εφαρμογή του ISO 9001:2000. Αντιπροσωπεύεται το ποσοστό της βελτίωσης σε έξι διαφορετικές περιοχές στο σύνολο των νοσοκομείων: Με τη σειρά που αποτυπώνονται στο διάγραμμα (1-6); Ικανοποίηση πελατών(60.4%), μάρκετινγκ και χρηματοοικονομικά (45.8%), ανθρώπινοι πόροι (61.2%), σχέση με προμηθευτές (50.3%), συγκεκριμένες οργανισμικές δραστηριότητες (57.9%). Στην 6^η στήλη αποτυπώνεται ο Μέσος Όρος για όλες της περιοχές έρευνας (55.1%) (Πηγή: Amir Ashkan Nasiripour et al, 2007)

4.8 Η εφαρμογή και τα οφέλη της διασφάλισης ποιότητας κατά ISO 9001 εν κατακλείδι

Το κοινό χαρακτηριστικό πλεονέκτημα όλων των σχετικών δραστηριοτήτων που έχουν οδηγήσει σε πιστοποίηση, είναι η τεκμηρίωση της κάθε δραστηριότητας που συντελείται με δομημένο τρόπο.¹ Αυτό διευκολύνει τα μέγιστα το τμήμα, σε κάθε περίπτωση που χρειάζεται να ανατρέξει κανείς σε αρχεία, είτε αυτά αφορούν διοικητικές διεργασίες, είτε φακέλους ασθενών σε ότι αφορά ιστορικό, διάγνωση, θεραπευτική παρέμβαση, αποτελέσματα εξετάσεων κλπ.

Σε πολλές περιπτώσεις, η διαδικασία της ανάπτυξης, εφαρμογής και πιστοποίησης ΣΔΠ, βοηθά τα τμήματα στο να αποκτήσουν απαραίτητο εξοπλισμό, χώρους, ανθρώπους, βαθμονομημένο μετρητικό εξοπλισμό και γενικότερα σε υποδομές. Ταυτόχρονα βελτιώνεται σε πολύ σημαντικό βαθμό η συνεργασία μεταξύ των τμημάτων, ιδιαίτερα με τα γραφεία προμηθειών, κίνησης ασθενών, με την τεχνική υπηρεσία και τις διοικητικές υπηρεσίες.

Η ενεργός συμμετοχή των εμπλεκόμενων, η οργάνωση της εκπαίδευσης, η τεκμηρίωση και συστηματοποίηση των εκτελούμενων δραστηριοτήτων, η ορθολογικοποίηση της χρήσης των διαθέσιμων πόρων, είναι σημαντικά στοιχεία βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, αλλά ταυτόχρονα και της μείωσης του κόστους ανά μονάδα υπηρεσίας, η αλλιώς αύξηση της αποδοτικότητας του επενδυμένου κεφαλαίου.

Η εμπειρία έχει δείξει ότι τουλάχιστον στον ελλαδικό χώρο, έχει αυξηθεί η ικανοποίηση των «πελατών», υπάρχει σαφής βελτίωση στους σχετικούς δείκτες, καθώς και στις υποδομές και στην αποδοτική διαχείρισή τους. Έχει γίνει περισσότερο γνωστό –και κατανοητό- το θεσμικό πλαίσιο για αρκετά ζητήματα και δρομολογούνται δράσεις για πληρέστερη εναρμόνιση. Δημιουργείται μια κατηγορία «υποψιασμένων» χρηστών των υπηρεσιών υγείας, που διεκδικούν τα δικαιώματά τους και απαιτούν βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας υπηρεσιών.

Η ιδιαιτερότητα της δραστηριότητας, αυξάνει σε ένα δομημένο ΣΔΠ το βαθμό ευαισθησίας των εργαζομένων (γιατρών, νοσηλευτών και διοικητικών), με

αποτέλεσμα τη μείωση των αστοχιών και ταυτόχρονα τη συγκεκριμενοποίηση της ευθύνης σε περίπτωση αστοχίας.

Η γενική εντύπωση είναι ότι η ανάπτυξη, εφαρμογή και πιστοποίηση ΣΔΠ στον τομέα της υγείας βρίσκεται σε θετική φάση ανάπτυξης και έχει τεράστια περιθώρια ανάπτυξης σε όφελος τόσο των οργανισμών όσο και των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑΣ

Βιβλιογραφία 4^ο κεφαλαίου

Η βιβλιογραφία έχει 2 μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελείται από βιβλιογραφία σχετική με το EN ISO 9001:2000, καθώς και βιβλιογραφικά στοιχεία που προέρχονται από το γραφείο European CEN BT, και τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί υποστηρικτικά για την ανάπτυξη της οδηγίας στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Το δεύτερο μέρος περιέχει την βιβλιογραφία, με αναφορές στο κείμενο, για τις περιπτώσεις εφαρμογής του ISO 9001 στα 3 ελληνικά νοσοκομεία καθώς και για την περίπτωση της Τεχεράνης.

1^ο μέρος

1. **ISO 9000-3:1997**, Quality management and quality assurance standards- part 3: Guidelines for the application of ISO 9001:1994 to the development, supply, installation and maintenance of computer software.
2. **ISO 9004:2000**, Quality management systems- guidelines for performance improvements.
3. **ISO 10005:1995**, Quality management systems- guidelines for quality plans
4. **ISO 10006:1997**, Quality management systems- guidelines to quality in project management
5. **ISO 10007:1995**, Quality management systems- guidelines for configuration management
6. **ISO 10011-1:1990**, Guidelines for auditing quality systems- part 1: auditing
7. **ISO 10011-2:1991**, Guidelines for auditing quality systems- part 2: qualification criteria for quality systems auditors
8. **ISO 10011-3:1991**, Guidelines for auditing quality systems- part 3: management of audit programmes

9. **ISO 10012-1:1992**, Quality assurance requirements for measuring equipment- part 1: metrological confirmation system for measuring equipment
10. **ISO 10012-2:1997**, Quality assurance for the measuring equipment- part 2: guidelines for control of measurement processes
11. **ISO 10013:1995**, Guidelines for developing quality manuals
12. **ISO/TR 10014:1998**, Guidelines for managing the economics of quality
13. **ISO 10015:1999**, Quality management, guidelines for training
14. **ISO/TR 10017:1999**, Guidance on statistical techniques for ISO 9001:1994
15. **ISO 14001:1996**, Environmental management systems- specification with guidance for use
16. **EC 60300-1**: Dependability management- part 1: Dependability programme management
17. Quality management principles brochure
18. **ISO 9000 + ISO 14000 News** (a bimonthly publication which provides comprehensive coverage of international developments relating to ISO's management system standards, including news of their implementation by diverse organizations around the world)
19. **AENOR/UNE 66174** Guide for the assessment of quality management system according to UNE-EN ISO 9004:2000 standard. Tools and plans for improvement. AENOR, Association Espanola de Normalisation y certification. Madrid, Spain, 2004
20. **AS/NZS 3905 14 :1998**. Quality system guidelines, part 14 : Guide to AS/NZS ISO 9001, 9002 and 9003 for health services. Standards Australia, standards New Zealand, 1998

21. **Certification of Quality Systems, recommendations for harmonization in the area of certifications in the care sector.** National Board of public health care, zoetermeer, the Netherlands 1993
22. **Communication from the Commission to the Council,** the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the health care strategy of the European community. Proposal for a decision of the European parliament and of the Council adopting a programme of Community action in the field of public health (2001-2006). Commission of the European Communities. Brussels 16.5.2000 COM (2000) 285 Final, 2000/0119 (COD)
23. **Die gute Hospital – Praxis,** Das erste QM-System in Deutschland für das ganze Krankenhaus. Für die Zertifizierung und Selbst-Bewertung nach DIN N ISO 9001:2000, EFQM, KTQ und Joint Commission international. IQ Institute für Qualität – Systeme in Medizin und Wissenschaft, Hamburg, Germany 2003
24. **DS 2450:2003(E)** – Infection control in the health care service sector- requirements to the management system. Danish standards Association, Denmark 2003
25. **DS/NF 139/2003 (E)** –Comparative analysis of system standards of the health care sector- EN ISO 9001: 2000 versus Joint Commission International Accreditation standards for hospitals JCIA-SH:2000- Requirements for organizations aiming for compliance with the unique JCIA health care requirement standards supplementary to EN ISO 9001:2000. Danish standards Association, Denmark, February 2003
26. **Dutch Version of quality management systems** – basic tenets and explanatory terminology (ISO 900:2000) Dutch standardization institute, the Netherlands, December 2000
27. **EGQM Excellent model,** European Foundation for Quality management. Brussels, Belgium 2003

28. **EN ISO 15189:2003**, Medical laboratories- particular requirements for quality and competence (ISO 15189:2003)
29. **Guideline for the implementation of ISO 9001** Quality Systems in Hospitals. ELOT Greece, 2000
30. **Guidelines for the use in the health care sector.** ISO 9001:2000 Quality management systems- requirements. Norwegian Accreditation, Norway 2002
31. **HKZ Harmonization Model.** Harmonization of quality review in health care welfare. Foundation HKZ, the Netherlands 2002
32. **HQS Accreditation program international hospitals:** version 01. HQS, Health quality service. London , UK, August 2003
33. **Implementation guide to ISO 9001:2000** Quality management systems- requirements. Guidelines for the use in the health care sector. Norwegian Accreditation, Norway 2003
34. **ISO 13485:2003**, Medical devices- quality management systems- requirements. Requirements for regulatory purpose (ISO 13458:2003)
35. **ISO 9000 for health services.** Application of ISO 9002 in a hospital environment. National standards authority of Ireland, NSAI/Health services joint working group. Ireland
36. **ISO /DIS 14001.** Environmental management systems- requirements with guidance for use. Draft international Standard. International organization for standardization, 2003
37. **Joint Commission International Standards for Hospital Accreditation.** Standards only 2nd edition. Joint Commission on Accreditation of healthcare organizations, JCAHO. Oakbrook, IL 60523, USA 2002
38. **List of concepts.** HKZ Foundation, Utrecht , the Netherlands 2002

39. **National health system Cohesion and quality act.** Preliminary section, general provisions. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, Spain 2003
40. **Practical guide on how to establish a QMS in a health care unit with recommended quality method and tools.** Outline of a Spanish national document currently in preparation. Ministry of Health , Madrid , Spain 2003
41. **Quality improvement systems for health care and medical services.** Directions and official recommendations. The Code of Statutes of the National Board of Health and welfare, SOSFS 1996:24 (M). The National Board of Helth and Welfare. 106 30 Stockholm, Sweden 1997
42. **Quality management in social welfare and health care for the 21rst century.** National recommandation. Ministry of Social Affairs and Health , National Research and Development Centre for welfare and health (STAKES) , Association of Finish Local and Regional authorities, Finland 1999
43. **Quality management system in the healthcare sector.** Guideline. Swiss Association for quality and management systems, SQS Switzerland
44. **Quality management systems, guidelines for process improvements for health care service provider organizations.** IWA – 1 Version 2, international workshop agreement, ISO AIAG 2004
45. **Recommendation for the application of ISO 9001:2000 Standard in health care service provider organizations,** version 1.0. Ministry of health care, social and family affairs, Hungary 2003
46. **Setting up a quality management system: how to go about it?** Foundation HKZ, the Netherlands, 2003
47. **The development and implementation of quality improvement system (QIS) in health care.** Recommendation No R(97) 17, adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 30 September 1997
48. **Visitate,** CBO, Quality institute for health care, the Netherlands 1994

49. **VWS Quality care organizations act**, statute book 1996, no 80. The Netherlands, 1996.

2^ο μέρος

1. **ΜΕΛΑΧΡΟΙΝΟΣ Γ**, *Η ποιότητα στην υγεία. Εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας σε φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*, TUV HELLAS, Αθήνα, 11/2007
2. <http://www.b2b12.com/company.asp?m=1&cid=1183>
3. **ΜΑΥΡΟΕΙΔΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ** “Διεθνές πρότυπο ISO 9001:2000. Τι σημαίνει για το σύγχρονο νοσοκομείο η περίπτωση του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία»”, **Οικονομία της Υγείας**, Vol 12, 2007, pp 58-59
4. http://www.iatriko.gr/index.aspx?a_id=43
5. **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ HELLASTAT**, *Τομέας Παροχής Υπηρεσιών Υγείας: “Τα πλούσια περιθώρια κέρδους και οι επιστημονικές εξελίξεις υπόσχονται συγκινήσεις στο μέλλον”*, Αθήνα, 2008
6. **LRQA** “Case study- Όμιλος Ιατρικού Αθηνών”, Lloyd’s Register Quality Assurance Case-studies retrieved in <http://www.greece.lrqa.com/case-studies/>, 2009
7. <http://www.onasseio.gr/>
8. **ΠΟΛΥΖΟΣ Ν** “Η στρατηγική του ΩΚΚ για την επίτευξη συνθηκών συνεχούς βελτίωσης” **Τικ-Τακ Περιοδική έκδοση του ΩΚΚ**, Is 12-13,
9. http://www.onassis.gr/enim_deltio/25_04/p24.html
10. **MEHRABI F, NASIRIPOUR A, DELGOSHA EI B** “Customer focus level following implementation of quality improvement model in Tehran social security

hospitals” **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol 21, Is
6, 2008, pp 562-568

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Ο ΔΙΕΘΝΗΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗΣ «JOINT COMMISSION»

5.1 Ο οργανισμός Joint Commission

Ο οργανισμός «Joint Commission», παλιότερα γνωστός ως JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός που έχει την βάση του στις Ηνωμένες Πολιτείες. Είναι ο πλέον γνωστός από μια σειρά οργανισμούς που εμπλέκονται ενεργά στην διαπίστευση στην παροχή φροντίδας υγείας στις Η.Π.Α.

Αποστολή της συγκεκριμένης εταιρείας είναι «να βελτιώνει συνεχώς την ασφάλεια και την φροντίδα που παρέχεται στο κοινό μέσα από την διαπίστευση του τομέα παροχής υγείας και των σχετιζόμενων υπηρεσιών που υποστηρίζουν την βελτίωση των επιδόσεων σε οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας»¹

Πολλές φορές υπάρχει η λανθασμένη εντύπωση ότι ο Joint Commission είναι μία αμερικάνικη ή εναλλακτικά μια παγκόσμια αρχή δημόσιου χαρακτήρα. Η αντίληψη αυτή προκύπτει συχνά από την φαινόμενη δύναμη της εταιρείας: Σύμφωνα με την αμερικάνικη νομοθεσία, νοσοκομεία που είναι διαπιστευμένα από τον Joint Commission, θεωρούνται ότι ικανοποιούν τις προϋποθέσεις για ένταξη στον τομέα της υγείας²

Για τον λόγο αυτό, ο Joint Commission θα πρέπει να θεωρείται ουσιαστικά ένας μονοπωλιακός οργανισμός, ο οποίος απολαμβάνει μια ιδιότυπη προστασία στις Ηνωμένες Πολιτείες συλλέγοντας παράλληλα περισσότερα από \$113 εκατομμύρια σε ετήσια βάση, κυρίως από τις εισφορές των νοσοκομείων για την αξιολόγηση της συμμόρφωσής τους με την ομοσπονδιακή νομοθεσία.

Ο «προκάτοχος» του Joint Commission, υπήρξε το αποτέλεσμα των προσπαθειών του Έρνεστ Κόντμαν στην προσπάθειά του να προάγει την αναδιάρθρωση των νοσοκομείων όπως αυτή προέκυπτε από την διαχείριση των ασθενών.³ Οι προσπάθειες του Κόντμαν, οδήγησαν στην ίδρυση του ACS (Αμερικάνικου Κολλεγίου Χειρουργών) και του συστήματος προτυποποίησης των νοσοκομείων. Το 1951, μία νέα οντότητα, ο JCAHO, δημιουργήθηκε με την συγχώνευση του

προγράμματος προτυποποίησης με κάποια παρόμοια προγράμματα που αναπτύχθηκαν από το ACS, την Αμερικάνικη Ένωση Νοσοκομείων (AHA), την Αμερικάνικη Ιατρική Ένωση (AMA) και την Καναδική Ιατρική Ένωση (CMA). Από το 1981 και μέχρι σήμερα, η παραπάνω συγχώνευση φέρει την επωνυμία «Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations» ή απλά «Joint Commission».

Πολύ πιο πρόσφατα, ιδρύθηκε ένα διεθνές παρακλάδι του οργανισμού με την επωνυμία Joint Commission International (JCI).⁴ Το συγκεκριμένο γκρουπ επιθεωρεί νοσοκομεία εκτός των Η.Π.Α, χρησιμοποιώντας ένα διαφορετικό σετ προτύπων σε σχέση με αυτά που χρησιμοποιούνται για την επιθεώρηση νοσοκομείων εντός Η.Π.Α. Η δραστηριότητα αυτή επιφέρει κέρδη για την μητρική εταιρεία στην Αμερική. Αναλυτικότερες πληροφορίες για τον διεθνή χαρακτήρα του προτύπου, παρουσιάζονται στην επόμενη ενότητα.

Τα αποτελέσματα της επιθεώρησης των νοσοκομείων, δεν γνωστοποιούνται στο ευρύ κοινό.⁵ Παρ' όλα αυτά, δημοσιοποιείται η πληροφορία που αφορά την τελική κρίση για την διαπίστευση, την ημέρα που αποδόθηκε αυτή η διάκριση και οποιοδήποτε πρότυπο περιελήφθη με στόχο την βελτίωση.

Οι οργανισμοί εκείνοι που συμμορφώνονται με το σύνολο ή την πλειοψηφία των αρχών του προτύπου, λαμβάνουν την διαπίστευση.⁶ Στις Η.Π.Α, νοσοκομεία καθώς και άλλοι οργανισμοί που εμπλέκονται στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, ενθαρρύνονται ισχυρά να πετυχαίνουν υψηλές επιδόσεις στις επιθεωρήσεις του Joint Commission, καθώς οι διαπιστευμένοι οργανισμοί πληρούν τις απαιτήσεις εκείνες για να επιτύχουν αποζημιώσεις από τους αντίστοιχους οργανισμούς διαχείρισης φροντίδας (CMS/HCFA).

Στο παρελθόν υπήρξε πολύ κριτική για τον τρόπο που δραστηριοποιείται ο Joint Commission.⁷ Η πρακτική του γενικώς ήταν να ενημερώνει εκ των προτέρων τα νοσοκομεία για τον χρόνο των επιθεωρήσεων. Άρθρο σε μία από τις μεγαλύτερες εφημερίδες (Washington Post), ισχυρίζεται ότι το 99% των νοσοκομείων που επιθεωρούνται, λαμβάνουν την διαπίστευση και σημαντικά προβλήματα που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας συχνά παραβλέπονται ή δεν γίνονται καν αντιληπτά.⁸

Παρόμοιες ανησυχίες αναπτύχθηκαν και από άλλη σημαντική εφημερίδα (Boston Globe), η οποία δήλωνε ότι «το διοικητικό συμβούλιο της εταιρείας αποτελείται εδώ και καιρό από εκπροσώπους των εταιρειών που επιθεωρεί και για τον λόγο αυτό έχει γίνει στόχος κριτικής για την εγκυρότητα των αξιολογήσεών της»

Ο Joint Commission με τον καιρό ανταποκρίθηκε σε αυτές τις κριτικές και έτσι, εντός των Η.Π.Α από την 1^η Ιανουαρίου όλες οι επιθεωρήσεις των νοσοκομείων έπαψαν να ανακοινώνονται, καθώς οι προγραμματισμένες αξιολογήσεις επέτρεπε στα διάφορους οργανισμούς να προετοιμαστούν, οπότε δεν διασφαλιζόταν το γεγονός ότι επαρκή πρότυπα θα αναπτύσσονταν ανάμεσα στις επιθεωρήσεις. Παρ όλα αυτά, σε παγκόσμια κλίμακα, οι επιθεωρήσεις από το JCI ακόμα πραγματοποιούνται σε περιόδους που έχουν προγραμματιστεί και μάλιστα από τα νοσοκομεία που υφίστανται την διαδικασία τα οποία προφανώς και έχουν προετοιμαστεί κατάλληλα.

Όσον αφορά τους επιθεωρητές, ο Joint Commission και ο JCI, χρησιμοποιούν έμμισθα άτομα που γενικά απασχολούνται εντός του συστήματος υπηρεσιών υγείας, αλλά που αναλώνουν τον χρόνο τους κυρίως στον συγκεκριμένο οργανισμό διαπίστευσης. Προωθούνται συνήθως σε οργανισμούς υγείας για να αξιολογήσουν τις λειτουργικές πρακτικές τους καθώς και τα μέσα που διαθέτουν (υποδομές, εισροές και διαδικασίες).

Ο Joint Commission δεν αποτελεί ατράνταχτο μονοπώλιο.⁹ Παρότι πολλές πολιτείες των Η.Π.Α χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του, εντούτοις δεν το κάνουν όλες: Ορισμένες πολιτείες έχουν αναπτύξει τις δικές τους εναλλακτικές διαδικασίες αξιολόγησης, ενώ ο Joint Commission δεν αναγνωρίζεται για πιστοποίηση νοσοκομείων που βρίσκονται στην Οκλαχόμα, Πενσυλβανία, Ουισκόνσιν, ενώ στην Καλιφόρνια, ο Joint Commission είναι κομμάτι μιας σύμπραξης με τις αρχές όσον αφορά τις διαδικασίες επιθεώρησης.

Από τον Σεπτέμβρη του 2008, μια ευρωπαϊκή υπηρεσία, (DNV Healthcare), έκανε αισθητή την παρουσία της στον χώρο ως μια ανεξάρτητη, αυτοχρηματοδοτούμενη αρχή με παρουσία σε περισσότερες από 100 χώρες και με 9000 εργαζομένους. Η χρονιά αυτή υπήρξε κλειδί για την εταιρεία, αφού οι δραστηριότητές της εγκρίθηκαν από την CMS (Αμερικανικό Κέντρο για την παροχή Ιατρικής Φροντίδας και

Βοήθειας), ώστε κάθε νοσοκομείο που φέρει την διαπίστευση της DNV θεωρείται ότι εναρμονίζεται με το CoP (Προϋποθέσεις συμμετοχής στο πρόγραμμα φροντίδας).¹⁰

5.1.1 Αποστολή του Joint Commission

Η αποστολή του Joint Commission⁵ είναι *“να βελτιώνει την ασφάλεια και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας μέσα από την πρόληψη της διαπίστευσης του τομέα υγείας και των συναφών υπηρεσιών που υποστηρίζουν συνεχώς βελτιούμενες επιδόσεις στους αντίστοιχους οργανισμούς”*

Η εταιρεία βελτιώνει συνεχώς τα πρότυπα διαπίστευσης και επεκτείνει τους στόχους της ασφάλειας των ασθενών σε ετήσια βάση. Συγχρόνως, βελτιώνει συνεχώς τα πρότυπα διαπίστευσης και επεκτείνει τους στόχους της ασφάλειας των ασθενών σε ετήσια βάση. Παράλληλα δημοσιεύει τις όποιες αλλαγές στην ηλεκτρονική της ιστοσελίδα για κάθε ενδιαφερόμενο. Έτσι, η πληροφορία αυτή αλλά και οι διεργασίες που την συνοδεύουν είναι διαφανείς σε όλους τους εμπλεκόμενους, από τους θεσμούς μέχρι τους ιατρούς και τον ασθενή.

Σκοπός του Joint Commission είναι να επάγει συγκεκριμένες βελτιώσεις στην ασφάλεια των ασθενών. Οι στόχοι αναδεικνύουν προβληματικές περιοχές στον χώρο της υγείας και περιγράφουν στοιχεία καθώς και πιθανές λύσεις στα αντίστοιχα προβλήματα. Οι στόχοι εστιάζουν σε διευρυμένες λύσεις, όπου αυτές μπορούν να εφαρμοστούν, έχοντας αναγνωρίσει ότι ένας υγιής σχεδιασμός για την υγεία είναι υποχρεωτικός για την ανάπτυξη ενός ασφαλούς και υψηλής ποιότητας συστήματος υγείας.

5.1.2 Κόστος διαπίστευσης από τον Joint Commission

Ο JCI ανακοινώνει ένα μέσο ποσό που αντιπροσωπεύει το κόστος μιας επιθεώρησης.¹¹ Επιπλέον σε αυτό το κόστος έρχονται να προστεθούν τα έξοδα του επιθεωρητή που σχετίζονται με την διαμονή, την διατροφή και τα μεταφορικά. Τέλος είναι δυνατόν να υπάρχουν επιπλέον χρεώσεις που αφορούν το συμβουλευτικό

κομμάτι και που κατευθύνονται με τέτοιο τρόπο ώστε να διασφαλιστεί η επιτυχία ενός νοσοκομείου στην διαδικασία πιστοποίησης. Άλλα διεθνή σχήματα πιστοποίησης διαμορφώνουν διαφορετικά επίπεδα κόστους, συχνά χαμηλότερα από το JCI.

5.2 Διαπίστευση νοσοκομειακών μονάδων από τον Joint Commission

Ο Joint Commission, εμπλέκεται ενεργά στην διαπίστευση των νοσοκομείων εδώ και πενήντα χρόνια. Η διαπίστευση αυτή, αποτελεί κατά βάση μια επιβεβαίωση ότι το νοσοκομείο είναι υψηλών επιδόσεων όσον αφορά τα πρότυπα στον τομέα της υγείας. Η διαπίστευση αυτή, βοηθάει τα νοσοκομεία να:¹²

- Βελτιώσουν τις επιδόσεις τους
- Αυξηθεί το επίπεδο παροχής φροντίδας στους ασθενείς
- Αποκτήσουν σημαίνουσα βαρύτητα στον συνεχώς εξελισσόμενο κόσμο της παροχής φροντίδας υγείας

Για την διαπίστευση των νοσοκομείων/ υγειονομικών μονάδων, έχουν διαμορφωθεί ορισμένες απαιτήσεις/ προϋποθέσεις από τον Joint Commission: Ο οργανισμός που πρόκειται να διαπιστευτεί, θα πρέπει να βρίσκεται εντός των συνόρων των Η.Π.Α ή να είναι υπό καθεστώς ελέγχου της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης ή υπό τον Καταστατικό Χάρτη του Κογκρέσου¹³. Θα πρέπει παράλληλα ο οργανισμός «υπό εξέταση» να* :

- Αξιολογεί και να βελτιώνει συνεχώς την ποιότητα των υπηρεσιών του. Η διαδικασία αυτή, θα πρέπει να περιλαμβάνει και την αξιολόγηση από κατάλληλο ιατρικό προσωπικό όταν κρίνεται απαραίτητο.
- Αναγνωρίζει τις υπηρεσίες που παρέχει, διαχωρίζοντάς τις σε αυτές που παρέχει άμεσα, μέσω συμβολαίου ή μέσω οποιουδήποτε άλλου διακανονισμού.
- Παρέχει υπηρεσίες που καλύπτουν τα πρότυπα του Joint Commission.

*Από τον Joint Commission υπάρχει πρόβλεψη που αφορά και νοσοκομειακές μονάδες εκτός Η.Π.Α, στις οποίες υπολογίζεται χοντρικά ότι παρέχονται υπηρεσίες υγείας σε Αμερικανούς πολίτες σε ποσοστό 10%, είτε υπάρχει ειδική σύμβαση πρόσβασης για αυτούς, ή απλά υπάρχει μια προτίμηση σε αυτές στις διάφορες χώρες.

- Δίνει την δυνατότητα στους επιθεωρητές να επικοινωνούν άμεσα με την διοίκηση της μονάδας υγείας καθώς και το κλινικό προσωπικό και τουλάχιστον με τους μισούς ασθενείς του νοσοκομείου, ενώ αρχείο και ιατρικά ιστορικά που σχετίζονται με την επίδοση του νοσοκομείου, θα πρέπει να είναι προσβάσιμα.

Το 2002, ξεκίνησε από την μεριά των νοσοκομείων η συλλογή πληροφοριών που αφορά «πρότυπα μέτρα επιδόσεων» όπως αναφέρεται και παρακάτω.¹⁴ Ο Joint Commission, σε συνεργασία με τον CMS (ομοσπονδιακή υπηρεσία στις Η.Π.Α που ασχολείται με την εφαρμογή του προγράμματος φροντίδας υγείας, σε συνεργασία με το κράτος) ανέπτυξαν κοινά μέτρα γύρω από την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Τα μέτρα αυτά ονομάστηκαν NHQM (Εθνικά Μέτρα Ποιότητας στα Νοσοκομεία) και αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι στην βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς, δημιουργώντας ταυτόχρονα αξία στους εμπλεκόμενους με την εστίαση σε πραγματικά αποτελέσματα.

Η σύγκλιση αυτή των μέτρων, δημιουργεί όφελος στα νοσοκομεία, με το να κάνει ευκολότερη και λιγότερο δαπανηρή την συλλογή και την αναφορά στοιχείων, γιατί το σετ της πληροφορίας ικανοποιεί ταυτόχρονα το CMS, το HQA (Συμμαχία για την Ποιότητα στα Νοσοκομεία), την νομοθεσία και τις απαιτήσεις του Joint Commission.

Όλα τα Εθνικά Μέτρα Ποιότητας (NHQM), που είναι κοινά στον Joint Commission και στο CMS, φέρουν τη σύμφωνη γνώμη του NQF (Εθνικού Φόρουμ για την Ποιότητα) και χρησιμοποιούνται επίσης στην πρωτοβουλία «HQA: βελτίωση της πληροφορίας μέσα από την φροντίδα»

Ο HQA είναι κατ ουσία το αποτέλεσμα μιας συνεργασίας ιδιωτικού και δημόσιου τομέα που αναπτύχθηκε το 2002 με σκοπό την ανάπτυξη μιας διαδικασίας για τα νοσοκομεία για εθελοντική συλλογή και κοινοποίηση πληροφοριών που έχουν να κάνουν με τις επιδόσεις τους.¹⁶ Αναπτύχθηκε κυρίως με πρωτοβουλία της Ένωσης Αμερικάνικων Νοσοκομείων (AHA), της Ένωσης των Αμερικάνικων Κολλεγίων της Ιατρικής Επιστήμης (AAMC) καθώς και την Ομοσπονδία Νοσοκομείων Η.Π.Α, ενώ υποστηρίζεται από πλήθος οργανώσεων.

5.3 Απαιτήσεις του Joint Commission για την διαπίστευση νοσοκομειακών μονάδων υγείας

Τον Ιανουάριο του 2009, ο Joint Commission δημοσίευσε 165 νέες και ανανεωμένες απαιτήσεις για την διαπίστευση των νοσοκομειακών μονάδων υγείας. Οι απαιτήσεις αυτές στη συνέχεια, συγχωνεύθηκαν στις 87, ως αποτέλεσμα συζητήσεων που ολοκληρώθηκαν τελικά με τον CMS, μιας και θεωρήθηκαν κάποιες ισοδύναμες με ήδη υπάρχοντα στοιχεία σε αξιολόγηση επιδόσεων.

Οι απαιτήσεις αυτές, αφορούν μια σειρά από τομείς που αναπτύσσονται αναλυτικά στο πρότυπο του Joint Commission για τα νοσοκομεία και οι οποίοι περιλαμβάνουν κυρίως: ¹⁷

- Το περιβάλλον υγειονομικής φροντίδας
- Το ανθρώπινο δυναμικό
- Την πρόληψη και τον έλεγχο μολύνσεων
- Τη διαχείριση της πληροφορίας
- Την ηγεσία
- Την ασφάλεια της ζωής
- Την διαχείριση της χορήγησης φαρμάκων
- Το ιατρικό προσωπικό
- Την νοσηλεία
- Την παροχή φροντίδας, θεραπεία και συναφείς υπηρεσίες
- Την τεκμηρίωση της φροντίδας, της θεραπείας και των υπηρεσιών
- Τα δικαιώματα και τις ευθύνες του ατόμου

Παρακάτω, ακολουθούν κάποια επιμέρους στοιχεία που αφορούν τους παραπάνω τομείς μαζί με τα κύρια σημεία τους.

5.3.1 Το περιβάλλον υγειονομικής φροντίδας

Σύμφωνα με το πρότυπο, ο οργανισμός θα πρέπει να εγκαθιδρύει και να διατηρεί ένα ασφαλές και λειτουργικό περιβάλλον. Το περιβάλλον είναι δομημένο, διαμορφωμένο,

έτσι ώστε να προάγει την ασφάλεια των ασθενών, να παρέχει δυνατότητες διάγνωσης και θεραπείας καθώς και ξεχωριστές υπηρεσίες που αρμόζουν στις ανάγκες της κοινότητας. Παράλληλα, γίνονται αναφορές, που αφορούν την καθαριότητα, την υγιεινή των χώρων, ενώ τίγονται θέματα που αφορούν τη διαχείριση επικίνδυνων ουσιών και αποβλήτων. Ιδιαίτερο βάρος δίνεται επίσης στην ένταση και τη συχνότητα ελέγχου όσον αφορά την ακτινοβολία (ραδιο-ακτινοβολία) τόσο στο περιβάλλον έκθεσης όσο και στο προσωπικό, έτσι ώστε να εξαλειφτούν οι κίνδυνοι, τόσο για τους ασθενείς όσο και για το προσωπικό.

Στο ίδιο μήκος κύματος, θα πρέπει οι έλεγχοι (δοκιμές και βαθμονόμηση), που αφορούν τον πυρηνικό εξοπλισμό του νοσοκομείου, να είναι συχνοί τουλάχιστον σε ετήσια κλίμακα και να τεκμηριώνονται.

5.3.2 Το ανθρώπινο δυναμικό

Σύμφωνα με το πρότυπο του Joint Commission, ο οργανισμός παροχής φροντίδας υγείας, θα πρέπει να διαθέτει το κατάλληλο προσωπικό, για να υποστηρίξει την φροντίδα, την θεραπεία ή τις όποιες υπηρεσίες παρέχει.

Επίσης θα πρέπει να διαθέτει ένα ικανό αριθμό προσωπικού διαφόρων ειδικοτήτων που μαζί με όλα τα άλλα θα ασχολείται με την οργάνωση, την αρχειοθέτηση και την εύκολη πρόσβαση σε ιατρικά ιστορικά. Παράλληλα, γίνεται περιγραφή της δράσης των επιμέρους ρόλων των επιστημών υγείας εντός του χώρου του νοσοκομείου, που δεν έχουν να κάνουν με την ιατρική πράξη αυτή καθαυτή, αλλά κυρίως με την οργάνωση του λειτουργικού χώρου και την ομαλή διασύνδεσή του με τους υπόλοιπους.

Τέλος, όλες οι δραστηριότητες για να γίνουν εντός του χώρου του νοσοκομείου, από την πλέον απλή έως την πιο σύνθετη, απαιτούν την κατάλληλη εκπαίδευση, που έχει περιοδικό και αέναο χαρακτήρα. (πχ μεταγγίσεις αίματος και αιμοληψίες, απαιτούν συγκεκριμένη κατάρτιση, σε περίπτωση που τα άτομα δεν ανήκουν στον καθαρά ιατρικό ή νοσηλευτικό χώρο)

5.3.3 Πρόληψη και έλεγχος μολύνσεων

Το προσωπικό σύμφωνα με το πρότυπο, θα πρέπει να είναι σε ετοιμότητα και κατάλληλα καταρτισμένο, έτσι ώστε να προλαβαίνει και μέσω κατάλληλων μηχανισμών-δεικτών να ελέγχει τις περιπτώσεις εμφάνισης μολύνσεων. Γίνεται παράλληλα αναφορά όσον αφορά και την προσωπική ευθύνη του καθενός. Τέλος γίνονται σαφή τα καθήκοντα των ιατρικών αρχών και των ευθυνών τους σχετικά με:

- Την ανάπτυξη πολιτικών για τον έλεγχο των μολύνσεων και μεταδοτικών ασθενειών
- Την εφαρμογή πολιτικών για τον έλεγχο των μολύνσεων και μεταδοτικών ασθενειών
- Την ανάπτυξη συστήματος για την εξακρίβωση, την αναφορά, την διερεύνηση και τον έλεγχο μολύνσεων και μεταδοτικών ασθενειών
- Την διατήρηση αρχείου γεγονότων που σχετίζονται με μολύνσεις και μεταδοτικές ασθένειες

5.3.4 Διαχείριση πληροφοριών

Το νοσοκομείο, θα πρέπει να αναπτύξει ένα σύστημα, που να κωδικοποιεί, να αρχειοθετεί και να βοηθάει στην ροή της πληροφορίας. Στο ιατρικό κομμάτι, το σύστημα αυτό θα πρέπει να επιτρέπει έγκαιρη ανάκτηση πληροφοριών στις διαγνωστικές διαδικασίες, έτσι ώστε να υποστηρίζεται η μελέτη αξιολόγησης της ιατρικής φροντίδας.

5.3.5 Ηγεσία

Στο κομμάτι αυτό του προτύπου, γίνεται λόγος για την ευθύνη του οργανισμού του τομέα υγείας για την εξακρίβωση των ρόλων των ηγετών του. Έτσι λοιπόν, ο διευθύνων σύμβουλος, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό φέρουν ευθύνες, που σχετίζονται για παράδειγμα με:

- Την εφαρμογή διορθωτικών ενεργειών για τον έλεγχο των μολύνσεων σε προβληματικές περιοχές
- Την εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης και βελτίωσης των επιδόσεων της μονάδας, αξιολογώντας αρχικά την ανάγκη για αυτό
- Τις προτεραιότητες που πρέπει γενικά να δοθούν για την βελτίωση των επιδόσεων (βελτίωση ποιότητας και μετρήσιμα αποτελέσματα)

Παράλληλα, γίνεται αναφορά για τις διακριτές ευθύνες του καθενός μέσα στο σύστημα και την ομάδα εκείνη που οφείλει ο καθένας να λογοδοτεί (για παράδειγμα, το ιατρικό προσωπικό σαν σύνολο λογοδοτεί στο σώμα διοίκησης του νοσοκομείου).

Μέσα στις ευθύνες της ηγεσίας, υπάγεται και η ανάπτυξη του ετήσιου λειτουργικού προϋπολογισμού, όπου περιλαμβάνονται όλα οι πηγές εσόδων και τα πιθανά έξοδα ή ακόμα και ενός μακροπρόθεσμου πλάνου δαπανών (έως 3 χρόνια) ακόμα και για ενέργειες που αφορούν αγορά οικοπέδων, κτιρίων ή αναπαλαιώσεων τους.

Τέλος ο οργανισμός, μέσα από του ιθύνοντες θα πρέπει να παρέχει υπηρεσίες που ικανοποιούν τις ανάγκες των ασθενών. Μάλιστα γίνεται αναφορά σε μια σειρά από υπηρεσίες υγείας που κάθε νοσοκομείο είναι υποχρεωμένο να παρέχει (διάγνωσης, διατροφής, επείγοντα, ιατρικά αρχεία, νοσηλευτική φροντίδα, εργαστηριακό έλεγχο, φαρμακευτική παροχή, φυσική αποκατάσταση κτλ) και μάλιστα σε εικοσιτετράωρη καθημερινή βάση. Είναι αυτονόητο σύμφωνα με το πρότυπο, ότι ασθενείς με παρόμοιες ανάγκες, λαμβάνουν υποχρεωτικά το ίδιο επίπεδο φροντίδας, θεραπείας και υπηρεσιών, πάντα σε ασφαλή πλαίσια και με τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο, ακόμα και αν οι υπηρεσίες αυτές αφορούν συμφωνίες του νοσοκομείου με τρίτους.

5.3.6 Ασφάλεια των ασθενών

Το νοσοκομείο σχεδιάζει και διαχειρίζεται το φυσικό και λειτουργικό περιβάλλον του χώρου παροχής φροντίδας υγείας έτσι ώστε το τελευταίο να συμμορφώνεται και να συμβαδίζει με τον κώδικα ασφάλειας της ζωής.

Απαραίτητη κρίνεται παράλληλα η καταγραφή (διατήρηση αρχείου) κάθε ελέγχου και διαδικασίας που έγιναν από την πολιτεία ή οποιαδήποτε αρμόδια αρχή. Περισσότερα για το κομμάτι που αφορά την ασφάλεια της ζωής ακολουθούν στην επόμενη ενότητα.

5.3.7 Διαχείριση χορήγησης φαρμάκων

Οι υπηρεσίες που προσφέρονται γύρω από την παροχή ιατροφαρμακευτικού υλικού καθώς και η αποθήκευση του τελευταίου, πραγματοποιούνται σύμφωνα με τις αποδεκτές επαγγελματικές αρχές, ενώ την ευθύνη του φαρμακείου, την έχει εξουσιοδοτημένος φαρμακοποιός που δρα σύμφωνα με τους νόμους και τους κανονισμούς.

Τα φάρμακα βρίσκονται σε ξεχωριστό, μη προσβάσιμο σημείο για τρίτους, σε συνθήκες που συνάδουν με τις προδιαγραφές τους, με βάση τη νομοθεσία και τους κανονισμούς. Παράλληλα το πακετάρισμα και η απομάκρυνση του φαρμακευτικού υλικού, γίνεται από τον ίδιο τον φαρμακοποιό ή υπάλληλο του φαρμακείου και πάντα υπό την καθοδήγηση του φαρμακοποιού.

Η προετοιμασία και η χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, γίνεται με βάση τις οδηγίες ειδικευμένου και εξουσιοδοτημένου ιατρού, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την φροντίδα του ασθενούς και πάντα στο πλαίσιο του νόμου και των κανονισμών.

Τέλος, το νοσοκομείο αναφέρει καταχρήσεις και απώλειες ελεγχόμενων ουσιών στον υπεύθυνο του φαρμακευτικού τμήματος ή ακόμα και στην ίδια την διοίκηση εάν κρίνεται σκόπιμο, ενώ θα πρέπει να διατηρεί αρχείο παραλαβής και διανομής τουλάχιστον για κάποιες κατηγορίες φαρμάκων. Λάθη στην χορήγηση φαρμάκων, ανεπιθύμητες ενέργειες και γενικά οποιεσδήποτε ασυμβατότητες, θα πρέπει να αναφέρονται αμέσως στον αρμόδιο ιατρό, καθώς και στον υπεύθυνο του προγράμματος βελτίωσης των επιδόσεων του νοσοκομείου.

5.3.8 Ιατρικό δυναμικό

Το οργανωμένο ιατρικό προσωπικό επιβλέπει την ποιότητα παροχής φροντίδας υγείας, την θεραπεία και τις υπηρεσίες που παρέχονται από τους ασκούντες την ιατρική πράξη. Συγχρόνως, έχει καθοριστικό ρόλο στην οργάνωση προγραμμάτων βελτίωσης των επιδόσεων στο κομμάτι που αφορά φροντίδα, θεραπεία και ασφάλεια των ασθενών

Παράλληλα, το ιατρικό προσωπικό αναπτύσσει και έχει συνεχή ευθύνη για όλες τις γραπτές πολιτικές και διαδικασίες που διέπουν την ιατρική φροντίδα που παρέχεται σε έκτακτα περιστατικά ή περιστατικά ρουτίνας.

Η διαχείριση και ο συντονισμός της φροντίδας, της θεραπείας και των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι ευθύνη του κατάλληλου επαγγελματία υγείας. Ο ιατρός είναι υπεύθυνος για την φροντίδα του ασθενή, όσον αφορά οποιοδήποτε ιατρικό ή ψυχιατρικό πρόβλημα το οποίο υπάρχει ή προκύπτει έπειτα από την νοσηλεία του ασθενή. Ο εξουσιοδοτημένος επαγγελματίας υγείας σύμφωνα με το πρότυπο είναι:

- Οι ειδικευμένοι/ ειδικευόμενοι πτυχιούχοι ιατρικών σχολών
- Οι οδοντίατροι που είναι αναγνωρισμένοι από την πολιτεία και οι οποίοι δρουν εντός του πλαισίου που καθορίζει η άδεια ασκήσεως επαγγέλματος
- Οι ασκούντες την ποδιατρική στα πλαίσια που καθορίζεται επισήμως από το κράτος
- Οι οφθαλμίατροι/ οπτομέτρες στα πλαίσια που καθορίζεται επισήμως από το κράτος
- Οι χειροπράκτες που έχουν την εξουσιοδότηση να επιτελέσουν τα σχετικά καθήκοντα
- Οι κλινικοί ψυχολόγοι

Τέλος, το ίδιο το νοσοκομείο είναι υπεύθυνο για την συλλογή πληροφοριών που αφορούν την άδεια ασκήσεως επαγγέλματος του ιατρού, την εκπαίδευση, την εμπειρία του, τις δυνατότητές του και την ικανότητα να επιτελεί το αντικείμενο της ειδικότητάς του.

5.3.9 Νοσηλεία

Σύμφωνα με το πρότυπο, κάθε εξουσιοδοτημένος νοσηλευτής επιβλέπει αλλά ταυτόχρονα αξιολογεί την παρεχόμενη φροντίδα/νοσηλεία στον ασθενή. Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, γίνεται σε συνεχή βάση, όλες τις ημέρες της εβδομάδας, 24 ώρες το 24ώρο. Γίνεται αναφορά στον διακριτό ρόλο του ιατρού και του νοσηλευτή, ενώ θα πρέπει παρουσιάζονται ξεκάθαρα τα σημεία τομής και σύγκλισης της δραστηριότητάς τους για το βέλτιστο δυνατό αποτέλεσμα.

Επίσης γίνεται ξεκάθαρος ο ρόλος του επιβλέποντος προσωπικού από το τελικό προσωπικό που επιτελεί την νοσηλευτική πράξη. Το επιβλέπων προσωπικό θα πρέπει να διασφαλίζει όταν χρειάζεται

- την παρουσία των κατάλληλων νοσηλευτών στο κατάλληλο τμήμα
- τον κατάλληλο αριθμό νοσηλευτών, αποκλειστικών και λοιπού προσωπικού

5.3.10 Παροχή φροντίδας, θεραπεία και συναφείς υπηρεσίες

Ο φορέας παροχής υπηρεσιών υγείας, είναι υπεύθυνος για την παροχή φροντίδας, θεραπείας και υπηρεσιών σε κάθε ασθενή, με βάση την νομοθεσία και τους κανονισμούς του νοσοκομείου. Η παροχή των παραπάνω γίνεται με βάση τις τελευταίες οδηγίες που δόθηκαν στον ασθενή από εξουσιοδοτημένο ιατρικό προσωπικό.

Το ίδιο το νοσοκομείο θα πρέπει να αναπτύξει διαδικασίες που ικανοποιούν την ανάγκη του ασθενή για συνεχή φροντίδα, θεραπεία και υπηρεσίες. Μάλιστα του δίνει την δυνατότητα επιλογής, όταν αυτό είναι δυνατόν, ανάμεσα σε εκείνους που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, σεβόμενο τις προτιμήσεις του.

Γενικά στο κομμάτι αυτό γίνεται μια εκτενή αναφορά σε διαδικασίες γύρω από την φροντίδα και την θεραπεία των ασθενών, για το βέλτιστο δυνατό αποτέλεσμα.

Ενδεικτικά αναφέρονται:

- διαδικασίες εισόδου και προϋποθέσεις νοσηλείας

- διαχείριση φιαλών αίματος, μεταγγίσεις και ενδοφλέβιες χορηγήσεις/ θεραπείες/ ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις
- επίσημα έγγραφα, αρχεία και σχετικές προσβάσεις
- διατροφολόγιο
- αναισθησία
- απαιτήσεις και λειτουργικότητα ιατρικού εξοπλισμού
- λειτουργία διαγνωστικών εργαστηρίων
- απομόνωση ασθενών
- εξιτήριο ασθενών

5.3.11 Τεκμηρίωση της φροντίδας, της θεραπείας και των υπηρεσιών

Ο οργανισμός είναι υποχρεωμένος να διατηρεί πλήρες και ακριβές ιατρικό αρχείο με χρονικές αναφορές. Το αρχείο αυτό αφορά οποιοδήποτε άτομο υπήρξε αποδέκτης φροντίδας, θεραπείας ή υπηρεσιών.

Η καταχώρηση στο ιατρικό αρχείο, συμπεριλαμβανομένου και των παραγγελιών θα πρέπει να πιστοποιείται από τον υπεύθυνο. Το ίδιο ισχύει και για καταχωρήσεις που έχουν γίνει με υπαγόρευση (η πιστοποίηση γίνεται γραπτώς με υπογραφές, ηλεκτρονικώς, με σφραγίδα ή με υπολογιστικά κλειδιά).

Το νοσοκομείο καταγράφει το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς και τις όποιες εξετάσεις, συμπεριλαμβανομένου και των ενημερώσεων στο αρχείο εντός 24 ωρών μετά την εισαγωγή του σε αυτό. Επίσης είναι υποχρεωμένο να κρατάει ιστορικό αρχείο για 5 χρόνια ή και περισσότερο, σε περίπτωση που απαιτείται από τον νόμο ή από ρυθμιστικές διατάξεις.

Ενδεικτικά το ιατρικό αρχείο περιλαμβάνει-σύμφωνα με το πρότυπο-κλινικές πληροφορίες όπως:

- Την αιτιολογία την φροντίδας, της θεραπείας και των υπηρεσιών
- Την αρχική διάγνωση
- Αξιολογήσεις και επαναξιολογήσεις
- Αλλεργίες
- Συμπεράσματα με βάση την γνωμάτευση και το ιατρικό ιστορικό
- Οποιοσδήποτε παρατηρήσεις που σχετίζονται με την φροντίδα και την θεραπεία
- Την ανταπόκριση του ασθενή σε αυτές
- Την όποια πρόοδο
- Την όποια προεργασία κατά την επείγουσα μεταφορά σε νοσοκομείο
- Την φαρμακευτική αγωγή
- Επιπλοκές
- Εξιτήριο
- Σημειώσεις που αφορούν την φροντίδα

Το νοσοκομείο επίσης θα πρέπει να έχει πλήρη και ενημερωμένη καταγραφή στοιχείων που περιλαμβάνουν:

- Το όνομα του ασθενή
- Τον προσωπικό κωδικό στο νοσοκομείο
- Ημερομηνία και λοιπά στοιχεία επέμβασης (σε περίπτωση που πραγματοποιήθηκε), όπως χρονικό διάστημα, όνομα ιατρού και νοσηλευτών, τύπος εγχείρισης, τύπος αναισθησίας
- Ηλικία ασθενούς

Τέλος για την πληροφόρηση άλλων παρόχων υγείας και για την διευκόλυνση της συνέχειας στη φροντίδα του ασθενή, στο ιατρικό ιστορικό περιέχεται ένα μικρό σε έκταση κείμενο που περιλαμβάνει:

- Τον λόγο της νοσηλείας
- Τις διαδικασίες που πραγματοποιήθηκαν
- Τις υπηρεσίες που παρασχέθηκαν
- Την κατάσταση και την διάθεση του ασθενή στο εξιτήριο
- Πληροφορίες για τον ίδιο και την οικογένειά του

- Πρόληψη που αφορά την συνέχεια της θεραπείας

Το κείμενο αυτό μπορεί να παραληφθεί για ασήμαντα προβλήματα και παρεμβάσεις, με βάση τη γνωμάτευση του ιατρικού προσωπικού. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται απλά ένα τελικό σχόλιο προόδου.

5.3.12 Δικαιώματα και ευθύνες του ατόμου

Στην ενότητα αυτή περιγράφονται μια σειρά από δικαιώματα αλλά και ευθύνες του ατόμου που νοσηλεύεται σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα. Γίνεται αναφορά στα πρότυπα, στην εχεμύθεια και την προστασία της ατομικότητας και των υποχρεώσεων διαφόρων επιτροπών που συγκροτήθηκαν για να καλύψουν θέματα γύρω από την ηθική και την δεοντολογία (διεπιστημονικές επιτροπές για τον έλεγχο ερευνητικών προγραμμάτων κα).

Επίσης δεν παραλείπεται αναφορά στην συμμετοχή του αρρώστου στην τελική απόφαση που αφορά την θεραπεία και τις προσφερόμενες υπηρεσίες εν γένει αλλά και την ορθή διαχείριση παραπόνων του νοσηλευομένου προς το νοσοκομείο.

Παράλληλα, γίνεται αναφορά στην ηθική της διοίκησης και τις υποχρεώσεις διοικητικών στελεχών (διεύθυνση νοσηλευτικών/ ιατρικών υπηρεσιών) και τις αρχές εξουσίας που θα πρέπει να εφαρμόζουν.

Τέλος, αναπτύσσονται με σαφή τρόπο θέματα που έχουν να κάνουν με:

- αδιάκριτη, ασφαλή και αξιοπρεπή φροντίδα
- προστασία του κοινού από ανήθικη και παράνομη άσκηση
- πιστή υιοθέτηση από το προσωπικό των ιατρικών οδηγιών
- διατήρηση συνθηκών εργασίας που προάγουν την ποιοτική φροντίδα
- προώθηση προσπαθειών για την κάλυψη αναγκών υγείας του κοινού
- πρόσβαση στο ιατρικό αρχείο

5.4 Διεθνής χαρακτήρας του Joint Commission (Joint Commission International – JCI)

Το διεθνές παρακλάδι του Joint Commission, επεκτείνει την αποστολή του πρώτου παγκοσμίως.¹⁸ Μέσα από διεθνείς δραστηριότητες τόσο στον συμβουλευτικό χώρο, όσο και στον χώρο της διαπίστευσης, το JCI βοηθάει στην βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών σε πολλά κράτη. Έχει εμπειρία στην συνεργασία με δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας καθώς και με τοπικές κυβερνήσεις σε περισσότερες από 40 χώρες.

Ο JCI δημιουργήθηκε το 1997, σαν ένα κομμάτι του Joint Commission Resources Inc, μία μη κερδοσκοπική θυγατρική του Joint Commission.

Η διεθνής δράση του Joint Commission στον χώρο της διαπίστευσης ξεκίνησε το 1999. Το πρόγραμμα του JCI, βοηθάει διεθνείς οργανισμούς υγείας, σταθμούς δημόσιας υγείας, συναφή υπουργεία και άλλους φορείς

α) να αξιολογήσουν

β) να βελτιώσουν και

γ) να υποδείξουν τις διαδικασίες ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών στις εκάστοτε γεωγραφικές περιοχές που δραστηριοποιούνται

Τα πρότυπα που χρησιμοποιούνται για την διαδικασία της διαπίστευσης, αναπτύχθηκαν από μια δεκαεξαμελή ομάδα που αντιπροσώπευε επτά κύριες γεωγραφικές περιοχές ανά τον κόσμο. Τα πρότυπα αυτά θέτουν κάποιες κοινές επιθυμητές απαιτήσεις όσον αφορά δομές, διαδικασίες και αποτελέσματα γύρω από τα νοσοκομεία. Η διαδικασία της διαπίστευσης όμως, είναι σχεδιασμένη να ενσωματώνει συγκεκριμένους νομικούς, θρησκευτικούς και πολιτιστικούς παράγοντες σε κάθε μια χώρα ξεχωριστά.

Ο JCI, παρέχει διεθνείς συμβουλευτικές υπηρεσίες για:

- Προετοιμασία διαπίστευσης (προετοιμάζει οργανισμούς για επιθεώρηση με το να ενισχύει κλινικές και λειτουργικές περιοχές τους)
- Ανάπτυξη και βελτίωση διαδικασιών (τεχνική βοήθεια για ανάπτυξη των μονάδων και συστημάτων διοίκησης παγκόσμιας κλάσης οργανισμών υγείας, που επιθυμούν να λειτουργούν σύμφωνα με τα πρότυπα διαπίστευσης του JCI)
- Ανάπτυξη συστημάτων αξιολόγησης (παροχή βοήθειας σε άλλα κράτη ή σε τοπικά γκρουπ να αναπτύξουν το δικό τους σύστημα αξιολόγησης το οποίο θα μπορούν να χρησιμοποιήσουν για διαδικασίες διαπίστευσης, αδειοδότησης, απόκτησης πιστοποιητικών ή οποιεσδήποτε άλλες ρυθμιστικές διαδικασίες ή αξιολογήσεις από μονάδες ή συγκροτήματα)

Οι σύμβουλοι του JCI, έχουν εμπειρία σε μια μεγάλη ποικιλία από ρυθμιστικές ενέργειες που αφορούν την διεθνή παροχή φροντίδα υγείας, ενώ εξειδικεύονται σε μια σειρά από συναφείς τομείς όπως:

- η ιατρική
- η νοσηλευτική
- η διοίκηση
- ο στρατηγικός σχεδιασμός
- ο σχεδιασμός υγειονομικών μονάδων
- η διαπίστευση
- και η διαχείριση της φροντίδας

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, διεθνείς συμβουλευτικές υπηρεσίες, παρέχονται σε περισσότερες από 40 χώρες, συμπεριλαμβανομένου της Βραζιλίας, της Ουγγαρίας, των Φιλιππίνων, της Πολωνίας, της Ρωσίας, της Σαουδικής Αραβίας, της Νότιας Αφρικής, της Ισπανίας, της Συρίας κα.

Στην τρίτη έκδοση του προτύπου του JCI για τα νοσοκομεία παρέχονται οι βάσεις για την διαπίστευση νοσοκομείων σε παγκόσμια κλίμακα, παρέχοντας στους οργανισμούς πληροφορίες που απαιτούνται για να κυνηγήσουν ή να διασφαλίσουν:

- την ασφάλεια του ασθενή
- την βελτίωση των επιδόσεων

- την τελική διαπίστευση

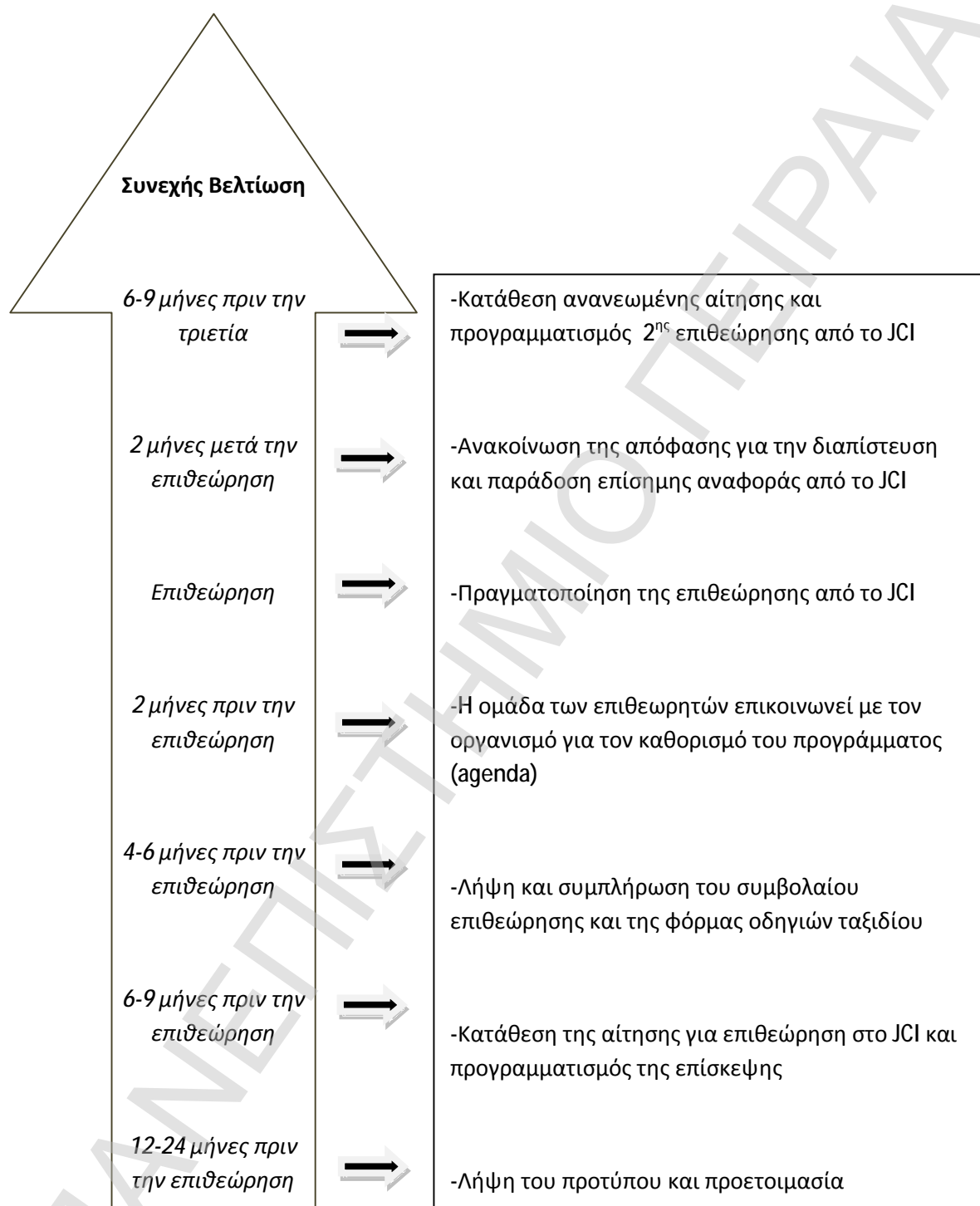
Στην έκδοση αυτή πέρα από τις όποιες αλλαγές/ προσαρμογές που απαιτούνται για τον διεθνή χαρακτήρα του προτύπου, εμφανίζονται και κάποιες βελτιώσεις σε σχέση με την τελευταία. Συνοπτικά λοιπόν οι όποιες βελτιώσεις περιλαμβάνουν:

- Όλα τα πρότυπα γίνονται κύρια – Αυτά τα αναθεωρημένα πρότυπα θεωρούνται ίσα όσον αφορά την σημασία τους και την βαρύτητά τους για την επίτευξη της διαπίστευσης
- Στο διεθνές πρότυπο, υπάρχει αυξημένος ρόλος της ηγεσίας καθώς και εκείνου της επιτήρησης όλων των τομέων που αφορούν στις επιδόσεις του νοσοκομείου
- Αυστηρότερες απαιτήσεις σε πολλούς τομείς – Δίνεται ιδιαίτερο βάρος στα πρότυπα που αφορούν τους επαγγελματίες υγείας καθώς και των νέων απαιτήσεων για τον εντοπισμό γενεσιουργών αιτιών (root cause analysis) σε περίπτωση ανεπιθύμητων συμβάντων
- Διεθνείς στόχοι για την ασφάλεια των ασθενών – Αναπτύσσονται 6 «πελατοκεντρικοί» στόχοι που πλέον αξιολογούνται ως κομμάτι της επιθεώρησης του JCI (βλέπε και την ενότητα που αφορά «Ασφάλεια ασθενών»)
- Αναπτύσσονται πλέον νέες και ιδιαίτερα ενημερωμένες ενότητες/κεφάλαια. Οι ενότητες «Αναισθησία και χειρουργική φροντίδα» και «Διαχείριση και χρήση φαρμάκου», μετακινήθηκαν από την ενότητα της «Φροντίδας των ασθενών» και της «Διαχείρισης της επικοινωνίας και της πληροφορίας» σε ανεξάρτητο τομέα (σε αυτόν που παλαιότερα είχε τον γενικό τίτλο «Διαχείριση της πληροφορίας»)
- Το πρότυπο αυτό είναι απλούστερο στην κατανόηση, κάνοντας το μονοπάτι που οδηγεί στην συμμόρφωση, ευκολότερο
- Περιλαμβάνει ενημερωμένο και διευρυμένο γλωσσάρι, ενώ η έκδοση γενικότερα είναι περισσότερο άρτια σαν αποτέλεσμα, με αναφορές σε άλλα πρότυπα και πηγές που διευκολύνουν την αναζήτηση του χρήστη

5.4.1 Βήματα για την διαπίστευση από τον JCI

Τα βήματα που απαιτούνται για την διαπίστευση ή την πιστοποίηση έχουν σαρωτικό χαρακτήρα (Σχήμα 6). Το γενικό πλαίσιο για την διαπίστευση διασπά την διαδικασία

σε χωριστά χρονικά πλαίσια, γεγονός που διευκολύνει τον πελάτη στην παρακολούθηση και υιοθέτηση των εξελίξεων:¹⁹



Σχήμα 6. Απαιτούμενα βήματα για την διαπίστευση νοσοκομείων από Joint Commission International. (Πηγή www.jointcommissioninternational.org, 2009)

Τα προγράμματα διαπίστευσης και πιστοποίησης σχεδιάζονται από/για την διεθνή κοινότητα. Τα πρότυπα του JCI και οι μέθοδοι αξιολόγησης αποτελούν εργαλεία σχεδιασμένα ώστε να παρέχουν ποσοτικά στοιχεία για την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών και να κατευθύνουν θετικά τις εξελίξεις που γίνονται αντιληπτές από το κλινικό προσωπικό, τους ασθενείς και την διοίκηση. Μέσω των προγραμμάτων αυτών, οι οργανισμοί έχουν πρόσβαση σε μια ποικιλία πηγών και υπηρεσιών που τους συνδέουν με την διεθνή κοινότητα.

5.4.2 Προσφερόμενες υπηρεσίες για την προετοιμασία της διαπίστευσης

Από τον JCI, προσφέρονται πρακτικές συμβουλές στους οργανισμούς υγείας για την προετοιμασία της διαπίστευσης. Ειδικοί από τον JCI βοηθάνε στο να κατανοήσει ο οργανισμός υγείας την θέση του και τον βαθμό συμμόρφωσής του με το πρόγραμμα του JCI.²⁰ Επίσης, οι πρώτοι συμβάλλουν στον σχεδιασμό βημάτων για το στάδιο της προετοιμασίας (ανάπτυξη σχεδίου δράσης, εκπαίδευση προσωπικού κτ). Έτσι λοιπόν προσφέρονται:

- Εισαγωγικές διαβουλεύσεις

Για οργανισμούς που θέλουν να βελτιώσουν την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της φροντίδας, αλλά και που θέλουν να μετρήσουν τις δυνάμεις τους και να ανακαλύψουν τις προκλήσεις στο διεθνή στίβο της διαπίστευσης, οι διαβουλεύσεις με εξειδικευμένα άτομα της εταιρείας προσφέρουν υψηλού επιπέδου εκπαίδευση, αξιολόγηση και παροχή πρακτικών οδηγιών.

- Οργανισμική αξιολόγηση

Η αρχική αξιολόγηση του JCI, προσφέρει ανασκόπηση της δυνατότητας του οργανισμού να ικανοποιεί τα πρότυπα για νοσοκομεία, εργαστήρια, ιατρική μετακομιδή, συνέχιση θεραπείας. Τα αποτελέσματα, αποτυπώνονται σε ένα ευκατανόητο κείμενο αναφοράς, με βάση το οποίο μπορούν να ξεκινήσουν άμεσα διαδικασίες βελτίωσης.

- Συνεχής βοήθεια

Από τον JCI υπάρχει συνεχής υποστήριξη ακόμα και με την μορφή της ηλεκτρονικής επικοινωνίας, με ανασκόπηση των πολιτικών των διαδικασιών και του γενικότερου πλάνου της εταιρείας. Σε περιοδικά διαστήματα πραγματοποιούνται τηλεφωνικές συσκέψεις ή ακόμα και συσκέψεις με οπτική επικοινωνία (τηλε-συσκέψεις)

- Εξομοίωση επιθεώρησης

Μία τέτοια πρωτοβουλία, προσφέρει την δυνατότητα αξιολόγησης της ετοιμότητας στην διαδικασία της διαπίστευσης. Τέτοιες επιθεωρήσεις, συνίσταται να γίνονται 6-8 μήνες πριν την προγραμματισμένη επιθεώρηση.

- Υπηρεσίες ποιότητας και ασφάλειας

Εξειδικευμένες υπηρεσίες γύρω από την ποιότητα και την ασφάλεια για την ικανοποίηση μοναδικών αναγκών περιλαμβάνουν:²⁰

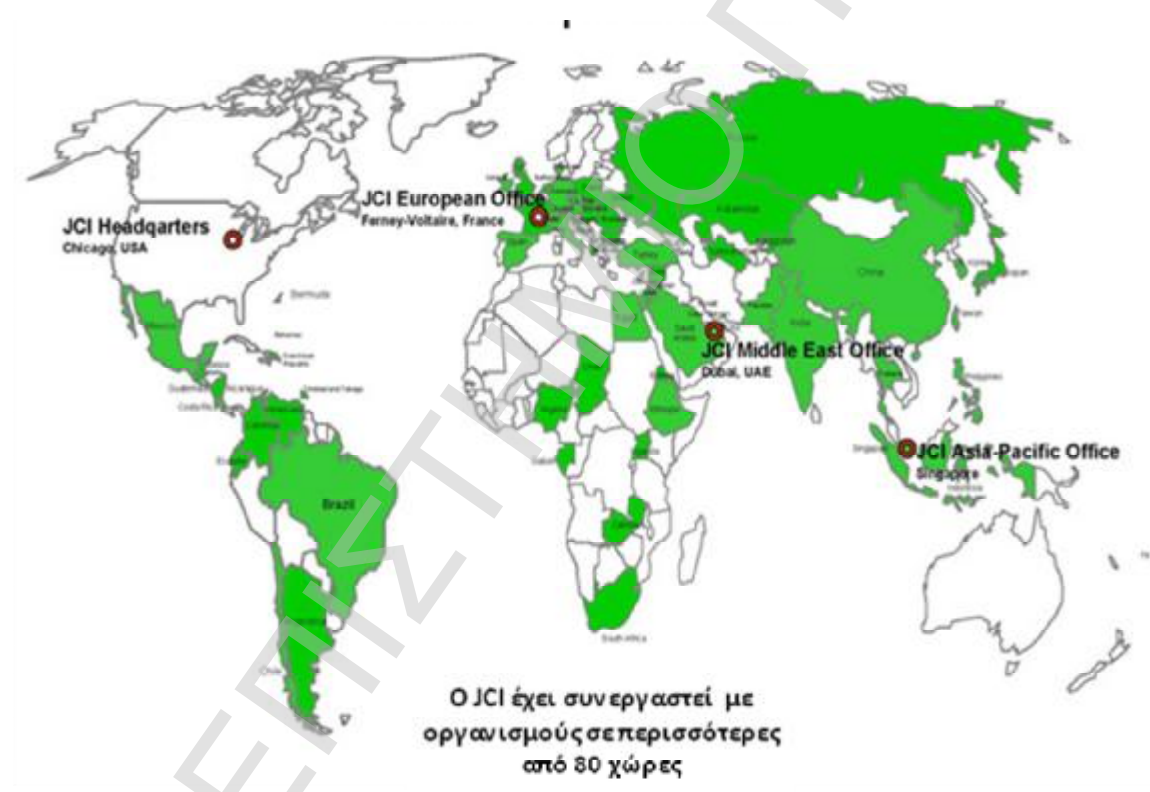
- Κτίσιμο ασφάλειας και σχεδιασμός της υγείας
- Έλεγχος μολύνσεων και πρόληψη
- Διαχείριση φαρμάκου
- Ασφάλεια ασθενών

5.4.3 Διεθνείς συνεργασίες και επιτεύγματα του Joint Commission International - Συγκεκριμένα παραδείγματα χωρών

Σύμφωνα με τον JCI, κλειδί στην βελτίωση στην παροχή υπηρεσιών υγείας, είναι η διαμόρφωση ισχυρών και αποτελεσματικών συνεργασιών με οργανισμούς οι οποίοι έχουν την ίδια δέσμευση και το ίδιο πάθος για την αποστολή τους. Οι συνεργασίες αυτές μπορεί να αφορούν αντίστοιχα υπουργεία στον τομέα της υγείας, ή οργανισμούς υπηρεσιών υγείας. Σε κάθε περίπτωση, οι στόχοι εστιάζουν στην βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας που πρέπει να παρέχονται στα πλαίσια της υγείας.

Καλά παραδείγματα συνεργασιών με κρατικούς φορείς, αποτελούν οι περιπτώσεις της Ιταλίας, της Τουρκίας, της Κίνας, της Ιορδανίας και του Ντουμπάι.²¹ Στις περιπτώσεις αυτές η παροχή βοήθειας, αφορούσε στην ανάπτυξη των κατάλληλων κατά περίπτωση κριτηρίων διαπίστευσης και συστημάτων αξιολόγησης της συμμόρφωσης. Στην περίπτωση μάλιστα της Ιταλίας, υπάρχει συνεργασία με τις τοπικές αρχές σε πρωτοβουλίες που αφορούν θέματα ασφάλειας των ασθενών.

Επί της παρούσης, σε παγκόσμιο επίπεδο, υπάρχουν περίπου 170 οργανισμοί σε 30 χώρες που έχουν λάβει διαπίστευση από τον JCI. Επιπλέον, ο JCI παρέχει συμβουλευτικές υπηρεσίες που εστιάζουν στην βελτίωση της φροντίδας και της ασφάλειας σε περισσότερες από 80 χώρες (Σχήμα 7).



Σχήμα 7: Η δράση του JCI σε παγκόσμια κλίμακα (με πράσινο επισημαίνονται οι χώρες δραστηριοποίησης του οργανισμού- Πηγή Joint Commission International, 2009)

- **Η περίπτωση της Κίνας**

Η Κίνα είναι το μεγαλύτερο σε πληθυσμό κράτος στον κόσμο, με 1.3 δισεκατομμύρια κατοίκους, στους οποίους πρέπει να παρέχονται τουλάχιστον οι βασικές υπηρεσίες φροντίδας.²² Μνημόνιο συνεργασίας υπογράφηκε ανάμεσα στην χώρα αυτή και το JCI στα τέλη του 2007, με το οποίο παρέχονται συμβουλευτικές υπηρεσίες γύρω από την βελτίωση της φροντίδας και της ασφάλειας του ασθενούς. Παράλληλα ο JCI βοήθησε την κυβέρνηση να αναπτύξει ένα σύστημα αξιολόγησης των μη κερδοσκοπικών δημόσιων νοσοκομείων.

Η συνεργασία του JCI με την Κίνα, επεκτάθηκε κυρίως σε νοσοκομεία, κλινικές, εργαστήρια και ερευνητικά κέντρα αλλά και σε μη κυβερνητικούς οργανισμούς για την καθιέρωση οδηγιών-προτύπων γύρω από θέματα όπως η ασφάλεια στη διαχείριση βιολογικού υλικού, διαχείριση φαρμακευτικού υλικού και διαχείριση πληροφορίας.

Επίσης ο JCI συνεργάστηκε με την Κίνα για την ενημέρωση των οδηγιών που αφορούν νοσοκομειακό προσωπικό, με ξεκάθαρο στόχο την βελτίωση της εκπαίδευσής του. Άλλες πρωτοβουλίες αφορούσαν την μετάφραση και την διανομή των προτύπων JCI, για νοσοκομεία, πρωτοβάθμιες κλινικές, εργαστήρια κτλ.

Από το 2006, η Αρχή Διαχείρισης Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Χονγκ-Κονγκ συνεργάστηκε με συμβούλους του JCI για την επιμόρφωση επαγγελματιών υγείας στην ασφάλεια των ασθενών. Το πιο φωτεινό σημείο της εκπαίδευσης, ήταν το πενήνήμερο συνέδριο στη διαχείριση του φαρμακευτικού υλικού, σημείο κλειδί στην ασφάλεια των ασθενών, με συνολικά 400 συμμετέχοντες

- **Η περίπτωση της Ιορδανίας – Σαουδικής Αραβίας**

Το 2007, ο JCI υπήρξε ο οργανισμός διαπίστευσης των νοσοκομείων εντός της υγειονομικής περιφέρειας του Ντουμπάι, έτσι ώστε να επιτευχθεί ο στόχος: Η βελτίωση δηλαδή της ποιότητας και της ασφάλειας των ασθενών.

Όλα τα νοσοκομεία στην περιφέρεια αυτή, ήταν υποχρεωμένα να λάβουν διαπίστευση από τον JCI και όλες οι αναφορές από τον JCI θα διαμοιράζονταν στο

Κέντρο Σχεδιασμού για την Ποιότητα της Υγείας (CPQ), έτσι ώστε να διασφαλιστεί ότι οι στόχοι για την ασφάλεια και την ποιότητα ικανοποιούνται σε ένα μέγιστο διάστημα έξι (6) ετών.

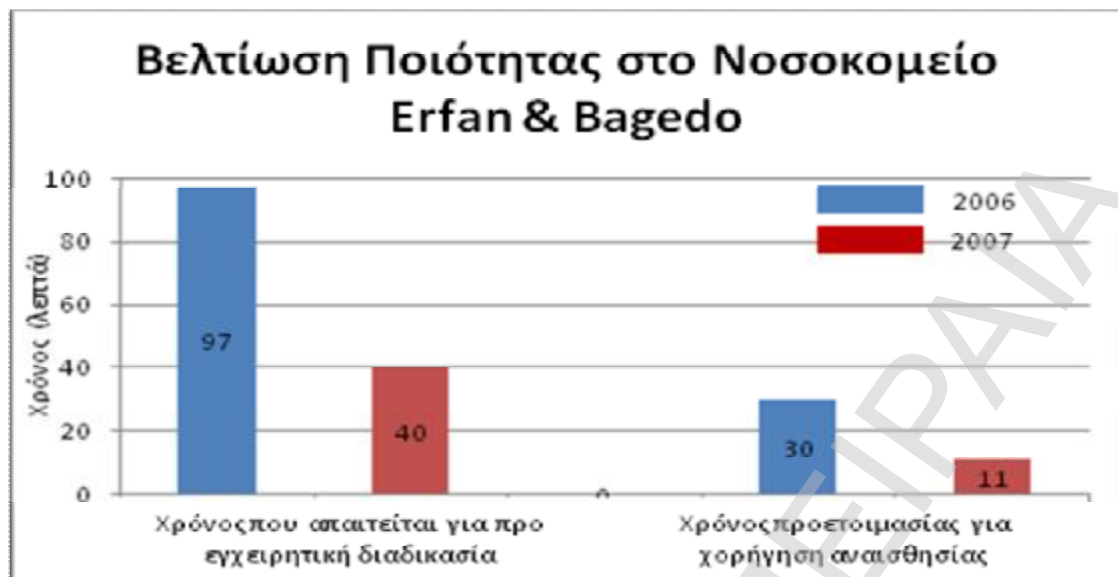
Ο JCI με την συνδρομή πανεπιστημιακών φορέων (Πανεπιστημιακό Ερευνητικό Κέντρο), συνεργάστηκε με το κράτος της Ιορδανίας για την ανάπτυξη και την εφαρμογή του πρώτου συστήματος διαπίστευσης νοσοκομείων της χώρας. Αρκετά νοσοκομεία έχουν ήδη λάβει ή έχουν κάνει αίτηση διαπίστευσης, ενώ άλλα βρίσκονται στην προετοιμασία για αυτό.

Παρόμοιες πρωτοβουλίες αναπτύχθηκαν και στην γειτονική χώρα από τον JCI, με αρκετά νοσοκομεία, ιδιωτικά και μη να προχωράνε σε διαδικασίες διαπίστευσης, εξαιτίας και της ανάπτυξης που γνωρίζει η ευρύτερη περιοχή. Στο Γενικό Νοσοκομείο Erfan & Bagedo (ιδιωτικό νοσοκομείο στην Γιέντα), το προσωπικό αγκάλιασε το σχέδιο βελτίωσης και τον Νοέμβριο του 2007, μετά από δύο χρόνια επιθεωρήσεων, το νοσοκομείο απέκτησε την διαπίστευση του JCI.²⁴

Δύο τομείς που βελτίωσε σημαντικά το νοσοκομείο ήταν η διαχείριση ιατροφαρμακευτικού υλικού και η διαχείριση των νοσοκομειακών μονάδων. Σε αυτό συνέβαλλε και η αφοσίωση του ιατρικού προσωπικού που προσαρμόστηκε γρήγορα στις απαιτήσεις γύρω από την διαχείριση των μονάδων και δυσάρεστων συμβάντων.

Παράλληλα το νοσοκομείο έχει αναπτύξει ένα πρόγραμμα φροντίδας ασθενών που περιλαμβάνει διατροφικές ανάγκες, διαχείριση πόνου καθώς και άλλων προδιαγραφών ασφαλείας, όπως η πιθανότητα πτώσεις κτλ.

Στον τομέα της διαχείρισης του φαρμάκου, γίνεται προσεκτικότερη διακίνηση, χορήγηση και επίβλεψη από το φαρμακείο του νοσοκομείου. Μάλιστα, βελτιώσεις σύμφωνα με τον Δρ Νάμπιλ, είναι εμφανής στην αναισθησία, την ασφάλεια και στην λειτουργία: Οι χρόνοι προετοιμασίας για το χειρουργείο, καθώς οι χρόνοι που απαιτούνται για την προετοιμασία της χορήγησης αναισθησίας έχουν μειωθεί σημαντικότερα όπως φαίνεται από τον πίνακα (Διάγραμμα 3)²⁴



Διάγραμμα 3: Βελτίωση σε χρόνο όσον αφορά την προ εγχειρητική διαδικασία και την προετοιμασία για χορήγηση αναισθησίας κατά το διάστημα 2006-2007 στο Νοσοκομείο Erfan & Bagedo. Είναι εμφανείς οι βελτιώσεις σε κάθε περίπτωση (40 λεπτά από 90, για προ εγχειρητικές διαδικασίες και 11 λεπτά από 30 για προετοιμασία σε αναισθησία -Πηγή: Joint Commission International, 2009)

- **Η περίπτωση της Ιταλίας**

Ως κομμάτι της πρωτοβουλίας για την βελτίωση της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία της βόρειας Ιταλίας, η τοπική υγειονομική αρχή, συνεργάστηκε με τον JCI τα τελευταία 3 χρόνια.

Μαζί ανέπτυξαν ένα μοντέλο μέτρησης και αξιολόγησης, για να προάγουν την βελτίωση σε νοσοκομειακούς φορείς και να διασφαλίσουν ότι οι χρήστες θα λαμβάνουν την βέλτιστη παρεχόμενη ποιότητα από αυτούς. Η αρχή αυτή είχε ως στόχο να βελτιώσει 58 από τα πρότυπα του JCI σε 190 νοσοκομεία. Από αυτά, 102 είναι δημόσια, 45 ιδιωτικά, 23 ακόμα είναι ιδιωτικά μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ενώ τέλος, 20 από αυτά είναι ερευνητικά.

Τα πρότυπα που εξετάστηκαν σχετίζονται με την αξιολόγηση των ασθενών, τα δικαιώματά τους, την εκπαίδευση και την ηγεσία. Πρόσφατα η αρχή ανέπτυξε ένα οικονομικό και στατιστικό μοντέλο για την εξέταση περιοχών, όπως η οικονομική διαχείριση, το προσωπικό, ο χρόνος παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο και άλλες παραμέτρους ως διαχειριστικό εργαλείο για την ηγεσία του νοσοκομείου.

Από την έναρξη της προσπάθειας και μέχρι και σήμερα έχει υπάρξει σταδιακή βελτίωση σε όλες τις περιοχές ενδιαφέροντος, αλλά οι πιο σημαντικές βελτιώσεις σημειώθηκαν στους τομείς που αφορούν: δικαιώματα ασθενών, προσβασιμότητα και συνέχιση της θεραπείας.

Μετά από αρκετούς θανάτους που παρατηρήθηκαν σε νοσοκομεία και συσχετίστηκαν με λάθη που θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί, η τοπική αρχή της Σικελίας, «προσέλαβε» τον JCI για ένα διετές πρόγραμμα, ώστε να βελτιώσει τις διαδικασίες που σχετίζονται με ασφάλεια ασθενών.

Έξι συνολικά νοσοκομεία επιλέχθηκαν από την αρχή, για να εφαρμόσουν τα νέα μέτρα για την ασφάλεια των ασθενών, που αποτρέπουν τα ιατρικά λάθη που πλήττουν τους ασθενείς.²⁵

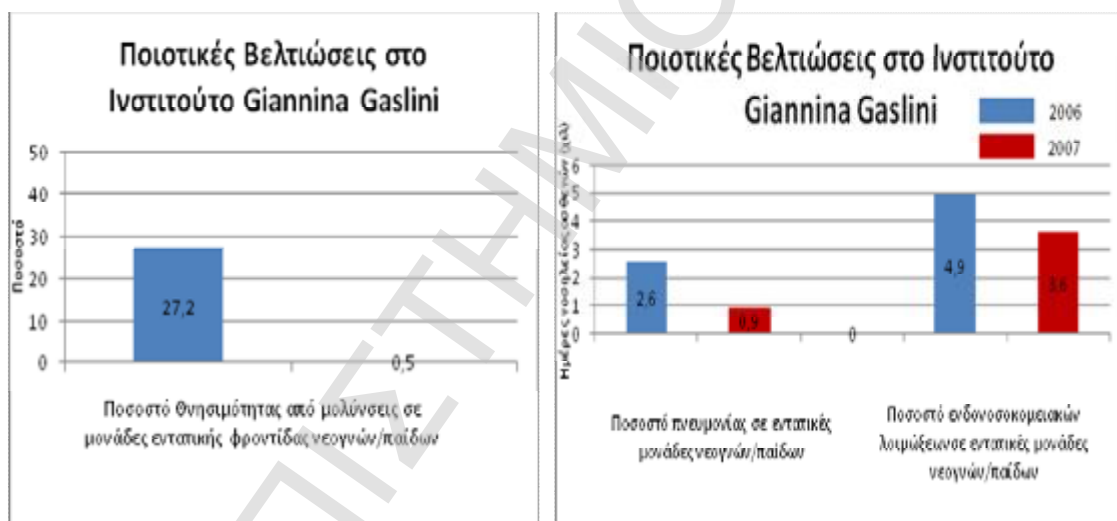
Όταν λοιπόν το Ινστιτούτο Giannina Gaslini (νοσοκομείο παιδών) επιλέχτηκε για να υιοθετήσει τα μέτρα του JCI, το προσωπικό βρήκε τις διαδικασίες απαιτητικές και χρονοβόρες, αλλά θεώρησε ότι άξιζε η προσπάθεια.²⁶ Τέλη του 2007, αρχές του 2008, δύο χρόνια μετά την έναρξη του «ταξιδιού» στον χώρο της διαπίστευσης, το νοσοκομείο κατάφερε να την αποκτήσει. Οι όποιες βελτιώσεις στο νοσοκομείο αυτό των 500 κλινών αφορούσαν (Διάγραμμα 4):

- Το ιατρικό αρχείο: Βελτιωμένη είναι πλέον η διαχείριση και το περιεχόμενο των ιατρικών αρχείων, γεγονός που έχει μειώσει το ρίσκο των ιατρικών λαθών σε σχέση με το τι γινόταν πριν
- Υψηλή επαγρύπνηση φαρμάκων: Καλύτερη χρήση και διαδικασίες για απομάκρυνση συγκεντρωμένων ηλεκτρολυτών, γεγονός που μειώνει επίσης το ρίσκο λαθών φαρμακευτικού περιεχομένου
- Μολύνσεις: Εφαρμογή νέων εσωτερικών διαδικασιών που έχουν ελαττώσει το ρυθμό εμφάνισης μολύνσεων στις μονάδες εντατικής θεραπείας των νοσοκομείων
- Χειρουργικές επεμβάσεις: Εφαρμογή μέτρων και προ εγχειρητικών διαδικασιών επαλήθευσης, γεγονός που έχει μειώσει την πιθανότητα λανθασμένων χειρουργικών προγραμματισμών.

Επιπλέον, ίσως για πρώτη φορά, όλα τα συστατικά στοιχεία του νοσοκομείου (κλινικό προσωπικό, τεχνικοί και διοίκηση), δούλεψαν μαζί στο ίδιο σχέδιο. Η προσέγγιση του συστήματος ήταν τέτοια, ώστε οι επιμέρους λειτουργικές μονάδες κατέληξαν να συνεργάζονται άρτια, για να διασφαλίσουν το καλύτερο αποτέλεσμα για τους ασθενείς.²⁵

Ίσως το μεγαλύτερο επίτευγμα για το νοσοκομείο αυτό, μέσα από τις διαδικασίες της διαπίστευσης, ήταν ότι κατάφερε να δώσει τέλος σε αρκετές χαώδεις πρωτοβουλίες που είχαν ξεκινήσει. Για παράδειγμα, η διαπίστευση στη διαχείριση του πόνου από τον JCI, διευκόλυνε την εφαρμογή του προγράμματος αξιολόγησής του που αναπτύχθηκε στη συνέχεια.

Το Ινστιτούτο Gaslini, ήταν το πρώτο νοσοκομείο στην περιοχή της Λιγκουρίας που έλαβε την διαπίστευση του JCI.²⁶



Διάγραμμα 4: Επιτεύγματα με την εφαρμογή του προτύπου του JCI για νοσοκομεία της Ιταλίας κατά το διάστημα 2006-2007. Διακρίνεται θεαματική ελάττωση των θανάτων από μολύνσεις σε νεογνά και παιδιά κατά τη διάρκεια παραμονής τους σε μονάδες εντατικής θεραπείας (σχεδόν μηδενικά ποσοστά θνησιμότητας το 2007, από 27,2% το 2006). Επίσης, σημαντική είναι η μείωση περιστατικών πνευμονίας σε ίδιες μονάδες, όπως και η μείωση του ρυθμού μόλυνσής τους (0,9% το 2007 από 2,6% το 2006 για την πρώτη περίπτωση και 3,6% το 2007 από 4,9% το 2006 για την δεύτερη- Πηγή Joint Commission International, 2009)

- **Η περίπτωση της Γερμανίας (DRK Γκρουπ)**

Τα νοσοκομεία με την επωνυμία DRK αποτελούν ένα εξαιρετικό παράδειγμα βελτίωσης που μπορεί να πετύχει ένα νοσοκομείο σε μικρό χρονικό διάστημα, όταν η ηγεσία και το προσωπικό δεσμεύονται από κοινού για την επίτευξη των νέων προτύπων αριστείας.²⁷

Τα νοσοκομεία αυτά, αποτελούν ένα μη κερδοσκοπικό δίκτυο που αποτελείται συνολικά από 5 ξεχωριστές μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, με 1350 κλίνες και ένα σύνολο εργαζομένων που υπερβαίνει τους 3200.

Σύμφωνα με την Κάριν Λέοναρντ (Διευθύντρια Διεθνών Υποθέσεων), στρατηγικός στόχος του DRK γκρουπ, είναι «να τοποθετήσουμε τους εαυτούς μας σαν κύριο προορισμό υψηλών απαιτήσεων υπηρεσιών υγείας καθώς και να γίνουμε γνωστοί ως ένα άριστο ακαδημαϊκό και ερευνητικό κέντρο».

Η κυρία Λέοναρντ παράλληλα πιστεύει ότι το μεγαλύτερο επίτευγμα από την συνεργασία με το προσωπικό του JCI, είναι ότι το πρώτο, έθετε συνεχώς στόχους έχοντας συνεχώς επίγνωση του τι συμβαίνει στο νοσοκομείο.²⁸ Συγκεκριμένα, η προθυμία του προσωπικού να αναγνωρίσει τα όποια προβλήματα δείχνοντας κάποια θετική στάση, τους επέτρεψε να μαθαίνουν και να βελτιώνονται γρήγορα.

Ένα δεύτερο επίτευγμα σύμφωνα με την ίδια, ήταν το ότι δημιουργήθηκαν ηγέτες στους οποίους δόθηκαν πόροι και ευελιξία για να κινητοποιήσουν τους εργαζομένους. Η κινητοποίηση αυτή βοήθησε το νοσοκομείο να εστιάσει σε ένα κοινό στόχο.

Μια από τις περιοχές στις οποίες το νοσοκομείο έκανε σημαντικά βήματα, ήταν η διαχείριση του πόνου, η ασφάλεια των ασθενών, η συμμετοχή τους στην διαδικασία και η εξειδίκευση του προσωπικού. Όσον αφορά το πρώτο, πριν την αξιολόγηση του JCI, η αξιολόγηση του πόνου γινόταν υποκειμενικά, απουσία κλιμάκων. Επίσης το νοσηλευτικό προσωπικό δεν ανησυχούσε τόσο, όσο έπειτα την JCI αξιολόγηση, για τους αναισθητοποιημένους ασθενείς. Σήμερα η αξιολόγηση του πόνου γίνεται συνεχώς, ανεξαρτήτου διάγνωσης, μέσα σε

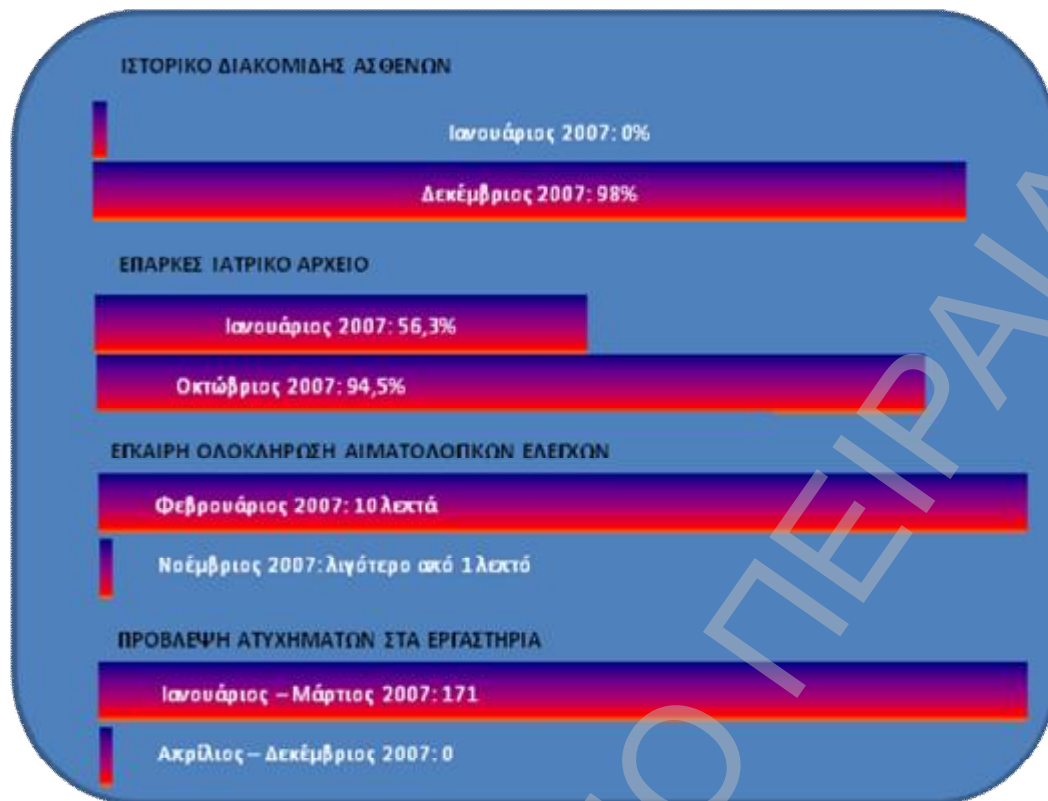
ορισμένο χρονικό πλαίσιο, όπου αξιολογείται η δραστικότητα του κατασταλτικού φαρμάκου.

Όπως αναφέρθηκε, το DRK γκρουπ, πέτυχε αρκετά στον τομέα της ασφάλειας των ασθενών. Το νοσοκομείο ανέπτυξε μεθόδους καταγραφής ατυχημάτων των ασθενών, καθώς και των ενδο-νοσοκομειακών λοιμώξεων και συνεπώς μείωσε το όποιο ρίσκο γύρω από την ασφάλειά τους.²⁹

Για την βελτίωση της ασφάλειας όλων, συμπεριλαμβανομένου και των υπαλλήλων, το νοσοκομείο έχει διαμορφώσει έναν ειδικό χώρο για εύφλεκτες και επικίνδυνες χημικές ουσίες, όπου θα φυλάσσονται προληπτικά. Οι υπάλληλοι χρησιμοποιούν καλύτερα εργαλεία πλέον, όπως γάντια, μάσκες και γυαλιά, έτσι ώστε να μειωθεί το ρίσκο της εξάπλωσης των τοξικών, γεγονός που μειώνει και το περιβαλλοντικό ρίσκο.

Επίσης ανέπτυξαν διαδρόμους επείγουσας εξόδου (έντονη μπογιά), αντικαθιστώντας πόρτες επείγουσας διαφυγής, οι οποίες δεν άνοιγαν ποτέ όταν απαιτούταν, λόγω μη συχνής χρήσης.

Το DRK γκρουπ, πέτυχε την πρώτη του διαπίστευση από το JCI το 2002, ενώ σε δεύτερο επίπεδο, αξιολογήθηκε πάλι τα τέλη του 2007. Η τρίτη επιθεώρηση από τον JCI, πραγματοποιείται το Φθινόπωρο του 2009, ανεβάζοντας τον πήχη όσον αφορά την πρόοδο στις κλινικές επιδόσεις και σε θέματα ασφαλείας. Κάποιες επιδόσεις που αφορούν το πριν και το μετά της επιθεώρησης, φαίνονται στον παρακάτω πίνακα. (Πίνακας 4)



Πίνακας 4. Ποιοτικές βελτιώσεις στο DRK γκρουπ. Οι συγκρίσεις αφορούν ιστορικό μεταφοράς ασθενών, ιατρικό αρχείο, έγκαιρη ολοκλήρωση αιματολογικών ελέγχων και πρόβλεψη ατυχημάτων στα εργαστήρια. Οι βελτιώσεις αφορούν συνολικά το διάστημα Ιανουάριος 2007 – Νοέμβριος 2007- Πηγή *Joint Commission International, 2009*)

5.5 Επιδόσεις νοσοκομείων σε θέματα ποιότητας – Ευρήματα κλειδιά

Στην αμέσως προηγούμενη ενότητα, αποτυπώθηκαν ξεκάθαρα επιδόσεις νοσοκομειακών φορέων σε επίπεδο χώρας και οι βελτιώσεις που επιτεύχθηκαν με την εφαρμογή των αρχών του JCAHO σε παγκόσμια κλίμακα. Τα τελευταία έξι χρόνια, τα διαπιστευμένα νοσοκομεία έχουν θέσει ως αδιαπραγμάτευτη προτεραιότητα την ποιότητα και την ασφάλεια των ασθενών. Στην *Αναφορά για την Ποιότητα και την Ασφάλεια 2008*³⁰, παρέχεται μια καλύτερη εικόνα για τις δύο τελευταίες παραμέτρους, μέσα από το πόσο καλά διαχειρίζονται τα νοσοκομεία ιατρικές καταστάσεις όπως

- Καρδιακή προσβολή

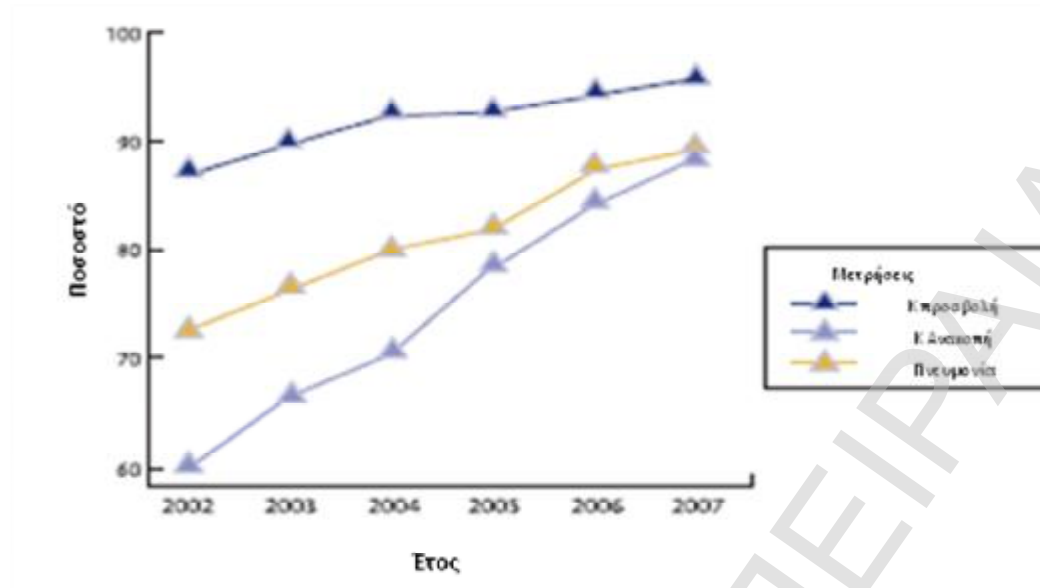
- Καρδιακή ανεπάρκεια
- Πνευμονία
- Χειρουργική φροντίδα

Για την αποτύπωση της βελτίωσης αυτής, αξιολογήθηκαν συνολικά 25 διαφορετικές συνιστώσες/παράμετροι, οι κυριότερες των οποίων θα αναπτυχθούν παρακάτω. Όπως προέκυψε, όλα τα νοσοκομεία εμφάνισαν βελτίωση σε όλους τους τομείς που αξιολογήθηκαν κατά το διάστημα 2006-2007, ενώ παράλληλα υπάρχει σταθερή και προοδευτική βελτίωση από το 2002.

Είναι γεγονός όμως ότι η βελτίωση είναι μια συνεχιζόμενη διαδικασία και ειδικά στον χώρο της υγείας ο στόχος συνεχώς μετακινείται. Μάλιστα, σε επίπεδο έθνους (ΗΠΑ) ενώ ορισμένοι δείκτες αγγίζουν το 100% σε ορισμένα νοσοκομεία, άλλοι δείκτες πάλι δύσκολα ξεφεύγουν από το 50-70%. Για αυτό η δουλειά για την βελτίωση της ποιότητας απαιτεί συνέχεια.

Είναι γεγονός επίσης ότι δεν προσφέρουν όλα τα νοσοκομεία το ίδιο επίπεδο ποιότητας:³¹ Ορισμένα από αυτά τα καταφέρνουν καλύτερα στη διαχείριση συγκεκριμένων καταστάσεων από άλλα. Επίσης, οι επιδόσεις των νοσοκομείων, διαφέρουν από πολιτεία σε πολιτεία.

Τα διαπιστευμένα από τον JCI νοσοκομεία -όχι μόνο εντός Ηνωμένων Πολιτειών, αλλά παγκοσμίως- έχουν βελτιώσει σημαντικά την παρεχόμενη ποιότητα στην διαχείριση της καρδιακής προσβολής, της καρδιακής ανεπάρκειας, της πνευμονίας και των ατόμων που πρόκειται να χειρουργηθούν. Η βελτίωση αυτή έχει σώσει ζωές και καλυτέρευσε τις συνθήκες διαβίωσης χιλιάδων ασθενών.

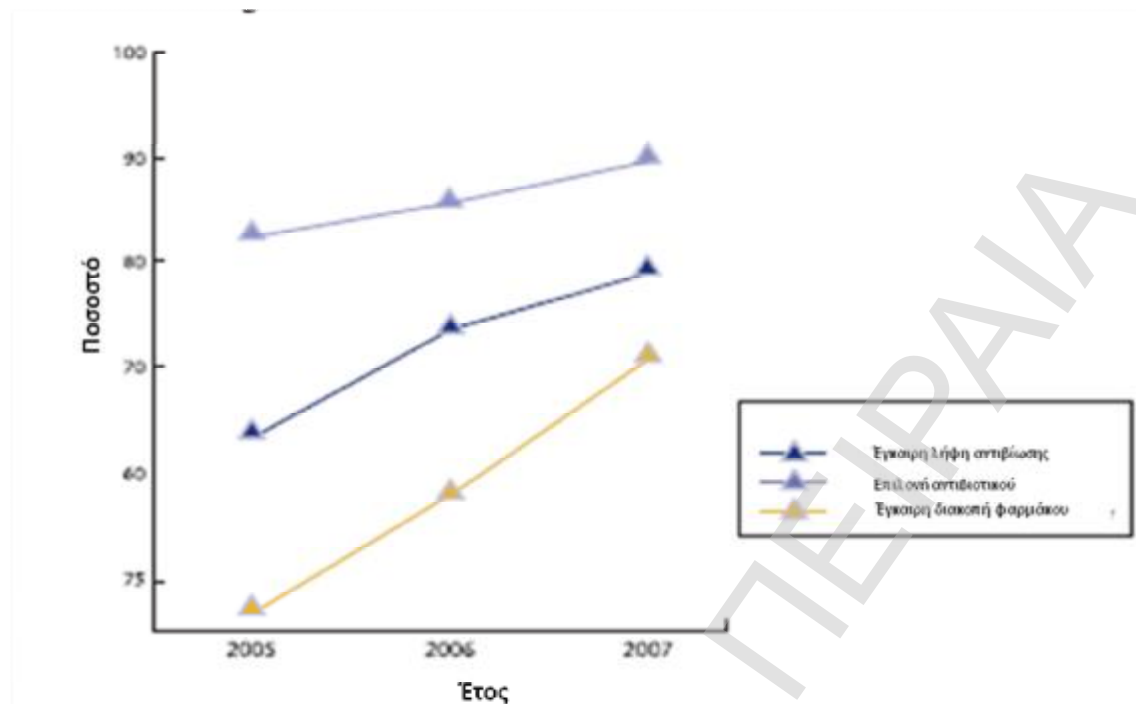


Διάγραμμα 5. Αποτύπωση των επιδόσεων σε παραμέτρους καρδιολογικών προβλημάτων (καρδιακή προσβολή, καρδιακή ανεπάρκεια και διαχείριση της πνευμονίας για το διάστημα 2002-2007 σε νοσοκομεία της Αμερικής. (Πηγή: *The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety, 2008*)

Σύμφωνα με το Διάγραμμα 5, η φροντίδα της καρδιακής προσβολής βελτιώθηκε στο 96% από το 86,9% το 2002 και από το 94,4% το 2006. Σκορ 96% σημαίνει ότι υπήρξε αποδεδειγμένη θεραπεία σε 96 περιπτώσεις από τις 100 που παρουσιάστηκαν.

Επίσης, η διαχείριση της καρδιακής ανεπάρκειας βελτιώθηκε θεαματικά στο 88% το 2007, από 59,7% το 2002 και 84,1% το 2006. Αντίστοιχα, αύξηση παρατηρείται και στην ορθή διαχείριση των περιστατικών πνευμονίας που κατέφθασαν στο νοσοκομείο, όπου από 72,3% το 2002, φτάσαμε σταδιακά στο 89% το 2007 (87,3% το 2006).

Στο Διάγραμμα 6 αντίστοιχα, φαίνεται μια συγκεντρωτική αποτύπωση 3 παραμέτρων που καθορίζουν το επίπεδο φροντίδας περιστατικών που πρόκειται να χειρουργηθούν. Οι μετρήσεις αφορούν το διάστημα 2005-2007. Τα διαπιστευμένα νοσοκομεία, εμφάνισαν συνεχιζόμενη βελτίωση στον τομέα αυτό, που κινήθηκε ανάμεσα σε 3,6% – 12,1%.



Διάγραμμα 6. Βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας σε ασθενείς που πρόκειται να χειρουργηθούν κατά το διάστημα 2005 -2007. Οι τρεις παράμετροι που αξιολογούνται είναι η έγκαιρη χορήγηση αντιβιοτικών, η επιλογή των κατάλληλων και η έγκαιρη διακοπή του (Πηγή: *The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety, 2008*)

Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή του JCI, αντικατοπτρίζουν τις επιδόσεις των διαπιστευμένων νοσοκομείων σε 25 ξεχωριστές συνιστώσες που στο σύνολό τους συνθέτουν την ποιότητα στις προσφερόμενες υπηρεσίες για κάθε μία από τις τέσσερις παραμέτρους (καρδιακή προσβολή, ανεπάρκεια, πνευμονία και χειρουργική αντιμετώπιση).

Υπάρχουν συνολικά 8 συνιστώσες που σχετίζονται με καρδιακή προσβολή, 4 με ανεπάρκεια, οκτώ με πνευμονία και 5 με χειρουργική φροντίδα. Τα δεδομένα προέκυψαν συνολικά από την συνεισφορά 3000 νοσοκομείων.

Από τις 25 συνιστώσες, 13 αναλύθηκαν για το διάστημα 2002-2007, 7 για το διάστημα 2005-2007 και 2 για το διάστημα 2006-2007. Είναι γεγονός ότι το εύρος της βελτίωσης σε εθνικό επίπεδο σε κάθε μια από αυτές τις συνιστώσες κινήθηκε από 4.4% - 56.5% με σταθερή βελτίωση από το 2002. Η βελτίωση αυτή ήταν άμεση και ιδιαίτερα σημαντική σε παραμέτρους όπου οι επιδόσεις ήταν χαμηλές στην έναρξη της περιόδου καταγραφής.

Σε συνιστώσες που μετρήθηκαν για πρώτη φορά το 2005 ή το 2006, οι επιδόσεις είναι γενικότερα χαμηλότερες και υπάρχει μεγαλύτερη μεταβλητότητα σε σχέση με άλλες που καταγράφονται από το 2002, γεγονός που φανερώνει συσχέτιση των μετρήσεων με την παρεχόμενη ποιότητα.

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι υπήρξαν ορισμένες δραματικές βελτιώσεις για τα 6 χρόνια που διήρκεσε η καταγραφή στοιχείων. Θεαματικές βελτιώσεις αφορούν τον έλεγχο και εμβολιασμό για πνευμονιόκοκκο ασθενών με πνευμονία, συμβουλές ζωής για καρδιοπαθείς που εντάσσονται στις περιπτώσεις που προαναφέρθηκαν κα.

Τα διαγράμματα που ακολουθούν στις παρακάτω υποενότητες, είναι αντιπροσωπευτικά της βελτίωσης σε κάθε ένα από τους 4 παράγοντες που αξιολογήθηκε όσον αφορά την διαχείρισή του.

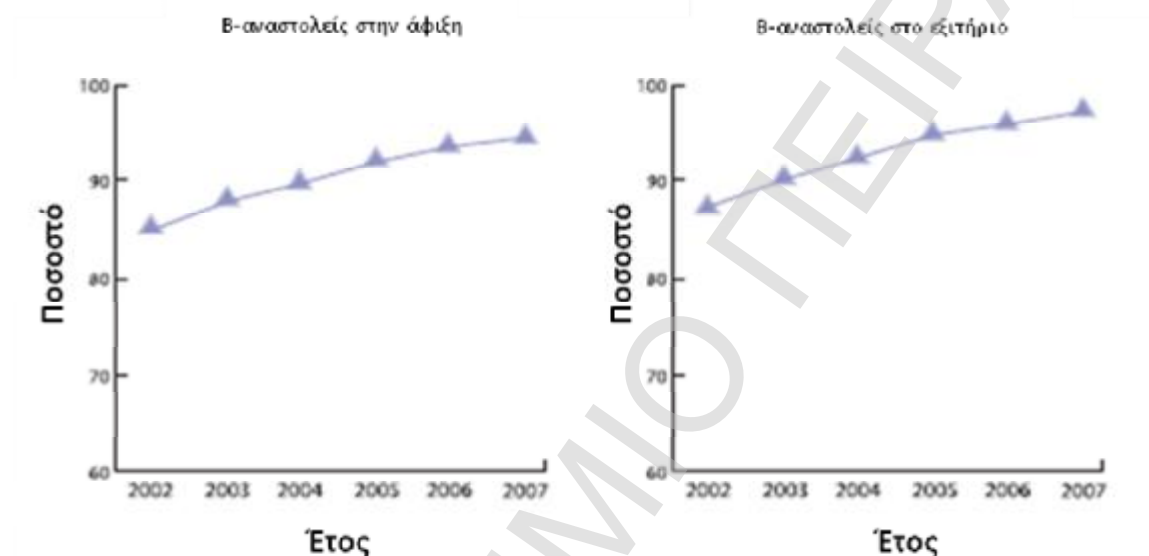
5.5.1 Διαχείριση της καρδιακής προσβολής

Με τον όρο καρδιακή προσβολή, εννοούμε το αποτέλεσμα της μειωμένης παροχής αίματος και οξυγόνου σε τμήμα του καρδιακού μυ. Η μείωση αυτή –συχνά μπλοκάρισμα- μπορεί να οδηγήσει σε αρρυθμίες ενώ μπορεί να επιφέρει και τον θάνατο. Σε περίπτωση που το συμβάν δεν διαχειριστεί κατάλληλα, ο καρδιακός μυς μπορεί να νεκρωθεί.

Τα συμπτώματα είναι ανάμεσα σε άλλα, ένα γενικότερο αίσθημα δυσφορίας, δυσκολία στην αναπνοή, κρύος ιδρώτας, ναυτία, ενοχλήσεις στο στήθος, μούδιασμα, ενώ καμιά φορά ο ασθενής δεν το καταλαβαίνει καν.

Κάθε χρόνο, περισσότεροι από ένα εκατομμύριο Αμερικανοί προσβάλλονται, ενώ οι μισοί περίπου χάνουν τη ζωή τους. Οι μισοί μάλιστα από αυτούς μέσα σε μία ώρα από την έναρξη των συμπτωμάτων και πριν φτάσουν στο νοσοκομείο. Πολλοί μάλιστα δεν καταφεύγουν στο νοσοκομείο για περισσότερες από δύο ώρες, γεγονός που θα εμπόδιζε την εκτεταμένη βλάβη στον μυ και τελικά τον θάνατο.

Στο Διάγραμμα 7, αποτυπώνονται 2 συνιστώσες που η βελτίωσή τους έχει συμβάλει σημαντικά στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της καρδιακής προσβολής, στα διαπιστευμένα νοσοκομεία. Οι συνιστώσες αυτές αφορούν το ποσοστό των ασθενών που λαμβάνουν β-αναστολείς εντός 24ώρου από την άφιξή τους, καθώς και το ποσοστό των ασθενών που λαμβάνουν β-αναστολείς μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.



Διάγραμμα 7. Βελτιώσεις σε παράγοντες που συμβάλλουν στην ορθή διαχείριση της καρδιακής προσβολής το διάστημα 2002-2007. Αποτύπωση του ποσοστού των ασθενών που έλαβε β-αναστολείς εντός 24ώρου από την άφιξη και που συνέχισε να λαμβάνει μετά την απομάκρυνση από το νοσοκομείο. (Πηγή: *The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety, 2008*)

Οι β-αναστολείς είναι φάρμακα που αναστέλλουν την δράση ορισμένων ορμονών και στη συνέχεια μειώνουν τον καρδιακό παλμό και την πίεση, μειώνοντας την απαιτούμενη ποσότητα οξυγόνου στην καρδιά.^{32,33} Με την δράση αυτή, εμποδίζεται περαιτέρω ζημιά του καρδιακού μυ.

Όπως προκύπτει από την ανάλυση των στοιχείων στο διάγραμμα 7, υπήρξε βελτίωση στο ποσοστό των ατόμων που λαμβάνουν β-αναστολείς κατά την άφιξή τους στο νοσοκομείο και στη συνέχεια κατά την μετακίνησή τους εκτός (93,6% σε 94,7% και 96,2% σε 97,2% το διάστημα 2006-2007). Το ποσοστό είναι γενικά πολύ υψηλό αν το συγκρίνει κανείς με τα πρώτα έτη καταγραφής των συγκεκριμένων στοιχείων (2002).

5.5.2 Διαχείριση της καρδιακής ανεπάρκειας

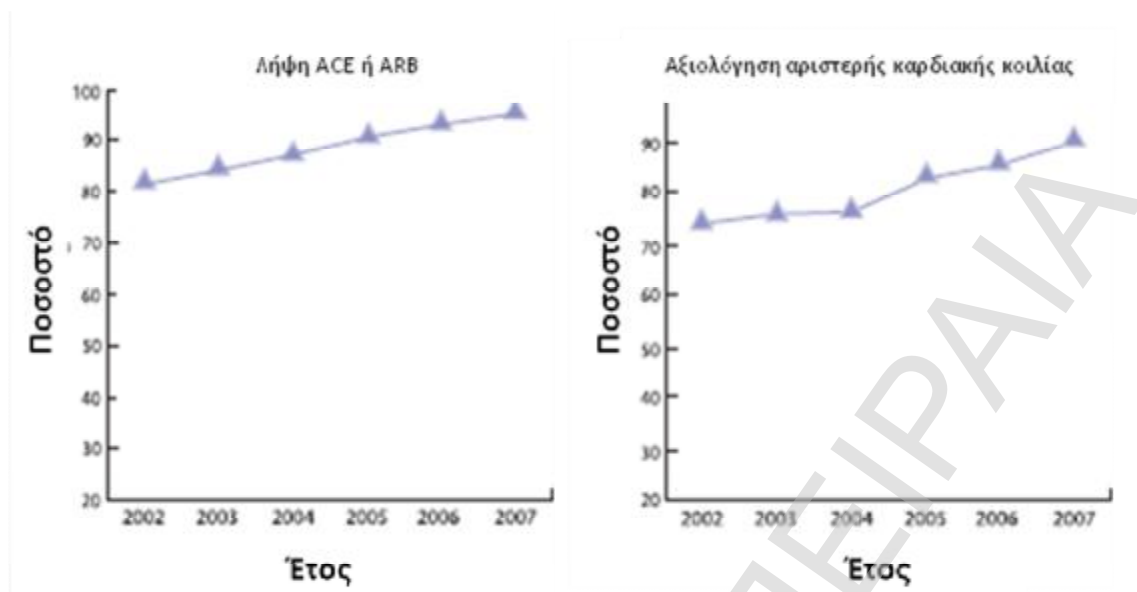
Είναι η κατάσταση εκείνη, κατά την οποία η αριστερή συνήθως κοιλία, που αντιπροσωπεύει τον μεγαλύτερο καρδιακό μυ, εξασθενεί σταδιακά και αποτυγχάνει να αντλεί αίμα σε εντονότερους ρυθμούς. Συχνά αυτός ο τύπος του νοσήματος, εκδηλώνεται με δυσκολίες στην αναπνοή.³⁴

Περίπου 1% του πληθυσμού πάνω από τα 65, εμφανίζει χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια, ενώ το νόσημα αυτό καθαυτό πλήττει 2-3 εκατομμύρια Αμερικανούς πολίτες. Μια μελέτη μάλιστα έδειξε ότι τα τελευταία 20 χρόνια η καρδιακή ανεπάρκεια δεν έχει μειώσει την εμφάνισή της, αλλά από την άλλη, η διάγνωσή της έχει βελτιώσει το προσδόκιμο ζωής.³⁵

Είναι επίσης γεγονός δυστυχώς ότι από το 1999 έως το 2002, περίπου 5 εκατομμύρια Αμερικανοί διαγνώστηκαν με καρδιακή ανεπάρκεια ενώ οι θάνατοι που σχετίζονται με αυτήν, αυξήθηκαν κατά 35,3%. Το συνολικό κόστος εντός ΗΠΑ για τους θανάτους από καρδιακή ανεπάρκεια ανέρχεται σε \$ 27.9 δισεκατομμύρια.

Στο Διάγραμμα 8, αποτυπώνονται 2 συνιστώσες που η βελτίωσή τους έχει συμβάλει σημαντικά στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της καρδιακής ανεπάρκειας, στα διαπιστευμένα νοσοκομεία. Οι συνιστώσες αυτές, περιλαμβάνουν το ποσοστό των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια που τους συνταγογραφήθηκε ACEI ή ARB, μετά το εξιτήριο καθώς και το ποσοστό ασθενών που του αξιολογήθηκε η συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας.

Το ACE και το ARB, είναι φάρμακα με καρδιοπροστατευτική δράση, που δρουν αναστέλλοντας τη λειτουργία κάποιων ενζύμων ή υποδοχέων. Το ποσοστό χορήγησής τους κατά το εξιτήριο του ασθενούς, αυξήθηκε το διάστημα 2002-2007 κατά 53.5% (42.2%→95.7%). Αντίστοιχη ήταν η αύξηση του ποσοστού των ασθενών που τους αξιολογήθηκε η συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας (81.5%→95.4%) για το ίδιο διάστημα (Διάγραμμα 8).



Διάγραμμα 8. Βελτιώσεις σε παράγοντες που συμβάλλουν στην ορθή διαχείριση της καρδιακής ανεπάρκειας το διάστημα 2002-2007. Αποτύπωση του ποσοστού των ασθενών που συνεχίζει να λαμβάνει ACE και ARB με το εξιτήριο και του ποσοστού των ασθενών, στους οποίους αξιολογήθηκε η ικανότητα της αριστερής κοιλίας. (Πηγή: *The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety, 2008*)

Παρά το γεγονός ότι η βελτίωση είναι σε πολλές περιπτώσεις μικρότερη από 1% από έτος σε έτος, αυτή κρίνεται στατιστικά σημαντική, εξαιτίας του μεγάλου αριθμού νοσοκομείων που συμμετέχουν στο χρονικό διάστημα που απεικονίζεται στα διαγράμματα.

5.5.3 Διαχείριση περιστατικών πνευμονίας

Η πνευμονία προκαλείται κυρίως από ιούς ή βακτήρια ή συνδυασμό τους.³⁶ Μπορεί να προκληθεί επίσης από προσρόφηση τροφής, υγρών, αερίων ή ακόμα και από μύκητες. Επίσης ορισμένες ασθένειες όπως η φυματίωση μπορούν να προκαλέσουν πνευμονία.

Στην πράξη περισσότερα από τα μισά περιστατικά πνευμονίας προέρχονται από την δράση ιών και συχνά πλήττουν νεαρά άτομα. Τα συμπτώματα της πνευμονίας είναι παρόμοια με αυτά της κοινής γρίπης, όπως πυρετός, ξερόβηχας, πονοκέφαλος, μυϊκός πόνος, αδυναμία και δυσκολία στην αναπνοή.

Περίπου 5 εκατομμύρια περιστατικά πνευμονίας εμφανίζονται ετησίως, ενώ η τελευταία είναι υπεύθυνη για 55 εκατομμύρια μέρες περιορισμένης δραστηριότητας, 31.5 εκατομμύρια μέρες παραμονής στο κρεβάτι και 1.3 εκατομμύρια μέρες παραμονής σε νοσοκομείο.³⁷ Το ετήσιο κόστος για την αντιμετώπιση της πνευμονίας ανέρχεται σε \$7.5 δισεκατομμύρια.

Στο Διάγραμμα 9, αποτυπώνονται 3 συνιστώσες που η βελτίωσή τους έχει συμβάλλει σημαντικά στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της πνευμονίας, στα νοσοκομεία που φέρουν διαπίστευση από το JCI. Οι συνιστώσες αυτές περιλαμβάνουν αναλύσεις αίματος στις μονάδες εντατικής θεραπείας, υπολογισμό της οξυγόνωσης και πνευμονοκοκκικό εμβολιασμό.

Η πρώτη συνιστώσα αφορά το ποσοστό των ασθενών στους οποίους έγινε ανάλυση αίματος για να διαπιστωθεί η παρουσία βακτηριακών στελεχών πριν την χορήγηση αντιβιοτικών. Τα διαπιστευμένα νοσοκομεία, εμφάνισαν κατά μέσο όρο επίδοση 92.7% στην πραγματοποίηση καλλιέργειας αίματος το 2007, γεγονός που καταδεικνύει βελτίωση σε σχέση με το 90.4% το 2006 (Διάγραμμα 9). Η λήψη αίματος θεωρείται ιδιαίτερα κρίσιμη διαδικασία στην θεραπεία ασθενών με πνευμονία που βρίσκονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας, σύμφωνα με την διεθνή ιατρική πρακτική.

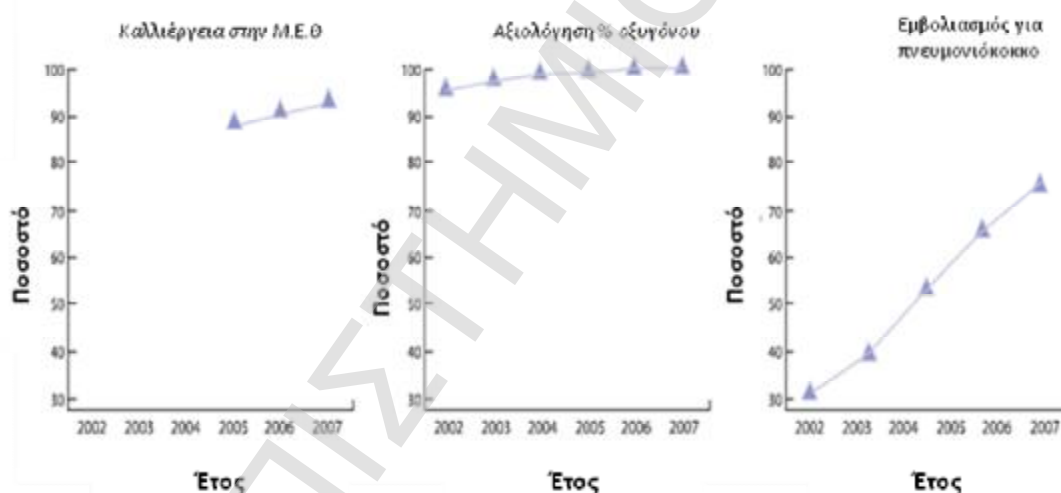
Στην δεύτερη κατά σειρά συνιστώσα, αποτυπώνεται το ποσοστό των ασθενών στους οποίους έγινε μέτρηση της ποσότητας οξυγόνου στην κυκλοφορία του αίματος. Το 2007, τα νοσοκομεία που είχαν υιοθετήσει τις διαδικασίες του JCI, πέτυχαν σχεδόν το άριστο (99.7%) στην αξιολόγηση της ποσότητας του οξυγόνου σε σχέση με το 0.1% χαμηλότερα το 2006 (Διάγραμμα 9).

Όπως γίνεται φανερό, τα νοσοκομεία σε αυτήν την παράμετρο εμφάνισαν τις καλύτερες επιδόσεις κατά απόλυτη τιμή. Επίσης στην περίπτωση αυτή εμφανίστηκε η μικρότερη δυνατή μεταβλητότητα στις εκατοστιαίες τιμές, πράγμα που δείχνει μεγάλη συνέπεια και συμμόρφωση των νοσοκομείων όσον αφορά αυτή τη μέτρηση.

Είναι γεγονός ότι η παροχή οξυγόνου μειώνει την θνησιμότητα σε ασθενείς με πνευμονία και χαμηλά επίπεδα οξυγόνου.³⁸

Η τρίτη κατά σειρά παράμετρος αφορά στο ποσοστό ασθενών ηλικίας πάνω από 65 έτη που εντοπίστηκαν και εμβολιάστηκαν για πνευμονιόκοκκο. Το 2007, τα διαπιστευμένα νοσοκομεία παρουσίασαν ένα Μ.Ο 83.9% για εντοπισμό και εμβολιασμό για πνευμονιόκοκκο σε σχέση με το 75.8% το 2006 (Διάγραμμα 9). Οι επιδόσεις κυμάνθηκαν από 64.8% έως 95.3% το 2007.

Δεδομένης της ανθεκτικότητας που έχουν αναπτύξει τα βακτήρια στα αντιβιοτικά, ο εμβολιασμός ατόμων, ιδιαίτερα της τρίτης ηλικίας, κρίνεται επιβεβλημένος.³⁸ Ο εμβολιασμός προστατεύει κατά 60% από ενδεχόμενη λοίμωξη των πνευμόνων. Σύμφωνα με την διεθνή κλινική πρακτική, όλα τα άτομα άνω των 65 ετών, καθώς και νεαρότερα που εμφανίζουν αυξημένη ποσοστά ανάπτυξης πνευμονίας, θα πρέπει να εμβολιάζονται σε ετήσια βάση ή τουλάχιστον κάθε τρία χρόνια.



Διάγραμμα 9. Βελτιώσεις σε παράγοντες που συμβάλλουν στην ορθή διαχείριση της πνευμονίας το διάστημα 2002-2007. Αποτύπωση του ποσοστού των ασθενών στους οποίους πραγματοποιείται α) καλλιέργεια αίματος κατά την παραμονή τους στην εντατική β) αξιολόγηση του ποσοστού οξυγόνου στο αίμα και γ) πνευμονοκοκκικός εμβολιασμός αντίστοιχα. Η καταγραφή για την καλλιέργεια αίματος αφορά το διάστημα 2005-2007, γιατί πριν γινόταν συνυπολογισμός και συγχώνευση με άλλες παραμέτρους. (Πηγή: The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety, 2008)

5.5.4 Βελτιώσεις στην παροχή χειρουργικής φροντίδας

Η χειρουργική φροντίδα, περιλαμβάνει όλες τις ενέργειες εκείνες που σκοπό έχουν να διασφαλίσουν την ακεραιότητα του ασθενή ελαχιστοποιώντας την πιθανότητα να εμφανίσει κάποια επιπλοκή που σχετίζεται με την επέμβαση ή κάποια λοίμωξη.

Με τον όρο λοίμωξη, εννοούμε μία κατάσταση βλαβερή για τον οργανισμό, ή οποία προκαλείται είτε από παράσιτο, είτε από ιό ή βακτήριο που εισέρχεται στο σώμα ή στους ιστούς και προκαλεί παθολογικές καταστάσεις. Τέτοια γεγονότα μπορεί να συμβούν στην περίπτωση χειρουργικών επεμβάσεων, μέσα από τομές κατά τη διάρκεια του χειρουργείου.

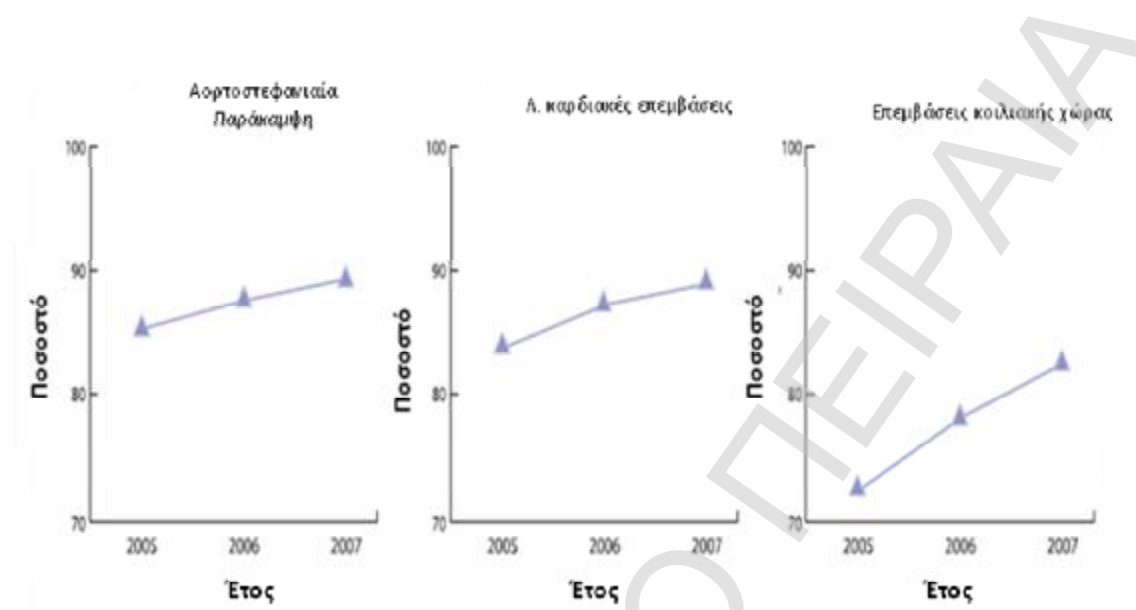
Οι λοιμώξεις αυτές δεν είναι μεταδοτικές. Παρόλα αυτά, μπορούν να έχουν καταστροφικά αποτελέσματα για τον ασθενή και κατά συνέπεια για την οικογένειά του. Μάλιστα οι λοιμώξεις που συσχετίζονται με ενδονοσοκομειακές επεμβάσεις, είναι οι δεύτερες σε συχνότητα λοιμώξεις που λαμβάνουν χώρα στις Ηνωμένες Πολιτείες αλλά και παγκοσμίως. Συγκεκριμένα, από τις 40 εκατομμύρια επεμβάσεις που πραγματοποιούνται ετησίως εντός ΗΠΑ, οι 0.8-2 εκατομμύρια σχετίζονται με ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις.³⁹

Οι λοιμώξεις αυτές σχετίζονται με αρνητικές στατιστικές, όπως την κατά Μ.Ο επιμήκυνση της παραμονής στο νοσοκομείο κατά επτά μέρες και το υψηλό κόστος που κυμαίνεται από \$130- \$845 εκατομμύρια ανά έτος.

Από μελέτες έχει δειχθεί επίσης ότι το 40%-60% των λοιμώξεων αυτών θα μπορούσε να προβλεφθεί, με την παροχή νωρίτερα των κατάλληλων αντιβιοτικών, ενώ στο 25%-50% των επεμβάσεων, κατάχρηση, παράβλεψη, κακός χρονισμός και γενικότερα ακατάλληλη χρήση αντιβιοτικών λαμβάνει χώρα.⁴⁰

Στο Διάγραμμα 10, απεικονίζεται το ποσοστό των ασθενών που τους χορηγήθηκε αντιβίωση μέχρι και μία ώρα πριν το χειρουργείο, στα νοσοκομεία που είναι διαπιστευμένα πλέον από τον Joint Commission. Τα στοιχεία στην περίπτωση αυτή, απεικονίζουν 3 διαφορετικές επεμβάσεις (αορτοστεφανιαία παράκαμψη, λοιπές καρδιακές επεμβάσεις, επεμβάσεις κοιλιακής χώρας) για το διάστημα 2005-2007. Στην πρώτη περίπτωση η βελτίωση το χρονικό διάστημα 2006-2007 ήταν 1.6%

(87.6%→89.3%), στην δεύτερη 1.9% (87%→88.9%) ενώ στην τρίτη ήταν και η μεγαλύτερη με 4.4% (78%→82.4%).



Διάγραμμα 10. Βελτιώσεις σε παράγοντες που συμβάλλουν στην ελάττωση των χειρουργικών επιπλοκών το διάστημα 2005-2007. Απεικονίζεται το ποσοστό των ασθενών που έλαβαν προληπτική αντιβίωση μέχρι και μία ώρα πριν το χειρουργείο. Τα στοιχεία αφορούν αορτοστεφανιαία παράκαμψη, λοιπές καρδιακές επεμβάσεις και επεμβάσεις κοιλιακής χώρας (Πηγή: *The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety, 2008*)

5.5.5 Συμπεράσματα όσον αφορά τις επιδόσεις των νοσοκομείων σε θέματα ποιότητας

Τα παραπάνω στο σύνολό τους αποτελούν ενδεικτικά στοιχεία και αποτυπώνουν την βελτίωση που έχουν πετύχει οι διαπιστευμένοι νοσοκομειακοί φορείς στη βελτίωση του προγράμματος παροχής υπηρεσιών υγείας.

Όλες οι βελτιώσεις, όπως αναφέρθηκε είναι στατιστικά σημαντικές. Πολλές από τις μικρές ποσοστιαίες βελτιώσεις συνέβησαν και συμβαίνουν σε μεγάλο αριθμό ασθενών, γεγονός που σημαίνει ότι περισσότεροι ασθενείς έλαβαν τελική θεραπεία.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι επιδόσεις ήταν ήδη ψηλές και επομένως υπήρχε λιγότερος χώρος για βελτίωση.

Είναι επίσης γεγονός ότι δεν καταφέρνουν όλα τα νοσοκομεία να επιτύχουν το ίδιο επίπεδο παρεχόμενης ποιότητας: Κάποια τα καταφέρνουν καλύτερα από άλλα στην διαχείριση και θεραπεία ορισμένων καταστάσεων/νόσων. Η μεταβλητότητα αυτή είναι γνωστή στη βιομηχανία της υγείας εδώ και αρκετό καιρό.

Οι «καταναλωτές» στον χώρο της υγείας, μπορούν να διασφαλίσουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα για τους εαυτούς τους και την οικογένειά τους, συγκρίνοντας την ποιότητα και την ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών, ρωτώντας το ιατρικό προσωπικό, αξιολογώντας επιλογές και λαμβάνοντας τεκμηριωμένες αποφάσεις.

Οι επιδόσεις στον χώρο της ποιότητας ποικίλουν από χώρα σε χώρα και από πολιτεία σε πολιτεία επίσης.³⁰ Οι διαφορές στις επιδόσεις αυτές μάλιστα από πολιτεία σε πολιτεία, είναι μεγαλύτερες από 10% στα 12 από τα 25 μέτρα αξιολόγησης της ποιότητας που καταγράφηκαν το έτος 2007. Σε αυτή την μεταβλητότητα υπάρχουν βέβαια και εξαιρέσεις: Όπως αναφέρθηκε, το εύρος που αφορά την μέτρηση του ποσοστού οξυγόνου στο αίμα ασθενών με πνευμονία, ήταν λιγότερο από 1% από πολιτεία σε πολιτεία με M.O 99.7% (99.1%-100%- Διάγραμμα 9)

Παρά τις όποιες βελτιώσεις τα τελευταία έξι χρόνια, υπάρχει ακόμα χώρος για αυτές στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ορισμένες παράμετροι οι οποίες συστάθηκαν και τεκμηριώθηκαν το 2002, δεν υλοποιήθηκαν στον βαθμό που αναμενόταν το 2007: Για παράδειγμα τα στοιχεία δείχνουν ότι μόνο το 38.6% των νοσοκομείων εμφανίζει πάνω από 90% συμμόρφωση στην ανίχνευση και τον εμβολιασμό έναντι του πνευμονιόκοκκου για την αντιμετώπιση της πνευμονίας το 2007 (βλέπε και Διάγραμμα 9).

Είναι επίσης γεγονός ότι το 90% των νοσοκομείων εμφανίζει συμμόρφωση μεγαλύτερη από 90% σε μόλις 5 από τις 25 παραμέτρους που καταγράφηκαν το 2007. Το ποσοστό των νοσοκομείων που επιτυγχάνει συμμόρφωση μεγαλύτερη από 90% κυμαίνεται από 99.8% μέχρι και το ελάχιστο 7.2% σε 23 παραμέτρους που αξιολογούν τις προσεγγίσεις σε καρδιακή προσβολή, καρδιακή ανεπάρκεια, πνευμονία και χειρουργική φροντίδα.³⁰

Η καλύτερη επίδοση σημειώθηκε στην αξιολόγηση της ποσότητας οξυγόνου στο αίμα σε ασθενείς με πνευμονία: Το 99.8% των νοσοκομείων πέτυχε συνολική ετήσια

απόδοση (συμμόρφωση) πάνω από 90%. Οι άλλες 4 παράμετροι στις οποίες οι επιδόσεις έδειχναν συμμόρφωση των νοσοκομείων πάνω από 90%, αφορούσαν τα ισχαιμικά καρδιακά επεισόδια.

Οι επιδόσεις σε άλλα 19 παραμέτρους κινούνται από 7.2% σε 89.7%. Οι περισσότερες χαμηλές επιδόσεις αφορούν παραμέτρους που έχουν ως πρώτο έτος καταγραφής το 2005.

Στόχος του Joint Commission¹, αλλά και όλων των φορέων διαπίστευσης που δραστηριοποιούνται στον χώρο των υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να είναι η λύση των όποιων προβλημάτων μη συμμόρφωσης με διάφορους τρόπους, όπως με νέα πρότυπα, με ανάπτυξη εθνικών στόχων για την ασφάλεια των ασθενών και με συνεργασίες με άλλους οργανισμούς που εστιάζουν στην εξέλιξη της ασφάλειας των ασθενών.

5.6 Ασφάλεια ασθενών

Ο όρος «ασφάλεια ασθενών» θα πρέπει να είναι στενά συνδεδεμένος με το όραμα και τους στόχους τους Joint Commission και όλων των συναφών φορέων διαπίστευσης, καθώς και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ).

Αποτελεί ένα ξεχωριστό νέο κλάδο στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας που δίνει έμφαση στην αναφορά, στην ανάλυση και την πρόληψη των ιατρικών λαθών, που συχνά οδηγούν σε ανεπιθύμητα συμβάματα. Η συχνότητα και οι διαστάσεις των εν δυνάμει απευκταίων ανεπιθύμητων γεγονότων δεν ήταν γνωστά, μέχρι και τις αρχές της δεκαετίας του 1990, όπου καταγράφηκαν από πολλές χώρες που αφορούσαν ασθενείς που χάθηκαν ή τραυματίστηκαν από ιατρικά λάθη. Μάλιστα, ο «Healthgrades», ηγετικός οργανισμός στον τομέα αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας, δημοσίευσε μια μελέτη με τίτλο «Ασφάλεια ασθενών στα νοσοκομεία», καταλήγοντας ότι πάνω από ένα εκατομμύριο ανεπιθύμητα συμβάντα σχετίζονταν με νοσηλεία το διάστημα 2000-2002, γεγονός που οδήγησε σε 195 χιλιάδες θανάτους τον χρόνο σε αμερικάνικα νοσοκομεία.⁴³

Αναγνωρίζοντας λοιπόν την αρνητική επίδραση των ιατρικών λαθών σε 1/10 ασθενείς παγκοσμίως, ο ΠΟΥ έστρεψε την προσοχή πάνω στον τομέα της «ασφάλειας των ασθενών»⁴¹.

Σήμερα έχει αναπτυχθεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό επιστημονικό υπόβαθρο θεωρητικής και εργαστηριακής βάσης που παρέχει πληροφορίες γύρω από το κομμάτι της ασφάλειας των ασθενών.⁴² Η γνώση που έχει προκύψει γύρω από την ασφάλεια των ασθενών, συνεχώς συμβάλλει στις προσπάθειες βελτίωσης (γνώση που έχει προκύψει από εμπειρία της λειτουργίας των νοσοκομείων, τις καινοτόμες τεχνολογίες, την επιμόρφωση, την βελτίωση στο σύστημα καταγραφής λαθών και άλλα).

Οι κυριότεροι παράγοντες που οδηγούν σε απώλειες ανθρωπίνων ζώων είναι οι εξής:^{44,45}

Ανθρώπινοι παράγοντες

- Μεταβλητότητα στην εκπαίδευση, την εμπειρία, κούραση
- Διαφορετικές περιπτώσεις ασθενών, πίεση χρόνου
- Αποτυχία στην αναγνώριση της σοβαρότητας των ιατρικών λαθών

Ιατρικοί παράγοντες

- Πολύπλοκες τεχνολογίες, ισχυρά φάρμακα
- Εντατική μονάδα, παρατεταμένη νοσηλεία

Αποτυχία συστήματος

- Χαμηλά επίπεδα επικοινωνίας, απουσία διακριτών ρόλων ανάμεσα σε ιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό
- Προβλήματα που προκύπτουν από την αναλογία ασθενών – νοσηλευτικού προσωπικού
- Φάρμακα που φέρουν παρόμοια ονομασία ή συσκευασία
- Μετάθεση ευθύνης
- Στήριξη σε αυτοματοποιημένα συστήματα για την πρόληψη λαθών
- Περιορισμός δαπανών των νοσοκομείων, ως αποτέλεσμα ευρύτερων περικοπών

- Σχεδιασμός και ανάπτυξη μονάδων (ο σχεδιασμός για παράδειγμα των μονάδων εντατικής θεραπείας, μπορεί να δυσχεραίνει την ασφαλή επίβλεψη των ασθενών)
- Υποδομές⁴⁶ (Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το 50% του ιατρικού εξοπλισμού σε αναπτυσσόμενες χώρες, είναι εν μέρει κατάλληλος για χρήση λόγω έλλειψης κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού ή λόγω απουσίας κρίσιμων ανταλλακτικών)

Όπως θα δούμε και παρακάτω, η ετήσια αναφορά του Joint Commission και άλλων φορέων διαπίστευσης πάνω στην ποιότητα και την ασφάλεια των ασθενών το 2007, βρήκε ότι υπήρχε ανεπαρκής επικοινωνία ανάμεσα στους υπευθύνους παροχής υπηρεσιών υγείας και τον ασθενή με την οικογένειά του. Αυτό ήταν και η αιτία για περίπου το 50% των ανεπιθύμητων συμβάντων στα διαπιστευμένα νοσοκομεία. Άλλοι λόγοι ήταν η ανεπαρκής αξιολόγηση της κατάστασης των ασθενών, η ανεπαρκής ηγεσία και η εκπαίδευση.

Συχνές παρανοήσεις που αφορούν ανεπιθύμητα γεγονότα είναι:

- Το ανθρώπινο λάθος είναι συχνά το σημείο εκκίνησης. Ωστόσο, το πρόβλημα στη διαδικασία παροχής φροντίδας είναι εκείνο που οδηγεί στη «βλάβη» και ακριβώς σε αυτό επικεντρώνεται η βελτίωση
- Διαδικασίες που ενέχουν υψηλό ρίσκο είναι υπεύθυνες για τα περισσότερα ανεπιθύμητα συμβάντα. Είναι γεγονός όμως ότι σε αυτές τις περιπτώσεις, ανεπιθύμητα συμβάντα πραγματοποιούνται όχι εξαιτίας λαθών, αλλά λόγω της σοβαρότητας της κατάστασης που αντιμετωπίζεται (πχ χειρουργείο). Παρόλα αυτά, σύμφωνα με την USP (Φαρμακοποιία Ηνωμένων Πολιτειών), τα ιατρικά λάθη που λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια μιας χειρουργικής διαδικασίας, είναι τρεις φορές πιο πιθανό να δημιουργήσουν προβλήματα στους ασθενείς από ότι άλλες διαδικασίες παροχής φροντίδας.⁴⁷
- Αν υπάρξει κάποιο ανεπιθύμητο συμβάν σε ασθενή κατά την παροχή φροντίδας, τότε, έχει συμβεί κάποιο –ιατρικό- λάθος. (σχεδόν στο σύνολό της, η παροχή φροντίδας υγείας περιέχει κάποιο επίπεδο ρίσκου και είναι δυνατόν να υπάρξουν επιπλοκές ή παρενέργειες, απρόβλεπτες πολλές φορές από την υπάρχουσα κατάσταση ή την ίδια την θεραπεία)⁴⁸

Σύμφωνα με μια μελέτη, το σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών, θα μπορούσε να εξασφαλίσει περισσότερα από \$81 δισεκατομμύρια ετησίως από τα ιατρικά λάθη, εάν η υγεία υποστηριζόταν από ένα σύστημα τεχνολογικής πληροφόρησης.⁴⁹

Το μεγαλύτερο εμπόδιο στην διάδοση της τεχνολογίας είναι το κόστος, παρά την ωφέλεια που προκύπτει για τον ασθενή από τα χαμηλότερα κόστη. Είναι γεγονός πάντως ότι με τον τρόπο αυτό τα νοσοκομεία χάνουν διπλά, γιατί από την μία θα πρέπει να καλύψουν το κόστος εφαρμογής και από την άλλη τα έσοδά τους μειώνονται λόγω της βραχύτερης παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο.

Χειρόγραφες αναφορές ή σημειώσεις, παραγγελίες που γίνονται με το χέρι, μη ευανάγνωστα κείμενα, οδηγούν σε σημαντικά λάθη ή τραυματισμούς, σύμφωνα με την αναφορά του IOM (Ινστιτούτου Ιατρικής) και του JCAHO. Η αναφορά αυτή έδινε κατευθύνσεις υπέρ ενός ηλεκτρονικού αρχείου ασθενών, ηλεκτρονικών παραγγελιών, με σύγχρονα συστήματα πληροφόρησης για την υποστήριξη των κλινικών αποφάσεων.⁵⁰

Στοιχεία που καλύπτουν το κομμάτι της ιατροτεχνολογικής πληροφόρησης είναι τα εξής:

- Ηλεκτρονικό αρχείο ασθενών
- Σύστημα καταχώρησης παραγγελιών
- Πλήρες σύστημα ασφαλούς χορήγησης φαρμάκων

5.6.1 Λύσεις στο κομμάτι της ασφάλειας των ασθενών από τον JCAHO

Είναι γεγονός ότι κανένα ανεπιθύμητο γεγονός δεν θα έπρεπε να συνέβαινε στον κόσμο, εάν υπάρχει η γνώση που θα το εμποδίσει από το να συμβεί. Η γνώση αυτή όμως, είναι σχεδόν άχρηστη εάν δεν περνάει στο στάδιο της υλοποίησης. Η μετάφραση της γνώσης σε πρακτικές λύσεις, είναι ο υπέρτατος στόχος στο κομμάτι που αφορά τις ενέργειες για την ασφάλεια των ασθενών.

Τόσο ο Joint Commission, όσο και το θυγατρικό του δημιούργημα, ο JCI, ανέπτυξαν μια σειρά από λύσεις στον τομέα της ασφάλειας των ασθενών εκλαμβάνοντας τον εαυτό τους ως μία παγκόσμια σύμπραξη στον χώρο της υγείας και της ασφάλειας.⁵¹

Ο σκοπός της απόδοσης των λύσεων αυτών, ήταν η καθοδήγηση του επανασχεδιασμού της διαδικασίας γύρω από την φροντίδα, έτσι ώστε να εμποδιστούν αναπόφευκτα ανθρώπινα λάθη πριν καταλήξουν στους ασθενείς.

Κάθε λύση παρουσιάζει ταυτόχρονα ένα πρόβλημα, τα στοιχεία που υποστηρίζουν την λύση, τα δυνητικά εμπόδια στην υιοθέτησή της, το ρίσκο των ακούσιων συνεπειών που κρύβει η ίδια η λύση, τον ρόλο του ασθενή και της οικογένειάς του στη λύση και την αναφορά σε πηγές.

Λύσεις στην ασφάλεια των ασθενών σημαίνει:

“Οποιοσδήποτε σχεδιασμός ή παρέμβαση που έχει αποδεδειγμένη ικανότητα να εμποδίζει ή να ελαττώνει την βλάβη που δημιουργείται στον ασθενή μέσα από τις διαδικασίες παροχής φροντίδας υγείας”

Τον Ιανουάριο του 2007, η διεθνής επιτροπή του JCAHO, ανέπτυξε εννέα (9) συνολικά προσεγγίσεις για την ασφάλεια των ασθενών. Οι εννέα αυτές προσεγγίσεις, ήταν το αποτέλεσμα της συνεργασίας ενός εκτεταμένου δικτύου επιστημόνων για την μείωση του ρίσκου των πιο κοινών ιατρικών λαθών που δημιουργούν σοβαρά προβλήματα στους ασθενείς.²⁵ Οι προσεγγίσεις/ λύσεις γύρω από την ασφάλεια των ασθενών αναπτύσσονται στις επόμενες παραγράφους:

5.6.2 Φάρμακα που μοιάζουν ή ακούγονται παρόμοια

Η ύπαρξη ονομάτων που δημιουργούν σύγχυση, είναι μία από τις πιο κοινές αιτίες λαθών παγκοσμίως. Με δεκάδες φάρμακα στην αγορά, η πιθανότητα λάθους εξαιτίας παρόμοιων ακουστικά και μόνο φαρμάκων, είναι σημαντική.⁵

Σε αυτό το πρόβλημα, συμβάλλει και ο δυσανάγνωστος τρόπος συνταγογράφησης, η ελλιπής γνώση των ονομάτων, τα νέα προϊόντα, η παρόμοια συσκευασία καθώς και η αδυναμία των κατασκευαστών και των ρυθμιστικών αρχών να αναγνωρίσουν το

λάθος και να συντάξουν αναλύσεις που αφορούν το ρίσκο, πριν την τελική έγκριση του ονόματος.⁵³ Το Ινστιτούτο για ασφαλείς ιατρικές πρακτικές (ISMP) έχει συντάξει μια οκτασέλιδη λίστα με φάρμακα που συνήθως ευθύνονται για ιατρικά λάθη. Η δυναμική του LASA ενσωματώθηκε στο περιεχόμενο των εθνικών στόχων για την ασφάλεια των ασθενών του Joint Commission.⁵⁴

Επίσης έγιναν συστάσεις που εστίαζαν στη βελτίωση του γραφικού χαρακτήρα, των προ εκτυπωμένων εντολών και της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Ταυτόχρονα, έγιναν συστάσεις για περιοδική ανάλυση σε αναζήτηση νέων ονομάτων, διαχωρισμό στη φύλαξη των φαρμάκων της LASA και εκπαίδευση προσωπικού στη λίστα αυτή.

5.6.3 Ταυτότητα ασθενών

Οι κυριότεροι περιπτώσεις που αφορούν τη σύγχυση στην ταυτότητα των ασθενών, είναι εκείνες της χορήγησης φαρμάκου, της φλεβοτομής, της μετάγγισης αίματος και της χειρουργικής παρέμβασης.⁵⁵

Το γεγονός της σύγχυσης των ασθενών, αποτελεί τη ρίζα για πολλά κακά. Για τον λόγο αυτό ο Joint Commission έθεσε ως πρώτη προτεραιότητα την βελτίωση της ακρίβειας στην ταυτότητα του ασθενούς. Ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις χρησιμοποιούνται «βραχιόλια» για την εξακρίβωση των ασθενών που νοσηλεύονται σε κάποια νοσοκομεία, αρκετά προβλήματα κάνουν το σύστημα αυτό λιγότερο λειτουργικό. Νέες τεχνολογίες όπως ο γραμμωτός κώδικας είναι αρκετά υποσχόμενες.⁵⁶

Προτάσεις που θα πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη του ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, αφορούν την διασφάλιση ότι τα νοσοκομεία έχουν συστήματα που:

- Τονίζουν την ευθύνη των εργαζομένων στην διασταύρωση των στοιχείων πριν την χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής
- Ενθαρρύνουν τη χρησιμοποίηση τουλάχιστον δύο παραμέτρων στην ταυτοποίηση του ασθενούς
- Παραμετροποιούν την ταυτότητα του ασθενούς κατά την παρουσία του σε διαφορετικές κλινικές στο ίδιο νοσοκομείο

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται επίσης στην εκπαίδευση σε διαδικασίες εξακρίβωσης και στη σημασία στη σωστή αναγνώριση των ασθενών με τρόπο τέτοιο που θα αποδίδει σεβασμό στην ιδιωτικότητα.

5.6.4 Επικοινωνία μεταξύ των ιατρικών ομάδων

Το πέραςμα του ασθενούς από διαδοχικές μονάδες φροντίδας οδηγεί συχνά σε παραλήψεις ή παρανοήσεις. Τα κενά αυτά στην επικοινωνία μπορούν να δημιουργήσουν προβλήματα στην αρμονική συνέχεια της φροντίδας, ακόμα και προβλήματα στον ίδιο τον ασθενή.⁵⁷

Πληροφορίες που είναι απαραίτητο να διαβιβάζονται μεταξύ των ομάδων φροντίδας του ασθενή, είναι εκείνες που αφορούν την κατάστασή του και τις όποιες αλλαγές της, την τρέχουσα θεραπεία και πιθανές αλλαγές ή επιπλοκές που μπορεί να συμβούν. Παράδειγμα απαραίτητης επικοινωνίας μεταξύ ιατρικών ομάδων είναι εκείνο που αφορά την συνεργασία της αναισθησιολογικής μέριμνας και της επανάκαμψης σε θάλαμο νοσηλείας.⁵⁸

Προτάσεις του JCAHO για την αντιμετώπιση του προβλήματος αφορούν:⁵⁹

- Την διασφάλιση ότι τα νοσοκομεία εφαρμόζουν πρότυπη προσέγγιση κατά την «παράδοση» των ασθενών σε διαφορετική ιατρική ομάδα
- Την διάθεση χρόνου για την επικοινωνία των απαραίτητων πληροφοριών που απαιτούνται μέσω ερωταπαντήσεων
- Την πρόνοια γύρω από πληροφορίες που αφορούν την κατάσταση του ασθενούς, την φαρμακευτική αγωγή, το πλάνο θεραπείας και οποιεσδήποτε αλλαγές του
- Διασφάλιση τέλος ότι εφαρμόζονται συστήματα που εξασφαλίζουν ότι ο επόμενος φορέας υγείας που θα απευθυνθεί ο ασθενής θα έχει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες που αφορούν την τελική διάγνωση, το σχέδιο θεραπείας και κλινικές μετρήσεις

5.6.5 Σωστές επεμβάσεις στον σωστό άρρωστο

Λάθος διαδικασίες, όπως λάθος θάλαμος, λάθος κλινική, λάθος ασθενής, λάθος μόσχευμα, είναι λιγότερο συχνές, αλλά συμβαίνουν και μάλιστα εμφανίζουν μία σταθερά αυξητική τάση. Για παράδειγμα στην Αμερική, καταγράφηκαν 88 τέτοια περιστατικά από τον Joint Commission το 2005 και άλλα τόσα από άλλους οργανισμούς.

Οι παραπάνω περιπτώσεις, είναι αποτέλεσμα της έλλειψης επικοινωνίας και των μη διαθέσιμων ή ανακριβών πληροφοριών.⁶⁰ Λεπτομερείς αναλύσεις των παραπάνω περιπτώσεων δείχνουν ότι ένας σημαντικός παράγοντας που συνεισφέρει στα λάθη, είναι η έλλειψη προτυποποιημένων προ-εγχειριντικών διαδικασιών και πιθανώς ο βαθμός αυτοματοποίησης σε τέτοιες διαδικασίες ρουτίνας.

Το 2003, ο Joint Commission, επιλήφθηκε του θέματος με την ανάπτυξη τριών απαιτήσεων. Για την συνέχιση της αναφοράς λαθών σε τοποθεσία, διαδικασία και άτομο, διοργάνωσε ένα συνέδριο, σε συνεργασία με περισσότερες από τριάντα ερευνητικές ομάδες στις Ηνωμένες Πολιτείες. Επεδίωξε δε περαιτέρω συζητήσεις και συμφωνίες για την συνειδητοποίηση του προβλήματος, σχεδίασε τις βασικότερες αρχές μέσα από τις οποίες θα γινόταν εφικτή η πρόληψη και έκανε συγκεκριμένες συστάσεις που πλέον έχουν την μορφή ενός «Καθολικού Πρωτοκόλλου».

Οι συστάσεις/απαιτήσεις που ανέπτυξε συνοπτικά περιλαμβάνουν:⁶¹

- Ενεργή συμμετοχή με την εμπλοκή της ηγεσίας και του συνόλου των εμπλεκομένων στο δίπτυχο «κατάλληλο χειρουργείο στον κατάλληλο άρρωστο»
- Ανάπτυξη και διατήρηση πρωτοκόλλων που

α) παρέχουν στοιχεία που επαληθεύουν την ταυτότητα του αρρώστου, την διαδικασία που θα ακολουθηθεί, το μέρος και το πρόθεμα που θα χρησιμοποιηθεί (όπου εφαρμόζεται)

β) απαιτούν και τη συμμετοχή του αρρώστου στην τελική διακρίβωση (σωστό σημείο τομής ή εισαγωγής κτλ).

5.6.6 Έλεγχος διαλυμάτων ηλεκτρολυτών υψηλής συγκέντρωσης

Ενώ όλα τα φάρμακα, οι βιολογικές ουσίες, τα εμβόλια έχουν ένα καθορισμένο προφίλ επικινδυνότητας, τα ενέσιμα διαλύματα ηλεκτρολυτών είναι ακόμα ιδιαίτερα επικίνδυνα: Οι αναφορές σε θανάτους και σοβαρές αναπηρίες που σχετίζονται με αυτά τα φάρμακα, είναι συνεχείς και δραματικές. Για παράδειγμα η χορήγηση χλωριούχου καλίου στον Καναδά, οδήγησε σε θάνατο 23 περιστατικά το διάστημα 1993-1996.

Τις περισσότερες φορές, δεν είναι κλινικά εφικτό να αναστρέψεις την επίδραση της χορήγησης υψηλής συγκέντρωσης ηλεκτρολυτών και συνήθως ο θάνατος είναι η επακόλουθη κλινική παρατήρηση.⁶²

Σύμφωνα με τον JCAHO, είναι ιδιαίτερα κρίσιμης σημασίας η διαθεσιμότητα, η πρόσβαση, η συνταγογράφηση, η προετοιμασία, η ταυτοποίηση, η χορήγηση και η παρακολούθηση των αντιδραστηρίων αυτών, ώστε να αποφευχθούν ή να ελαχιστοποιηθούν οι όποιες ανεπιθύμητες ενέργειες.

Ο καθορισμός της δόσης, οι μονάδες μέτρησης και η ορολογία είναι κρίσιμα συστατικά της ασφαλούς χρήσης συγκεντρωμένων ηλεκτρολυτών.⁶³ Επιπλέον, μίγματα διαλυμάτων συγκεκριμένων ηλεκτρολυτών θα πρέπει να αποφεύγονται (για παράδειγμα χλωριούχο κάλιο με χλωριούχο νάτριο). Οι προσπάθειες αυτές απαιτούν ειδική προσοχή, κατάλληλο προσωπικό, συνεργασίες, διαδικασίες διακρίβωσης και διάφορες άλλες ενέργειες που θα διαφυλάξουν τη σωστή χρήση.

5.6.7 Διασφάλιση της σωστής φαρμακευτικής αγωγής

Λάθη κατά την φαρμακευτική αγωγή συμβαίνουν κυρίως κατά την συνταγογράφηση και την χορήγηση. Τέτοια λάθη κοστίζουν ετησίως σε 1,5 εκατομμύρια πολίτες, ενώ αρκετές χιλιάδες χάνονται κάθε χρόνο στις ΗΠΑ, ανεβάζοντας το ετήσιο κόστος κατά \$3,5 δισεκατομμύρια.⁶⁴

Σε ορισμένες χώρες, ως και το 67% του ιστορικού των ασθενών στη χορήγηση φαρμάκων έχει ένα ή περισσότερα λάθη και μέχρι 46% των λαθών αφορούν την

συνταγογράφηση νέων φαρμάκων κατά την εισαγωγή ή το εξιτήριό τους από το νοσοκομείο.⁶⁵

Η πρωτοβουλία του Joint Commission για την πρόληψη της λάθος φαρμακευτικής αγωγής κατά την εισαγωγή ή το εξιτήριο του ασθενή περιλαμβάνει:⁶⁶

- Διατήρηση πλήρους και ενημερωμένης «βάσης χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής» για όλους τους ασθενείς
- Σύγκριση της λίστας των φαρμάκων που δίνονται κατά την είσοδο/έξοδο των ασθενών στο νοσοκομείο με τα φάρμακα που τελικά συνταγογραφούνται. Κοινοποίηση στη συνέχεια των όποιων λαθών στον υπεύθυνο. Οι όποιες διαφοροποιήσεις/αλλαγές, θα πρέπει να καταγράφονται
- Ενημέρωση της λίστας με όλα τα νέα φάρμακα που πρέπει να παίρνει ο ασθενής, έτσι ώστε να αντικατοπτρίζεται η τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή του
- Επικοινωνία της λίστας σε όλους όσους συμμετέχουν στην φροντίδα του ασθενούς (στον τελευταίο η λίστα αυτή, θα πρέπει να του χορηγείται μάλιστα κατά την απομάκρυνσή του από το νοσοκομείο, για μελλοντική χρήση)

5.6.8 Αποφυγή προβλημάτων που σχετίζεται με διασωληνώσεις, καθετήρες και σύριγγες

Οι διασωληνώσεις, οι καθετήρες και οι σύριγγες, είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της καθημερινής φροντίδας υγείας για την παροχή φαρμακευτικής αγωγής στους ασθενείς. Ο σχεδιασμός αυτών των εργαλείων υγείας είναι τέτοιος, που λάθος συναρμολόγηση και διασύνδεσή τους, μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικά προβλήματα και πολλές φορές σε λάθος αγωγή (πολλές συσκευές, πολλές διαφορετικές αγωγές παράλληλα). Η καλύτερη λύση στηρίζεται στον σχεδιασμό που εμποδίζει τα όποια λάθη διασύνδεσης και ωθεί τον χρήστη στην ενδεδειγμένη ενέργεια.⁶⁷

Οι προτάσεις του Joint Commission, για θεώρηση από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), έχουν να κάνουν με την διασφάλιση ότι οι οργανισμοί παροχής φροντίδας υγείας θα πρέπει να έχουν υπαρκτά συστήματα και διαδικασίες που:

- Τονίζουν στον ασθενή και την οικογένειά του ότι δεν θα πρέπει να γίνεται καμία ενέργεια σύνδεσης ή αποσύνδεσης από τη μεριά τους. Πάντα θα πρέπει να αναζητούν συνδρομή από το κλινικό προσωπικό
- Απαιτούν τη σήμανση καθετήρων υψηλού ρίσκου (αρτηριακών, επισκληρίδιων κτλ)
- Επανελέγχουν τις συνδέσεις των συσκευών που προαναφέρθηκαν και ιχνηλατούν την προέλευσή τους
- Που ενθαρρύνουν τον έλεγχο και αξιολογούν το ρίσκο εμφάνισης λάθους στη συνδεσμολογία κατά την αγορά καθετήρων και λοιπών συναφών ιατρικών συσκευών

5.6.9 Αποφυγή της χρήσης βελόνων/συρίγγων περισσότερες από μία φορά

Μια από τις μεγαλύτερες ανησυχίες παγκόσμια, είναι η μετάδοση του ιού του AIDS (HIV), της ηπατίτιδας Β (HBV) και της ηπατίτιδας C, εξαιτίας της επαναχρησιμοποίησης συρίγγων.⁶⁸ Το πρόβλημα αυτό είναι παγκόσμιο και επηρεάζει τόσο αναπτυσσόμενες όσο και ανεπτυγμένες χώρες. Πολλές έρευνες έχουν εντοπίσει την έκταση και την σοβαρότητα του προβλήματος.

Ο Joint Commission, σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), αναπτύσσουν ένα δίκτυο, που σκοπό έχει να συσπειρώσει όλους τους εμπλεκόμενους για να προάγει την ασφάλεια των ενέσιμων θεραπειών.

Μέσα από το δίκτυο αυτό⁶⁹, θα παρέχονται συμβουλές διαχείρισης και εργαλεία που θα βοηθήσουν τις χώρες στο να έχουν πρόσβαση σε ασφαλή εξοπλισμό και στο να προάγουν την εκπαίδευση του ιατρικονοσηλευτικού προσωπικού και την λογική χρήση των ενέσεων.

5.6.10 Εστίαση στην ατομική υγιεινή, για να εμποδιστεί η μετάδοση μολύνσεων

Υπολογίζεται ότι κάθε στιγμή, περισσότεροι από 1.4 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως υποφέρουν από μολύνσεις που αποκτήθηκαν σε νοσοκομεία.⁷⁰ Οι

μολύνσεις αυτές αφορούν τόσο αναπτυσσόμενες όσο και ανεπτυγμένες χώρες. Στις τελευταίες, ένα 5-10% των ασθενών στα νοσοκομεία εμφανίζει κάποια μόλυνση, ενώ το 15-40% που νοσηλεύονται στις εντατικές μονάδες πιστεύεται ότι πλήττεται επίσης. Σε κλινικές μάλιστα που οι πόροι είναι περιορισμένοι, η εμφάνιση μολύνσεων μπορεί να ξεπεράσει το 20%. Τα διαθέσιμα στοιχεία όμως είναι περιορισμένα και απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση.⁷¹

Στις ΗΠΑ, 1 στους 136 ασθενείς, εμφανίζει σοβαρές επιπλοκές, ως αποτέλεσμα λοίμωξης που αποκτήθηκε ενδονοσοκομειακά. Αυτό αντιστοιχεί περίπου σε 2 εκατομμύρια περιπτώσεις ανά έτος, δημιουργώντας ένα επιπλέον κόστος υγειονομικής περίθαλψης της τάξης των \$4.5-5.7 δισεκατομμυρίων και 90.000 θανάτους.

Οι προτάσεις του Joint Commission, που αποτελούν ταυτόχρονα και εισηγήσεις προς τον ΠΟΥ, στοχεύουν στην όσο το δυνατόν μείωση της συχνότητας των μολύνσεων και παράλληλα εστιάζουν:⁷²

- Στην ανάδειξη της υγιεινής των χεριών ως κύρια προτεραιότητα με την βοήθεια της ηγεσίας και της διάθεσης οικονομικών πόρων
- Στην υιοθέτηση πολυσχιδών στρατηγικών που ενσωματώνουν:
 - την πρόληψη μέσω της διάθεσης αλκοολούχων διαλυμάτων στα σημεία παροχής φροντίδας
 - την δυνατότητα πρόσβασης σε τρεχούμενο νερό και απολυμαντικών μέσων
 - την ενημέρωση των εργαζομένων σε συστήματα υγιεινής
 - την παρακολούθηση της εφαρμογής της οδηγιών που παρέχονται, μέσα από προγράμματα επίβλεψης και ανατροφοδότησης των εργαζομένων

5.7 Συναφείς οργανισμοί διαπίστευσης στον χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας

Όπως έχει γίνει μέχρι τώρα φανερό, ο Joint Commission ανήκει στην ομάδα των οργανισμών εκείνων που παρέχουν πιστοποίηση στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας σε διεθνές επίπεδο.³ Αυτή η μη κερδοσκοπική ιδιωτική πρωτοβουλία,

αξιολογεί και πιστοποιεί νοσοκομειακούς φορείς στην Ασία, στην Ευρώπη, στην Μέση Ανατολή και την Νότια Αμερική, ενώ φιλοδοξεί να επεκτείνει τις δραστηριότητές της περαιτέρω.

Οι δραστηριότητες της δεν σταματούν στον τομέα της διαπίστευσης, αλλά παρέχει μια σειρά από εκπαιδευτικά προγράμματα που σκοπό έχουν την περαιτέρω κατάρτιση και επιμόρφωση γύρω από τον χώρο της υγείας.

Υπάρχουν όμως και άλλοι οργανισμοί που εδράζουν εκτός ΗΠΑ και οι οποίοι διαμορφώνουν ένα παρόμοιο προφίλ διεθνούς χαρακτήρα με τον Joint Commission. Ακολουθεί μια συνοπτική παρουσίαση των κυριότερων από τους οργανισμούς αυτούς και των προτύπων τους:

5.7.1 Καναδικό Συμβούλιο Διαπίστευσης στην Παροχή Υπηρεσιών Υγείας (CCHSA)

Ο Καναδικός Οργανισμός Πιστοποίησης, είναι ένας μη κερδοσκοπικός, ανεξάρτητος οργανισμός, που έλαβε την διαπίστευσή του από την ISQua (Διεθνής Κοινότητα για την Παροχή Υπηρεσιών Υγείας).⁷³ Προσφέρει διεθνώς σε οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας μια διαδικασία επισκόπησης για την αξιολόγηση και την βελτίωση των υπηρεσιών που προσφέρονται σε ασθενείς και πελάτες με βάση τα πρότυπα της αριστείας.

Τα προγράμματα διαπίστευσης του Καναδά και η σχετική καθοδήγηση, έχουν βοηθήσει στην προαγωγή του τομέα υπηρεσιών υγείας εδώ και πενήντα χρόνια.

Τα προγράμματα αυτά, αναπτύχθηκαν σε στενή συνεργασία με τους εκάστοτε εμπλεκόμενους οι οποίοι προσέφεραν και προσφέρουν την προσωπική τους εμπειρία, ενώ παράλληλα μελετήθηκε λεπτομερώς η διεθνής βιβλιογραφία. Τέλος, υποστηρικτικές επιτροπές καθοδήγησαν την τελική ανάπτυξη των προτύπων. Τα τελευταία ελέγχθηκαν πιλοτικά σε νοσοκομειακούς φορείς σε όλη την χώρα, αντιπροσωπεύοντας μια ποικιλία από άποψη μεγέθους και παροχών.⁷⁴

Από το 1958, ο Καναδικός Οργανισμός Πιστοποίησης δεσμεύτηκε για την συνεχή βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας στις υπηρεσίες υγείας μέσα από την διαπίστευση. Συνεπώς σε αυτή τη δέσμευση, εισήγαγε ένα νέο πρόγραμμα διαπίστευσης το 2008 (Ομέντουμ). Το πρότυπο αυτό δίνει έμφαση στην επίδοση του συστήματος υγείας, στο σχεδιασμό της πρόληψης, στην ασφάλεια του πελάτη στην μέτρηση των επιδόσεων και την εταιρική διακυβέρνηση.

Η ανάπτυξή του βασίστηκε στα πιο πρόσφατα ερευνητικά αποτελέσματα και στην ανατροφοδότηση από πελάτες, επιθεωρητές υγείας, διοικητικούς υπαλλήλους και προσωπικό της περίθαλψης.

Το Ομέντουμ, θεωρείται από τον Καναδικό Οργανισμό Πιστοποίησης ένα σημαντικό εργαλείο που δίνει την δυνατότητα στα νοσοκομεία να χρησιμοποιήσουν την διαπίστευση αποτελεσματικά και εύκολα, ως οδηγό για την ποιότητα. Η προσθήκη του Ομέντουμ στο πρόγραμμα διαπίστευσης του Καναδά, διασφαλίζει ότι τα προγράμματα αυτά παραμένουν προσανατολισμένα στις ανάγκες των νοσοκομείων και εντός του κλίματος της δευτεροβάθμιας περίθαλψης στην χώρα αυτή.

Ορισμένα από τα χαρακτηριστικά του Ομέντουμ, περιλαμβάνουν νέα και ενημερωμένα πρότυπα, οδηγό επιδόσεων, πλάνο επιθεωρήσεων, αναθεωρημένη και επιτόπια αυτό-αξιολόγηση, μέτρηση επιδόσεων και νέες αναφορές διαπίστευσης. Επίσης ενσωματώνονται αυτοματοποιημένα εργαλεία μέτρησης για γρηγορότερη ανταλλαγή πληροφοριών, βελτιωμένη προτυποποίηση και αντικειμενικότητα, λιγότερη γραφειοκρατία και γρηγορότερη λήψη πληροφοριών από οργανισμούς υπηρεσιών υγείας.

5.7.2 Διαπίστευση υπηρεσιών υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο- Η περίπτωση του TAS

Ο TAS είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός με έδρα το Ηνωμένο Βασίλειο.⁷⁵ Δημιουργήθηκε με αποστολή να διατηρήσει και να αξιολογεί συνεχώς τα επίπεδα ποιότητας, κυρίως στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, μέσα από την επίβλεψη και την διαπίστευση φορέων όπως κλινικές και νοσοκομεία. Οι δραστηριότητες αυτές

επεκτείνονται και εκτός των συνόρων της Αγγλίας (ιδιωτικά νοσοκομεία στο Χονγκ-Κονγκ, στις Φιλιππίνες, στη Μάλτα κα).

Η προσέγγιση του TAS στηρίζεται στο αξίωμα, ότι κανένα νοσοκομείο οπουδήποτε στον κόσμο δεν μονοπωλεί το δικαίωμα του τι αντιπροσωπεύει ένα αποδεκτό επίπεδο ποιότητας και την πλέον ορθή πρακτική παγκοσμίως. Αυτό που είναι σημαντικό είναι η ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν οι ασθενείς, να είναι η καλύτερη δυνατή και τα νοσοκομεία που την παρέχουν πώς θα ανταποκριθούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στις προκλήσεις. Αν τα συνολικά στάνταρντ ενός νοσοκομείου ή κλινικής είναι αποδεκτά, τότε το ιδανικό θα ήταν οι τοπικές διαφορές που σχετίζονται με την ποιότητα, την κουλτούρα και την νομοθεσία να συζητούνται και να ενσωματώνονται στα πρώτα με τον δέοντα τρόπο.

Για τον λόγο αυτό, ο TAS ενδιαφέρεται ιδιαίτερος για τα ηθικά πρότυπα των νοσοκομείων που συνεργάζεται.

Ο TAS συνεργάζεται στενά με τις κλινικές και τα νοσοκομεία που συμμετέχουν για να δημιουργήσει το κατάλληλο και κοινά αποδεκτό σετ προτύπων.⁷⁶ Λόγω του ότι ο χώρος της υγείας συνεχώς αλλάζει, τα πρότυπα αυτά συνεχώς αναθεωρούνται και ενημερώνονται μέσα από ένα σύστημα συνεργατών και αντιπροσώπων των συνεργαζόμενων νοσοκομείων.

Οι επιθεωρήσεις του TAS περιλαμβάνουν απευθείας πρόσωπο με πρόσωπο διάλογο με όλο το προσωπικό (κλινικό και διοικητικό), ενώ οι επιθεωρητές του αναμένουν πλήρη ελευθερία να κινηθούν οπουδήποτε στο νοσοκομείο ή στην κλινική και να μιλήσουν με οποιονδήποτε επιλέξουν.

Η συζήτηση και η ανάλυση των πληροφοριών που συλλέγονται αντιπροσωπεύουν ένα βασικό συστατικό της προσέγγισης του TAS στην διαπίστευση των νοσοκομείων και αντικατοπτρίζουν την γενικότερη φιλοσοφία ότι η όλη διαδικασία εστιάζει στην βελτίωση των υπηρεσιών προς τους ασθενείς και την ικανότητα ενός οργανισμού να δουλεύει αποτελεσματικά προς αυτή την κατεύθυνση.

Οι επιθεωρητές αξιολογούν μια σειρά από παραμέτρους που αφορούν τις δραστηριότητες και την διακυβέρνηση, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η διοίκηση,

τα ακίνητα, ο εξοπλισμός, οι κλινικοί έλεγχοι, η έρευνα, η εκπαίδευση και επιμόρφωση και η ιατρική και παραϊατρική δραστηριότητα.

Στο Χονγκ-Κονγκ η ομάδα των επιθεωρητών αποτελείται πάντα από 2-3 άτομα Αγγλικής καταγωγής που συνεργάζονται με άλλα 2 άτομα από κει και που δουλεύουν ενεργά στα τοπικά νοσοκομεία.⁷⁷ Ένας από αυτούς τους ερευνητές είναι ο καθοδηγητής της ομάδας. Οι ντόπιοι ερευνητές τοποθετούνται από το νοσοκομείο και μετά την εκπαίδευσή τους, έχουν τη δυνατότητα να επιθεωρήσουν και άλλα νοσοκομεία πέρα από το δικό τους. Η προσέγγιση αυτή συμβάλλει στη μετάδοση ιδεών και προσεγγίσεων για την καλύτερη πρακτική ανάμεσα σε νοσοκομεία στην ίδια επαρχία. Τέλος η συμμετοχή του ασθενή στην αξιολόγηση μέσα από τις εμπειρίες και τις απόψεις του είναι ιδιαίτερα επιθυμητή.

Με το τέλος της επιθεώρησης, τα ευρήματα κλειδιά παρουσιάζονται στο νοσοκομείο από τον κύριο επιθεωρητή την τελευταία μέρα. Τα ευρήματα αναλύονται σε μία αναφορά όπου γίνεται μνεία τόσο στα επιτεύγματα όσο και στα προβλήματα.

Μετά από σειρά επιθεωρήσεων, όλες οι αναφορές συζητούνται τόσο από τους επιθεωρητές όσο και από αντιπροσώπους του νοσοκομείου. Στη συνέχεια, λαμβάνεται η απόφαση για το εάν θα ακολουθήσει διαπίστευση του νοσοκομείου χωρίς όρους ή αν θα γίνει με κάποιες προϋποθέσεις.

5.7.3 Το Αυστραλιανό Συμβούλιο για Πρότυπα Ποιότητας Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ACHS)

Το Συμβούλιο αυτό είναι ένας ανεξάρτητος, μη κερδοσκοπικός οργανισμός, προσανατολισμένος στην βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας στην Αυστραλία, μέσα από συνεχή αξιολόγηση της επίδοσης.⁷⁸

Ιδρύθηκε το 1974 μετά από πολλά χρόνια πρωτοποριακής δουλειάς από ομάδα επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένου και του Ιατρικού Συλλόγου της Αυστραλίας, τις ιατρικές σχολές και την ένωση φορέων παροχής δευτεροβάθμιας φροντίδας. Έχει διατηρήσει την θέση του ως κύρια ανεξάρτητη αρχή στην μέτρηση

και εφαρμογή των συστημάτων βελτίωσης ποιότητας για τους οργανισμούς φροντίδας υγείας.

Τα πρότυπα για αξιολόγηση και διαπίστευση καθορίζονται από μία επιτροπή που αποτελείται από κορυφαίους στον χώρο της υγείας, κυβερνητικούς εκπροσώπους και καταναλωτές.⁷⁹

Οι αποφάσεις του οργανισμού, λαμβάνονται από το διοικητικό συμβούλιο που υποστηρίζεται από μια εταιρική δομή διοίκησης που επιβλέπει την διαδικασία της αξιολόγησης από επαγγελματίες επιθεωρητές. Το πρόγραμμα αξιολόγησης και βελτίωσης της ποιότητας του Αυστραλιανού Συμβουλίου, ξεκίνησε το 1996, παρέχοντας στους οργανισμούς υγείας ένα πλαίσιο πελατοκεντρικών υπηρεσιών που εστιάζουν στην συνέχιση της φροντίδας με την ενσωμάτωση συνεχών εξωτερικών επιθεωρήσεων. Πάνω από 800 οργανισμοί, που αντιπροσωπεύουν στο σύνολό τους περισσότερες από 1000 νοσοκομειακές μονάδες αποτελούν μέλη των προγραμμάτων βελτίωσης του Συμβουλίου αυτού.

Το πρόγραμμα που έχει αναπτυχθεί για την βελτίωση της ποιότητας των νοσοκομείων, ονομάζεται «Πρόγραμμα Κλινικών Δεικτών».⁸⁰ Παρέχει συγκριτικές πληροφορίες στις διαδικασίες και τα αποτελέσματα του τομέα φροντίδας υγείας. Οι συμμετέχοντες οργανισμοί, έχουν την δυνατότητα να υποβάλλουν πληροφορίες που αφορούν δείκτες σε μία μεγάλη βάση δεδομένων. Οι πληροφορίες αυτές συγκεντρώνονται και αναλύονται δύο φορές ετησίως και τα αποτελέσματα παρέχονται με την μορφή συγκριτικής αναφοράς. Οι αναφορές αυτές συγκρίνουν τα αποτελέσματα ανάμεσα σε όλους τους συμμετέχοντες οργανισμούς με βάση μία σειρά από μεταβλητές.

Το πρόγραμμα αυτό, παρέχει όλα τα απαραίτητα εργαλεία, προϊόντα και υπηρεσίες που απαιτούνται για την συμμετοχή των μελών. Οι πηγές αυτές είναι διαθέσιμες μέσω μίας ασφαλούς ιστοσελίδας, από όπου όλα τα μέλη μπορούν να υποβάλλουν και να κατεβάσουν τις πληροφορίες γύρω από τους κλινικούς δείκτες.

Υπάρχουν συνολικά 23 ομάδες δεικτών και πάνω από 350 διαφορετικοί δείκτες για επιλογή μέσα από το πρόγραμμα. Δεν υπάρχουν απαιτήσεις προς τους οργανισμούς για την παρακολούθηση συγκεκριμένων δεικτών. Οι οργανισμοί όμως απαιτείται να

λάβουν υπόψη δείκτες που σχετίζονται με υπηρεσίες που προσφέρουν και είναι κατάλληλοι για το μέγεθος και τον χαρακτήρα του οργανισμού.

Η συλλογή των δεικτών γίνεται είτε μέσω ελέγχων των ηλεκτρονικών αρχείων, ενώ άλλοι προκύπτουν από υπολογιστικά συστήματα, για παράδειγμα το πρόγραμμα ανάλυσης ανεπιθύμητων γεγονότων και της αξιολόγησης του κινδύνου. Η διαδικασία της συλλογής όμως είναι αυστηρή και θα πρέπει να γίνεται σε αυστηρά πλαίσια, που περιγράφεται στο «εγχειρίδιο χρηστών», ώστε όλα τα στοιχεία να είναι συγκροτημένα.

5.7.4 Συμβούλιο για την Διαπίστευση Υπηρεσιών Υγείας στη Νότια Αφρική (COHSASA)

Το «Συμβούλιο Διαπίστευσης Υπηρεσιών Υγείας» είναι ένας μη κερδοσκοπικός μη κυβερνητικός οργανισμός που δραστηριοποιείται κυρίως στην Νότια Αφρική από το 1995.⁸¹ Από τότε ο οργανισμός έχει δουλέψει πάνω σε περισσότερους από 435 μονάδες υγείας, τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα, πιστοποιώντας τις εγκαταστάσεις εκείνες που συμμορφώνονται με τα πρότυπα που έχουν κατοχυρωθεί από το κατάλληλο σώμα.

Η απόφαση για την διαπίστευση των νοσοκομειακών φορέων, γίνεται ακολουθώντας μία περιοδική επιτόπια αξιολόγηση από μία ομάδα επιθεωρητών κάθε 2-3 χρόνια. Τα προγράμματα που αναπτύχθηκαν από το συγκεκριμένο Συμβούλιο, έχουν σχεδιαστεί ούτως ώστε να ενισχύσουν τους υπαλλήλους να επιτύχουν την διαπίστευση μέσα από την δική τους προσπάθεια.

Οι εγκαταστάσεις και οι δυνατότητές τους, αξιολογούνται με βάση την συμμόρφωσή τους με τα πρότυπα.⁸² Είναι ξεκάθαρο ότι σε προγράμματα διαπίστευσης στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου πολλές από τις υπηρεσίες υγείας δεν ικανοποιούν τα πρότυπα, είναι απαραίτητο να ενσωματωθεί ένας βοηθητικός οδηγός με έμφαση στην συνεχή βελτίωση της ποιότητας. Το επιπλέον αυτό συστατικό, έχει ενταχθεί στο πρόγραμμα, με ιδιαίτερη ελαστικότητα, έτσι ώστε να καλύπτει τις συγκεκριμένες ανάγκες που απαιτεί μια συγκεκριμένη υπηρεσία.

Η ενσωμάτωση της συνεχής βελτίωσης της ποιότητας και η έμφαση σε μία ολοκληρωμένη προσέγγιση με προσανατολισμό στην ομαδικότητα, την μόρφωση, την εκπαίδευση και την κινητοποίηση, προσδίδουν οφέλη στις υπηρεσίες υγείας πριν ολοκληρωθεί η διαδικασία της διαπίστευσης.

Το συγκεκριμένο Συμβούλιο διαπίστευσης, έχει αναπτύξει ένα ασφαλές ηλεκτρονικό σύστημα βελτίωσης ποιότητας που παρέχει εύκολη, φιλική προς τον χρήστη πρόσβαση στις βάσεις δεδομένων γύρω από τα πρότυπα συμμόρφωσης. Το σύστημα αυτό έχει σχεδιαστεί να επιτρέψει σε όλες τις διαδικασίες-μέσα από την κατάλληλη εκπαίδευση-να αναπτύξουν την δική τους πληροφόρηση και να επιβλέψουν την επίδοσή τους. Επιπλέον υποστηρίζει τα προγράμματα βελτίωσης ποιότητας και δίνει την δυνατότητα στην διοίκηση όλων των επιπέδων να πάρει τις κατάλληλες αποφάσεις ανταποκρινόμενη στις όποιες παραλήψεις. Το σύστημα βοηθάει τις προσφερόμενες υπηρεσίες να πετύχουν και να διατηρήσουν τα πρότυπα πιστοποίησης και να είναι έτοιμες για την διαδικασία των επιθεωρήσεων. Ακόμα περισσότερο, είναι ένα εργαλείο για την συνεχή επιθεώρηση των δεικτών επίδοσης.

Η διαδικασία του προγράμματος διαπίστευσης των νοσοκομείων περιλαμβάνει ένα προπαρασκευαστικό στάδιο, όπου γίνεται παρουσίαση του προγράμματος, των στόχων και η παράδοση των σχετικών εγχειριδίων, ενώ παράλληλα σε επόμενες επισκέψεις γίνεται εκπαίδευση και αξιολόγηση των υπαρχόντων διαδικασιών και εντοπισμός των σημείων μη συμμόρφωσης.

Σε τελικά στάδια της αξιολόγησης και ενώ έχουν πραγματοποιηθεί γραπτές αναφορές και διαγράμματα με τις επιδόσεις (αποτύπωση δεικτών επίδοσεων) πραγματοποιούνται εξωτερικές επιθεωρήσεις στις οποίες συμμετέχουν επαγγελματίες υγείας. Η γραπτή αξιολόγηση τελικά υποβάλλεται στην τεχνική επιτροπή του Συμβουλίου η οποία αποφασίζει για την διαπίστευση του νοσοκομείου για τα επόμενα δύο χρόνια.

5.8 Διαπίστευση κατά JCI: Η περίπτωση του Διαγνωστικού και Θεραπευτικού κέντρου Υγεία

Ο όμιλος «Υγεία» είναι ένας εξελισσόμενος όμιλος στον τομέα της ιδιωτικής υγείας στη νοτιοανατολική Ευρώπη.⁸³ Η δημιουργία του ξεκίνησε το 2006, με την ένταξη του νοσοκομείου «Υγεία» στον όμιλο Μαρφίν (Marfin). Σήμερα, περιλαμβάνει τα νοσηλευτικά ιδρύματα «Υγεία», «Μητέρα», «Λητώ», την παιδιατρική κλινική «Μητέρα», το συνεργαζόμενο πολυϊατρείο / διαγνωστικό κέντρο «ΛΗΤΩLAB» στον Πειραιά, τα νοσοκομεία «Αχίλλειον» και «Ευαγγελισμός» στην Κύπρο κα.

Το Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών «Υγεία» ιδρύθηκε το 1970 από μια ομάδα Ελλήνων ιατρών, με στόχο τη δημιουργία ενός προτύπου για τη χώρα ιδιωτικού νοσοκομείου. Η παρουσία του «Υγεία» όπως φάνηκε από τα πρώτα χρόνια λειτουργίας του, ήρθε στην ουσία να συμπληρώσει τις όποιες ελλείψεις στον χώρο της νοσηλευτικής φροντίδας. Υπήρξε παράλληλα πρωτοπόρο σε λεπτές ιατρικές δραστηριότητες, όπως η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς, η αντιμετώπιση του πρώτου κρούσματος AIDS, η εμφύτευση ραδιενεργών κόκκων σε καρκίνο του προστάτη και ο επιτυχής διαχωρισμός σιαμαίων το 1989.

Η πρωτοπορία του «Υγεία» έγκειται μεταξύ άλλων στο ότι εφαρμόζει από το 2003 πρόγραμμα διαχείρισης ποιότητας στο οποίο έχουν ενταχθεί, αναπτύσσονται και παρακολουθούνται οι προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών του Νοσοκομείου. Το Τμήμα Διασφάλισης Ποιότητας συντονίζει και παρακολουθεί τις δραστηριότητες του Προγράμματος Διαχείρισης Ποιότητας, υποστηρίζοντας όλους τους εμπλεκόμενους και τις δράσεις τους.

Στο Πρόγραμμα Διαχείρισης της Ποιότητας συμπεριλαμβάνονται οι εξής δράσεις :

- Προετοιμασία και υποστήριξη των τμημάτων του νοσοκομείου για την πιστοποίησή τους κατά ISO 9001. Αφού πιστοποιηθούν, σύμφωνα με το αρμόδιο τμήμα θα ακολουθήσει παρακολούθηση της προόδου τους με εσωτερικές επιθεωρήσεις και ανασκοπήσεις, πάντα σε συνεργασία με τους διευθυντές και τους υπευθύνους ποιότητας των τμημάτων.

- Υποστήριξη των συντακτών των διαδικασιών του νοσοκομείου, με στόχο την πληρέστερη καταγραφή – και ταυτόχρονα βελτίωση – όσο περισσότερων λειτουργιών γίνεται. Επίσης, η κεντρική διαχείριση των εγκεκριμένων διαδικασιών, με στόχο όλες οι ισχύουσες διαδικασίες να φτάνουν σε όλους τους εμπλεκόμενους, διαδικασιών, με στόχο όλες οι ισχύουσες διαδικασίες να φτάνουν σε όλους τους εμπλεκόμενους.
- Προετοιμασία του νοσοκομείου για την διαπίστευσή του κατά το πρότυπο Joint Commission International (JCI)

Η διαπίστευση κατά JCI στο «Υγεία» θα εστιάσει τις διεργασίες που σχετίζονται με τον ασθενή και θα θέσει τον τελευταίο ως κέντρο ενδιαφέροντος όλου του συστήματος.⁸⁴ Αυτή η ολοκληρωμένη αντιμετώπιση, θα περιλαμβάνει τις ιατρικές, νοσηλευτικές και διοικητικές διεργασίες, καθώς και την μεταξύ τους αλληλεπίδραση, συντελώντας στο στόχο του υγεία να παρέχει υπηρεσίες με όσο το δυνατόν ανώτερη ποιότητα. Η διαπίστευση κατά JCI θα τοποθετήσει το «ΥΓΕΙΑ» σε μία επίλεκτη κατηγορία οργανισμών παροχής φροντίδας, οι οποίοι έχουν επιτύχει αυτή τη διάκριση (λιγότερα από εκατό σε όλη την ευρώπη). Το κυριότερο όμως από όλα είναι ότι η διαπίστευση του «ΥΓΕΙΑ» θα επιφέρει περαιτέρω βελτίωση στις υπηρεσίες που προσφέρει στους ασθενείς του και θα μπορεί να συγκριθεί με τα καλύτερα ιδρύματα παγκοσμίως. Συμβουλευτικό ρόλο σε αυτήν την προσπάθεια ανέλαβε το ιατρικό τμήμα του Harvard (HMI).⁸⁵ Τέλος η διαφορά της πιστοποίησης κατά ISO και της διαπίστευσης κατά JCI, είναι ότι το ISO (όπως εφαρμόζεται στο Υγεία) εστιάζει σε μεμονωμένα τμήματα και στις σχέσεις αυτών με τους εσωτερικούς και εξωτερικούς πελάτες τους. Από την άλλη, όπως αναφέρθηκε, το JCI, εστιάζει σε ένα ολοκληρωμένο σύνολο διεργασιών που σχετίζονται με τους ασθενείς.

Τα οφέλη τα οποία αναμένονται να προκύψουν από την διαπίστευση του νοσοκομείου κατά JCI είναι τα εξής:⁸³

- Διάδοση της φιλοσοφίας ποιότητας και συνεχούς βελτίωσης σε όλο το «ΥΓΕΙΑ»
- Βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών σε όλα τα επίπεδα παροχής υπηρεσιών
- Βελτίωση της ικανοποίησης όλων των εμπλεκόμενων – ιατρών, λοιπού προσωπικού, προμηθευτών, ταμείων, ασφαλιστικών φορέων

- Προώθηση και εξάπλωση κουλτούρας που προάγει το ασφαλέστερο δυνατό περιβάλλον για ασθενείς και εργαζομένους
- Δημιουργία, συντήρηση και συνεχής ανάπτυξη συστήματος μέτρησης της απόδοσης και γνωστοποίησης των αποτελεσμάτων, το οποίο βοηθά τη διοίκηση αλλά και κάθε εργαζόμενο, να εντοπίζουν τις δυνατότητες βελτίωσης και τα αποτελέσματα των βελτιωτικών ενεργειών που έχουν αναληφθεί
- Ενιαίες διαδικασίες τεκμηρίωσης όπου είναι εφικτό, ώστε να εξασφαλίζεται η ομοιογένεια και ταυτότητα των λειτουργιών με στόχο την τυποποίηση βάσει της καλύτερης πρακτικής
- Ανάπτυξη του επιστημονικού και λειτουργικού επιπέδου του νοσοκομείου, ώστε να μπορεί να συγκριθεί με τους καλύτερους οργανισμούς του κλάδου ανά τον κόσμο

Για την παρακολούθηση και την βελτίωση όλων των κλινικών λειτουργιών που επιβάλλει το JCI αλλά και το ISO 9001 στο «Υγεία», μεταξύ άλλων έχουν δημιουργηθεί επιτροπές ποιότητας (επιτροπή ελέγχου λοιμώξεων, επιτροπή διαχείρισης πληροφοριών υγείας, επιτροπή διαχείρισης κινδύνων και ασφαλείας, επιτροπή φαρμάκων, επιτροπή απεικονιστικών υπηρεσιών κα)

Ανάλογα με το αντικείμενό της, κάθε επιτροπή έχει ως κύριο στόχο την έρευνα, ανάλυση και γνωμοδότηση επί θεμάτων που την αφορούν, αφ' ενός για την επίλυση κλινικών θεμάτων που προκύπτουν και αφ' ετέρου για την ώθηση των υπηρεσιών σε νέα, υψηλότερα επίπεδα ποιότητας.

Ο συντονισμός και η εποπτεία των επιτροπών ποιότητας γίνεται από το συμβούλιο ποιότητας, το οποίο θέτει τις στρατηγικές στα θέματα ποιότητας και προσδιορίζει συγκεκριμένους αντικειμενικούς σκοπούς, μετρήσεις και προτεραιότητες. Επίσης, επιβλέπει τη συμμόρφωση με τους κανονισμούς, τόσο του νοσοκομείου όσο και της ισχύουσας ελληνικής νομοθεσίας.

Οι επιτροπές, μέσω του συμβουλίου ποιότητας, συνεργάζονται με τα υπόλοιπα όργανα του νοσοκομείου (επιστημονικό συμβούλιο, διευθυντές διευθύνσεων) για την επίλυση και τη βελτίωση με όσο το δυνατό περισσότερη συναίνεση και ευρύτερη κλίμακα εφαρμογής.

Βιβλιογραφία 5^{ου} κεφαλαίου

1. <http://www.jointcommission.org/>
2. **BAYER ELLEN** “*America’s Health Insurance Plans. Trends and Innovations in Chronic Disease Prevention and Treatment,*” April 2008
3. **THE JOINT COMMISSION** “*The Joint Commission Launches New Brand Identity*” 2009
4. “*Europe - Joint Commission International branches out in Europe*” **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol 18, Is 3, 2005
5. **THE JOINT COMMISSION** “*Introduction to the National Patient Safety Goals*” 2009
6. **CATLIN AARON** “*National Health Spending in 2005: The slowdown continues*” **Health Affairs**, Vol 26, No1, 2007, pp 142-153
7. **THE JOINT COMMISSION International** “*Joint Commission International (JCI) Accredited Organizations-Thailand section*” 2009
8. **GILBERT M GAUL** “*Accreditors Blamed for Overlooking Problems*” **The Washington Post**, 2005
9. **BELANGER ANNE** “*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations’ Expectations for Transfusion Medicine in Health Care Organizations*” **Archives of Pathology and Laboratory Medicine** Vol. 123, No. 6, 1999, pp. 472–474.
10. **CMS** “*Approval of Det Norske Veritas Healthcare Inc for Deeming Authority for Hospitals*”, **Department of Health and Human Services**, Final Notice-Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), HHS, 2008
11. <http://www.jointcommissioninternational.org/30515/>

12. **PELLETIER MARK** “*Hospital accreditation fast track*” Joint Commission International, 2009
13. **THE JOINT COMMISSION** “*Eligibility for Hospital and Critical Access Hospital Accreditation*” 2009
14. <http://www.cms.hhs.gov/>
15. **THE JOINT COMMISSION** “*Facts about ORYX for Hospitals (National Hospital Quality Measures)*”, **CMS reference page**, 2007
16. **GROL RICHARD** “*Planning and Studying Improvement in Patient Care: The Use of Theoretical Perspectives*” **The Milbank Quarterly**, Vol. 85, No 1, 2007, pp 93-138
17. **THE JOINT COMMISSION** “*Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (CAMH): The Official Handbook*” **JCAHO Publications**, 2009
18. “*Europe - Joint Commission International branches out in Europe*” **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol 18, Is 3, 2005
19. <http://www.jointcommissioninternational.org/>
20. **THE JOINT COMMISSION** “*Accreditation preparation services, Advisory Services*” 2009
21. **WORKSHOP** “*Quality improvement and patient safety in healthcare: New strategies to reach the best Care*” International workshop, Italy, 2007
22. **LIPSON ROBERTA** “*Investing in China's Hospitals*” **The China Business Review**, 2007
23. **TIMMONS H. KAREN** “*Dubai Healthcare City Appoints JCI for Accreditation of Hospitals*”, **Medlab Magazine**, Vol 3, Is 8, 2007
24. **THE JOINT COMMISSION** “*Dr Erfan and Bagedo General Hospital Makes Quality Improvement on the Road to Accreditation*” **Case study JCI**, 2008

25. **NADZAM DEBORAH** “*Partnering for better outcomes*” Annual Report of Joint Commission International, 2007
26. **THE JOINT COMMISSION** “*JCI Accreditation strengthens quality of care at Italian Children’s Hospital*” Case study in [http://www. Joint commissioninternational.org](http://www.jointcommissioninternational.org), 2008
27. <http://www.jointcommissioninternational.org/JCI-Accredited-Organizations/>
28. http://www.drk-kliniken-berlin.de/Quality_Management.1129.0.html
29. **LEONHARDT KARLIN** “*DRK Kliniken Berlin - Medical Competence Made in Germany*” 2008
30. **CHASSIN R. MARK** “*Improving America’s Hospitals*” **THE JOINT COMMISSION’s Annual Report on Quality and Safety**, 2008
31. <http://www.jointcommissionreport.org/performance/results/hospital-quality-performance.aspx>
32. **BRAND DA** “*Cardiologists’ practices compared with practice guidelines: use of beta-blockade after acute myocardial infarction*” **Journal of the American College of Cardiology**, Vol 6, Is 26, 1995, pp 1432-6
33. **KRUMHOLZ HM** *ACC/AHA clinical performance measures for adults with ST-elevation and non-ST elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures*” **Journal of the American College of Cardiology**, Vol 1, Is 47, 2006, pp 236-257
34. **BONOW RO** “*ACC/AHA clinical performance measures for adults with chronic heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures*” **Journal of the American College of Cardiology**, Vol 6, Is 46, 2005, pp1144 -78

35. "Heart Disease and Stroke Statistics" **American Heart Association** —Update
Dallas, Texas, 2008
36. **MILLS K** "Treatment of nursing home-acquired pneumonia" **Am Fam Physician**, Vol 11, Is 79, 2009, pp 976-982
37. **NIEDERMAN MS** "The cost of treating community-acquired pneumonia" **Clinical Therapeutics**, Vol 4, Is 20, 1998, pp820-37
38. **BRATZLER DW** "Failure to vaccinate Medicare inpatients: a missed opportunity" **Archives of Internal Medicine**, Vol 20, Is 162, 2002, pp 2349-56
39. **BRATZLER DW** "The Surgical Care Improvement Project; An Overview" Presentation at Performance Measurement System Briefing, sponsored by THE JOINT COMMISSION, 2006. See Surgical Care Improvement Project (SCIP) overview, available online: www.medqic.org/scip
40. **BRATZLER DW** "Antimicrobial prophylaxis for surgery: an advisory statement from the National Surgical Infection Prevention Project" **Clinical Infectious Diseases**, Vol 12, Is 38, 2004, pp1706-15
41. "World Alliance for Patient Safety" **World Health Organization**, 2009
42. **PALMIERI PATRICK** "The anatomy and physiology of error in adverse healthcare events" **Advances in Health Care Management**, Vol 7, 2008, pp33-68
43. **ROMANO PS** "Quality Study: Patient Safety in American Hospitals, **Health Grades**, 2004
44. **GLUCK A. PAUL** "Medical Errors: Incidence, Theories, Myths and Solutions" Presentation at the Seminole County Patient Safety Summit, 2006
45. **FAHRENKOPF AM, SECTISH TC, BARGER LK.** "Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study" **BMJ**, Vol 336 Is 7642, 2008, pp488-91.
46. **CLEMENT JP** "Does the patient's payer matter in hospital patient safety?: a study of urban hospitals". **Med Care**, Vol 2, Is 45, 2007, pp 131-8.

47. **AMALBERTI RENE.** *"Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care"* **Annals of Internal Medicine**, 2006, Vol 9, Is 142, pp756–764.
48. **LANDRIGAN CP** *"Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units"* **N. Engl. J. Med**, Vol 18, Is 351, 2008, pp1838–48
49. **KOPPEL ROSS** *"Role of Computerized Physician Order Entry Systems in Facilitating Medication Errors"* **JAMA**, Vol 293, 2005, pp 1197–1203.
50. **INSTITUTE OF MEDICINE** *"Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century"* **The National Academies Press**, 2001
51. **MCCOY LK** *"USA - Joint Commission seeks input on potential national patient safety goals"* **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol 20, Issue 3, 2007
52. **LAMBERT BL** *"Similarity as a risk factor in drug-name confusion errors"* **Medical Care**, Vol 12, Is 37, 1999, pp 1214-1225
53. **MCCOY LK** *"Look-alike, sound-alike drugs review: include look-alike packaging as an additional safety check"* **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, Vol 1, Is 31, 2005, pp47–53
54. **POWERS KEN** *"The Joint Commission announces 2009 National Patient Safety Goals"* **News Release**, 2009
55. **THE JOINT COMMISSION** *"National Patient Safety Goals"* **Oakbrook Terrace, IL**, 2006
56. **WRIGHT AA** *"Bar coding for patient safety"* **New England Journal of Medicine**, Vol 354, pp 329–331
57. **THE JOINT COMMISSION** *"Root causes of sentinel events, all categories"* **Oakbrook, IL**, 2006
58. **SOLET DJ** *"Lost in translation: challenges and opportunities during physician-to-physician communication during patient handoffs"* **Academic Medicine**, Vol 80, Is 205, 2008, pp1094–1099

59. **COLEMAN EA** “*The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial*” **Archives of Internal Medicine**, Vol 166, 2006, pp1822–1828
60. **THE JOINT COMMISSION** “*National Patient Safety Goals*” **Oakbrook Terrace, IL**, 2003
61. “*Correct site surgery alert*” National Patient Safety Agency, London, 2005
62. “*Concentrated potassium chloride: a recurring danger*” **ISMP Canada Safety Bulletin**, Vol 3, Is 4, 2004.
63. **BROWN TR** “*Institutional pharmacy practice*”, **American Society of Health-System Pharmacists**, 4th ed, 2006
64. **KOHN LINDA** “*Preventing medication errors*” **The National Academies press**, 2006, p480
65. **IHI** “*Reconcile medications at all transition points. IHI Patient Safety Medication Systems Changes*” **Institute for Healthcare Improvement**, Cambridge, 2009
66. **VIRA T, COLQUHOUN M** “*Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge*” **Quality & Safety in Health Care**, 2006, pp1-6
67. “*Common connectors pose a threat to safe practice*” **Texas Board of Nursing Bulletin**, 2006
68. **WHO** “*Biregional strategy for harm reduction, 2005 -2009: HIV and injecting drug*” **WHO Publications and Documents**, 2005
69. “*The Last Taboo: Opening the Door on the Global Sanitation Crisis*” **Management of Environmental Quality: An International Journal**, Vol 19, Is 6, 2008
70. **PITTET D** “*Infection control and quality health care in the new millennium*” **American Journal of Infection Control**, Vol 5, Is 33, 258-267, 2005, pp258–267
71. **ZAIDI AK** “*Hospital acquired neonatal infections in developing countries*” **Lancet**, 2005, Vol 365, pp1175–1188.

72. <http://www.cdc.gov/handhygiene/>
73. <http://www.accreditation.ca/en/default.aspx>
74. **THE JOINT COMMISSION** “*Accreditation programs*” in <http://www.accreditation.ca/accreditation-programs/>, 2009
75. <http://www.trentaccreditationscheme.org/>
76. <http://www.ukaf.org.uk/TAS.htm>
77. **WONG MD CHARLES** “*Trent and JCI hospital accreditation: What for? And why both?*” Tsuen Wan Adventist Hospital, Conference Report, 2008
78. www.achs.org.au/
79. **GREENFIELD DAVID, MARJORIE PAWSEY** “*Are accreditation surveys reliable?*”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol 22, Is 2, 2009, pp105-116
80. “*New Zealand to implement new healthcare standards in partnership with ACHS*” **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol 21, Is 6, 2008
81. www.cohsasa.co.za/
82. “*Africa - Swaziland program develops leadership, improves health care facilities*”, **Leadership in health services**, Vol 21, Is 3, 2008
83. www.hygeia.gr
84. **ΟΜΙΛΟΣ ΥΓΕΙΑ** «*Πρόγραμμα Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης. Το κοινωνικό πρόσωπο του Ομίλου Υγεία*» **Εις Υγείαν**, Is 63, 2009
85. **ΚΑΡΑΜΗΤΡΟΥ ΜΑΡΙΑΕΝΑ** «*Διαπίστευση Δ.Θ.Κ.Α Υγεία: Νέο πρότυπο ποιότητας*» Δελτίο τύπου, Μάρτιος 2007

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΤΑΣΕΙΣ

6.1 ISO 9001 και JCAHO: Η ολοκληρωμένη προσέγγιση της τελειότητας

Η παρούσα εργασία, είχε ως κύριο στόχο την ανάπτυξη και την ερμηνεία του ISO 9001:2008 υπό το πρίσμα των ιδιαίτερου κλάδου των υπηρεσιών υγείας, καθώς και την παρουσίαση του Joint Commission ως ένα «αντίπαλο δέος» στον χώρο της διαπίστευσης των συγκεκριμένων υπηρεσιών. Ο όρος ISO, πέρα από την γνωστή του ερμηνεία, θεωρείται ότι προέρχεται από την ελληνική λέξη «ίσος».¹ Ο διεθνής οργανισμός προτυποποίησης, όπως έχει ήδη αναφερθεί, έχει την βάση του στην Γενεύη και είναι ένας παγκόσμιος φορέας εθνικών προτύπων. Για παράδειγμα, το αμερικανικό ινστιτούτο προτυποποίησης (ANSI) είναι μέλος του ISO. Οι τεχνικές επιτροπές του ISO και οι ομάδες τεχνικών συμβούλων, είναι εκείνες οι οποίες φέρουν την ευθύνη και συγκαλούνται για την ανάπτυξη και την αναθεώρηση των προτύπων. Τα πρότυπα αυτά θα πρέπει να υιοθετούνται από την πλειοψηφία των κρατών-μελών του ISO για να έχουν ισχύ.

Ο σκοπός του ISO 9000:2008-με την συνδρομή της οδηγίας 15224-, είναι να παρέχει μια κοινή βάση για μια ανεξάρτητη καταγραφή από παρόχους. Οι αξιολογήσεις γίνονται συνήθως από μία τρίτη ομάδα. Παρόλα αυτά, οι κανονισμοί του ISO έχουν μεριμνήσει και στηρίζουν την αυτό-ανάδειξη στην ικανοποίηση των απαιτήσεων αν και δεν είναι κοινά αποδεκτό.

Το κομμάτι του ISO 9001:2008 που περιλαμβάνει τις απαιτήσεις, είναι το πλέον κατανοητό. Βρίσκει εφαρμογή όταν η συμμόρφωση σε συγκεκριμένες απαιτήσεις θα πρέπει να επισφραγισθεί από τον προμηθευτή κατά τον σχεδιασμό, την ανάπτυξη, την παραγωγή, την εγκατάσταση και την παροχή υπηρεσιών, γεγονός που είναι και το ζητούμενο στην περίπτωσή μας. Είναι ένα έγγραφο ευρείας σκοπιάς που λαμβάνει υπόψη του μια σειρά από επιμέρους τομείς.

Ενώ αρκετές ιδέες και σκέψεις που έχουν ενσωματωθεί στο ISO, θα μπορούσαν εξ αρχής να εφαρμοστούν στον τομέα της υγείας, πολλές από αυτές δεν μπορούσαν να εφαρμοστούν εύκολα, εξαιτίας κυρίως του κλινικού κομματιού του τομέα παροχής

υπηρεσιών υγείας: Οι απαιτήσεις του ISO εστιάζουν κυρίως στην παραγωγή και η γλώσσα που χρησιμοποιείται, διαφέρει από αυτή του τομέα υγείας. Αυτό είναι ένα θέμα που έκανε και ακόμα κάνει την σύγκριση με τα πρότυπα παροχής υγείας κάπως δύσκολη.

Λύση σε αυτά τα προβλήματα ήρθε να δώσει η οδηγία CEN/TS 15224, που προσπαθεί να δώσει διευκρινήσεις γύρω από κλασσικούς όρους του ISO όπως πελάτης, προμηθευτής, διαδικασία και να κάνει τον παραλληλισμό με τους όρους που χρησιμοποιούνται αντίστοιχα στον χώρο της υγείας.²

Στον χώρο της παραγωγής, το προϊόν είναι τις περισσότερες φορές εύκολα προσδιορίσιμο και απτό. Αυτό δεν συμβαίνει στον χώρο της υγείας. Τα πρότυπα ISO, εστιάζουν στην προσκόλληση σε μία συγκεκριμένη διαδικασία διαχείρισης της ποιότητας, που αναπτύχθηκε για να παράγει συστηματικά ένα προϊόν ή μια υπηρεσία που ικανοποιεί προκαθορισμένες προδιαγραφές και στην αξιολόγηση της συμμόρφωσης σε αυτή.¹

Από τα παραπάνω συνάγεται ότι ο όρος ISO συνδέεται με ένα σύνολο διεθνώς εφαρμόσιμων τεχνικών προτύπων χωρίς να εμπλέκεται στην αξιολόγηση εάν κάποιο νοσοκομείο στις κρίσιμες δραστηριότητές του-κλινικές-είναι επαρκές. Η διείδυση του προτύπου περιορίζεται κυρίως στις εγκαταστάσεις και στις ακεραιότητες των συστημάτων.

Από την άλλη, ένα από τα διαθέσιμα παγκοσμίως σχήματα αξιολόγησης των νοσοκομείων είναι και ο Joint Commission, ο οποίος ελέγχει τα νοσοκομεία για την επάρκειά τους κυρίως στις κλινικές δραστηριότητες. Οι κατηγορίες των προτύπων του Joint Commission, ναι μεν εστιάζουν γύρω από τον ασθενή και τις ανάγκες του (δικαιώματα ασθενή, αξιολόγηση ασθενή, φροντίδα, ενημέρωσή του και ενημέρωση συγγενών, συνέχιση της φροντίδας) αλλά και από την άλλη, εστιάζουν γύρω από την διαχείριση του οργανισμού υγείας στο κομμάτι πάλι που υποστηρίζει τις δραστηριότητες του ασθενή. Δηλαδή:

- Την ηγεσία, συμπεριλαμβανομένου του στρατηγικού σχεδιασμού, της πολιτικής και της στρατηγικής
- Την διαχείριση ανθρώπινων πόρων

- Την διαχείριση της πληροφορίας (συμπεριλαμβανομένου και του ιατρικού αρχείου)
- Την διαχείριση περιβάλλοντος
- Τον έλεγχο μολύνσεων και
- Την βελτίωση επιδόσεων (συμπεριλαμβανομένου της διαχείρισης διαδικασιών, της ικανοποίησης του πελάτη και των αποτελεσμάτων)

Αν κανείς επιχειρήσει μια συνθετική θεώρηση των δύο προσεγγίσεων μπορεί να κατανοήσει ποια θα ήταν η ιδανική και παράλληλα σύγχρονη τάση: Η σύγχρονη τάση λοιπόν, όπως γίνεται αντιληπτό σιγά σιγά, είναι η σύγκλιση των συστημάτων της παραδοσιακής εξωτερικής επιθεώρησης στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (Joint Commission of Accreditation) με τις διαχειριστικές προσεγγίσεις του ISO 9000:2008.³ Η εξομάλυνση της εξωτερικής αξιολόγησης μεταξύ των χωρών αλλά και στο εσωτερικό της κάθε χώρας, είναι πλέον απαιτούμενο για την βελτίωση στα συστήματα υγείας σε ανεπτυγμένες περιοχές.

Μία άλλη προσέγγιση, που ακολουθήθηκε από τον IUES (Πανεπιστημιακός φορέας για την αξιολόγηση της παροχής φροντίδας υγείας) σε ευρωπαϊκές χώρες (Ισπανία), αφορούσε μια τεκμηριωμένη μεθοδολογία για βελτίωση της ποιότητας, την αριστεία, και την ασφάλεια των ασθενών, στην οποία λαμβάνονταν υπόψη δύο συνιστώσες:

- Η πιστοποίηση και η διαπίστευση των νοσοκομείων δρουν ως πόλος έλξης για τους δυνητικούς πελάτες σε ζητήματα που αφορούν την ασφάλεια και την καταλληλότητα της περίθαλψης
- Η αυτοαξιολόγηση με βάση οποιοδήποτε μοντέλο αριστείας, μπορεί να ωθήσει τον οργανισμό σε ανώτερα στάδια επιδόσεων μέσα από την ορθή διαχείριση της γνώσης που προκύπτει από την άσκηση της πρώτης.

Μία τέτοια προσέγγιση που περιλαμβάνει τις διαστάσεις, πιστοποίηση, διαπίστευση και αυτό-αξιολόγηση διευκολύνει την συνεχή μάθηση και βελτίωση και επιτρέπει σταδιακή εφαρμογή της διαχείρισης της γνώσης προς την αριστεία σε σύγχρονα συστήματα υγείας.

Επιπλέον, επιτρέπει σε οργανισμούς υπηρεσιών υγείας και σε συναφή συστήματα, να εφαρμόσουν πραγματικές διαχειριστικές πρακτικές, εργαλεία και μεθοδολογίες τα οποία στο σύνολό τους έχουν αποδειχθεί χρήσιμα στην βιομηχανία και στον τομέα των υπηρεσιών.

Το πρότυπο ISO 9000, έχει ήδη δημιουργήσει αυξημένο ενδιαφέρον για το κομμάτι που αφορά τον τομέα υπηρεσιών υγείας. Απόδειξη είναι η οδηγία CEN/TS 15224, που αναπτύχθηκε ως οδηγός στην εφαρμογή του συγκεκριμένου προτύπου.

Το τελευταίο καθορίζει το πώς εφαρμόζεται ένα σύστημα διαχείρισης ποιότητας που δημιουργεί τις προϋποθέσεις διασφάλισης, το οποίο προλαμβάνει τα λάθη και με αυτόν τον τρόπο συμβάλλει στην ασφάλεια των ασθενών, θέτοντας τις βάσεις για οποιοδήποτε άλλη προσέγγιση βελτίωσης στον χώρο της υγείας.⁴

Τον Μάιο του 2002, ο CEN (Ευρωπαϊκή Επιτροπή Προτυποποίησης), δημιούργησε το CEN/BT TF 142, για να αναπτύξει μια τεχνική αναφορά όσον αφορά την εφαρμογή του ISO 9001:2000 και του ISO 9004:2000 στον τομέα υπηρεσιών υγείας της Ευρώπης. Η οδηγία αυτή αποτέλεσε τον πρόδρομο της CEN/TS 15224 για υπηρεσίες του τομέα υγείας στη βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών κλινικών και μη –υποστηρικτικών-υπηρεσιών. Η οδηγία θεωρήθηκε ότι θα ήταν χρήσιμη για οργανισμούς που δουλεύουν πάνω στην βελτίωση της ποιότητας, αλλά θα ήταν παράλληλα και δυνατή η παροχή πιστοποίησης μέσα από αυτή.⁵

Η εφαρμογή του ISO 9001 στο τομέα της υγείας, φάνηκε να έχει θετικά αποτελέσματα σε νοσοκομεία της Ευρώπης^{6a} αλλά και παγκόσμια^{6b}, μέσα από μια σειρά κινήσεων που αφορούσαν: τεκμηρίωση διαδικασιών και γενικού σχεδίου δράσης, αναμόχλευση και συνταίριασμα διαδικασιών και διεργασιών, ανάπτυξη του εγχειριδίου ποιότητας και εσωτερικός έλεγχος με ανάμειξη εργαζομένων, ικανοποίηση πελατών, διαχείριση ανθρώπινων πόρων κα.

Με τις παραπάνω δραστηριότητες, η οπτική προς τους ασθενείς άλλαξε. Όλες οι διαδικασίες προσδιορίστηκαν και μπήκαν σε διαδικασία συνεχούς βελτίωσης. Εισήχθησαν μετρήσεις επίδοσης οι οποίες έδιναν πλέον μια ολοκληρωμένη εικόνα αποτελεσμάτων. Οι μετρήσεις αυτές κατά συνέπεια οδήγησαν στην βελτίωση της ποιότητας στην παροχή της φροντίδας και στην βελτίωση των συστημάτων ποιότητας

αυτών καθαυτών. Το σύστημα καταγραφής υπηρετεί τις ανάγκες του οργανισμού χωρίς να οδηγεί σε γραφειοκρατία. Όπως έδειξαν συγκρίσεις με άλλα νοσοκομεία, αλλά και συγκρίσεις με παρελθοντικές επιδόσεις των ίδιων νοσοκομείων, η βελτίωση που επήλθε στην ασφάλεια των ασθενών ήταν σημαντική.

6.2 Παγκοσμιοποίηση και διαπίστευση

Το συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον γύρω από την διαπίστευση (ISO, JCAHO κα) οφείλεται σε μια σειρά από διαφορετικούς παράγοντες κινητοποίησης:⁷ Το κίνητρο για βελτίωση ανάμεσα σε αυτούς που παρέχουν υπηρεσίες υγείας παγκοσμίως, η επιθυμία για βελτίωση της υγείας του συνόλου, η προστιθέμενη αξία που προκύπτει από την υιοθέτηση των προσεγγίσεων αυτών, η μείωση των εξόδων υπό το πρίσμα της συνεχής αύξησης δαπανών στον χώρο, η διάθεση της πληροφορίας καθώς και το ενδιαφέρον πολυεθνικών εταιρειών στην παροχή ενός ικανοποιητικού προγράμματος υγείας των υπαλλήλων τους ανά τον κόσμο.

Καθώς το ενδιαφέρον στο κομμάτι της διαπίστευσης γίνεται ολοένα και πιο έντονο παγκοσμίως με τις εταιρείες και φορείς διαπίστευσης να πολλαπλασιάζονται σταδιακά, το ερώτημα που τέθηκε νωρίτερα επανέρχεται πιο έντονο:

Ποιες είναι οι ομοιότητες και οι διαφορές στις προσεγγίσεις μεταξύ των φορέων; Δευτερευόντως το ερώτημα που προκύπτει είναι: Θα είχε νόημα μία ενοποιημένη προσέγγιση και πόσο πιθανό είναι κάτι τέτοιο;

Είναι ξεκάθαρο ότι η δομή του κάθε συστήματος διαπίστευσης και οι στόχοι του, συνδέονται με ιστορικούς και πολιτιστικούς παράγοντες καθώς και τον σχεδιασμό του συστήματος υγείας της χώρας από το οποίο προέρχεται.⁸ Για παράδειγμα ορισμένα προγράμματα προέρχονται από χρηματοδότηση αποκλειστικά από τον ιδιωτικό τομέα, ενώ άλλα από την κυβέρνηση και άλλα από συνεργασίες. Ορισμένα προγράμματα επίσης εστιάζουν στην επίτευξη βασικών επιδόσεων, ενώ άλλα σε υποδειγματικές πρακτικές. Επίσης κάποια πιστοποιούν ολόκληρους οργανισμούς (ISO), ενώ άλλα κλινικές υπηρεσίες (JCAHO). Τέλος κάποια εστιάζουν στην διαδικασία της αξιολόγησης ως την κύρια πηγή ανατροφοδότησης, ενώ άλλα στην συμβουλευτική που ακολουθεί την διαδικασία της αξιολόγησης. Όλες αυτές οι

διαφορές μπορούν να γίνουν κατανοητές, εάν ειδοθούν υπό το πρίσμα της εθνικής ταυτότητας των οργανισμών πιστοποίησης.

Όλα αυτά τα προγράμματα έχουν ένα στόχο, που δεν είναι άλλος από την βελτίωση της ποιότητας στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας.⁹ Και είναι αυτός ο κοινός στόχος που έχει κινητοποιήσει τις προσπάθειες για την ανάπτυξη κοινών προτύπων στον χώρο της υγείας, ανεξάρτητα από τις χώρες στις οποίες παρέχονται οι υπηρεσίες. Αυτό βέβαια δεν είναι εύκολο μιας και τα επιστημονικά συμπεράσματα ακόμα, επηρεάζονται από την εδραιωμένη κουλτούρα και τα συνακόλουθά της.

Για παράδειγμα δύο συνιστώσες που αντιμάχονται στην επάρατη νόσο είναι αυτές της νοητικής διαύγειας και της ελάττωσης του πόνου. Οι άνθρωποι διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την αξία που δίνουν σε μία από τις δύο συνιστώσες κάθε φορά, με αποτέλεσμα στη σύνθεση του παζλ της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας να παρεμβάλλονται πολιτιστικοί, εθνικοί και τοπικοί παράγοντες. Είναι κατανοητό επομένως ότι ορισμένα πρότυπα στον τομέα υγείας σε κάποιες χώρες θα έχουν άλλη βαρύτητα σε σχέση με άλλες γεγονός που δυσχεραίνει την ενοποίηση στις διαδικασίες πιστοποίησης.

Για να επιτευχθούν οι στόχοι σύγκλισης θα πρέπει να γίνει εστίαση^{9,10}

- Κυρίως σε διαδικασίες και αποτελέσματα και λιγότερο στην δομή του οργανισμού που προσφέρει τις υπηρεσίες υγείας
- Σε κοινά συστήματα και διαδικασίες τα οποία είναι σημαντικά στην κάλυψη των αναγκών γύρω από την ασφάλεια και την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας στους ασθενείς όπου και αν βρίσκονται
- Στα πρότυπα και στην ισοδύναμη διαμόρφωσή τους με σεβασμό στην κουλτούρα, την εθνότητα και τις τοπικές αξίες
- Στην ανάπτυξη ενός συστήματος που παρέχει έγκυρες και συγκρίσιμες πληροφορίες για διαπιστευμένους οργανισμούς ανεξάρτητα από το που βρίσκονται και που θα λαμβάνει υπόψη τις πιο σημαντικές διαφορές οι οποίες βασίζονται στην κουλτούρα και τις τοπικές διαφοροποιήσεις στις αξίες και τις προτεραιότητες.

Ένας από τους λόγους για τους οποίους η προσοχή έχει στραφεί στα πρότυπα ISO 9000, είναι ότι έχουν εστιάσει και έχουν ξεπεράσει σε ένα ικανοποιητικό βαθμό τις προκλήσεις αυτές. Σε συνέχεια προηγούμενης ανάλυσης, το σύστημα του ISO, δεν εστιάζει συγκεκριμένα στα πιο σημαντικά θέματα που λαμβάνουν χώρα στον τομέα της υγείας, με τον ασθενή και για τον ασθενή. *Μάλιστα οι συναφείς διαδικασίες είναι εκείνες που έχουν προσωπικό χαρακτήρα και που αξιολογούνται διαφορετικά σε διαφορετικές κουλτούρες και έθνη.* Το ISO 9000 εστιάζει στη συμμόρφωση των προδιαγραφών- πόσο καλά μια υπηρεσία ή ένα προϊόν ικανοποιεί προκαθορισμένες προδιαγραφές. Δεν λέει όμως ποιες θα είναι οι προδιαγραφές αυτές.⁵

Μήπως αυτό άραγε θα σήμαινε ότι το ISO 9000 δεν σχετίζεται με την διαπίστευση του τομέα υγείας; Η απάντηση είναι όχι, γιατί σαν μεθοδολογία και σαν εργαλείο για την διασφάλιση της συμμόρφωσης, μπορεί να είναι χρήσιμο στο πλαίσιο ενός ευρύτερου προγράμματος διαπίστευσης , το οποίο έχει αποκαλύψει διεργασίες και αποτελέσματα στον τομέα της υγείας και που έχει τροποποιηθεί με βάση τις τοπικές αξίες και προτεραιότητες.

Για παράδειγμα, είναι πιο εύκολη η διαχείριση της ποιότητας των εργαστηρίων, του ακτινολογικού τμήματος και του τμήματος προμήθειας φαγητού μέσα από το ISO 9000. Είναι όμως πιο δύσκολο να το προσαρμόσεις απευθείας στην φροντίδα του ασθενούς. Μία από τις απαιτήσεις του ISO 9001:2008, είναι η προτυποποίηση των διαδικασιών. Η σωστή όμως ανάπτυξη των διαδικασιών θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει τον ίδιο τον ασθενή με τη μεταβλητότητα της ψυχολογίας του, τη σοβαρότητα της ασθένειάς του, τις πιθανές συνυπάρχουσες ασθένειες και τις προσωπικές επιλογές. Αυτή η μεταβλητότητα, απαιτεί την κρίση του επαγγελματία υγείας γεγονός που από μόνο του οδηγεί σε αποκλίσεις στην κλινική διαδικασία με έλλειψη προβλεψιμότητας στο αποτέλεσμα.

Επιπλέον, το ISO 9000 ως μεθοδολογία ή εργαλείο, δεν είναι ένα υποκατάστατο για μια κατανοητή προσέγγιση στη διαχείριση της ποιότητας.¹¹ Στις Ηνωμένες Πολιτείες, μια από τις πιο κατανοητές και καινοτόμες ομάδες κριτηρίων για την βελτίωση επιδόσεων, είναι εκείνες του εθνικού βραβείου ποιότητας Malcolm Baldrige. Ενώ το ISO από την μεριά του εστιάζει σε συμμόρφωση στις προδιαγραφές, «τα κριτήρια για την αριστεία του βραβείου Baldrige» και ειδικά «τα κριτήρια αριστείας για την

φροντίδα υγείας του βραβείου Baldrige» επικεντρώνονται στη διαχείριση του οργανισμού που επιθυμεί να επιτύχει συνεχή βελτίωση. Θεωρείται ότι το ISO, καλύπτει ένα ποσοστό των θεμάτων που καλύπτονται από κριτήρια Baldrige.¹²

Τα πρότυπα για πιστοποίηση του Joint Commission, κινούνται παράλληλα με τα ευρύτερα κριτήρια του Βραβείου Baldrige. Ο Joint Commission, έχει ενσωματώσει μεγάλο κομμάτι της αντίληψης του Βραβείου Baldrige γύρω από την συνεχή βελτίωση και τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στα πρότυπά του.

Το ενδιαφέρον γύρω από την διαπίστευση νοσοκομείων με βάση την κουλτούρα και τη συνεπαγόμενη αναγνώριση, εμφανίζει αλματώδη αύξηση.^{10,11} Όλοι αυτοί που εμπλέκονται στην διαπίστευση του τομέα υγείας παγκοσμίως –συμπεριλαμβανομένου του Joint Commission και του JCI, υπάρχοντων και εν δυνάμει οργανισμών διαπίστευσης, του ISQua (Διεθνής Κοινότητα για την Παροχή Υπηρεσιών Υγείας) και ιδιωτών- τείνουν προς μία κοινή βάση με αναφορά σε αποτελέσματα και σημαντικές διαδικασίες που θα πρέπει να σέβονται τις πολιτιστικές, εθνικές και τοπικές διαφορές στις αξίες και τις προτεραιότητες.

Βιβλιογραφία 6^ο κεφαλαίου

1. **NARASIMHAN K** “*ISO 9000 Quality Systems Handbook*” **Measuring Business Excellence**, Vol 12, Is 3, 2008
2. **ΕΛΟΤ CEN/TS 15224** Υπηρεσίες Υγείας -Συστήματα διαχείρισης της ποιότητας - Οδηγός για τη χρήση του ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2000, 2005
3. **SCHYVE P.M** “*A trio for quality. Accreditation, Baldrige and ISO 9000 can play a role in reducing medical errors*” **Quality Progress**, 2000, pp53-5
4. **RUIZ ULISES, SIMON JOSE** “*Quality management in health care: a 20-year journey*”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol 17, Is 6, 2005, pp323-333
5. <http://www.iso.org/>
- 6a. **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ HELLASTAT**, Τομέας Παροχής Υπηρεσιών Υγείας: “*Τα πλούσια περιθώρια κέρδους και οι επιστημονικές εξελίξεις υπόσχονται συγκινήσεις στο μέλλον*”, Αθήνα, 2008
- 6b. **MEHRABI F, NASIRIPOUR A, DELGOSHAEI B** “*Customer focus level following implementation of quality improvement model in Tehran social security hospitals*” **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol 21, Is 6, 2008, pp 562-568
7. **BROWNELL SALLY** “*Consumer beware: a few words about accreditation*” 2006, **Leadership in Health Services**, Vol 19, Is 3, 2006, pp7-11
8. **V.D HEUVEL JAAP** “*An ISO 9001 quality management system in a hospital: Bureaucracy or just benefits?*” **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol 18, Is 5, 2005
9. **SCHYVE M. PAUL** “*Accreditation and Globalization*” **International Journal for Quality in Health Care**, Vol 10, No 6, 1998, pp467-468

10. **SAMPAIO PAULO** “*ISO 9001 certification research: questions, answers and approaches*”, 2009, **International Journal of Quality & Reliability Management**, Vol 26, Is 1, 2009

11. **FROST ROGER** “*New, improved ISO 9000 guidelines for health sector*” **ISO Management Systems**, 2007

12. <http://www.baldrige.nist.gov/>

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. **ALMA-ATA**, Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978
2. **AMALBERTI RENE**. "*Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care*" **Annals of Internal Medicine**, 2006, Vol 9, Is **142**, pp756–764.
3. **ASCH STEVEN M** et al "*Who Is at Greatest Risk for Receiving Poor-Quality Health Care?*" **New England Journal of Medicine** Vol 354, Is 11, 2006, pp 1147-1156.
4. **BAALBAKI IMAD, AHMED U. ZAFAR** "*Patient satisfaction with healthcare delivery systems*" **International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing**, Vol 2, Is 1, 2008, pp 47-62
5. **BATTEN DONDE** "*Protecting the patient: Collaborating to achieve the ideal hospital work environment*" **Advances in Health Care Management**, Vol 7, 2008 , pp 149-161
6. **BAYER ELLEN** "*America's Health Insurance Plans. Trends and Innovations in Chronic Disease Prevention and Treatment,*" April 2008
7. **BECKER, GARY S, PHILIPSON J. TOMAS** "*The Quantity and Quality of Life and the Evolution of World Inequality*" **NBER**, Vol 9765, 2003
8. **BELANGER ANNE** "*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations' Expectations for Transfusion Medicine in Health Care Organizations*" **Archives of Pathology and Laboratory Medicine** Vol. 123, No. 6, 1999, pp. 472–474.
9. **BIAZZO STEFANO, BERNARDI GIOVANNI** "*Process management practices and quality systems standards: Risks and opportunities of the new ISO 9001 certification*" **Business Process Management Journal**, Vol 9, Is 2, 2003, pp 149-169

10. **BICKING C**, *Process control by statistical methods*, The Quality Control Handbook. McGraw-Hill, New York, 1979
11. **BLOOM E. DAVID, CANNING DAVID** “*Health, Wealth and Welfare*” **Finance & Development**, 2004, pp 10-15
12. **BLOOM E. DAVID, CANNING DAVID** “*Longevity and Life-cycle Savings*” **Scandinavian Journal of Economics**, Vol. 105, 2003, pp 319–38.
13. **BLOOM E. DAVID, CANNING DAVID** “*the Effect of Health on Economic Growth: a Production Function Approach*” **World Development**, Vol. 32, 2004, pp 1–13.
14. **BONOW RO** “*ACC/AHA clinical performance measures for adults with chronic heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures*” **Journal of the American College of Cardiology**, Vol 6, Is 46, 2005, pp1144 -78
15. **BOYS KATHRYN, KARAPETROVIC STANISLAV** “*Is ISO 9004 a path to business excellence?: Opinion of Canadian standards experts*” **International Journal of Quality & Reliability Management**, Vol 21, Is 8, 2004, pp 841-860
16. **BRAND DA** “*Cardiologists’ practices compared with practice guidelines: use of beta-blockade after acute myocardial infarction*” **Journal of the American College of Cardiology**, Vol 6, Is 26, 1995, pp 1432-6
17. **BRATZLER DW** “*Failure to vaccinate Medicare inpatients: a missed opportunity*” **Archives of Internal Medicine**, Vol 20, Is 162, 2002, pp 2349-56
18. **BRATZLER DW** “*The Surgical Care Improvement Project; An Overview*” Presentation at Performance Measurement System Briefing, sponsored by THE JOINT COMMISSION, 2006. See Surgical Care Improvement Project (SCIP) overview, available online: www.medqic.org/scip
19. **BRATZLER DW** “*Antimicrobial prophylaxis for surgery: an advisory statement from the National Surgical Infection Prevention Project*” **Clinical Infectious Diseases**, Vol 12, Is 38, 2004, pp1706-15

20. **BROWN TR** “*Institutional pharmacy practice*”, **American Society of Health-System Pharmacists**, 4th ed, 2006
21. **BROWNELL SALLY** “*Consumer beware: a few words about accreditation*” 2006, **Leadership in Health Services**, Vol 19, Is 3, 2006, pp7-11
22. **CARTER, N., KLEIN, R. and DAY P**, *How Organizations Measure Success: The Use of Performance Indicators in Government*, Routledge, London, 5TH Edition, 2006
23. **CATLIN AARON** “National Health Spending in 2005: The slowdown continues” **Health Affairs**, Vol 26, No1, 2007, pp 142-153
24. **CHASSIN R. MARK** “*Improving America’s Hospitals*” THE JOINT COMMISSION’s Annual Report on Quality and Safety, **2008**
25. **CHILINGERIAN JON, GRANT SAVAGE** “*The Emerging Field of International Health Care Management: An Introduction*”, **Advances in Healthcare Management**, Vol 5, 2005, pp 3-28
26. **CHING-CHOW YANG** “*The impact of human resource management practices on the implementation of total quality management: An empirical study on high-tech firms*”, **The TQM Magazine**, Vo18, Is2, 2007, pp 162-173
27. **CHING-CHOW YANG** “*The establishment of a TQM system for the health care industry*” **The TQM Magazine**, Vol 15, Is 2, 2003, pp 93 – 98
28. **CHOWDHARY NIMIT, PRAKASH MONIKA** “*Prioritizing service quality dimensions*” **Managing Service Quality**, Vol. 17, Is 5, 2007, pp 493-509
29. **CLEARY P, EDGMAN-LEVITAN S** “*Researching Healthcare Customers*” **International Journal of Healthcare Quality Assurance**, Vol 18, Is 2, 2005
30. **CLEMENT JP** “*Does the patient's payer matter in hospital patient safety?: a study of urban hospitals*”. **Med Care**, Vol 2, Is 45, 2007, pp 131–8.
31. **CMS** “*Approval of Det Norske Veritas Healthcare Inc for Deeming Authority for Hospitals*”, **Department of Health and Human Services**, Final Notice-Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), HHS, 2008

32. **CODDINGTON, D., FISCHER, E., MOORE, K. and CLARKE, R.**, *Beyond Managed Care – How Consumers and Technology are Changing the Future of Health Care*, Jossey Bass, San Francisco, 2005 2nd edition
33. **COLEMAN EA** “*The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial*” **Archives of Internal Medicine**, Vol 166, 2006, pp1822–1828
34. **CRONIN J. JOSEPH, Jr. AND TAYLOR A. STEVEN** “*Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension*” **Journal of Marketing**, Vol 56, Is 3, pp 55-68
35. **DEMING WE**, *Out of the crisis*. MA, Massachusetts Institute of Technology Press, 1986 pp 507
36. **DONABEDIAN AVEDIS** “*The Criteria and Standards of Quality: Explorations in Quality Assessment and Monitoring*”, **Medical Care** Vol. 22, Is. 9, 1984, pp. 873-874
37. **DONABEDIAN AVEDIS**, *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*, Oxford University Press, 2nd Edition, 2007, p 240
38. **DUMMER JOHN** “*Health care performance and accountability*”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**; Volume: 20 Issue: 1; 2007
39. **EVANS R. JAMES, LINDSAY M. WILLIAM** , *The Management and Control of Quality*, TQ in Organizations, 7th Edition, 2008
40. **FAHRENKOPF AM, SECTISH TC, BARGER LK.** “*Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study*” **BMJ**, Vol 336 Is 7642, 2008, pp488–91.
41. **FROST ROGER** “*New, improved ISO 9000 guidelines for health sector*” **ISO Management Systems**, 2007
42. **GILL LIZ, WHITE LESLEY**, “*A critical review of patient satisfaction*”. **Leadership in Health Services**, Vol 22, Is 1, 2009, pp 8-19
43. **GILBERT M GAUL** “*Accreditors Blamed for Overlooking Problems*” **The Washington Post**, 2005

44. **GLUCK A. PAUL** “*Medical Errors: Incidence, Theories, Myths and Solutions*”
Presentation at the Seminole County Patient Safety Summit, 2006
45. **GREENFIELD DAVID, MARJORIE PAWSEY** “*Are accreditation surveys reliable?*”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol 22, Is 2, 2009, pp105-116
46. **GROL RICHARD** “*Planning and Studying Improvement in Patient Care: The Use of Theoretical Perspectives*” **The Milbank Quarterly**, Vol. 85, No 1, 2007, pp 93-138
47. **GURD BRUCE, GAO TIAN** “*Lives in the balance: an analysis of the balanced scorecard (BSC) in healthcare organizations*” **International Journal of Productivity and Performance Management**, Vol. 57, Is 1, 2008, pp 6-21
48. **HENSEN PETER, MEINHARD SCHILLER**, “*Evaluating hospital service quality from a physician viewpoint*”, **International Journal of Healthcare Quality Assurance**, Vol 21, Is 1, 2008, pp75-86
49. **HEUVEL J. VAN DEN**, *The effectiveness of ISO 9001 and Six Sigma in Healthcare*, Beaumont Quality Publications, Dec 2006
50. **HOYLE D, THOMPSON J**, *Transition to ISO 9001:2000*, Butterworth-Heinemann editions, Oxford UK, 2000
51. **IGNACIO JUAN, CASTILLA MARTIN** “*EFQM model: knowledge governance and competitive advantage*” **Journal of Intellectual Capital**, Vol. 9 No. 1, 2008, pp 133-156
52. **IHI** “*Reconcile medications at all transition points. IHI Patient Safety Medication Systems Changes*” **Institute for Healthcare Improvement**, Cambridge, 2009
53. **IMAAD BAALBAKI, ZAFAR U. AHMED** “*Patient satisfaction with healthcare delivery systems*” **International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing**, Vol 2, Is 1, 2008, pp 47-62
54. **INSTITUTE OF MEDICINE** “*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*” **The National Academies Press**, 2001

55. **IOM**, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Appendix B, National Academy of Sciences, Washington, DC, 2006 2nd edition, pp 322-35.
56. **JAAP V.D HEUVEL** “*An ISO 9001 quality management system in a hospital: Bureaucracy or just benefits?*” **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol 18, Is 5, 2005
57. **JOINER A. THERESE** “*Total quality management and performance: The role of organization support and co-worker support*” **International Journal of Quality & Reliability Management**, Vol 24, Is 6, 2007, pp617-627
58. **JOOSTEN C.M TOM, INGE M.B BONGERS** “*Care programs and integrated pathways*” **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol 21, Is 5, 2008, pp 472-486
59. **JOYCE PHIL, GREEN ROSAMUND, WINCH GRAHAM** “*A new construct for visualising and designing e-fulfilment systems for quality healthcare delivery*”, **The TQM Magazine**, Vol.18, No. 6, 2007
60. **JURAN JM.**, *Quality Planning and Analysis*, McGraw-Hill, New York, 1980, p.89
61. **JURAN JM, GRYNA FM.** *Juran’s Quality Control Handbook, 4th edition*, McGraw-Hill, New York, 1988
62. **K.C PETER, LEE W.M** “*The implementation and performance outcomes of ISO 9000 in service organizations: An empirical taxonomy*” **International Journal of Quality & Reliability Management**, Vol 26, Is 7, 2009, pp 646-662
63. **KARASSAVIDOU ELEONORA, GLAVELI NIKI** “*Quality in NHS hospitals: no one knows better than patients*”, **Measuring Business Excellence**, Vol 13, Is 1, 2009, pp 34-46
64. **KOHN LINDA** “*Preventing medication errors*” **The National Academies press**, 2006, p480
65. **KOPPEL ROSS** “*Role of Computerized Physician Order Entry Systems in Facilitating Medication Errors*” **JAMA**, Vol 293, 2005, pp 1197–1203.

66. **KOSKA M. T**, “USA- *Joint Commission seeks input on potential national patient safety goals*”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol 2, Is 3, 2007,
67. **KOWALCZYK LIZ**, *Surprise check faults MGH quality of care But hospital will get accreditation*, The Boston Globe, Boston, 2007
68. **KRUMHOLZ HM** *ACC/AHA clinical performance measures for adults with ST-elevation and non-ST elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures*” **Journal of the American College of Cardiology**, Vol 1, Is 47, 2006, pp 236-257
69. **LADHARI RIADH** “*A review of twenty years of SERVQUAL research*” **International Journal of Quality and Service Sciences**, Vol. 1, Is 2, 2009, pp 172-198
70. **LAGODIMOS A.G, DERVITSIOTIS K. N, KIRKAGASLIS E** “*The penetration of ISO 9000 Certification in Greek Industries*” **Total Quality Management & Business Excellence**, Vol 16, Is 4, 2005, pp505 – 527
71. **LAMBERT BL** “*Similarity as a risk factor in drug-name confusion errors*” **Medical Care**, Vol 12, Is 37, 1999, pp 1214-1225
72. **LANDRIGAN CP** “*Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units*” **N. Engl. J. Med**, Vol 18, Is 351, 2008, pp1838–48
73. **LANJANANDA PANISA, PATTERSON G. PAUL** “*Determinants of customer-oriented behavior in a health care context*” **Journal of Service Management**, Vol 20, Is 1, 2009, pp 5-32
74. **LAWTON, A**, *Ethical Management for Public Services*, Oxford University Press, Oxford, 1998
75. **LEVINSON DANIEL**, *Adverse Events in Hospitals: State Reporting System*, Office of Inspector General, Report, 2008 pp1-30
76. **LEONHARDT KARLIN** “*DRK Kliniken Berlin - Medical Competence Made in Germany*” 2008

77. **LINDBERG EVA, ROSENQVIST URBAN** “*Implementing TQM in the health care service: A four-year following-up of production, organizational climate and staff wellbeing*”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol 18 Is 5, 2005, pp 370 – 384
78. **LIPSON ROBERTA** “*Investing in China's Hospitals*” **The China Business Review**, 2007
79. **MCCOY LK** “*USA - Joint Commission seeks input on potential national patient safety goals*” **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol 20, Issue 3, 2007
80. **MCCOY LK** “*Look-alike, sound-alike drugs review: include look-alike packaging as an additional safety check*” **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, Vol 1, Is 31, 2005, pp47–53
81. **MEHMET TOLGA TANER, BULENT SEZEN** “An overview of six sigma applications in healthcare industry”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol 20, Is 6, 2007 pp 329-340
82. **MEHRABI F, NASIRIPOUR A, DELGOSHAEI B** “*Customer focus level following implementation of quality improvement model in Tehran social security hospitals*” **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol 21, Is 6, 2008, pp 562-568
83. **MILLS K** “*Treatment of nursing home-acquired pneumonia*” **Am Fam Physician**, Vol 11, Is 79, 2009, pp 976-982
84. **MIZIKACI F** “*A systems approach to program evaluation model for quality in higher education*”, **Quality Assurance in Education**, Vol. 14 No.1, 2006, pp 37-53
85. **MOHAMMAD ALI, MOSADEGH RAD** “*The impact of organizational culture on the successful implementation of total quality management*”, **The TQM Magazine**, Vol 18, Is 6, 2007

86. **NADZAM DEBORAH** “*Partnering for better outcomes*” Annual Report of Joint Commission International, 2007
87. **NARASIMHAN K** “*ISO 9000 Quality Systems Handbook*” **Measuring Business Excellence**, Vol 12, Is 3, 2008
88. **NIEDERMAN MS** “*The cost of treating community-acquired pneumonia*” **Clinical Therapeutics**, Vol 4, Is 20, 1998, pp820-37
89. **NORDHAUS, WILLIAM**, *The Health of Nations: The Contribution of Improved Health to Living Standards in Measuring the Gains from Medical Research: An Economic Approach*, University of Chicago Press, Chicago, 2008
90. **OVRETVEIT JOHN**, *Health service quality*. Blackwell, London, 2005 2nd edition
91. **OVRETVEIT JOHN**, “*Total quality management in European healthcare*, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol: 13 Issue: 2, 2000, pp 74 – 80
92. **OVRETVEIT JOHN**, *What are the best strategies for ensuring quality in hospitals*, WHO Regional Office for Europe’s Health Evidence Network (HEN), 2003
93. **OVRETVEIT JOHN** “*Formulating a health quality improvement strategy for a developing country*”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol 17, Number 7, 2004, pp 368-376
94. **PALMIERI PATRICK** “*The anatomy and physiology of error in adverse healthcare events*” **Advances in Health Care Management**, Vol 7, 2008, pp33–68
95. **PELLETIER MARK** “*Hospital accreditation fast track*” Joint Commission International, 2009
96. **PITTET D** “*Infection control and quality health care in the new millennium*” **American Journal of Infection Control**, Vol 5, Is 33, 258-267, 2005, pp258–267
97. **POWERS KEN** “*The Joint Commission announces 2009 National Patient Safety Goals*” **News Release**, 2009

98. **PRAJOGO DANIEL, MCDERMOTT M. CHRISTOPHER** “*The relationship between total quality management practices and organizational culture*” **International Journal of Operations & Production Management**, Vol 25, No11, 2005, pp 1101-1122
99. **PSOMAS L. EVAGGELOS, FOTOPOULOS V. CHRISTOS** “*A meta analysis of ISO 9001:2000 research – findings and future research proposals*” **International Journal of Quality and Service Sciences**, Vol 1, Is 2, 2009, pp 128-144
100. **PUI-MUN LEE, POHWAH KHONG** “*Impact of deficient healthcare service quality*” **The TQM Magazine**, Vol 18, Is 6, 2006, pp 563-571
101. **ROMANO PS** “*Quality Study: Patient Safety in American Hospitals*, **Health Grades**, 2004
102. **RUIZ ULISES, SIMON JOSE** “*Quality management in health care: a 20-year journey*”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol: 17, Is: 6, 2004, pp 323 – 333
103. **SAMPAIO PAULO et al**, “*ISO 9001 certification research: questions, answers and approaches*”, **International Journal of Quality & Reliability Management**, Vol 6, Is 1, 2009, pp 38-78
104. **SATISH MEHRA, SAMPATH RANGANATHAN** “*Implementing total quality management with a focus on enhancing customer satisfaction*” **International Journal of Quality & Reliability Management**, Vol 25, Is 9, 2008, pp 913-927
105. **SCHYVE P.M** “*A trio for quality. Accreditation, Baldrige and ISO 9000 can play a role in reducing medical errors*” **Quality Progress**, 2000, pp53-5
106. **SCHYVE M. PAUL** “*Accreditation and Globalization*” **International Journal for Quality in Health Care**, Vol 10, No 6, 1998, pp467-468
107. **SEOKJIN KIM, BEHRAM NAKHAI** “*The dynamics of quality costs in continuous improvement*” **International Journal of quality costs in continuous improvement**, Vol 25, Is 8, 2008, 842-859

108. **SETH NITIN, DESHMUKH S.G** “*Service Quality Models: a review*” **International Journal of Quality and Reliability Management**, Vol 22, No 9, 2005 pp 913-94
109. **SHORT, P.J., RAHIM, M.A** “*Total quality management in hospitals*”, **Total Quality Management**, Vol. 6 No.3, 2005, pp 255-63
110. **SIGALAS I.** *Hospitals Management*, Notes, 2008, University of Macedonia.
111. **SMITH R. WALLY** “*Parallels and distinctions between health care quality improvement and health care disparities reduction*”, **Clinical Governance: An International Journal**, Vol 12, Is3, 2007, pp. 191-200
112. **SOLET DJ** “*Lost in translation: challenges and opportunities during physician-to-physician communication during patient handoffs*” **Academic Medicine**, Vol 80, Is 205, 2008, pp1094–1099
113. **STAPLETON PHILIP, GLOVER MARGARET**, “*Environmental management systems: An implementation guide for small and medium-sized organizations*”, NSF Publications, U.S, 2006 (3rd edition)
114. **TAM L.M JACKIE** “*Linking quality improvement with patient satisfaction: a study of a health service centre*” **Marketing Intelligence & Planning**, Vol 25, Is 7, 2007, pp 732-745
115. **TERZIOVSKI MILE, POWER DAMIEN** “*Increasing ISO 9000 certification benefits: a continuous improvement approach*” **International Journal of Quality & Reliability Management**, Vol 24, Is 2, 2007, pp 141-163
116. **THEODORAKIOGLOU Y.D, TSOTRAS G.D** “*The need for the introduction of quality management into Greek health care*”, Vol 11, No 8, 2000, pp 1153-1165
117. **THE JOINT COMMISSION** “*Introduction to the National Patient Safety Goals*” 2009
118. **THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL** “*Joint Commission International (JCI) Accredited Organizations-Thailand section*” 2009

119. **THE JOINT COMMISSION** “*Eligibility for Hospital and Critical Access Hospital Accreditation*” 2009
120. **THE JOINT COMMISSION** “*Facts about ORYX for Hospitals (National Hospital Quality Measures)*”, **CMS reference page**, 2007
121. **THE JOINT COMMISSION** “*Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (CAMH): The Official Handbook*” **JCAHO Publications**, 2009
122. **THE JOINT COMMISSION** “*Accreditation preparation services, Advisory Services*” 2009
123. **THE JOINT COMMISSION** “*Dr Erfan and Bagedo General Hospital Makes Quality Improvement on the Road to Accreditation*” **Case study JCI**, 2008
124. **THE JOINT COMMISSION** “*JCI Accreditation strengthens quality of care at Italian Children’s Hospital*” **Case study JCI**, 2008
125. **THE JOINT COMMISSION** “*National Patient Safety Goals*” **Oakbrook Terrace, IL**, 2006
126. **THE JOINT COMMISSION** “*Root causes of sentinel events, all categories*” Oakbrook, IL, 2006
127. **THE JOINT COMMISSION** “*National Patient Safety Goals*” **Oakbrook Terrace, IL**, 2003
128. **THE JOINT COMMISSION** “*Accreditation programs*” in <http://www.accreditation.ca/accreditation-programs/>, 2009
129. **TIMMONS H. KAREN** “*Dubai Healthcare City Appoints JCI for Accreditation of Hospitals*”, Medlab Magazine, Vol 3, Is 8, 2007

130. UGOLINI MARTA “*Can quality become tangible for health service users?*”
The TQM Journal, Vol 21, Is 4, 2009, pp 400 – 412
131. VASCO EIRIZ, FIGUEIREDO JOSE’ ANTONIO “*Quality evaluation in health care services based on customer-provider relationships*”, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol. 18 No. 6, 2006, pp 404-412
132. VERNERO SANDRA, NABITZ UDO “*A two-level EFQM self-assessment in an Italian hospital*” **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol. 20, Is 3, 2007, pp 215-231
133. VERA ANTONIO, KUNTZ LUDWIG “*Process-based organization design and hospital efficiency*” **Health Care Management Review**, Vol 32, Is 1, 2007, pp 55-65
134. VIRA T, COLQUHOUN M “*Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge*” **Quality & Safety in Health Care**, 2006, pp1-6
135. VOUZAS FOTIS “*Investigating the human resources context and content on TQM, business excellence and ISO 9001:2000*” **Measuring Business Excellence**, Vol 11, Is 3, 2007, pp 21-29
136. VOUZAS FOTIS, PSYCHOGIOS A.G “*Assessing managers' awareness of TQM*”, **The TQM Magazine** Vol 19, Is 1, 2007, pp 62 – 75
137. WAGNER, C, L GULACSI, E TAKACS. “*The implementation of quality management systems in hospitals: a comparison between three countries*”, **BMC Health Services Research**, Vol 6, Is 50, 2006
138. WHO “*Biregional strategy for harm reduction, 2005 -2009: HIV and injecting drug*” **WHO Publications and Documents**, 2005
139. WHO *World Health Report: A safer future: Global public health security in the 21st century*, WHO Regional Office for Europe, Switzerland, 2007
140. WILSON L, GOLDSCHMIDT P. *Quality management in health care*. McGraw-Hill, New York, 1995

141. **WONG MD CHARLES** *"Trent and JCI hospital accreditation: What for? And why both?"* Tsuen Wan Adventist Hospital, Conference Report, 2008
142. **WORKSHOP** *"Quality improvement and patient safety in healthcare: New strategies to reach the best Care"* **International workshop**, Italy, 2007
143. **WRIGHT AA** *"Bar coding for patient safety"* **New England Journal of Medicine**, Vol 354, pp 329–331
144. **ZAIDI AK** *"Hospital acquired neonatal infections in developing countries"* **Lancet**, 2005, Vol 365, pp1175–1188

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. **35^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ**, *Ασφάλεια και Ποιότητα στο Εργασιακό Περιβάλλον*, Αθήνα, 2008
2. **ΑΛΕΞΙΑΔΗ Α.Δ** “*Το αποκεντρωτικό Σύστημα της Π.Φ.Υ*” **Ε.Δ.Δ.Δ.Δ**, Vol 1, Is 49, 2005, p 35
3. **ΑΥΛΩΝΑΣ Ν.** *Η σωστή διαχείριση των παραπόνων και η ανάπτυξη δεικτών στις υπηρεσίες υγείας, ως μέσο ικανοποίησης των αναγκών του ασθενή και βελτίωσης της ποιότητας*. Εισήγηση στο συνέδριο Quality Forum, Αθήνα, 1999
4. **ΓΕΙΤΟΝΑ Μ, ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Σ**, *Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας και η Ευρωπαϊκή της Διάσταση*, ΕΕΕΦ, Αθήνα, 2006
5. **ΓΚΟΛΝΑ Χ, ΚΟΝΤΙΑΔΗΣ Ξ, ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ**, *Φαρμακευτική πολιτική στην Ελλάδα και την Ευρώπη Λειτουργία της αγοράς και ρυθμιστικό πλαίσιο* Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2006
6. **ΓΚΟΤΖΑΜΑΝΗ ΚΑΤΕΡΙΝΑ**, *Διαχείριση Ποιότητας και Βελτίωση Παρεχόμενων Υπηρεσιών στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα*, 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο «Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», Αθήνα, 2007
7. **ΔΕΡΒΙΤΣΙΩΤΗΣ Κ**, *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*, Αθήνα, 2005, 2^η έκδοση
8. **ΕΕΔΕ**, *Ανακαλύπτοντας το Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας EFQM* Εκπαιδευτικά σεμινάρια EFQM, 2008
9. **Ε.Π** «Υγεία-Πρόνοια», (Γ’ ΚΠΣ), Άξονας προτεραιότητας 4: Ανθρώπινοι πόροι, 2000-2006
10. **ΖΟΠΟΥΝΙΔΗΣ Κ.**, *Θέματα μανάτζμεντ υπηρεσιών υγείας*, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα, 2007
11. **ΖΟΠΟΥΝΙΔΗΣ Κ, ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ Γ**, *Παράγοντες Ικανοποίησης των ασθενών στο σύστημα υγείας*, Χανιώτικα Νέα, 2008,

12. **ΙΟΣ ΤΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥΤΥΠΙΑΣ** “Αποτυχημένα μοντέλα ιδιωτικοποίησης της υγείας”, Ελευθεροτυπία, 12/2006
13. **ΚΑΡΑΜΗΤΡΟΥ ΜΑΡΙΛΕΝΑ** «Διαπίστευση Δ.Θ.Κ.Α Υγεία: Νέο πρότυπο ποιότητας» Δελτίο τύπου, Μάρτιος 2007
14. **ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ**, *Τα Οικονομικά της Υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα, 2007, p 182
15. **ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ**, *Ο Cochrane στην εποχή του και εμείς: Μια απόπειρα προσέγγισης της μεθοδολογίας στην πολιτική υγείας*. Εξάντας, Πολιτικές Υγείας, Αθήνα, 2000 pp 7-34
16. **ΜΑΥΡΟΕΙΔΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ** “Διεθνές πρότυπο ISO 9001:2000. Τι σημαίνει για το σύγχρονο νοσοκομείο η περίπτωση του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία», **Οικονομία της Υγείας**, Vol 12, 2007, pp 58-59
17. **ΜΕΛΑΧΡΟΙΝΟΣ Γ**, *Η ποιότητα στην υγεία. Εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας σε φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*, TUV HELLAS, Αθήνα, 11/2007
18. **ΜΠΑΡΟΥΤΗΣ ΣΤΑΥΡΟΣ** “Τα προβλήματα λειτουργίας του ελληνικού νοσοκομείου” **Επιστημονικό Μάρκετινγκ**, Vol 42, 2007
19. **ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ Ι, ΤΣΟΛΙΔΟΥ Μ.**, *Η επικοινωνία μεταξύ ιατρών – ασθενών και Δημόσιου Νοσοκομείου – Κοινωνίας*, Επιθεώρηση Υγείας Σεπτ. – Οκτ. 2007
20. **ΜΟΥΜΤΖΟΓΛΟΥ Α**, *Ποιότητα και ασφάλεια στην φροντίδα υγείας*. Mediforce, Αθήνα 2008
21. **ΝΙΑΚΑΣ Δ**. *Management στις υπηρεσίες υγείας και η εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών*. **Κοινωνία, Οικονομία, Υγεία** 1993, pp 3-12
22. **ΟΜΙΛΟΣ ΥΓΕΙΑ** «Πρόγραμμα Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης. Το κοινωνικό πρόσωπο του Ομίλου Υγεία» **Εις Υγείαν**, Is 63, 2009
23. **ΟΙΚΟΝΟΜΟΠΟΥΛΟΥ Β. ΧΡΙΣΤΙΝΑ** “Joseph Moses Juran: Ο ηγέτης της Ποιότητας 1904-2008” **ECO-Q**, Vol 65, 2008, pp38-41

24. **ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Ν.Α** “Ελληνικές μελέτες οικονομικής αξιολόγησης και αποδοτικότητας στην Υγεία” **Health economics**, Vol 24, Is 1, 2007, pp 48-57
25. **ΠΟΛΥΖΟΣ Ν** “Η στρατηγική του ΩΚΚ για την επίτευξη συνθηκών συνεχούς βελτίωσης” **Τικ-Τακ Περιοδική έκδοση του ΩΚΚ**, Is 12-13,
26. **ΠΟΛΥΝΕΙΚΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ**, *Η Διασφάλιση της Ποιότητας ως Εργαλείο επιτυχίας των Υγειονομικών Μεταρρυθμίσεων – Εμπειρίες από την Κύπρο*, Management & Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας (Ημερίδα), 2007
27. **ΣΚΑΛΚΕΑΣ Γ.** “Το μέλλον των Συστημάτων Υγείας” Εφημερίδα «Το βήμα», Οκτ 2007
28. **ΣΟΥΛΗΣ Σ, ΣΑΡΡΗΣ Μ**, “Συστήματα Υγείας”, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2005
29. **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ HELLASTAT**, *Τομέας Παροχής Υπηρεσιών Υγείας: “Τα πλούσια περιθώρια κέρδους και οι επιστημονικές εξελίξεις υπόσχονται συγκινήσεις στο μέλλον”*, Αθήνα, 2008
30. **ΤΟΥΝΤΑΣ ΓΙΑΝΝΗΣ**, *Υπηρεσίες Υγείας*, Οδυσσέας, 2008, pp 97-104
31. **ΤΟΥΝΤΑΣ Γ**, “Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας” **Health economics**, Vol 24, Is 1, 2007, pp 7-21
32. **ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, ΔΗΜΗΤΡΑΚΑΚΗ Χ, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Ν.Α** “Αξιολόγηση της Ποιότητας των προγραμμάτων προαγωγής υγείας. Το ευρωπαϊκό εργαλείο EQUIP” **Health economics**, Vol 24, Is 1, 2007, pp 79-88
33. **ΦΟΥΡΑ ΓΑΛΗΝΗ**, *Το ΕΣΥ τρέμει την αξιολόγηση*, Καθημερινή, Αθήνα, 12/2007
34. **ΧΑΤΖΗΑΝΔΡΕΟΥ Ε**, *Εξελίξεις και προοπτικές στο χώρο της υγείας*. Κέντρο έρευνας και προαγωγής υγείας. Interamerican, Αθήνα, 2001

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

1. <http://www.iom.edu/CMS/8089/5432.aspx>
2. <http://www.iso.org/>
3. www.jointcommission.org
4. www.ncqa.org
5. <http://www.efqm.org/>
6. <http://www.quality.nist.gov/>
7. <http://www.b2b12.com/company.asp?m=1&cid=1183>
8. http://www.iatriko.gr/index.aspx?a_id=43
9. <http://www.onasseio.gr/>
10. http://www.onassis.gr/enim_deltio/25_04/p24.html
11. <http://www.jointcommissioninternational.org/30515/>
12. <http://www.cms.hhs.gov/>
13. http://www.drk-kliniken-berlin.de/Quality_Management.1129.0.html
14. <http://www.jointcommissionreport.org/performance/hospital-quality-performance.aspx>
15. <http://www.cdc.gov/handhygiene/>
16. <http://www.accreditation.ca/en/default.aspx>
17. <http://www.trentaccreditationscheme.org/>
18. <http://www.ukaf.org.uk/TAS.htm>
19. www.achs.org.au/
20. www.cohsasa.co.za/

21. www.hygeia.gr

22. <http://www.baldrige.nist.gov/>

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ