

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**«Η διαχρονική εξέλιξη της εφαρμογής των συστημάτων  
ποιότητας και των διεθνών προτύπων στον τομέα της  
υγείας- Η περίπτωση του χειρουργείου του Ιατρικού Π.  
Φαλήρου»**

**Αγάθου Φωτεινή**

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, Έτος 2019



---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**«Η διαχρονική εξέλιξη της εφαρμογής των συστημάτων  
ποιότητας και των διεθνών προτύπων στον τομέα της  
υγείας- Η περίπτωση του χειρουργείου του Ιατρικού Π.  
Φαλήρου»**

**Αγάθου Φωτεινή, Α.Μ.: ΟΔΥ/1701**

Επιβλέπων: Κοτταρίδη Κωνσταντίνα / Βαθμίδα / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, Έτος 2019



---

**UNIVERSITY of PIRAEUS**



**DEPARTMENT of  
ECONOMICS**

---

**M.Sc. in Health Economics and Management**

**“The evolution of the implementation of quality systems and international standards in the field of health - The case of P. Faliro Medical Surgery”**

**Agathou Foteini**

Master Thesis submitted to the Department of Economics  
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements  
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, Year 2019















# **Η διαχρονική εφαρμογή των συστημάτων ποιότητας και των διεθνών προτύπων στον τομέα της υγείας-Η περίπτωση του Ιατρικού Π. Φαλήρου**

**Σημαντικοί Όροι:** Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, Οργανισμοί Υγείας, Συστήματα πιστοποίησης-διαπίστευσης

## **Περίληψη**

Η ανάγκη για τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας είναι αναμφισβήτητη, ενώ για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται διάφορα εργαλεία του μάνατζμεντ, όπως η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (TQM), η επιχειρησιακή αναδιάρθρωση (BPR), η συνεχής βελτίωση της ποιότητας (CQI), και προγράμματα διαπίστευσης. Παρόλο που η υιοθέτηση αυτών των φιλοσοφιών, έχει συμβάλλει έμπρακτα στην διασφάλιση της ποιότητας και την οριοθέτησή της, υπάρχουν, σύμφωνα με πολλούς ερευνητές, πολλά περιθώρια βελτίωσης.

Στην Ελλάδα η πλειονότητα των ιδιωτικών νοσοκομείων διαθέτει κάποιο σύστημα πιστοποίησης και διαπίστευσης, ενώ το ίδιο δεν ισχύει για πολλά δημόσια νοσοκομεία. Στην παρούσα εργασία μελετήθηκε η περίπτωση της κλινικής Ιατρικό Παλαιού Φαλήρου, στα πλαίσια της υιοθέτησής του συστήματος πιστοποίησης ISO 9000: 2015.



# **“The evolution of the implementation of quality systems and international standards in the field of health - The case of P. Faliro Medical Surgery”**

**Keywords:** TQM, Healthcare Organizations, Certification and accreditation systems

## **Abstract**

The need to improve the efficiency and effectiveness of health services is indisputable, and various management tools such as Total Quality Management (TQM), Business Restructuring (BPR), continuous improvement of quality (CQI) and accreditation programs. The adoption of these philosophies has contributed in practice to quality assurance, but there are, according to many researchers, many margins for improvement.

In Greece, the majority of private hospitals have a certification and accreditation system, but the same does not apply for many public hospitals. In this study, the case of the Clinic Ιατρικό Παλαιού Φαλήρου, has been studied in the framework of its adoption of the ISO 9000: 2015 certification system.



## Περιεχόμενα

<b>Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας</b> .....	2
1.1 Εισαγωγή .....	2
1.2 Ορισμός της ποιότητας .....	3
1.3 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας .....	5
1.4 Ανακεφαλαίωση.....	9
<b>Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> Πιστοποιήσεις στα ελληνικά νοσοκομεία</b> .....	10
2.1 Πιστοποιήσεις στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία .....	10
2.2 Ιδιωτικά Νοσοκομεία.....	18
2.3 Ανακεφαλαίωση.....	19
<b>Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας</b> .....	22
3.1 Εισαγωγή .....	22
3.2 Ορισμός και πρακτικές της ΔΟΠ.....	24
3.3 Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στο Πλαίσιο των Υπηρεσιών Υγείας.....	27
3.4 Οι βέλτιστες πρακτικές της ΔΟΠ .....	29
3.5 Ανακεφαλαίωση.....	32
<b>Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> Η εφαρμογή του ISO 9001 στα πλαίσια ενός Νοσοκομείου</b> .....	34
4.1 Εισαγωγή .....	34
<b>4.2 ISO 9000</b> .....	34
4.3 Παράδειγμα εφαρμογής των προτύπων του ISO 9000 σε Νοσοκομείο .....	37
4.4 ISO 9000 και ασφάλεια ασθενών .....	40
4.5 Ανακεφαλαίωση.....	42
<b>Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> Διοίκηση Ολικής Ποιότητας σε ένα χειρουργείο</b> .....	42
5.1 Εισαγωγή .....	42
5.2 Διαχείριση ποιότητας σε τμήματα τραυμάτων .....	45
5.3 Διαχείριση της ποιότητας σε χειρουργεία μειωμένης επεμβατικότητας .....	46
5.4 Ανακεφαλαίωση.....	47
<b>Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup> Μελέτη περίπτωσης: Ιατρικό Παλαιού Φαλήρου</b> .....	48
6.1 Εισαγωγή .....	48
6.2 Το σύστημα ISO 9001:2015 .....	48
Διακινδύνευση (Risk - Based Thinking).....	49
6.4 Αποτελέσματα έρευνας.....	57
6.4.1 Κοινές ερωτήσεις.....	57
6.4.1.1 Ερώτηση πρώτη-Σύνοψη ευρημάτων από τις απαντήσεις των υπευθύνων ..	57
6.4.2 Ερώτηση δεύτερη-Σύνοψη ευρημάτων από τις απαντήσεις των υπευθύνων ...	58
6.4.3 Ερώτηση τρίτη-Σύνοψη ευρημάτων από τις απαντήσεις των υπευθύνων .....	59
6.4.2 Απαντήσεις του Υ1 .....	61



6.4.2.1 Ερώτηση πρώτη στον Προϊστάμενο του Χειρουργείου του Π. Φαλήρου .....	61
6.4.2.2 Ερώτηση δεύτερη στον Προϊστάμενο του Χειρουργείου του Π. Φαλήρου ....	62
6.4.2.3 Ερώτηση τρίτη στον Προϊστάμενο του Χειρουργείου του Π. Φαλήρου .....	63
6.4.3 Απαντήσεις του Υ2 .....	63
6.4.3.1 Ερώτηση πρώτη στην Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Ιατρικού Π. Φαλήρου .....	63
6.4.3.2 Ερώτηση δεύτερη στην Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Ιατρικού Π. Φαλήρου .....	64
6.4.3.3 Ερώτηση τρίτη στην Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Ιατρικού Π. Φαλήρου .....	65
6.4.3.4 Ερώτηση τέταρτη στην Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Ιατρικού Π. Φαλήρου .....	65
6.4.3.5 Ερώτηση πέμπτη στην Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Ιατρικού Π. Φαλήρου .....	67
6.4.3.6 Ερώτηση έκτη στην Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Ιατρικού Π. Φαλήρου .....	68
6.5 Ανακεφαλαίωση-Συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας.....	69
<b>Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup> Συμπεράσματα .....</b>	<b>70</b>
7.1 Εισαγωγή .....	70
7.2 Συμπεράσματα .....	70
7.3 Ανακεφαλαίωση-Περιορισμοί της έρευνας/ προτάσεις για μελλοντικές έρευνες .....	73
<b>Παράρτημα .....</b>	<b>97</b>

## Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1.1: .....	. .
Πίνακας 1.2: .....	.9
Πίνακας 2.1.....	11
Πίνακας 2.2 .....	13
Πίνακας 2.4 .....	15
Πίνακας 2.5.....	17
Πίνακας 2.6.....	18
Πίνακας 3.1.....	26
Πίνακας 3.2.....	28
Πίνακας 4.1.....	35
Πίνακας 6.1.....	51
Πίνακας 6.2.....	52
Πίνακας 6.3: Απαντήσεις υπευθύνων στην κοινή ερώτηση 1.....	57
Πίνακας 6.4: Απαντήσεις υπευθύνων στην κοινή ερώτηση 2.....	58
Πίνακας 6.5: Απαντήσεις υπευθύνων στην κοινή ερώτηση 3.....	59
Πίνακας 6.6: Απάντηση Y1 στην ερώτηση 1.....	60
Πίνακας 6.7: Απάντηση Y1 στην ερώτηση 2.....	61
Πίνακας 6.8: Απάντηση Y1 στην ερώτηση 3.....	62
Πίνακας 6.9: Απάντηση Y2 στην ερώτηση 2.....	64
Πίνακας 6.10: Απάντηση Y2 στην ερώτηση 3.....	64
Πίνακας 6.11: Απάντηση Y2 στην ερώτηση 4.....	65
Πίνακας 6.12: Απάντηση Y2 στην ερώτηση 5.....	66
Πίνακας 6.13: Απάντηση Y2 στην ερώτηση 6.....	68



# Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

## 1.1 Εισαγωγή

Στο σημερινό, άκρως ανταγωνιστικό, εξωτερικό περιβάλλον, οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών, καλούνται υπό ασφυκτική πίεση, να διασφαλίσουν την επίτευξη υψηλής ποιότητας, σε επίπεδο συνέπειας και συνέχειας, ενώ ταυτόχρονα κατορθώνουν να διατηρούν μια πελατοκεντρική κατεύθυνση και μια «ευαισθησία» στις μεταβαλλόμενες ανάγκες των καταναλωτών (Talib, Azam & Rahman, 2015). Την ίδια στιγμή, υποστηρίζεται ότι το πεδίο των υπηρεσιών υγείας, αποτελεί έναν από τους πιο περίπλοκους κλάδους παγκοσμίως (Bertolini et al., 2011), καθώς παρατηρείται ένας αυξανόμενος ρυθμός εξέλιξης των ιατρικών ειδικοτήτων, ανάπτυξης περίπλοκων θεραπειών και μηχανημάτων και συνεχούς διεύρυνσης των διαστάσεων της έννοιας της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Ovretveit, 2000).

Η ανάγκη για τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας είναι αναμφισβήτητη, ενώ για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιούνται διάφορα εργαλεία του μάνατζμεντ, όπως η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (TQM), η επιχειρησιακή αναδιάρθρωση (BPR), η συνεχής βελτίωση της ποιότητας (CQI), προγράμματα διαπίστευσης κ.ά. Παρόλο που η υιοθέτηση αυτών των φιλοσοφιών, έχει συμβάλει έμπρακτα στην διασφάλιση της ποιότητας και την οριοθέτησή της, υπάρχουν, σύμφωνα με πολλούς ερευνητές, πολλά περιθώρια βελτίωσης (Savitz et al., 2000; Papadopoulos, 2011).

Η ποιότητα έχει καταστεί μια κεντρική έννοια στις ζωές όλων, ενώ τα άτομα αναζητούν συνεχώς προϊόντα και υπηρεσίες υψηλής ποιότητας. Αυτή η επιθυμία για υψηλή ποιότητα, έχει οδηγήσει πολλούς μάνατζερς στην υιοθέτησή της, σαν στρατηγικό στόχο, προκειμένου να επιτευχθεί ανταγωνιστικό πλεονέκτημα (Mosadeghrad, 2013). Η ποιότητα έχει συνδεθεί με μια σειρά, στρατηγικής σημασίας επιδιώξεων, όπως η μείωση του συνολικού κόστους, η αύξηση της παραγωγικότητας και της οργανωσιακής απόδοσης και η βελτίωση των μακροπρόθεσμων σχέσεων με τους εργαζόμενους και τους προμηθευτές.

## 1.2 Ορισμός της ποιότητας

Η ποιότητα είναι μια πολυδιάστατη έννοια που είναι αρκετά δύσκολο να ορισθεί, καθώς ενέχει πολλές ερμηνείες, σημασίες (Seawright & Young, 1996) και άυλα/αφηρημένα χαρακτηριστικά, ενώ διαφορετικοί ορισμοί της έννοιας μπορεί να είναι χρήσιμοι και ωφέλιμοι, ανάλογα τις συνθήκες και τον επιδιωκόμενο στόχο (Garvin, 1984; Reeves & Bednar, 1994; Russell & Miles, 1998; Beaumont & Sohal, 1999; Sebastianelli & Tamimi, 2002; Ojasalo, 2006).

Ένας ορισμός της, είναι ο βαθμός επίτευξης υπεροχής/αρίστευσης (Tuchman, 1980) και η ύπαρξη κάποιου χαρακτηριστικού γνωρίσματος (που θεωρείται ανώτερο-Merriam-Webster Dictionary, 2010). Οι ορισμοί της ποιότητας είναι πολλοί, καθώς το πλαίσιο αναφοράς διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην προσέγγιση της έννοιας (Zikmund, 2003), αλλά οι περισσότεροι συγκλίνουν σε βασικές αρχές, όπως:

- η ύπαρξη αξίας (Feigenbaum, 1951)
- η υπεροχή (Peters & Waterman, 1982)
- η συμμόρφωση σε προδιαγραφές (Gilmore, 1974, Shewhart, 1931; Levitt, 1972)
- η συμμόρφωση σε προαπαιτούμενα (Crosby, 1992)
- η κάλυψη ή η υπέρβαση των προσδοκιών των πελατών (Parasuraman et al., 1985, Ryall & Kruithof, 2001; ISO 9000, 2005)
- η ύπαρξη επιθυμητών γνωρισμάτων σε ένα προϊόν (Leffler, 1982)

Επιπρόσθετα ο Deming (1982, σ. 176), υποστήριξε ότι ποιότητα είναι «η παραγωγή αγαθών, προσαρμοσμένων στις ανάγκες της αγοράς, με ένα αναμενόμενο βαθμό ομοιομορφίας», ενώ ο Feigenbaum (1991, σ. 7), ανέφερε τις ενέργειες που απαιτούνται (σε επίπεδο μάρκετινγκ, παρασκευής, διαχείρισης, διατήρησης και ελέγχου), προκειμένου ένα προϊόν/υπηρεσία να ικανοποιήσει τις προσδοκίες των πελατών.

Ένα ζήτημα με την οριοθέτηση και τον ορισμό της έννοιας της ποιότητας, είναι ότι κάποιοι «ευρείς» ορισμοί (όπως η επίτευξη υπεροχής, αρίστευσης κ.ά.), παρουσιάζουν προβλήματα εφαρμογής στην πράξη (είναι δύσκολο να μετρηθεί η έννοια και δημιουργούνται ζητήματα υποκειμενικότητας-ποιος ορίζει τι σημαίνει υπεροχή και με τι κριτήρια καθορίζεται/ (Reeves & Bendar, 1995, ενώ κάποιο πιο «περιεκτικοί» (όπως η συμμόρφωση σε προδιαγραφές), αδυνατούν να προσεγγίσουν

όλες τις περίπλοκές διαστάσεις της έννοιας (Reeves & Bednar, 1995). Ο ορισμός μιας έννοιας στις κοινωνικές επιστήμες, θεωρείται κεντρικής σημασίας (Zikmund, 2003), καθώς χωρίς καλά ορισμένες έννοιες, είναι αδύνατο να αναπτυχθεί κάποια θεωρία, να εξακριβωθούν τυχόν επιδράσεις και συσχετίσεις μεταξύ εννοιών, και να βρεθεί ένας τρόπος συνεπούς μέτρησης (Summers, 2001, Cooper & Schindler, 1998).

Στο ίδιο πλαίσιο, ένας κοινά χρησιμοποιούμενος ορισμός της ποιότητας, είναι η ικανότητα της χρήσης (fitness for use-Juran, 1951, & Juran & Godfrey, 1999), όπου ο όρος χρήση αφορά τις απαιτήσεις των πελατών και με τον όρο ικανότητα εννοείται η προσαρμογή σε αντικειμενικά/ μετρήσιμα χαρακτηριστικά του προϊόντος (Nanda, 2005). Το ζήτημα που προκύπτει, είναι ότι οι απαιτήσεις και οι ανάγκες των πελατών είναι διαρκώς μεταβαλλόμενες (Chacko, 1998; Bowie & Bottle, 2004, (Kano et al., 1984; Hoyle, 2007). Επιπλέον έχει τονισθεί, ότι δεν θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη μόνο οι απαιτήσεις των πελατών, αλλά και άλλων ομάδων ενδιαφέροντος (stakeholders-Hoyle, 2007).

Παρακάτω, παρουσιάζεται ένας πίνακας, με ορισμούς της ποιότητας, με βάση την επιστημονική βιβλιογραφία.

**Πίνακας 1.1:**  
**Ορισμοί της ποιότητας**

<b>Πηγή</b>	<b>Ορισμός</b>
<b>Tuchman (1980)</b>	Ποιότητα σημαίνει να επενδύει κανείς στις καλύτερες δεξιότητες και προσπάθειες, με σκοπό την παραγωγή του καλύτερου/ άριστου αποτελέσματος-υπερβατική προσέγγιση
<b>Leffler (1982)</b>	Η ποιότητα, βασίζεται στην ύπαρξη (ή όχι) ενός επιθυμητού, συγκεκριμένου γνωρίσματος. Υψηλότερος βαθμός ύπαρξης αυτού του γνωρίσματος, συνεπάγεται υψηλότερη ποιότητα-προσέγγιση με βάση το προϊόν
<b>Shewhart (1931) και Levitt (1972)</b>	Η ποιότητα αφορά τη συμμόρφωση σε προδιαγραφές και standards-manufacturing based approach (Garvin, 1984)
<b>Juran and Godfrey (1999):</b>	Ποιότητα είναι ο βαθμός στον οποίο ένα προϊόν, πετυχημένα εξυπηρετεί τους σκοπούς του χρήστη-customer based approach (Garvin, 1984)
<b>Feigenbaum (1951:σ. 10)</b>	Η ποιότητα ενός προϊόντος/ υπηρεσίας είναι η ύπαρξη συγκεκριμένων χαρακτηριστικών, σε μια λογική/ αποδεκτή τιμή- value- based approach

**Ryall and  
Kruithof  
(2001)**

Ποιότητα είναι η ικανοποίηση των μεταβαλλόμενων αναγκών και προσδοκιών των καταναλωτών, ενώ λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες και των υπόλοιπων ομάδων ενδιαφέροντος, με τρόπο που δημιουργείται αξία και ικανοποίηση για όλα τα εμπλεκόμενα μέρη

Πηγή: Elshaer, I. (2012), What is the Meaning of Quality, MPRA Paper No. 57345

### **1.3 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας**

Η έννοια της ποιότητας στο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας, θεωρείται πολύ δύσκολο να ορισθεί και να μετρηθεί, εξαιτίας χαρακτηριστικών όπως η αϋλότητα και η ετερογένεια (Joss & Kogan, 1995; Ladhari, 2009; McLaughlin & Kaluzny, 2006; Naveh & Stern, 2005). Επιπλέον η εγγενής, περίπλοκη φύση της έννοιας της παροχής υγείας, η ύπαρξη πολλών εμπλεκόμενων με διαφορετικά συμφέροντα και η ηθική διάσταση του όλου φαινομένου, καθιστά την οριοθέτηση της έννοιας, ακόμα πιο δύσκολη (Eiriz & Figueiredo, 2005; Rohlin et al., 2002; Zabada et al., 1998).

Οι υπηρεσίες υγείας, αποτελούν ένα άυλο προϊόν, που δεν μπορεί να μετρηθεί και να γίνει αισθητό (από τις αισθήσεις), όπως ένα βιομηχανικό προϊόν. Ένα προϊόν, μπορεί να εντοπισθεί και να μετρηθεί (χρησιμοποιώντας μεθόδους δειγματοληψίας και ποσοτικής ανάλυσης) ως προς την κάλυψη βασικών χαρακτηριστικών ποιότητας, σε οποιοδήποτε παραγωγικό στάδιο (ή και αργότερα). Στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας και εξαιτίας της παραμέτρου της αϋλότητας, η ποιότητα εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη συνολική διαδικασία παροχής και τις αλληλεπιδράσεις παρόχου/ πελατών (Joss & Kogan, 1995; McLaughlin & Kaluzny, 2006; Naveh & Stern, 2005).

Επιπρόσθετα κάποιες σημαντικές διαστάσεις της παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως η συνέπεια (η συνεπής παροχή ομοιόμορφης υπηρεσίας) και η αποτελεσματικότητα, είναι δύσκολο να μετρηθούν, ενώ εναπόκεινται στην υποκειμενική κρίση του πελάτη. Αναμφίβολα είναι πολύ δύσκολη η επίτευξη συνέπειας στην παροχή υπηρεσιών, από ιατρούς διάφορων ειδικοτήτων σε ασθενείς με ετερογενείς ανάγκες (Mosadeghrad, 2013). Την ίδια στιγμή, καθίσταται πολύ δύσκολος ο καθορισμός standards ποιότητας και μέτρησης της απόδοσης, καθώς παράγοντες όπως η εκπαίδευση, η εμπειρία και η προσωπικότητα (από την πλευρά

της προσφοράς), επηρεάζουν σημαντικά την τελική «μορφή» των παρεχόμενων υπηρεσιών (Joss & Kogan, 1995; Jun et al., 1998; McLaughlin & Kaluzny, 2006).

Επιπλέον ο διογκούμενος ανταγωνισμός μεταξύ των οργανισμών παροχής υγείας, και η επιβίωση και ανάπτυξή τους, εξαρτάται όλο και περισσότερο από την ικανοποίηση των ασθενών (Zineldin et al., 2011). Η ικανοποίηση των ασθενών, έχει υποστηριχθεί, ότι συναρτάται με την αναγνώριση και την αποτελεσματική ανταπόκριση στις στάσεις και τις ανάγκες τους, την επιδίωξη της συνεχούς αναβάθμισης της παρεχόμενης ποιότητας και την συνολική αξία της σχέσης ιατρού-ασθενή (Talib, Azam & Rahman, 2015).

Πριν την παρουσίαση των ορισμών της ποιότητας σε σχέση με τις υπηρεσίες υγείας, κρίνεται σκόπιμη η παράθεση του ορισμού της υγείας εφόσον είναι μια έννοια που συσχετίζεται σημαντικά με τις υπηρεσίες υγείας συνολικά. Η έννοια της υγείας γενικά, αναφέρεται στην ελευθερία ενός ατόμου (ή μιας ομάδας ανθρώπων) απέναντι στην ασθένεια και στη δυνατότητα συνειδητοποίησης και βίωσης του πραγματικού «δυναμικού» (που θα οδηγήσει σε αισθήματα αυτοπραγμάτωσης και ολοκλήρωσης). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, είναι η κατάσταση της σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευδαιμονίας (well being) και απέχει πολύ από την μη ύπαρξη κάποιας ασθένειας.

Σύμφωνα με τον Park, (2007, σ.13), η έννοια της υγείας αφορά τη δυνατότητα βίωσης μιας, κοινωνικά και οικονομικά, παραγωγικής ζωής. Στο ίδιο πλαίσιο, οι υπηρεσίες υγείας, έχουν προσεγγισθεί, ως μια πλειάδα υπηρεσιών, που στοχεύουν τα άτομα, τις οικογένειες, ή τις κοινότητες, και επιδιώκουν την προώθηση, τη διατήρηση, τον έλεγχο ή την επαναφορά της υγείας (Last, 1993). Στο ίδιο μήκος κύματος, με βάση τους ορισμούς, μπορούν να ορισθούν πρότυπα, με βάση τα οποία θα «πορευθεί» το προσωπικό υγείας.

Ο Donabedian (1980, σ. 5), όρισε την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, ως «την πρακτική εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, με τρόπο όπου μεγιστοποιείται το όφελος προς τους ασθενείς και ελαχιστοποιούνται τα ρίσκα». Σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα, υπάρχουν τρεις διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας:

- η τεχνική ποιότητα-η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών, σε σχέση με την επίτευξη ωφέλειας (σε ότι αφορά την κατάσταση υγείας)



- η διαπροσωπική ποιότητα-αναφέρεται στην ικανοποίηση των ατομικών αναγκών των ασθενών
- η διάσταση της «άνεσης»-αναφέρεται στα φυσικά, υλικά χαρακτηριστικά της παροχής υπηρεσίας

Σύμφωνα με τον Ovretveit (1992, σ. 4), η έννοια μπορεί να ορισθεί, ως «την παροχή υπηρεσιών που ξεπερνάνε/υπερκαλύπτουν τις προσδοκίες των ασθενών, ενώ επιτυγχάνονται τα καλύτερα ιατρικά αποτελέσματα, με βάση τους διαθέσιμους πόρους». Οι Schuster et al. (1998, σ. 518), τόνισαν ότι η υψηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας, συνεπάγεται την κατάλληλη παροχή της υπηρεσίας, με τρόπο τεχνικά άρτιο, σωστά επικοινωνήσιμο, με κοινή διαδικασία λήψης αποφάσεων και σεβασμό στις ιδιαιτερότητες κάθε κουλτούρας. Επιπλέον, από τη χρησιμοποίηση του όρου «κατάλληλη παροχή», συνάγεται ότι η υπερβολική παροχή (πολλές, μη απαραίτητες εξετάσεις και αγωγές, με πιθανές, αρνητικές επιπτώσεις), είναι κάτι αρνητικό, όπως και η παροχή «λιγότερης από την κατάλληλη» φροντίδας (ελλιπείς εξετάσεις κ.ά.) ή λάθος φροντίδας εσφαλμένες διαδικασίες κ.ά.).

Οι Leebon et al. (2003, σ. 21), συμπέραναν ότι η υψηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας, ταυτίζεται «με το να γίνονται τα σωστά πράγματα σωστά, ενώ επιτυγχάνονται συνεχείς βελτιώσεις, το κλινικό αποτέλεσμα είναι όσο το δυνατόν καλύτερο, οι πελάτες είναι ικανοποιημένοι, παραμένει εντός οργανισμού το ταλαντούχο προσωπικό και αυξάνεται η χρηματοοικονομική απόδοση. Ο Lohr (1991, σ. 21), τόνισε ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, είναι ο βαθμός στον οποίο η παροχή τους, αυξάνει την πιθανότητα θετικών κλινικών αποτελεσμάτων, ενώ οι διαδικασίες εναρμονίζονται με την υπάρχουσα επιστημονική γνώση.

Οι Joss και Kogan (1995), στο θεωρητικό τους μοντέλο, προσέγγισης της έννοιας της ποιότητας υπηρεσιών υγείας, συμπέρανα την ύπαρξη τριών διαστάσεων:

- της τεχνικής ποιότητας-που αφορά την εφαρμογή της εξειδικευμένης, επιστημονικής γνώσης
- της συστημικής-που αφορά την ολιστική οπτική και την ποιότητα των διαδικασιών
- της γενικής-που αναφέρεται στην ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων

Ο Gronroos (1984), συμπέρανε την ύπαρξη δύο διαστάσεων της ποιότητας: της τεχνικής και της λειτουργικής. Η τεχνική διάσταση αφορά την παροχή των

κεντρικών εκροών/ αποτελεσμάτων (σε γενικές γραμμές την κάλυψη του στόχου της ενίσχυσης της υγείας), ενώ η λειτουργική αναφέρεται στον τρόπο που παρέχεται η υπηρεσία (στον τρόπο που γίνεται αντιληπτή από τον ασθενή/ πελάτη).

Σύμφωνα με μια πληθώρα ερευνών, οι ασθενείς «ανατρέχουν», ή επηρεάζονται περισσότερο από στοιχεία της λειτουργικής διάστασης της ποιότητας υπηρεσιών υγείας (εγκαταστάσεις, ανέσεις, φαγητό, καθαριότητα κ.ά.), όταν αξιολογούν την ποιότητα υπηρεσιών υγείας (Wan Rashid & Jusoff, 2009). Σε γενικές γραμμές, οι προσεγγίσεις της έννοιας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, μπορούν να χωρισθούν σε δύο κατηγορίες:

- τις προσεγγίσεις όπου η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, ακολουθεί/ συμμορφώνεται σε κάποια πρότυπα και προδιαγραφές. Σε αυτή την κατηγορία, η έννοια της ποιότητας, εννοείται ως τη συμμόρφωση σε (αντικειμενικές) προδιαγραφές και στις (υποκειμενικές) προσδοκίες του πελάτη, η στρατηγική έμφαση είναι «εσωτερική» (προς την πλευρά της προσφοράς), ενώ η αξιοπιστία, η ακρίβεια και η αποτελεσματικότητα είναι επιδιώξεις κεντρικής σημασίας
- τις προσεγγίσεις, όπου βασικό ζητούμενο είναι η υπερκάλυψη των προσδοκιών των ασθενών (η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι πρωταρχικά η ικανοποίηση των ασθενών). Η έμφαση είναι «εξωτερική» (πελατοκεντρική-προς την πλευρά της ζήτησης), ενώ στόχοι όπως η ενσυναίσθηση, η αίσθηση ασφάλειας κ.ά. είναι σημαντικοί

Στο ίδιο πλαίσιο, σύμφωνα με το Institute of Medicine (2001), η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, μπορεί να γίνει αντιληπτή, από δύο οπτικές: από τη σκοπιά του πελάτη ή των επαγγελματιών. Η πρώτη αναφέρεται στην ικανότητα του παρόχου, να κατανοήσει τις ανάγκες και τους αντιλήψεις του ασθενή, παρέχοντας ικανοποίηση. Οι υποκειμενικές αντιλήψεις των ασθενών (σε σχέση με το βαθμό που κατανοήθηκαν οι ανάγκες του κ.ά.), έχουν συσχετισθεί σε μια σειρά ερευνών με την αντιληπτή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (Mashhadiabdol et al., 2014; Kitapci et al., 2014).

Στον παρακάτω πίνακα, παρουσιάζονται σε συγκεντρωτική μορφή, οι βασικές προσεγγίσεις της επιστημονικής βιβλιογραφίας, σε σχέση με το ορισμό της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

**Πίνακας 1.2**  
**Ορισμοί της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας**

<b>Πηγή</b>	<b>Ορισμός</b>
<b>Donabedian (1980)</b>	Η πρακτική εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, με τρόπο όπου μεγιστοποιείται το όφελος προς τους ασθενείς και ελαχιστοποιούνται τα ρίσκα
<b>Ovretveit (1992)</b>	Η παροχή υπηρεσιών που ξεπερνάνε/υπερκαλύπτουν τις προσδοκίες των ασθενών, ενώ επιτυγχάνονται τα καλύτερα ιατρικά αποτελέσματα, με βάση τους διαθέσιμους πόρους.
<b>Schuster et al. (1998)</b>	Η κατάλληλη παροχή της υπηρεσίας, με τρόπο τεχνικά άρτιο, σωστά επικοινωνήσιμο, με κοινή διαδικασία λήψης αποφάσεων και σεβασμό στις ιδιαιτερότητες κάθε κουλτούρας
<b>Leebov et al. (2003)</b>	Το να γίνονται τα σωστά πράγματα σωστά, ενώ επιτυγχάνονται συνεχείς βελτιώσεις, το κλινικό αποτέλεσμα είναι όσο το δυνατόν καλύτερο, οι πελάτες είναι ικανοποιημένοι, παραμένει εντός οργανισμού το ταλαντούχο προσωπικό και αυξάνεται η χρηματοοικονομική απόδοση
<b>Lohr (1991)</b>	Ο βαθμός στον οποίο η παροχή τους, αυξάνει την πιθανότητα θετικών κλινικών αποτελεσμάτων, ενώ οι διαδικασίες εναρμονίζονται με την υπάρχουσα επιστημονική γνώση.

#### **1.4 Ανακεφαλαίωση**

Όπως φάνηκε, η έννοια της ποιότητας είναι εξαιρετικά δύσκολο να ορισθεί και να μετρηθεί στα πλαίσια των οργανισμών υγείας. Πάντως οι περισσότεροι συγγραφείς συγκλίνουν στην προσέγγιση της κάλυψης των πελατειακών προσδοκιών και την επίτευξη ικανοποίησης, ενώ πολύ σημαντική θέαση θεωρείται και η συμμόρφωση σε κάποια θεσπισμένα πρότυπα ποιότητας.

## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> Πιστοποιήσεις στα ελληνικά νοσοκομεία

### 2.1 Πιστοποιήσεις στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία

Η διαπίστευση είναι συνήθως ένα πρόγραμμα σε εθελοντική βάση, χορηγούμενο από μια Μη Κυβερνητική Οργάνωση, όπου ένας εξωτερικός φορέας ελέγχει και αναλύει τη συμμόρφωση ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας, σε σχέση με προαποφασισμένα στάνταρντ απόδοσης (Shaw, 2004). Τα standards αυτά αναπτύχθηκαν αρχικά στην Αμερική το 1917, από την Αμερικάνικη Ένωση Χειρουργών (Alkhenizan & Shaw, 2011), ενώ μετά το Β Παγκόσμιο Πόλεμο δημιουργήθηκε η ISO (International Standards Organization), το 1947 (Montagu, 2003). Η διαπίστευση σαν πρακτική, ξεκίνησε επίσημα στην Αμερική, με την ίδρυση της Επιτροπής Διαπίστευσης των Οργανισμών Υγείας (JCAHO) το 1951, ενώ το μοντέλο άρχισε να εφαρμόζεται σε Αυστραλία και Καναδά από τη δεκαετία του 1960, και στην Ευρώπη από τη δεκαετία του 1980.

Η διαδικασία της πιστοποίησης, αφορά την επίσημη αναγνώριση της συμμόρφωσης σε δεδομένα standards (για παράδειγμα αυτά της ISO 9000), μέσω της εξωτερικής αξιολόγησης από κάποιο εντεταλμένο φορέα (Alkhenizan & Shaw, 2011). Παρόλο που οι έννοιες της πιστοποίησης και της διαπίστευσης συχνά συγχέονται και ταυτίζονται, η πρώτη αφορά τόσο οργανισμούς όσο και άτομα, ενώ η διαπίστευση αφορά μόνο οργανισμούς (Shaw, 2000). Οι συγκεκριμένοι στόχοι της διαπίστευσης είναι (Lewis, 2007):

- η προστασία της δημόσιας υγείας
- η διασφάλιση ενός αποδεκτού επιπέδου ποιότητας από τους παροχείς των υπηρεσιών υγείας
- η ώθηση της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας, ως αποτέλεσμα του εξωτερικού ελέγχου
- σε σχέση με δημόσιους οργανισμούς, να υφίσταται ένας τρίτος, ανεξάρτητος φορέας, που να προσδίδει αντικειμενικότητα στη μέτρηση της απόδοσης
- η μείωση της διασποράς της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών
- η αύξηση της ενημέρωσης του κοινού, ώστε να είναι σε θέση να λαμβάνει πιο «σωστές» αποφάσεις

Παρακάτω θα παρουσιασθούν, τα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία έχουν κάποιο σύστημα πιστοποίησης και διαπίστευσης, ανά Υγειονομική Περιφέρεια (τα στοιχεία αφορούν το 2010), ώστε να σχηματισθεί μια συνοπτική και περιεκτική εικόνα στον αναγνώστη, σχετικά με το βαθμό χρησιμοποίησης της πιστοποίησης και διαπίστευσης στο ελληνικό Σύστημα Υγείας.

### Πίνακας 2.1

#### Συστήματα πιστοποίησης-διαπίστευσης και μέτρησης ποιότητας νοσοκομείων της Α Υγειονομικής Περιφέρειας (στοιχεία 2010)

Νοσοκομεία	Σύστημα πιστοποίησης	Σύστημα διαπίστευσης	Συστήματα μέτρησης ποιότητας
<b>Γενικό Νοσοκομείο «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»</b>	<u>Διεύθυνση Τεχνικών Υπηρεσιών και η Διεύθυνση Διοικητικής Υπηρεσίας-πρότυπο ELOT 1429:2008.</u> <u>Τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας έχει πιστοποιηθεί με το πρότυπο ISO 9001:2006.</u> Σε διαδικασία πιστοποίησης της Διεύθυνσης Τεχν. Υπηρεσιών κατά το πρότυπο ISO 9001:2008.	Κανένα	Κανένα
<b>Γενικό Νοσοκομείο «ΛΑΪΚΟ»</b>	<u>Κέντρο Μεσογειακής Αναμιάς(Κ.Μ.Α.)-Μονάδα Προγεννητικής Διάγνωσης-ISO 9001:2000.</u> <u>Κεντρική Αποστείρωση-ISO 9001:2000.</u> <u>Κέντρο Αιμοδοσίας-ISO 9001:2000.</u> <u>Μ.Ε.Θ.-σε διαδικασία πιστοποίησης κατά το πρότυπο ISO 9001:2000.</u> <u>Βιοχημικό Τμήμα τ-σε διαδικασία πιστοποίησης, κατά το πρότυπο: ISO 15189.</u> <u>Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας-σε διαδικασία πιστοποίησης κατά το πρότυπο: ISO 15189.</u>		Σύστημα Μέτρησης της Ικανοποίησης των Ασθενών στα Εξωτερικά Ιατρ. Νοσοκομείου
<b>Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς»</b>	<u>Μαγειρεία-σύστημα HACCP σύμφωνα με το πρότυπο ΕΛΟΤ 1416:2000.</u> <u>Αιματολογικό Εργαστήριο-πρότυπο: ISO 9001Q2001</u>	Βιοχημικό Εργαστήριο-πρότυπο: ISO 15189. Ορμονολογικό Εργαστήριο-πρότυπο ISO 15189:2007	Κανένα

<b>Γενικό Νοσοκομείο «Η Σωτηρία»</b>	ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ/Γ'.Π/Π- ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ/ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ/5η ΚΛΙΝΙΚΗ/ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΞΕΝΩΝΑΣ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ "ΣΟΦΙΑ ΣΛΗΜΑΝ"-πρότυπο ISO 9001: 2008 ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ/ 7η ΚΛΙΝΙΚΗ/ Εργαστήρια: Αιματολογικό, Ανοσολογικό, Βιοχημικό και Μικροβιολογικό- πρόκειται να πιστοποιηθούν κατά ISO 15189 : 2007 Εργαστήρια της 1ης Παν. Πνευμονολογικής και 8ης Πνευμονολογικής Κλινικής πρόκειται να πιστοποιηθούν κατά το πρότυπο: ISO 9001 : 2008	Κανένα	Κανένα
<b>Γενικό Νοσοκομείο «Σισμανόγλειο»</b>	<u>Τμήμα Αιμοδοσίας</u> -ISO 9001:2008. Τμήμα Φαρμακείου-ISO 9001:2000. <u>Συντονιστικό Κέντρο Εκτάκτων Αναγκών</u> -ISO 9001:2001.	Κανένα	Κανένα
<b>Γενικό Νοσοκομείο «Α. Φλέμινγκ»</b>	Κανένα	Εργαστήριο Πολυκαταγραφικής Μελέτης Ύπνου- ISO 9001:2008 Τμήμα Αιμοδοσίας- ISO 9001:2008	κανένα
<b>Γενικό Νοσοκομείο «Αγία Όλγα»</b>	<u>Μονάδα Εντατικής Θεραπείας</u> - πρότυπο ISO 9001:2008. <u>Αιματολογικό Εργαστήριο</u> -πρότυπο ELOT EN ISO 9001: 2000 . <u>Αιμοδοσία</u> -πρότυπο ELOT EN ISO 9001: 2008. <u>Τμήμα Διατροφής</u> -σε διαδικασία για την εφαρμογή του συστήματος (HACCP) ISO 22000.	-	Ικανοποίηση των συγγενών των α ερωτηματολόγιο Αιμοδοσία-τα συστήματα Μέτρησης αιμοδοσία, μεταγγίσεις, εργαστηρ
<b>Γενικό Νοσοκομείο «Πολυκλινική»</b>	Κανένα	Μικροβιολογικό Βιοχημικό Εργαστήριο- πρότυπο ELOT/ISO/EN 15189:2007.	κανένα
<b>Γενικό Νοσοκομείο «Η Παμμακάριστος»</b>	σε διαδικασία μελέτης εγκατάστασης του συστήματος HACCP	κανένα	Κανένα

Πηγή: ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (2010), «ΕΦΑΡΜΟΖΟΜΕΝΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ-ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΕ Φ.Π.Υ.Υ.Κ.Α, <file:///D:/Pinakes-pist-diap-16-4-2010.pdf>.

**Πίνακας 2.2**

**Συστήματα πιστοποίησης-διαπίστευσης και μέτρησης ποιότητας νοσοκομείων της Α Υγειονομικής Περιφέρειας**

<b>Νοσοκομεία</b>	<b>Σύστημα πιστοποίησης</b>	<b>Σύστημα διαπίστευσης</b>	<b>Συστήματα μέτρησης ποιότητας</b>
<b>Γενικό Νοσοκομείο «Η Ελπίς»</b>	<u>Τμήμα Μαστογραφίας</u> - πρότυπο ELOT EN ISO 9001:2000.	Κανένα	Κανένα
<b>Γενικό Νοσοκομείο «ΚΑΤ»</b>	Κανένα	Βιοχημικό-πρότυπο ISO 9001:2001/ πρότυπο:17025.	Κανένα
<b>Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας»</b>	<u>Τμήμα Αιμοδοσίας</u> - πρότυπο: ISO 9001:2000. Σε διαδικασία ανάπτυξης συστημάτων πιστοποίησης κατά το πρότυπο: ISO 9001:2000 τα: <u>Φαρμακείο</u> , <u>Βιοχημικό Εργαστήριο Μονάδα Τεχνητού Νεφρού</u> .	Κανένα	Κανένα
<b>Γενικό Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα»</b>	<u>Φαρμακευτικό Τμήμα</u> - ISO 9001:2000	Κανένα	Κανένα
<b>Γενικό Νοσοκομείο «Έλενα Βενιζέλου»</b>	Κανένα	Το Ανοσοβιολογικό Τμήμα: Στο Accreditaion. Πεδίο Εφαρμογής: Εξετάσεις Ιστοσυμβατότητας Ενδοκρινολογικό Τμήμα Στον Ποιοτικό έλεγχο Στον Εσωτερικό και Εξωτερικό έλεγχο.	Κανένα
<b>Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία»</b>	<u>Δ/ΝΣΗ ΔΙΟΙΚ. ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ</u> -πρότυπο ELOT 1429:2008. <u>ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ</u> -πρότυπο ISO 9001:2000. <u>ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ και ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΙΣΤΟΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ</u> - πρότυπο ISO 15189 <u>Τμήμα ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΙΣΤΟΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ</u> - πρότυπο EFI 08-GR-005.995.	Κανένα	Κανένα

	Τμήμα	ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ- σύστημα HACCP	Μονάδα	Τεχνητού	Κανένα
<b>Ογκολογικό Νοσοκομείο Σάββας»</b>	«Άγιος	Κανένα	Μονάδα	Νεφρού-πρότυπο ISO 15189:2007	Κανένα
<b>ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ</b>		<u>Πρότυπο ISO 9001: 2000:</u> ΕΙΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΥΤΙΣΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ "ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΤΟΥ ΗΛΙΟΥ" ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ 5ου ΤΟΜΕΑ ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ 6ου ΤΟΜΕΑ (ΠΑΛΛΗΝΗΣ) ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ 11ου ΤΟΜΕΑ (ΝΕΑΣ ΣΜΥΡΝΗ). <u>Πρότυπο ISO 9001: 2008:</u> ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ "ΤΟ ΛΙΘΑΡΑΚΙ" ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ 3ου ΤΟΜΕΑ (ΛΥΚΟΒΡΥΣΗΣ)	Κανένα		Κανένα
<b>ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ</b>		Πιστοποιημένο κατά το πρότυπο ISO 9001:2008 για τη διενέργεια Επεμβάσεων Διαθλαστικής Χειρουργικής	Κανένα		Κανένα

Πηγή: ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (2010), «ΕΦΑΡΜΟΖΟΜΕΝΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ-ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΕ Φ.Π.Υ.Υ.Κ.Α, <file:///D:/Pinakes-pist-diap-16-4-2010.pdf>.

Στον παρακάτω πίνακα, παρουσιάζονται τα νοσοκομεία της Α Υγειονομικής Περιφέρειας, που δεν έχουν κανένα σύστημα πιστοποίησης-διαπίστευσης και μέτρησης ποιότητας.

### Πίνακας 2.3

#### Νοσοκομεία της Α Υγειονομικής Περιφέρειας, που δεν έχουν κανένα σύστημα πιστοποίησης-διαπίστευσης και μέτρησης ποιότητας

Γενικό Νοσοκομείο «Κοργιαλένιο Μπενάκειο»	Κέντρο Υγείας «ΚΑΛΥΒΙΩΝ»
Γενικό Νοσοκομείο ΠΑΤΗΣΙΩΝ	Κέντρο Υγείας «ΚΑΠΑΝΔΡΙΤΙΟΥ»
Γενικό Νοσοκομείο «"Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ»	Κέντρο Υγείας «ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ»
Γενικό Νοσοκομείο "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»	Κέντρο Υγείας «ΛΑΥΡΙΟΥ»
Γενικό Νοσοκομείο "ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ»	Κέντρο Υγείας «ΣΠΑΤΩΝ»
Κέντρο Υγείας «Βάρης»	Κέντρο Υγείας «ΒΥΡΩΝΑ»
Κέντρο Υγείας «Νέας Μάκρης»	ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚ/ΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΒΟΥΛΑΣ
Κέντρο Υγείας «ΚΟΡΩΠΙΟΥ»	Μονάδα Κοινωνικής Φροντίδας «ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΞΕΝΩΝΑΣ ΚΑΡΕΑ» Μονάδα Κοινωνικής Φροντίδας «ΠΑΙΔΟΠΟΛΗ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»
Μονάδα Κοινωνικής Φροντίδας «ΠΑΙΔΟΠΟΛΗ	Μονάδα Κοινωνικής Φροντίδας



### Πίνακας 2.4

#### Συστήματα πιστοποίησης-διαπίστευσης και μέτρησης ποιότητας νοσοκομείων της Β Υγειονομικής Περιφέρειας

Νοσοκομεία	Σύστημα πιστοποίησης	Σύστημα διαπίστευσης	Συστήματα μέτρησης ποιότητας
<b>Γενικό Νοσοκομείο «Θριάσιο»</b>	Υπό πιστοποίηση το <u>Ακτινολογικό Εργαστήριο</u>	Τμήμα Διατροφής-σύστημα: HACCP Τμήμα Ιατρικής της Εργασίας-σύστημα OHSAS 18001.	Κανένα
<b>ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣ. ΑΤΤΙΚΗΣ «ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ»</b>	Έχει πιστοποιηθεί η <u>Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης: Οικοτροφείο</u>	Κανένα	<u>Δείκτες μέτρησης:</u> Ποσοστό εκπαιδευθέντων υπαλλήλων στο σύνολο των υπαλλήλων του φορέα. Μέσος όρος ημερών εκπαίδευσης ανά υπάλληλο Αριθμός νοσηλευθέντων ασθενών / έτος Αριθμός εξωτερικών ασθενών /έτος Αριθμός εξωτερικών ασθενών στο ΤΕΠ / έτος Μέση διάρκεια νοσηλείας (Μ.Δ.Ν.) Μέση κάλυψη (πληρότητα) κλινών ανά έτος Αριθμός κέντρων Ψυχικής Υγείας Αριθμός εξυπηρετούμενων ατόμων ανά Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αριθμός εργαζόμενων για τη φροντίδα των ηλικιωμένων

<b>Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»</b>	ISO 9001:2000: ΠΑΝ.ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΑΣ/ ΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ (Β'. ΠΑΝ/ΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΝΟΣΩΝ)/ ΜΟΝΑΔΑ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ, ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΦΥΣΙΚΗΣ (Β'. ΠΑΝ/ΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ)/ ΓΡΑΦΕΙΟ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ HACCP SYSTEM DS:3027 :1997 ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ/ ΓΕΝΙΚΗ ΒΑΚΤΗΡΙΟΛΟΓΙΑ/ Δ'. ΠΑΝ/ΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ/ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ Δ'. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ/ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ	Κανένα	Μέτρηση ικανοποίησης νοσηλευτών/ ασθενών-Δελτία καταγραφής παραπόνων ασθενών/πολιτών των τακτικών Εξωτερικών ιατρείων. Ad hoc εφαρμογές παρακολούθησης υπηρεσιών προς τους ασθενείς Σύστημα επιβεβαίωσης καλής παροχής υπηρεσιών σίτισης στους ασθενείς
<b>Γενικό Νοσοκομείο «Τζάνειο»</b>	<u>Τμήμα Αιμοδοσίας-σύστημα ISO</u> 9001:2000	Κανένα	Κανένα
<b>Γενικό Νοσοκομείο «Μεταξά»</b>	Έχει ξεκινήσει διαδικασίες εγκατάστασης-εφαρμογής συστήματος διασφάλισης <u>Τμήμα Διατροφής- σύστημα</u> HACCP. Εργαστήρια: <u>Παθολογοανατομικού/</u> <u>Κυτταρολογικού/ Βιοχημικού/</u> <u>Ανοσολογίας-</u> <u>Ιστοσυμβατότητας/Μικροβιολογικού</u> <u>ύ. Πυρηνικής Ιατρικής και</u> <u>Ακτινοδιαγνωστικής-πρότυπο ISO</u> 9001:2008 <u>Τμήμα Αιμοδοσίας-σύστημα GMP</u> (Κανόνες Ορθών Πρακτικών) και το ISO 9001:2008.	Κανένα	Κανένα
<b>Γενικό Νοσοκομείο ΡΟΔΟΥ "ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ»</b>	<u>Μικροβιολογικά Εργαστήρια-</u> σύστημα εξωτερικού ελέγχου Ε.Σ.ΕΑ.Π. για τις βιοχημικές Θυρεοειδικές εξετάσεις <u>Αιματολογικά Εργαστήρια-πλήρες</u> Πρόγραμμα Εξωτερικού Ελέγχου Ποιότητας Γενικής Αίματος/ από το Τμήμα Εργαστηριακής Διάγνωσης Ελέγχου Ποιότητας και Προτυποποίησης της Ελληνικής Αιματολογικής Εταιρείας.	Κανένα	Κανένα

Πηγή: ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (2010), «ΕΦΑΡΜΟΖΟΜΕΝΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ-ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΕ Φ.Π.Υ.Υ.Κ.Α, <file:///D:/Pinakes-pist-diap-16-4-2010.pdf>.

## Πίνακας 2.5

### Συστήματα πιστοποίησης-διαπίστευσης και μέτρησης ποιότητας νοσοκομείων της Β Υγειονομικής Περιφέρειας

Νοσοκομεία	Σύστημα πιστοποίησης	Σύστημα διαπίστευσης	Συστήματα μέτρησης
------------	----------------------	----------------------	--------------------

			ποιότητας
<b>Γενικό Νοσοκομείο ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ "ΒΟΣΤΑΣΝΕΙΟ"</b>	<u>Τμήμα Βιοϊατρικής</u> - σε διαδικασία ανάπτυξης και εφαρμογής του ISO 9001	Κανένα	Κανένα
<b>Γενικό Νοσοκομείο ΣΑΜΟΥ "ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»</b>	<u>Βιοχημικό και Αιματολογικό Εργαστήριο</u> -πρόγραμμα εσωτερικού ελέγχου ποιότητας <u>Βιοχημικό Εργαστήριο</u> -πρόγραμμα εξωτερικού ελέγχου ποιότητας του Ε.Σ.Ε.Α.Π-καθημερινός εσωτερικός audit. <u>Αιματολογικό Εργαστήριο</u> -πρόγραμμα εξωτερικού ελέγχου ποιότητας της Ελληνικής Αιματολογικής Εταιρείας <u>Αιμοδοσία</u> -πρόγραμμα εξωτερικού ελέγχου ποιότητας του Labquality στο Ελνσίνκι και καθημερινός εσωτερικός audit διασφάλισης αίματος. <u>Μικροβιολογικό εργαστήριο</u> -πληροφοριακό σύστημα L.I.S	Κανένα	Κανένα
<b>Γενικό Νοσοκομείο ΣΥΡΟΥ "ΒΑΡΔΑΚΕΙΟ &amp; ΠΡΩΙΟ»</b>	<u>Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα</u> -πρότυπο ISO 9001. <u>Τροφοδότης</u> -πιστοποίηση κατά το σύστημα HACCP.	Κανένα	Κανένα
<b>Γενικό Νοσοκομείο ΧΙΟΥ "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ»</b>	Φαρμακευτικό Τμήμα-πρότυπο ISO 9001:2000.	Κανένα	Κανένα
<b>ΡΟΔΟΥ "ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ»</b>	<u>Μικροβιολογικά Εργαστήρια</u> -σύστημα εξωτερικού ελέγχου Ε.Σ.ΕΑ.Π. για τις βιοχημικές Θυρεοειδικές εξετάσεις/εσωτερικός ποιοτικός έλεγχος <u>Αιματολογικά Εργαστήρια</u> - Πρόγραμμα Εξωτερικού Ελέγχου Ποιότητας	Κανένα	Κανένα

	Γενικής Αίματος από το Τμήμα Εργαστηριακής Διάγνωσης Ελέγχου Ποιότητας και Προτυποποίησης της Ελληνικής Αιματολογικής Εταιρείας		
<b>ΛΗΜΝΟΥ</b>	Πρότυπο ISO 9001:2000.	Κανένα	Κανένα

Πηγή: ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (2010), «ΕΦΑΡΜΟΖΟΜΕΝΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ-ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΕ Φ.Π.Υ.Υ.Κ.Α, <file:///D:/Pinakes-pist-diap-16-4-2010.pdf>.

Σαν γενική παρατήρηση, συνάγεται, ότι αρκετά δημόσια Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας, δεν διαθέτουν συστήματα πιστοποίησης, διαπίστευσης και μέτρησης της ποιότητας, ενώ σε αυτά που διαθέτουν, αφορά μεμονωμένα τμήματα και όχι τη συνολική λειτουργία. Επομένως υπάρχει μια βελτίωση, αλλά χαρακτηρίζεται από αποσπασματικότητα. Τέλος πολλά δημόσια νοσοκομεία, εφαρμόζουν ή συστήματα πιστοποίησης ή διαπίστευσης.

## 2.2 Ιδιωτικά Νοσοκομεία

Στον παρακάτω Πίνακα, παρουσιάζονται οι πιστοποιήσεις των ιδιωτικών νοσοκομείων (τα στοιχεία προέρχονται από τις επίσημες ιστοσελίδες των οργανισμών). Όπως θα γίνει αντιληπτό, η συντριπτική πλειοψηφία των ιδιωτικών νοσοκομείων διαθέτει πολλαπλές πιστοποιήσεις. Επομένως υπάρχει ένα τεράστιο χάσμα, ανάμεσα στα δημόσια και τα ιδιωτικά νοσοκομεία, σε ότι αφορά την υιοθέτηση της φιλοσοφίας της πιστοποίησης και της διαπίστευσης.

### Πίνακας 2.6

#### Συστήματα πιστοποίησης στα ιδιωτικά νοσοκομεία Αθήνας (στοιχεία 2019)

Νοσοκομεία	Σύστημα Πιστοποίησης
<b>Mediterraneo Hospital</b>	BS EN 15224/ ISO 9001:2015, ISO 22000 και ISO 50001
<b>EUROMEDICA ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ</b>	κανένα
<b>IASIS - ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΑΒΡΙΑΑΚΗ</b>	Σύστημα Διαχείρισης Ασφάλειας Τροφίμων εναρμονισμένο με τις απαιτήσεις του ISO 22000:2005
<b>Metropolitan</b>	κεντρικό σύστημα διαχείρισης ποιότητας του είναι δομημένο σύμφωνα με τις απαιτήσεις του ISO 9001 Υπηρεσίες Σίτισης- ISO 22000 κλινικά εργαστήρια ISO 15189-2012

<b>ΑΓΙΑ ΦΩΤΕΙΝΗ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ</b>	ISO 9001:2015
<b>ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ - ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	ISO 9001:2015/ ΕΛΟΤ EN ISO 22000:2005
	Κλινικές-ISO 9001:2008, υπηρεσίες εστίασης και λοιπές Κλινικές του Ομίλου (ΙΑΣΩ, ΙΑΣΩ Παίδων- ΙΑΣΩ General, ΙΑΣΩ Θεσσαλίας και Φιλοκτήτη)-HACCP.
<b>Κλινική «ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ»</b>	ISO 22000: 2005/ ISO 9001:2015
<b>«ΜΗΤΕΡΑ»</b>	ISO 9001:2008
<b>«Ευρωκλινική Αθηνών»</b>	EN 15224:2012/ ISO 9001: 2015
<b>Κλινική ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ</b>	ISO 9001: 2015
<b>ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε</b>	ISO 9001 & ISO 22000
<b>ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ Ε.Α.Ε.</b>	ISO 14001:2004/ ISO 22000:2005
<b>ΤΥΠΕΤ - ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΛΑΘΡΟΝ</b>	ISO 9001:2015/ ISO 22000:2005
<b>ΑΘΗΝΑΪΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ</b>	Διεθνές Πρότυπο EN 15224:2016
<b>ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΛΗΤΩ</b>	ISO 9001:2008
<b>ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ Α.Ε.</b>	ISO 9001:2015
<b>ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ Ε.Π.Ε.</b>	ISO 9001:2008
<b>ΚΛΙΝΙΚΗ ΛΥΡΑΚΟΥ Α.Ε.</b>	ISO 9001:2008
<b>ΓΕΝΕΣΙΣ ΑΘΗΝΩΝ</b>	ISO 9001:2008
<b>«Υγεία»</b>	ISO 9001:2015/ ISO 14001:2015/ OHSAS 18001:2007/ PAS 99:2012/ ISO 15189:2012/ ISO 22000 (Τρόφιμα)
<b>ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΓΡΗΓΟΡΟΥΣΑ</b>	ISO 9001:2015
<b>CITY CLINIC</b>	ISO 9001:2015
<b>ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ ΛΕΥΚΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ</b>	ISO 9001:2008, ISO 22000:2005
<b>ΡΕΑ Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική</b>	ISO 9001:2015 (για το σύνολο των υπηρεσιών)/ISO 14001:2015 (για την Περιβαλλοντική Διαχείρισή)/ ISO 50001:2011 (Ενεργειακή Διαχείριση των πόρων)/ ISO 22000:2005 (HACCP-Επισιτιστικές Υπηρεσίες) BS EN 15224:2016 για την παροχή των υπηρεσιών της.
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ</b>	ISO 9001:2015/ ISO 22000:2005

### 2.3 Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάστηκε ο βαθμός υιοθέτησης των συστημάτων διαχείρισης ποιότητας από τα ελληνικά νοσοκομεία. Όπως καταδείχθηκε τα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι κατά πλειοψηφία πιστοποιημένα (και μάλιστα για το σύνολο της λειτουργίας τους, ενώ στα δημόσια νοσοκομεία παρατηρήθηκε μια σοβαρή έλλειψη.

Πάρα πολλά δεν είναι πιστοποιημένα, ενώ ακόμα και αυτά που διαθέτουν πιστοποίηση, αφορά μεμονωμένες λειτουργίες. Επομένως προέκυψε μια ανάγκη βελτίωσης του κλίματος σε σχέση με τα δημόσια νοσοκομεία.



## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

### 3.1 Εισαγωγή

Η διαχείριση της ποιότητας έχει καταστεί ένα ζήτημα εξαιρετικής σημασίας για τους οργανισμούς τις τελευταίες δεκαετίες, ενώ στον τομέα της υγείας, η έμφαση στην ποιότητα οφείλεται: στις πιέσεις των πελατών/ ασθενών, στις κυβερνητικές ρυθμίσεις και σε αυτόβουλες πρωτοβουλίες των νοσοκομείων (Balasubramanian, 2016). Επιπλέον στον κλάδο των υπηρεσιών υγείας, η στρατηγική κατεύθυνση έχει μετατοπιστεί, προς την πλευρά του ασθενή, όπου πλέον θεωρείται όχι απλά ασθενής, αλλά στρατηγικός εταίρος που μπορεί να επηρεάζει τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων.

Είναι αναμφισβήτητο γεγονός, ότι στο πεδίο της διαχείρισης οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας, υφίστανται πάρα πολλές δυσκολίες στο σύγχρονο ανταγωνιστικό περιβάλλον, σε επίπεδο αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας και διασφάλισης υψηλής ποιότητας, ενώ η ανάπτυξη εννοιών όπως το TQM (Total Quality Management) εντάσσεται στις προσπάθειες εύρεσης αποδοτικών λύσεων (Mosadeghrad, 2013). Το TQM (Διοίκηση Ολικής Ποιότητας), θεωρείται μια νέα έννοια, η οποία έχει τις ρίζες της στο Ιαπωνικό στυλ Μάνατζμεντ, ενώ σύμφωνα με τον Zandín (2001), μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων/ υπηρεσιών, μέσω της υιοθέτησης μιας ολιστικής/συνεργατικής προσέγγισης που εμπλέκει όλες τις ομάδες ενδιαφέροντος και την προτυποποίησης της απόδοσης.

Θεωρείται ένας τρόπος μεγιστοποίησης της αποτελεσματικότητας των διαδικασιών και των συστημάτων, με τη χρησιμοποίηση επιστημονικών μεθόδων, ώστε να επιτευχθεί το βέλτιστο αποτέλεσμα (Mosadeghrad, 2013). Οι υπηρεσίες υγείας αναπτύσσονται ραγδαία εξαιτίας μιας σειράς λόγων:

- Της διαρκούς ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας
- Της απρόβλεπτης αλλαγής των μοτίβων εξέλιξης των ασθενειών
- Των δημογραφικών αλλαγών

Πολλοί παράγοντες, όπως η ανάπτυξη καινοτόμων τεχνικών, η αύξηση του επιπέδου συνειδητοποίησης της σημασίας της διασφάλισης της ασφάλειας των ασθενών και η αυξανόμενη ένταση του ανταγωνισμού στο πεδίο, έχουν οδηγήσει σε δραματικές αλλαγές στο πεδίο των υπηρεσιών υγείας. Πλέον είναι αναγκαία η



εσωτερίκευση της κουλτούρας των πελατών/ ασθενών, και η εναρμόνιση με όλα τα πεδία, όπου επιτυγχάνεται η αποτελεσματική διαχείριση του κόστους και της αποτελεσματικότητας (Mosadegh Rad, 2005; Lee, Ng, & Zhang, 2002; Short, 1995).

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι ένα πρωταρχικής σημασίας ζήτημα για κάθε οργανισμό που δραστηριοποιείται στο πεδίο της υγείας, ενώ στο ίδιο πλαίσιο υφίσταται μεγάλη ανάγκη για μεταρρυθμίσεις που θα ασχοληθούν κι θα επιλύσουν τα ζητήματα που σχετίζονται:

- Με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας
- Τις προτιμήσεις των ασθενών
- Την ασφάλεια
- Τις επιλογές (Koeck, 1997)

Ένα άλλο κρίσιμο πρόβλημα στο πεδίο της Υγείας είναι η συνεπής αύξηση του λειτουργικού κόστους των Οργανισμών, ενώ η παράλληλη διεύρυνση των δαπανών υγείας, έχει δημιουργήσει προβλήματα σε πολλούς αρμόδιους φορείς σε διάφορα κράτη: όπως τον Καναδά, τις Ηνωμένες Πολιτείες, την Αγγλία και το Ταϊβάν (Yang, 2003). Σε αυτές τις πιεστικές συνθήκες, υφίσταται έντονα η ανάγκη επανεξέτασης του τρόπου λειτουργίας, ώστε αφενός να μειωθεί το λειτουργικό κόστος και αφετέρου να αυξηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών και η αξία για τους ασθενείς (Talib et al, 2011).

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν επιτυχώς τα παραπάνω ζητήματα, μια πληθώρα επιστημονικών άρθρων έχει ασχοληθεί με την εφαρμογή ποικίλων πρακτικών διαχείρισης της ποιότητας: την υιοθέτηση του ISO9000, τη μέθοδο της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας, τον κύκλο βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και διάφορα συστήματα διαχείρισης της ποιότητας (Yang, 2003).

Μια προσέγγιση που μπορεί να επιφέρει πρακτικά οφέλη και να συμβάλλει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων είναι η υιοθέτησης της προσέγγισης της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Manjunath, 2007; Yang, 2003; Moody, Motwani, & Kumar, 1998; Short & Rahim, 1995; Kim & Johnson, 1994). Η ΔΟΠ (TQM) θεωρείται ότι κατέχει κεντρικό ρόλο στα πλαίσια της διαχείρισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (McLaughlin & Simpson, 1999), ενώ οι οργανισμοί υγείας μπορούν υιοθετώντας βασικές έννοιες/ ιδέες της, να μεταμορφώσουν τα παραδοσιακά συστήματα βελτίωσης της ποιότητας, σε προηγμένα συστήματα που

διαθέτουν πελατοκεντρική κατεύθυνση και λειτουργούν σε ένα πλαίσιο όπου ευνοούνται (Klein, Motwani, & Cole, 1998):

- Η έμφαση στον πελάτη
- Η διαχείριση των διαδικασιών
- Η εφαρμογή νέων εργαλείων και τεχνικών
- Το ομαδικό πνεύμα δουλειάς

Στα πλαίσια της προσέγγισης αυτής, οι οργανισμοί στοχεύουν στο εσωτερικό τους: στη δημιουργία ενός φυσικού, ψυχολογικού και κοινωνικού περιβάλλοντος που είναι ευνοϊκό για τους ασθενείς και τους εργαζόμενους, ενώ παράλληλα δίνεται έμφαση στη μείωση του κόστους και στην προώθηση της έννοιας της ευζωίας στις διάφορες κοινότητες (Ovretveit, 2000). Ενώ η ΔΟΠ έχει γνωρίσει σχεδόν καθολική αποδοχή από τους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας, απαιτείται η συστηματική και συνεχής εφαρμογή των βασικών του πρακτικών.

### **3.2 Ορισμός και πρακτικές της ΔΟΠ**

Όπως έχει γίνει αντιληπτό, η ΔΟΠ επικεντρώνεται στην ενοποίηση/ ολοκλήρωση όλων των προσπαθειών ενός οργανισμού προς την βελτίωση, την ανάπτυξη και τη διατήρηση της ποιότητας, έτσι ώστε να διασφαλισθεί η ικανοποίηση των πελατών. Η ΔΟΠ μπορεί να συμβάλλει στη διεύρυνση της ποιότητας της εργασίας και της εργασιακής ικανοποίησης, μέσω της αύξησης της εμπλοκής και της συμμετοχής των εργαζόμενων, ενώ παράλληλα συντελεί στην ανάπτυξη μιας συμμετοχικής κουλτούρας όπου ο καθένας μπορεί να συμμετέχει και να επιδρά σε αποφάσεις σχετικές με το πεδίο εργασίας του (Talib, 2013). Είναι οργανωμένη στη βάση κύκλων ποιότητας σε εθελοντική βάση και ομάδες βελτίωσης της ποιότητας (Yusuf et al., 2007).

Στη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία υπάρχουν πολλοί ορισμοί της ΔΟΠ, ανάλογα με την οπτική που υιοθετείται σε σχέση με την έννοια της ποιότητας, αλλά κάποια στοιχεία είναι κοινώς αποδεκτά:

- Ο πελάτης είναι το κέντρο της προσοχής και η ουσία κάθε φιλοσοφίας ΔΟΠ
- Η δέσμευση της ηγεσίας θεωρείται μια πολύ σημαντική διάσταση, προκειμένου να έχει επιτυχία η εφαρμογή της ΔΟΠ

- Οι αλλαγές σε επίπεδο κουλτούρας και οργάνωσης είναι απαραίτητα συστατικά επιτυχούς εφαρμογής

Συμπερασματικά η ΔΟΠ είναι μια φιλοσοφία του μάνατζμεντ που μπορεί να βοηθήσει τους οργανισμούς να βελτιώσουν τη συνολική τους απόδοση και αποτελεσματικότητα σε σχέση με την επίτευξη ποιότητας παγκοσμίου επιπέδου (Zhang et al., 2000; Yusof and Aspinwall, 2000, 2001; Arumugam et al., 2008). Κάποιες φορές δεν έχει παρατηρηθεί κάποιο όφελος, καθώς δεν έχει δοθεί η απαραίτητη έμφαση στην επιτυχή εφαρμογή του (Brigham, 1993). Είναι κοινά αποδεκτό στη βιβλιογραφία ότι απαιτείται ένα χρονικό διάστημα τουλάχιστον 2-3 ετών, ώστε κάποια χειροπιαστά οφέλη να είναι πιο πιθανό να παρατηρηθούν (Thiagarajan & Zairi, 1997). Καθώς η επιτυχία των πρακτικών της ΔΟΠ κρίνεται από τους πελάτες, η αποτυχία από την υιοθέτησή του προκύπτει από την έλλειψη πρόσθεσης αξίας στην ικανοποίηση των πελατών (Thiagarajan & Zairi, 1997).

Κάποιοι λόγοι που έχουν εντοπισθεί σε σχέση με την αποτυχημένη υιοθέτηση της ΔΟΠ είναι (Talib, 2013, Talib et al., 2011; Ljungström and Klefsjö, 2002; Tamimi and Sebastianelli, 1998; Bhat and Rajashekhar, 2009; Helms and Mayo, 2008; Huq, 2005; Mosadegh Rad, 2005):

- Η αποτυχία σχεδιασμού ενός κατάλληλου πλαισίου εφαρμογής, που να ταιριάζει στο συγκεκριμένο οργανισμό
- Απουσία υποστήριξης από ανώτερα και μεσαία στελέχη του μάνατζμεντ, μη ρεαλιστικές προσδοκίες, μη χρησιμοποίηση στατιστικών μεθόδων και αποτυχία ανάπτυξης και διατήρησης μιας κουλτούρας προσανατολισμένης στην ποιότητα
- Υψηλές προσδοκίες σε σχέση με το χρονικό διάστημα παρατήρησης θετικών εκροών
- Η διστακτικότητα της ηγεσίας ως προς την υλοποίηση κατάλληλης εκπαίδευσης, ώστε να κατανοήσουν οι εργαζόμενοι βαθύτερα τη φιλοσοφία της ΔΟΠ
- Έλλειψη κοινής συναίνεσης, ενδυνάμωσης των εργαζόμενων, αναποτελεσματική επικοινωνία και μη ύπαρξη σκοπού/ κατεύθυνσης
- Έλλειψη διατμηματικού συντονισμού, αντίσταση από τους υπαλλήλους,

Η υιοθέτησή του συστήματος και η κατάλληλη εφαρμογή του, έχει καταδειχθεί από επιστημονικές έρευνες ότι επιδρά σημαντικά στη συνολική βελτίωση (Short, 1995; Claver & Molina, 2003). Συγκεκριμένα η εφαρμογή της ΔΟΠ, έχει καταδειχθεί να επιδρά σημαντικά στην αύξηση της παραγωγικότητας, της ικανοποίησης των πελατών, στη βελτίωση της επικοινωνίας και την επίτευξη ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος (Prajogo and Sohal, 2003; Antony et al., 2002; Tsang and Antony, 2001). Παρόλο που αρκετές έρευνες έχουν διεξαχθεί προκειμένου να εξακριβωθούν οι σημαντικοί παράγοντες επιρροής της επιτυχούς εφαρμογής της ΔΟΠ (Wali, Deshmukh, & Gupta, 2003; Wayhan & Balderson, 2007; Nair, 2006; Sila, 2007), λίγες είναι εκείνες στο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας.

Σε σχέση με τις πρακτικές, στον παρακάτω Πίνακα παρουσιάζονται τα ευρήματα κάποιων σημαντικών ερευνών. Για τις πρακτικές της ΔΟΠ υφίστανται αρκετοί ορισμοί στη διεθνή βιβλιογραφία, ενώ συχνά αλληλοσυμπληρώνονται (Prajogo & Sohal, 2003; Terziovski & Samson, 1999). Ένας γενικά αποδεκτός και εύστοχος ορισμός είναι των Boynton και Zmud, (1984) σύμφωνα με τον οποίο, οι πρακτικές της ΔΟΠ είναι οι κρίσιμες έννοιες οι οποίες πρέπει να βελτιωθούν προκειμένου να επιτευχθεί επιτυχία για τους μάνατζερς και τον οργανισμό και αντιπροσωπεύουν εκείνες τις οργανωσιακές περιοχές που θα πρέπει να δοθεί συνεχής και ειδική έμφαση ώστε να αυξηθεί η απόδοση. Οι βασικότερες πρακτικές που έχουν μελετηθεί και αναγνωρισθεί από τους ερευνητές παρουσιάζονται στον παρακάτω Πίνακα.

**Πίνακας 3.1**  
**Ευρήματα ερευνών σε σχέση με τις πρακτικές της ΔΟΠ**

<b>Συγγραφείς</b>	<b>Πρακτικές</b>	<b>Αποτέλεσμα</b>
<b>Kumar et al., 2011</b>	Δέσμευση της ηγεσίας, ικανοποίηση των πελατών, συνεχής βελτίωση, ομαδικό πνεύμα εργασίας, ενδυνάμωση εργαζόμενων, εκπαίδευση, ανατροφοδότηση και αποτελεσματική επικοινωνία	Καλύτερη κατανόηση των πλεονεκτημάτων και των ανεπαρκειών της ΔΟΠ
<b>Lee et al., 2010</b>	Ηγεσία, στρατηγικός σχεδιασμός, επικέντρωση στους πελάτες, έμφαση στην ανάλυση πληροφοριών, διαχείριση ανθρώπων και διαδικασιών	Καινοτομία προϊόντος
<b>Sadikoglu and Zehir, 2010</b>	Ηγεσία, εκπαίδευση, μάνατζμεντ εργαζόμενων, μάνατζμεντ προμηθευτών, ανάλυση πληροφοριών, μάνατζμεντ διαδικασιών, επικέντρωση στους πελάτες,	Καινοτομία και απόδοση εργαζόμενων

	συνεχής βελτίωση	
<b>Talib et al., 2010</b>	Δέσμευση της ανώτατης ηγεσίας, επικέντρωση στους πελάτες, εκπαίδευση, συνεχής βελτίωση και καινοτομία, ανάμιξη εργαζόμενων, μάνατζμεντ προμηθευτών, ανάλυση πληροφοριών, συστήματα ποιότητας, μάνατζμεντ διαδικασιών, benchmarking, κουλτούρα ποιότητας, HRM, στρατηγικός σχεδιασμός, ενθάρρυνση εργαζόμενων, ομαδική δουλειά, επικοινωνία, σχεδιασμός προϊόντος/ υπηρεσίας	Βελτίωση της ποιότητας
<b>Teh et al., 2009</b>	Ηγεσία, στρατηγικός σχεδιασμός, έμφαση στους πελάτες, έμφαση στο ανθρώπινο δυναμικό, ανάλυση πληροφοριών, μάνατζμεντ διαδικασιών	Συγκρούσεις ρόλων μεταξύ των εργαζόμενων
<b>Singh et al., 2006</b>	Ηγεσία της ανώτερης διοίκησης, επικέντρωση στον πελάτη, σχέσεις με προμηθευτές, εργαζόμενοι και διαδικασίες	Πετυχημένη εφαρμογή των ISO 9000 standards

Πηγή: Talib, F. (2013), An Overview of Total Quality Management: Understanding the Fundamentals in Service Organization, International Journal of Advanced Quality Management 2013, Volume 1, Issue 1, pp. 1-20

### 3.3 Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στο Πλαίσιο των Υπηρεσιών Υγείας

Τα τελευταία χρόνια πολλοί οργανισμοί στο πεδίο της Υγείας έχουν εφαρμόσει πρακτικές και αρχές που απορρέουν από τη φιλοσοφία της ΔΟΠ, προκειμένου να επιλύσουν τα προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζουν (Chesanov, 1997; Counte, Glandon, Oleske, & Hill, 1995; Kim & Johnson, 1995). Η ΔΟΠ στο πλαίσιο ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας μπορεί να προσεγγισθεί ως «η ικανοποίηση των ασθενών, γιατρών, νοσοκόμων, προμηθευτών και των υπόλοιπων ομάδων ενδιαφέροντος, μέσω της εφαρμογής αποτελεσματικού σχεδιασμού, προγραμμάτων πολιτικών και στρατηγικών, σε επίπεδο ανθρώπου και υπολοίπων στοιχείων (assets), με τρόπο αποδοτικό και συνεχή, μέσα στα πλαίσια ενός νοσοκομείου» (Arasli, 2002, p. 347).

Στα πλαίσια ενός νοσοκομείου, η ΔΟΠ επικεντρώνεται στα: ικανοποίηση ασθενών, συνεχή βελτίωση, ομαδικό πνεύμα εργασίας, διαχείριση διαδικασιών, συστηματοποίηση, οργανωσιακή δομή και κουλτούρα, δέσμευση από το μάνατζμεντ και υποστηρικτική ηγεσία (Talib et al., 2011). Πολλές έρευνες έχουν συμπεράνει ότι η επιτυχής εφαρμογή των πρακτικών της ΔΟΠ στο πλαίσιο των οργανισμών της

Υγείας μπορεί να οδηγήσει σε πολύ καλά αποτελέσματα και συγκεκριμένα (Short & Rahim, 1995; Yang, 2003; Counte et al., 1995):

- Αύξηση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας
- Βελτίωση της απόδοσης
- Ικανοποίηση των ασθενών
- Μείωση του λειτουργικού κόστους
- Ικανοποίηση εργαζόμενων
- Ασφάλεια ασθενών

Επιπρόσθετα, πολλές έρευνες έχουν διαπιστώσει την σημαντική επίδραση της ΔΟΠ στην χρηματοοικονομική απόδοση των νοσοκομείων, στην επίτευξη ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος και στην διεύρυνση της δέσμευσης των εργαζόμενων (Alexander, Weiner, & Griffith, 2006; Chesteen, Heigheim, Randall, & Wardell, 2005; Douglas & Judge. 2001). Οι Lee et al. (2007), συμπέραναν ότι για την επιτυχή εφαρμογή της ΔΟΠ σε ένα νοσοκομειακό οργανισμό απαιτείται ο έλεγχος από το νοσοκομείο, η ανάπτυξη ενός ενσωματωμένου συστήματος μέτρησης της απόδοσης και η υιοθέτηση μιας ευρείας προσέγγισης σε σχέση με τη βελτίωση της ποιότητας.

Παρακάτω παρουσιάζονται τα κυριότερα ευρήματα ερευνών σε σχέση με την εφαρμογή της ΔΟΠ στο πλαίσιο ενός οργανισμού Υγείας.

### Πίνακας 3.2

#### Κυριότερα ευρήματα ερευνών σε σχέση με την εφαρμογή της ΔΟΠ στο πλαίσιο ενός νοσοκομείου

Συγγραφείς	Στοιχεία δείγματος	Ευρήματα
<b>Lin and Clousing (1995)</b>	31 νοσοκομεία/ Αμερική	Περιορισμένη εφαρμογή της ΔΟΠ, έλλειψη δέσμευσης και ανάμιξης από την ηγεσία, έλλειψη δέσμευσης από το προσωπικό, αδύναμη συσχέτιση με ικανοποίηση ασθενών
<b>Raja et al. (2007)</b>	62 ιδιωτικά νοσοκομεία/ Ινδία	Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές επιδράσεις των διαστάσεων: ηγεσία, μέτρηση πόρων, μανάτζμεντ ανθρώπων και διαδικασιών, στην ικανοποίηση των ασθενών.

<b>Mosadegh Rad (2005)</b>	90 οργανισμοί υγείας/ Ιράν	Η δέσμευση της ηγεσίας βρέθηκε να επιδρά θετικά στην επιτυχή εφαρμογή της ΔΟΠ. Τα εμπόδια που καταδείχθηκαν είναι: ανθρώπινοι πόροι, στρατηγικά και δομικά προβλήματα
<b>Salaheldin and Mukhalalati (2009)</b>	Ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία/ Κατάρ	Βρέθηκε συμφωνία των μάνατζερς των δύο ειδών νοσοκομείων σχετικά με: τη σημασία της υποστήριξης της ηγεσίας, της εκπαίδευσης του προσωπικού και της ανάμιξης στη ΔΟΠ
<b>Isouard (1999)</b>	Αυστραλία	Τέσσερα στοιχεία καταδείχθηκαν ως προς τη δημιουργία περιβάλλοντος ΔΟΠ: η αλλαγή στην κουλτούρα μάνατζμεντ, η ανάπτυξη του ομαδικού πνεύματος εργασίας, η επικέντρωση στους πελάτες και η διαρκής ανατροφοδότηση του προσωπικού
<b>Arasli and Ahmadeva( 2004)</b>	Δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της Κύπρου	Τα δημόσια νοσοκομεία βρέθηκαν σε πολύ χειρότερη θέση από τα ιδιωτικά σε όρους ΔΟΠ

Πηγή: Talib, F., Rahman, Z. & Azam, M. (2011), Best Practices of Total Quality Management Implementation in Health Care Settings, Health Marketing Quarterly, 28:232–252.

### 3.4 Οι βέλτιστες πρακτικές της ΔΟΠ

**Η δέσμευση του μάνατζμεντ και η υποστήριξη της ηγεσίας** έχει βρεθεί να είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας επιρροής της επιτυχούς εφαρμογής της ΔΟΠ στους οργανισμούς υγείας, καθώς η ηγεσία μπορεί να λειτουργήσει σαν «προπονητής» και να διδάξει και να επηρεάσει τους υφισταμένους (Yang, 2003). Επιπλέον οι δεσμευμένοι γιατροί έχει βρεθεί να επηρεάζουν θετικά την εφαρμογή της ΔΟΠ στα νοσοκομεία, σε ορισμένες περιπτώσεις (Wakefield et al. 2001). Επιπλέον η ηγεσία μπορεί να συμβάλλει στην ενθάρρυνση των εργαζόμενων και στην ενίσχυση της νοοτροπίας της βελτίωσης των διαδικασιών, σε αντιδιαστολή με αυτή της

προσωπικής ευθύνης/ λογοδοσίας, που μπορεί να οδηγήσει στην απραξία και την παράλυση (Raja, Deshmukh, & Wadhwa, 2007).

Μια άλλη σημαντική πρακτική είναι η **ανάπτυξη του ομαδικού πνεύματος** εργασίας, ώστε να αποφευχθεί η «τμηματοποίηση» (η ύπαρξη στρατοπέδων με διαφορετικά συμφέροντα) και να ενισχυθεί η συνεργασία και η κοινή συμμετοχή σε δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας (Yang, 2003). Είναι σημαντικό κάθε ζήτημα που ανακύπτει να αντιμετωπίζεται από ομάδες δράσης που αποτελούνται από άτομα όλων των τμημάτων (Brashier, Sower, Motwani, & Savoie, 1996).

**Η διαχείριση των διαδικασιών** είναι άλλη μια σημαντική διάσταση της ΔΟΠ και αναφέρεται στη συμμόρφωση στις απαιτήσεις των ασθενών, χωρίς λάθη με τον πιο αποδοτικό τρόπο (Duggirala, Rajendran, & Anantharaman, 2008). Οι Zeithaml, Parasuraman, και Berry (1990) προσέγγισαν το μάνατζμεντ διαδικασιών, ως την πραγματική ροή δραστηριοτήτων, μηχανισμών και διαδικασιών μέσω των οποίων παρέχεται μια υπηρεσία. Παράλληλα λαμβάνεται υπόψη η οπτική του πελάτη, σε σχέση με τις διαδικασίες θεραπείας και τα θεραπευτικά αποτελέσματα.

**Η έμφαση στις ανάγκες των πελατών** και ο προσανατολισμός στην ικανοποίησή τους είναι άλλη μια πολύ σημαντική πρακτική της ΔΟΠ, καθώς υποστηρίζεται ότι οι οργανισμοί υγείας μπορούν να διαφοροποιηθούν και να αποκτήσουν συγκριτικό πλεονέκτημα σε σχέση με τον ανταγωνισμό, μέσω: της ικανοποίησης των αναγκών και απαιτήσεων των πελατών και της ύπαρξης ετοιμότητας σε σχέση με αλλαγές στις επιθυμίες και τα ενδιαφέροντα των πελατών (Sureshchandar, Rajendran, and Anantharaman, 2001).

Η παροχή των υπηρεσιών, ξεκινά με την άφιξη του ασθενή, ενώ οι διαδικασίες πρέπει να είναι ταχείες, ακριβείς και να μη χάνεται χρόνος. Η πρώτη εντύπωση είναι πολύ σημαντικός παράγοντας διαμόρφωσης των αντιλήψεων του καταναλωτή, οι οποίες μπορούν να κινητοποιήσουν τον ασθενή και να συμβάλλουν θετικά στην ανάρρωσή του (Talib et al., 2011). Επιπλέον η διαχείριση του φαγητού είναι σημαντική διάσταση στην επίτευξη υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, σε επίπεδο: ποσότητας φαγητού (θα πρέπει να καλύπτει τις ανάγκες των ασθενών) και καταλληλότητας-θα πρέπει να είναι κατάλληλο για όλες τις κατηγορίες ασθενών (Arasali & Ahmadeva, 2004). Κάποιοι άλλοι στόχοι που θα πρέπει να εκπληρωθούν, είναι:

- Η ποιότητα των υπηρεσιών επειγουσών καταστάσεων



- Η γνώση και κατανόηση των πελατειακών προσδοκιών
- Οι παράγοντες επιρροής της ανάπτυξης σιγουριάς από τη σκοπιά ενός πελάτη για ένα οργανισμό υγείας
- Το κόστος θεραπείας
- η διαχείριση των παραπόνων

Παρόλα αυτά, η ικανοποίηση είναι ένας βραχυπρόθεσμος στόχος, ο οποίος δεν είναι δεδομένο ότι θα οδηγήσει στη δέσμευση των πελατών, για αυτό το λόγο σημαντική ευθύνη της ηγεσίας είναι η διασφάλιση της μετατροπής της ικανοποίησης σε δέσμευση, σε μακροπρόθεσμο ορίζοντα (Talib et al., 2011).

Η **διαχείριση των υλικών πόρων** ενός οργανισμού, αποτελεί άλλη μια βέλτιστη πρακτική της ΔΟΠ. Οι υλικοί πόροι αφορούν όλα τα απαραίτητα στοιχεία και δραστηριότητες που πρέπει να γίνουν, από την εισαγωγή ενός ασθενή, μέχρι την έξοδό του. Συγκεκριμένα:

- όλες τις εγκαταστάσεις
- την καθαριότητα
- τη συντήρηση
- τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών, όπως ασθενοφόρα, ΑΤΜ, φαρμακείο κ.ά.

Τα παραπάνω στοιχεία κρίνονται απαραίτητα για την επίτευξη υψηλής ποιότητας, όσο υψηλό και να είναι το επίπεδο του προσωπικού (Arasali & Ahmadeva, 2004), ενώ έχει βρεθεί ότι επιδρούν σημαντικά στην ικανοποίηση (Hancock, 1999).

Ο ρόλος της **οργανωσιακής συμπεριφοράς και κουλτούρας** είναι κεντρικής σημασίας για την επιτυχή εφαρμογή της ΔΟΠ στους οργανισμούς υγείας. Σύμφωνα με τους Arasali & Ahmadeva, (2004), η φιλικότητα και η ευγένεια τόσο προς τους ασθενείς, όσο και μεταξύ των εργαζόμενων, μπορούν να συμβάλλουν στην βελτίωση της σωματικής κατάστασης των ασθενών. Παράλληλα μια κουλτούρα ΔΟΠ έχει σαν στόχο τη δημιουργία μιας ευχάριστης ατμόσφαιρας, όπου τα άτομα βοηθούν ελεύθερα το ένα το άλλο, προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι. Σε μια θετική κουλτούρα, τα άτομα νιώθουν ότι αναγνωρίζονται και εκτιμώνται, οι απόψεις τους εισακούγονται και ακολουθούνται από πράξεις (Short & Rahim, 1995). Επιπλέον για τα νοσοκομεία, επιδίωξη είναι η ανάπτυξη ενός περιβάλλοντος όπου ευνοείται το

ομαδικό πνεύμα, η κοινή, συνεργατική επίλυση προβλημάτων και η διάχυση της ευθύνης.

Η **συνεχής βελτίωση** είναι άλλη μια διάσταση της ΔΟΠ, καθώς η εσωτερικότητά της από κάθε τμήμα, μπορεί να συμβάλλει στη μείωση της δυσαρέσκειας των ασθενών και των παραπόνων, και την εξάλειψη εμποδίων, σχετικά με την εφαρμογή των πρακτικών της ΔΟΠ. Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας απαιτεί την κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού, ώστε να εξοικειωθεί με τα απαραίτητα εργαλεία/ τεχνικές και να αναπτύξει τις κατάλληλες δεξιότητες και πτυχές της προσωπικότητας. Επιπλέον σκοπός είναι η καλλιέργεια της νοοτροπίας του μη εφησυχασμού σε ελάχιστα standards απόδοσης, αλλά η κινητοποίηση προς την αριστεία (Satia & Dohlie, 1999). Τέλος σύμφωνα με τους Sureshchandar et al., (2001), η συνεχής βελτίωση δεν είναι ένας τελικός σκοπός, αλλά μια συνεχής διαδικασία όπου διαρκώς διανοίγονται νέες ευκαιρίες για βελτίωση.

Η **εκπαίδευση** θα πρέπει να είναι συνεχής και να στοχεύει όλα τα επίπεδα του προσωπικού (Brashier et al., 1996), ενώ μέσω της εκπαίδευσης μπορεί να διασφαλισθεί ότι ο οργανισμός θα έχει τις ικανότητες να εφαρμόσει της πρακτικές και τα εργαλεία της ΔΟΠ (Wardhani, Utarini, van Dijk, & Post, 2009). Μπορεί να αφορά: την τεχνική εκπαίδευση και υποστήριξη-κάτι σημαντικό είναι η εξοικείωση του προσωπικού με στατιστικές μεθόδους (Mahadevappa & Kotreshwar, 2004), την εκπαίδευση της ηγεσίας, τη μάθηση πληροφοριακών συστημάτων κ.ά.

### **3.5 Ανακεφαλαίωση**

Η ΔΟΠ μπορεί να συμβάλλει στη διεύρυνση της ποιότητας της εργασίας και της εργασιακής ικανοποίησης, μέσω της αύξησης της εμπλοκής και της συμμετοχής των εργαζόμενων, ενώ παράλληλα συντελεί στην ανάπτυξη μιας συμμετοχικής κουλτούρας όπου ο καθένας μπορεί να συμμετέχει και να επιδρά σε αποφάσεις σχετικές με το πεδίο εργασίας του. Στα πλαίσια ενός νοσοκομείου, η ΔΟΠ επικεντρώνεται στα: ικανοποίηση ασθενών, συνεχή βελτίωση, ομαδικό πνεύμα εργασίας, διαχείριση διαδικασιών, συστηματοποίηση, οργανωσιακή δομή και κουλτούρα, δέσμευση από το μάνατζμεντ και υποστηρικτική ηγεσία. Στο παρόν

κεφάλαιο παρουσιάσθηκαν και οι βέλτιστες πρακτικές εφαρμογής της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στα πλαίσια ενός οργανισμού υγείας.

## **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> Η εφαρμογή του ISO 9001 στα πλαίσια ενός Νοσοκομείου**

### **4.1 Εισαγωγή**

Όπως έχει γίνει αντιληπτό, οι οργανισμοί Υγείας αφενός πρέπει να είναι σε θέση να παρέχουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, και αφετέρου θα πρέπει να ικανοποιούν τις κοινωνικές απαιτήσεις, περί διασφάλισης διαφάνειας και αποδοτικής αξιοποίησης των εισερχόμενων πόρων από χρηματοδοτήσεις (Relman, 1988). Παρόλα αυτά, σύμφωνα με το Institute of Medicine, (2001) συχνά αδυνατούν να προσφέρουν αξία με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Έχει τονισθεί ότι η παροχή χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών δεν αποδίδεται πάντα στην έλλειψη βούλησης ή ικανότητας, αλλά στον ελλιπή σχεδιασμό των περίπλοκων διαδικασιών παραγωγής (Berwick, 1989). Επομένως η έμφαση στον έλεγχο και τη βελτίωση των διαδικασιών είναι απαραίτητη για κάθε οργανισμό Υγείας (Casparie, 1993).

### **4.2 ISO 9000**

Το ISO 9000 αποτελείται από κάποια standards τα οποία συγκεκριμενοποιούν και ορίζουν τις απαιτήσεις/ προδιαγραφές και τις κατευθυντήριες οδηγίες, για την εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας (ISO, 2000a, b). Ο Διεθνής Οργανισμός Προτυποποίησης (ISO) δημιούργησε τις προδιαγραφές το 1987, ενώ το 1994, το 2000 και το 2015, αναθεωρήθηκαν (Heuvel et al., 2005). Οι προδιαγραφές είναι γενικές, κάτι που επιτρέπει την εφαρμογή τους από κάθε είδους οργανισμό: μεγάλο/ μικρό/ κάθε κλάδου, δημόσιο ή ιδιωτικό. Οι προδιαγραφές της ISO, βασίζονται στην ιδέα ότι η διασφάλιση της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας προϊόντων/ υπηρεσιών, επιτυγχάνεται με τον καλύτερο τρόπο, μέσω του συνδυασμού της εφαρμογής προδιαγραφών και της υιοθέτησης συστημάτων

διαχείρισης της ποιότητας (Marquardt, 1999). Τα standards εκπροσωπούν τις βέλτιστες πρακτικές μάνατζμεντ, για τις οποίες υπάρχει διεθνή συναίνεση ότι μπορεί να οδηγήσουν (αν εφαρμοσθούν) σε προϊόντα/ υπηρεσίες που:

- Θα ικανοποιήσουν τις απαιτήσεις των πελατών
- Θα ικανοποιήσουν τις απαιτήσεις των ρυθμιστικών πλαισίων
- Θα συμβάλλουν στην αύξηση της ικανοποίησης των πελατών
- Θα συντελέσουν στη συνεχή βελτίωση της απόδοσης

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν πολλά ευρήματα ερευνών σε σχέση με τα πλεονεκτήματα από την εφαρμογή των προτύπων του ISO 9001, σε διάφορες διαστάσεις της απόδοσης. Όπως υποστηρίζεται (Delmas, 2001; Braun, 2005), τα πρότυπα αυτά δεν αφορούν τη συμμόρφωση σε κάποιο συγκεκριμένο αποτέλεσμα ή στόχο. Επομένως δεν είναι πρότυπα απόδοσης που μετρούν την ποιότητα προϊόντων/ υπηρεσιών, αλλά πρότυπα που τονίζουν την ανάγκη συστηματοποίησης και επισημοποίησης ενός μεγάλου αριθμού διαδικασιών και παρακολούθησης/ ελέγχου της εφαρμογής τους. Στον παρακάτω Πίνακα παρουσιάζονται μερικά οφέλη από το ISO 9001 (αναφέρονται σε διάφορους κλάδους).

**Πίνακας 4.1**  
**Οφέλη από τη χρήση των προτύπων ISO 9001**

<b>Ερευνητές</b>	<b>Αποτελέσματα-θετικά</b>
<b>Abraham et al. (2000)</b>	Ανταγωνιστικό πλεονέκτημα/ αποδοτικότητα/ ποιότητα προϊόντος/ υπηρεσίας και ικανοποίηση πελατών (μείωση παραπόνων κ.ά.)
<b>Arauz and Suzuki (2004)</b>	Εξαγωγές/ πωλήσεις/ κερδοφορία/ αποδοτικότητα/ βελτίωση σε διαστάσεις της εργασιακής απόδοσης (παρακίνηση-ικανοποίηση, γνώση, επικοινωνία)/ ικανοποίηση πελατών/ σχέση με προμηθευτές
<b>Askey and Malcolm (1997)</b>	Μερίδιο αγοράς/ Ανταγωνιστικό πλεονέκτημα/ αποδοτικότητα (παραγωγικότητα-μείωση κόστους-μείωση λαθών-αυξημένος έλεγχος κ.ά.)
<b>Bayati and Taghavi (2007)</b>	Συστηματοποίηση/ αποδοτικότητα/ βελτίωση σε διαστάσεις της εργασιακής απόδοσης/ ικανοποίηση πελατών
<b>Beirao and Cabral (2002)</b>	κερδοφορία
<b>Benner and Veloso (2008)</b>	κερδοφορία

<b>Beskese and Cebeci (2001)</b>	Συστηματοποίηση/ αποδοτικότητα/ εικόνα/ ικανοποίηση πελατών
<b>Bhuiyan and Alam (2005)</b>	Συστηματοποίηση/ ικανοποίηση πελατών
<b>Briscoe et al. (2005)</b>	Μερίδιο αγοράς/ εξαγωγές/ πωλήσεις/ αποδοτικότητα
<b>Calisir (2007)</b>	Μερίδιο αγοράς/ εξαγωγές/ κερδοφορία/ συστηματοποίηση/ αποδοτικότητα/ ποιότητα/ εικόνα/ βελτίωση σε διαστάσεις της εργασιακής απόδοσης
<b>Dick et al. (2008)</b>	Πωλήσεις/ κερδοφορία
<b>Dimara et al. (2004)</b>	Κερδοφορία
<b>Dissanayaka et al. (2001)</b>	Μερίδιο αγοράς/ Ανταγωνιστικό πλεονέκτημα/ Συστηματοποίηση/ αποδοτικότητα/ εικόνα/ βελτίωση σε διαστάσεις της εργασιακής απόδοσης/ ικανοποίηση πελατών/ σχέσεις με προμηθευτές
<b>Dunu and Ayokanmbi (2008)</b>	κερδοφορία
<b>Feng et al. (2008)</b>	Μερίδιο αγοράς/ εξαγωγές/ ανταγωνιστικό πλεονέκτημα, συστηματοποίηση/ αποδοτικότητα/ εικόνα/ βελτίωση σε διαστάσεις της εργασιακής απόδοσης

Πηγή: Tarí, J.H., Molina, H.F. & Heras, I. (2012), Benefits of the ISO 9001 and ISO 14001 standards: A literature review, *Journal of Industrial Engineering and Management*, 5(2): 297-322

Τα πρότυπα του ISO 9000 έχουν υιοθετηθεί με επιτυχία σε παγκόσμιο επίπεδο, τόσο από βιομηχανίες παραγωγής προϊόντων, όσο και από οργανισμούς παροχής υπηρεσιών (Marquardt, 1999). Το 2002 περίπου 560.000 συμμορφώσεις με τα πρότυπα του ISO 9000 παρατηρήθηκαν σε 159 χώρες, ενώ το 2017 είχαν φτάσει τις 1.105. 937 (ISO, 2019). Συνολικά οι συμμορφώσεις στα πρότυπα του ISO (ISO 14001, ISO 50001, ISO 27001, ISO 22000, ISO 13485, ISO 22301, ISO 20000-1, ISO 28000 και ISO 39001) άγγιξαν τις 1.556.758 το 2017 (ISO, 2019).

Επομένως τα πρότυπα της ISO έχουν κερδίσει την παγκόσμια αναγνώριση και θεωρούνται πλέον benchmark (Hussein et al., 2016). Μάλιστα πρόσφατες αποφάσεις εντός Ευρωπαϊκής Ένωσης, έθεσαν σαν προτεραιότητες και στόχους κεντρικής σημασίας, την αύξηση της ελκυστικότητας του κλάδου παροχής υπηρεσιών υγείας και τη διεύρυνση του ιατρικού τουρισμού, παράλληλα με την αύξηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών (Dib, Freer & Gray, 1998, Department of Health and Consumers, 2013, Torre, 2009).

Όπως έχει γίνει αντιληπτό αυτή είναι μια παγκόσμια τάση, ενώ η βελτίωση της ποιότητας θεωρείται η πιο σημαντική λειτουργία των οργανισμών υγείας (Van den Heuvel, Niemeijer & Does, 2013). Κάποια στοιχεία είναι ενδεικτικά της κατάστασης (Tanzman, 2010):

- Στην Αμερική τα ιατρικά λάθη κοστίζουν 37,6 δις. δολάρια ετησίως, ενώ εκτιμάται ότι τα 17 δις. αφορούν λάθη που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί
- Περισσότεροι από 44.000 θάνατοι ετησίως οφείλονται σε ιατρικά λάθη αποτελώντας την όγδοη αιτία θανάτου

Για την επίτευξη αυτών των επιδιώξεων, τα περισσότερα συστήματα βελτίωσης της ποιότητας υιοθετούν την κυκλική προσέγγιση (Munehika, Tsuru & Iizuka, 2009):

- Του σχεδιασμού
- Της εφαρμογής
- Της αξιολόγησης
- Και της λήψης αποφάσεων για τα επόμενα βήματα

Η παραπάνω προσέγγιση χρησιμοποιείται ώστε να υπάρχει ένας ξεκάθαρος ορισμός της ποιότητας και να μην «απλώνεται» η έννοια σε βαθμό που να δημιουργείται σύγχυση και θόρυβος (Hussein et al., 2016). Ένα αποτελεσματικό σύστημα βελτίωσης της ποιότητας, στοχεύει στη συστημική ανάπτυξη και την αποτελεσματική επικοινωνία μιας πελατοκεντρικής αποστολής, στρατηγικής και των επιμέρους πλάνων δράσης. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω: της ανάλυσης των πελατειακών αναγκών και προσδοκιών (αφού δοθεί η απαραίτητη έμφαση και προσοχή), της ενδυνάμωσης των εργαζόμενων ώστε να αυξάνουν τα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης, και της συγκέντρωσης και μελέτης των Key Performance Indicators (KPIs-κρίσιμες μεταβλητές μέτρησης της απόδοσης-American Healthcare Association, 2010).

### **4.3 Παράδειγμα εφαρμογής των προτύπων του ISO 9000 σε Νοσοκομείο**

Το νοσοκομείο Red Cross στην Ολλανδία, είναι ένα γενικό νοσοκομείο με 384 κρεβάτια και ετήσιο budget 72 εκατομμύρια ευρώ (Van den Heuvel et al., 2005). Η διαδικασία εφαρμογής των προτύπων του ISO 9000:2000 έγινε ως εξής:

- Αρχικά οι διευθυντές των Τμημάτων περιέγραψαν αναλυτικά τις διαδικασίες που αφορούν τα τμήματά τους. Οι αναλύσεις χρησιμοποιήθηκαν για μια πρώτη εκτίμηση της κατάστασης και την γρήγορη αναγνώριση βελτιώσεων σε επίπεδο διαδικασιών
- Όταν ολοκληρώθηκε το πρώτο στάδιο οι διαδικασίες περιγράφηκαν με ένα προτυποποιημένο τρόπο. Για την περιγραφή όλων των βασικών διαδικασιών του νοσοκομείου απαιτήθηκαν 60 πρότυπα διαδικασιών.
- Στη συνέχεια δημιουργήθηκαν πρωτόκολλα για κάθε «προτυποποιημένη» διαδικασία. τα πρωτόκολλα αυτά, περιέγραφαν αναλυτικά κάθε καθήκον, για παράδειγμα την αφαίρεση ραμμάτων ή την εισαγωγή δεδομένων σε ένα υπολογιστή. Οι διαδικασίες και οι δραστηριότητες περιγράφηκαν μόνο όταν ήταν απαραίτητο, ώστε τα έγγραφα που θα αρχειοθετούνταν να ήταν όσο πιο λίγα γινόταν (και να μην υπήρχε συνωστισμός και αισθήματα αποθάρρυνσης κ.ά.)
- Όταν όλες οι απαραίτητες διαδικασίες και δραστηριότητες περιγράφηκαν, το Νοσοκομείο δημιούργησε το Εγχειρίδιο Ποιότητας. Αυτό περιείχε περιγραφές του Οργανισμού, των τμημάτων, του συστήματος ποιότητας, των απαραίτητων πολιτικών και των δεικτών μέτρησης της απόδοσης.
- Τέλος δημιουργήθηκε ένα τμήμα εσωτερικού ελέγχου, όπου για τους σκοπούς λειτουργίας του, εκπαιδεύτηκαν 50 εργαζόμενοι να είναι σε θέση να ελέγχουν διαδικασίες και πρωτόκολλα.

Η εφαρμογή του συστήματος ISO 9000:2000, έγινε χωρίς εξωτερική βοήθεια και χωρίς αύξηση του αριθμού των εργαζόμενων. Η εφαρμογή παρουσιάζεται αναλυτικά παρακάτω.

#### Έμφαση στον πελάτη

Δόθηκε έμπρακτα έμφαση στον πελάτη, καθώς οι ανάγκες τους και τα επίπεδα ικανοποίησής τους, αναλύθηκαν διεξοδικά μέσω ειδικά σχεδιασμένων ερευνών (αρχικά αναγνωρίστηκαν οι ανάγκες και έπειτα μετρήθηκε η ικανοποίηση, ώστε να υπάρχει σύγκριση και εξαγωγή συμπερασμάτων. Επιπλέον, οι διαδικασίες σχεδιάστηκαν και αξιολογούνται συνεχώς με τρόπο που να διασφαλίζει τη συνεχή βελτίωση και κάλυψη των αναγκών των ασθενών.



### Έμφαση στις διαδικασίες

Συχνά η χαμηλή ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας οφείλεται στο φτωχό σχεδιασμό των διαδικασιών και στην ύπαρξη «διπλών» διαδικασιών, καθυστερήσεων και αστοχιών. Στην εφαρμογή του συστήματος στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, όλες οι διαδικασίες αναγνωρίστηκαν, βελτιώθηκαν και περιγράφηκαν ενδελεχώς. Επιπρόσθετα το σύστημα ελέγχου και η αξιολόγηση σχεδιάστηκαν ώστε να ανατροφοδοτούν το σύστημα με τις περιοχές που χρειάζονται παρέμβαση και βελτίωση.

### Συνεχής βελτίωση

Για τη διασφάλιση της συνεχούς βελτίωσης αξιοποιήθηκαν πληροφορίες από πολλαπλές πηγές: ευρήματα ερευνών ικανοποίησης σε ασθενείς, παράπονα ασθενών, στοιχεία από ατυχήματα και παραλίγο ατυχήματα, εσωτερικούς και εξωτερικούς ελέγχους κ.ά. Επιπλέον η διενέργεια ανάλυσης ρίσκου σε κάθε διαδικασία σύμφωνα με τα αναθεωρημένα πρότυπα του ISO 9000:2000, συντέλεσε στη διεύρυνση των γνώσεων και της δέσμευσης για την παροχή υψηλής ποιότητας. Οι αναλύσεις ρίσκου θεωρούνται ένα πολύτιμο βοήθημα στην επίτευξη υψηλής ποιότητας και την αύξηση της ασφάλειας των ασθενών, καθώς οι εργαζόμενοι αναλύοντας το «τι μπορεί να πάει στραβά» κερδίζουν πολύτιμες γνώσεις, και αυξάνονται τα επίπεδα προσοχής, δέσμευσης και αντίληψης (Kohn et al., 2000).

### Δείκτες απόδοσης

Αναπτύχθηκε μια ομάδα δεικτών μέτρησης της απόδοσης που δημοσιεύονται ετησίως στην Αναφορά Ποιότητας, ενώ ο πιο σημαντικός δείκτης ήταν ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών. Για τη μέτρηση της ικανοποίησης χρησιμοποιήθηκαν 50 είδη ερωτηματολογίου, ένα για κάθε τμήμα. Η μεταβλητή ικανοποίηση μετρήθηκε ως εξής: καλή, λογική, μπορεί να βελτιωθεί, πρέπει να βελτιωθεί, ενώ συνολικά το Νοσοκομείο κατάφερε να συγκεντρώσει σε βαθμό άνω του 80% την αξιολόγηση «καλή».

## Σύστημα αρχειοθέτησης

Σε ότι αφορά τα έγγραφα/ αρχεία το πρώτο επίπεδο είναι το Εγχειρίδιο Ποιότητας και σε δεύτερο επίπεδο είναι οι 60 προτυποποιημένες διαδικασίες του Νοσοκομείου. Οι διαδικασίες είτε αναφέρονται στο ίδιο το σύστημα (διαχείριση αρχείων, εσωτερικοί έλεγχοι, παράπονα και διαχείριση Ρίσκου), είτε στο μάνατζμεντ (όπως οι διαδικασίες σχετικά με το προϋπολογισμό και τις επενδύσεις), είτε σχετίζονται άμεσα με την υγεία (επείγουσα φροντίδα, παροχή φαρμακευτικής αγωγής κ.ά.).

Σε τρίτο επίπεδο υπήρξαν έγγραφα που περιέγραφαν συνοπτικά μια δράση και αφορούσαν συγκεκριμένα τμήματα. Τέλος σχεδιάστηκαν έγγραφα (housing protocols) που αφορούσαν πολλά τμήματα μαζί (όπως έγγραφα όπου περιγράφονται οι 44 διαδικασίες νοσηλευτικής-συνολικά το νοσοκομείο είχε 137 τέτοιου είδους έγγραφα).

## Πιστοποίηση

Στο τέλος του 2000, μια ανεξάρτητη αρχή (η KEMA), διενήργησε εξωτερικό έλεγχο και έπειτα από κάποιες προσαρμογές το Νοσοκομείο πιστοποιήθηκε με το σύστημα ISO 9002:1994 για τη συνολική λειτουργία του νοσοκομείου (Van den Heuvel et al., 2005). Τον Οκτώβρη του 2003 έλαβε την πιστοποίηση με τα πρότυπα του ISO 9000:2000 και τη δεδομένη στιγμή, ήταν το μοναδικό νοσοκομείο στην Ολλανδία με αυτού του είδους την πιστοποίηση.

### **4.4 ISO 9000 και ασφάλεια ασθενών**

Το 1998 και το 2001, διενεργήθηκαν δύο μελέτες σε σχέση με την ασφάλεια των ασθενών, πριν και μετά την εφαρμογή του συστήματος ISO 9000. Η ασφάλεια των ασθενών παίρνει ένα σκορ σε πέντε κατηγορίες (van Dijen and de Koning, 2001):

- Διαδικασία φροντίδας
- Πρόληψη ατυχημάτων
- Παράπονα
- Προσανατολισμός στον πελάτη
- Πολιτικές και μάνατζμεντ

Το ερευνητικό εργαλείο αποτελείται από περίπου 700 ερωτήσεις, ενώ το μοντέλο Centrameter και ουσιαστικά βαθμολογεί την απόδοση ενός νοσοκομείου σε σύγκριση με ένα ιδανικό νοσοκομείο, όπως έχει σχεδιαστεί από ειδικούς (Van den Heuvel et al., 2005). Το 1998 το Νοσοκομείο βαθμολογήθηκε με 35% σε σχέση με το βαθμό ομοιότητας με το ιδανικό/ εξαιρετικό νοσοκομείο, ενώ το 2001 βαθμολογήθηκε με 63%, αφού εφάρμοσε τα πρότυπα του ISO 9000.

Συμπερασματικά η εφαρμογή του συστήματος ISO 9000 στο Νοσοκομείο Red Cross της Ολλανδίας κρίθηκε αρκετά πετυχημένη, κάτι που θα μπορούσε να αποτελέσει πολύτιμο εργαλείο και για τα ελληνικά, δημόσια νοσοκομεία. Συχνά η εφαρμογή του ISO ταυτίζεται με τη δημιουργία εγγράφων και την αύξηση της γραφειοκρατίας, αλλά στην περίπτωση του ολλανδικού νοσοκομείου φάνηκε το ακριβώς αντίθετο: εξαιτίας του καλύτερου σχεδιασμού και της περιγραφής των διαδικασιών εξαλείφθηκαν περιπτώσεις «διπλών περιπτώσεων» (όπου μέρη διαδικασιών επαναλαμβάνονταν) και μειώθηκε η γραφειοκρατία μέσω της διαχείρισης αρχείων.

Επιπρόσθετα πολλοί οργανισμοί υγείας είχαν δισταγμούς καθώς το σύστημα κατασκευάστηκε για τη βιομηχανία και θεωρούσαν ότι δεν είναι κατάλληλο για τις υπηρεσίες υγείας (Klazinga, 2000). Παρόλα αυτά το σημείο εκκίνησης πρέπει να είναι ο ίδιος ο οργανισμός (Sweeney and Heaton, 2000) όπως εφαρμόστηκε και στο νοσοκομείο του παραδείγματος και η ανάλυση των διαδικασιών και των κρίσιμων διαστάσεων λειτουργίας, και έπειτα η συμμόρφωση με τα πρότυπα του συστήματος. Με αυτόν τον τρόπο μπορούν να σχεδιαστούν διαφορετικά συστήματα διαχείρισης της ποιότητας, για διαφορετικούς οργανισμούς. Επομένως ο σκοπός και η φιλοσοφία του συστήματος ISO δεν είναι η εφαρμογή παρόμοιων συστημάτων ποιότητας, αλλά η συμμόρφωση σε κάποιες στοιχειώδεις/ κεντρικής σημασίας απαιτήσεις (Van den Heuvel et al., 2005).

Τέλος η εφαρμογή του ISO 9000:2000, στην περίπτωση του ολλανδικού Νοσοκομείου, φάνηκε να συμβάλλει:

- Στη μείωση της γραφειοκρατίας
- Στη συνεχή βελτίωση των διαδικασιών
- Στην ικανοποίηση των ασθενών
- Στην αύξηση της ασφάλειας των ασθενών

## 4.5 Ανακεφαλαίωση

Τα πρότυπα του ISO 9000 έχουν υιοθετηθεί με επιτυχία σε παγκόσμιο επίπεδο, τόσο από βιομηχανίες παραγωγής προϊόντων, όσο και από οργανισμούς παροχής υπηρεσιών. Στον τομέα της υγείας, στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάστηκε αναλυτικά ο τρόπος εφαρμογής του από ένα νοσοκομείο ενώ καταδείχθηκαν τα σημαντικά οφέλη από την υιοθέτησή του.

## Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> Διοίκηση Ολικής Ποιότητας σε ένα χειρουργείο

### 5.1 Εισαγωγή

Όπως έχει αντιληπτό σε αυτή την εργασία η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας έχει εφαρμοσθεί με επιτυχία από οργανισμούς Υγείας διάφορων χωρών, προκειμένου να βελτιωθεί η συνολική ποιότητα των διαδικασιών (Beuran et al., 2014). Το σύστημα είναι βασισμένο στην επιστημονική μέθοδο, ενώ μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εξάλειψη χρόνιων, δύσκολων στην επίλυση προβλημάτων. Όπως ειπώθηκε σε προηγούμενα κεφάλαια, η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών είναι πολυδιάστατη, ενώ έχουν προταθεί πάρα πολλοί ορισμοί. Ο πιο κοινά χρησιμοποιούμενος θεωρείται ο εξής: η ποιότητα ως την κάλυψη ή υπερπήδηση των προσδοκιών των ασθενών (Evans & Lindsay, 2008).

Στην επιστημονική βιβλιογραφία του πεδίου της Ιατρικής, υποστηρίζεται ότι έχουν γίνει συχνές αναφορές στις δυσκολίες υιοθέτησης συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας των διαδικασιών, κυρίως σε ότι έχει σχέση με την υποστήριξη των ιατρικών ομάδων από την ανώτερη ηγεσία (Townes, Petit & Young, 1995). Παρόλα αυτά, από τη βιβλιογραφία προκύπτει πως οι διάφορες προσπάθειες εφαρμογής τέτοιων συστημάτων έχουν τις περισσότερες φορές στεφθεί με επιτυχία (Townes, Petit & Young, 1995).

Τα επόμενα στοιχεία σε σχέση με τις Ηνωμένες Πολιτείες είναι αποκαλυπτικά (Kelly, 2007). Το 2003, το αμερικάνικο σύστημα υγείας δαπάνησε 1.679 τρισεκατομμύρια δολάρια, το μεγαλύτερο ποσό στον παγκόσμιο χάρτη. Την ίδια στιγμή, κατετάγη (ανάμεσα στις 30 χώρες του OECD):

- 22<sup>η</sup> σε ότι αφορά το προσδόκιμο ζωής των αντρών
- 23<sup>η</sup> σε ότι αφορά το προσδόκιμο ζωής των γυναικών
- 26<sup>η</sup> σε ότι αφορά το δείκτη θνησιμότητας των νεογνών

Παράλληλα (Kelly, 2007):

- το 55% των ασθενών δήλωσε δυσαρεστημένο με τις υπηρεσίες που παρείχε το Σύστημα Υγείας,
- το 54,9% έλαβε την προτεινόμενη προληπτική, ιατρική φροντίδα
- 44000-98000 είναι οι εκτιμώμενοι θάνατοι που οφείλονται σε ιατρικά που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί
- Το εκτιμώμενο κόστος αυτών των ιατρικών λαθών κυμαίνεται μεταξύ 37,6 και 50 δισεκατομμυρίων δολαρίων ετησίως

Τα ιατρικά λάθη μπορούν να πάρουν πολλές μορφές (Beuran et al., 2014):

- ακατάλληλη/ λάθος δοσολογία ενός φαρμάκου
- χειρουργικά λάθη (για παράδειγμα ακρωτηριασμός λάθος μέλους κ.ά.)
- διαγνωστικά λάθη, στα οποία περιλαμβάνεται η λάθος διάγνωση και η συνακόλουθη άστοχη επιλογή θεραπείας
- η μη χρησιμοποίηση του κατάλληλου διαγνωστικού ελέγχου
- αδυναμία διαχείρισης «ανώμαλων» αποτελεσμάτων ενός διαγνωστικού ελέγχου
- αστοχίες σε επίπεδο μηχανημάτων
- ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις
- θάνατοι εξαιτίας επιβολής απομόνωσης ή κάποιου περιορισμού στην κίνηση

Σύμφωνα με τον Onretveit, (2000) οι επιστημονικές έρευνες έχουν καταδείξει ότι: το 4% των ασθενών σε νοσοκομεία υποφέρουν από κάποιο τραυματισμό που θα μπορούσε να αποσοβηθεί, το 7% υποφέρουν εξαιτίας κάποιου σφάλματος σε επίπεδο φαρμακευτικής αγωγής και το 45% βιώνει κάποια ιατρική αστοχία σε πλαίσιο μάνατζμεντ. Επιπλέον σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα, το 8% των λαθών στα πλαίσια της αναισθησίας οφείλονται σε ανθρώπινο παράγοντα και το 92% σε συστημικό.

Στη σημερινή εποχή, οι αναβαθμίσεις της γνώσης της ιατρικής έρευνας είναι ραγδαίες, καθιστώντας συχνά δύσκολη την εφαρμογή της στο κλινικό πεδίο (Beuran et al., 2013), επομένως υπάρχει έντονη ανάγκη αποδοτικής ενσωμάτωσης της νέας γνώσης, κάτι που μπορεί να επιτευχθεί μέσω της διενέργειας ελεγχόμενων κλινικών πειραμάτων (Holmes, 1994). Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων/ εκροών ενός γενικού χειρουργείου αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι της διασφάλισης της συνολικής ποιότητας της φροντίδας των ασθενών, ενώ παράλληλα η μέτρηση της ποιότητας στο πλαίσιο ενός χειρουργείου αποτελεί ένα απαιτητικό καθήκον. Η κλασσική θεώρηση στηρίζεται στα 5 Ds (Shuhaiber, 2002):

- Θάνατος (death)
- Αναπηρία (disability)
- Δυσσαρέσκεια (dissatisfaction)
- Ασθένεια (disease)
- Δυσφορία (discomfort)

Για την αξιολόγηση της απόδοσης των υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιούνται εκατοντάδες δείκτες που μπορούν να ομαδοποιηθούν σε 3 βασικές κατηγορίες (Spath, 2009):

- **Δομικοί δείκτες**-όπου τα δεδομένα περιγράφουν τις εγκαταστάσεις ενός οργανισμού, το περιβάλλον, τον εξοπλισμό, τις πολιτικές και τις πρακτικές
- **Δείκτες διαδικασιών**-όπου τα δεδομένα περιγράφουν την παροχή των υπηρεσιών υγείας
- **Δείκτες εκροών**-όπου περιγράφονται τα αποτελέσματα

Ένα παράδειγμα που μπορεί να συμβάλλει στην πληρέστερη κατανόηση των παραπάνω, είναι ένα μάνατζερ ενός νοσοκομείου που θέλει να αξιολογήσει τη διαχείριση των αντιβιοτικών στο τμήμα τραυμάτων (Beuran et al., 2014). Με βάση τα παραπάνω, μπορεί να θέσει τις εξής ερωτήσεις:

- Δομή-Υπάρχει επαρκής αριθμός εργαζόμενων, ώστε να υπάρχει πλήρης κάλυψη του τμήματος όλες τις ώρες της ημέρας, σε επίπεδο χορήγησης αντιβιοτικών?

- Διαδικασίες-προχωρά το προσωπικό σε καταγεγραμμένη κλινική εξέταση των τραυμάτων κατά την άφιξη των ασθενών?
- Αποτελέσματα-ποιο είναι το ποσοστό των τραυμάτων που χρήζει περαιτέρω φροντίδας εξαιτίας κάποιας μόλυνσης?

## 5.2 Διαχείριση ποιότητας σε τμήματα τραυμάτων

Η βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων σε ότι αφορά τη φροντίδα πολυτραυματιών, απαιτεί την εφαρμογή ενός συστήματος μάνατζμεντ που να διασφαλίζει την ύπαρξη ενός υψηλού επιπέδου ποιότητας (Beuran et al., 2012). Ένα βασικό προαπαιτούμενο είναι η εξασφάλιση της διαθεσιμότητας επαρκών πόρων ανά πάσα στιγμή, κάτι που μπορεί να περιλαμβάνει το προσωπικό, τον τεχνικό εξοπλισμό και ειδικά διαμορφωμένα δωμάτια για επείγοντα περιστατικά (Beuran et al., 2014). Προτεραιότητα (Beuran, Paun, Gaspar, Vartic, Hostiuc & Chiotoroiu, 2012) έχουν τα διαγνωστικά μέτρα και οι θεραπείες ραγδαίας/ άμεσης διαχείρισης των αναπνευστικών οδών, της ομαλής αναπνοής και της κυκλοφορίας του αίματος (εδώ περιλαμβάνεται και η ικανότητα ογκώδους μετάγγισης). Για να διασφαλισθεί ένα υψηλό επίπεδο ποιότητας απαιτείται: η ακριβής και προτυποποιημένη καταγραφή/αρχειοθέτηση (documentation), η συστηματική ανάλυση και η συνεχής ανατροφοδότηση από μια εσωτερική διαδικασία διαχείρισης της ποιότητας (Nast-Kolb, Waydhas, Ruchholtz & Tager, 2007, Beuran, Stoica, Negoii, Tanase, Gaspar & Turculet, 2014). Επιπλέον απαιτείται η συνεργασία με ένα εξωτερικό φορέα ελέγχου. Μια έρευνα των Ruchholtz et al., (2001) στο τμήμα χειρουργικής τραυμάτων του Πανεπιστημίου του Essen, όπου υπήρχε επαρκές υλικό αρχειοθέτησης, είχαν χρησιμοποιηθεί 20 κριτήρια αξιολόγησης της ποιότητας φροντίδας και είχε εφαρμοσθεί συνεχής στατιστική ανάλυση των δεδομένων, φανέρωσε τα εξής:

- Η ποιότητα της αρχικής θεραπείας των βαριά τραυματισμένων ασθενών βελτιώθηκε σημαντικά εξαιτίας της εφαρμογής ενός διεπιστημονικού συστήματος διαχείρισης της ποιότητας
- Παρατηρήθηκε μείωση του απαιτούμενου χρόνου για τη διενέργεια ελέγχων (ακτινολογικών και υπερηχογραφήματα) από 24 (συν/πλην 12 λεπτά) σε 14 (συν/πλην 8) λεπτά

- Για αξονικές τομογραφίες σε περιπτώσεις σοβαρών κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων, ο χρόνος μειώθηκε από 45 (συν/πλην 22) λεπτά σε 28(συν/πλην 8) λεπτά
- Ο ρυθμός καθυστερημένων διαγνώσεων έμεινε αρκετά χαμηλός (4-5%)
- Ο χρόνος των μεταγγίσεων μειώθηκε από 35 (συν/πλην 20) λεπτά σε 20 (συν/πλην 4) λεπτά
- Το ποσοστό θνησιμότητας μειώθηκε από 18% σε 10%

Οι Santana et al. (2012) μελέτησαν τους δείκτες ποιότητας που χρησιμοποιούν τα κέντρα τραυμάτων για την μέτρηση της ποιότητας και τη βελτίωση της απόδοσης σε Αμερική, Καναδά, Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία. Συμπέραναν ότι χρησιμοποιούνται κυρίως δείκτες μέτρησης της ασφάλειας (κατά 49%), της αποτελεσματικότητας (32%), της αποδοτικότητας (27%) και της ταχύτητας των διαδικασιών (64%).

Οι Willis et al. (2008) συμπέραναν ότι 3 δείκτες ποιότητας συσχετίζονται σημαντικά με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας:

1. Το χειρουργείο στην κοιλιακή χώρα, έπειτα από περισσότερο από 24 ώρες
2. Η θεραπεία της σοβαρής κάκωσης της κνήμης, έπειτα από περισσότερες από 8 ώρες
3. Η μη θεραπεία της διάφυσης του μηρού

### **5.3 Διαχείριση της ποιότητας σε χειρουργεία μειωμένης επεμβατικότητας**

Σύμφωνα με τον Koninckx (2008) οι έρευνες για την εκτίμηση των ποσοστών των επιπλοκών και των εκροών, δεν μπορούν να αντικαταστήσουν το συνεχή έλεγχο της ποιότητας, καθώς δεν μπορεί να διαπιστωθεί ποιες επιπλοκές είναι εγγενείς σε κάθε εγχείρηση (και αδύνατο να αποφευχθούν) και ποιες είναι αποτελέσματα ανθρώπινου σφάλματος ή αστοχιών στο σχεδιασμό των διαδικασιών. Για το λόγο αυτό η βιντεοσκόπηση κάθε εγχείρησης και η συστηματική ανάλυσή της, φαίνεται να αποτελεί ένα αποτελεσματικό εργαλείο αύξησης της ποιότητας της εγχειρητικής φροντίδας (Koninckx, 2008).

Καταρχήν η βιντεοσκόπηση αυξάνει την ακρίβεια των κινήσεων και μειώνει την «εσφαλμένη ταχύτητα» καθώς ο χειρουργός γνωρίζει ότι κάθε λάθος βιντεοσκοπείται (ουσιαστικά «αυτολογокρίνεται» και αυξάνεται ο βαθμός



συγκέντρωσης). Οι Savsar et al. (2012) μελετώντας τους σημαντικούς παράγοντες επιρροής των καθυστερήσεων σε χειρουργικές διαδικασίες και της παραγωγικότητας, συμπέραναν ότι οι καθυστερήσεις δεν μπορούν να εξαλειφθούν εντελώς αλλά συνδέονται σε μεγαλύτερο βαθμό:

1. με την παράλειψη ακτινολογικών ή εργαστηριακών ελέγχων
2. με τη μειωμένη πρόσληψη πληροφοριών προ-αναισθησίας
3. με την παράλειψη επίσημης συγκατάθεσης

Οι συγγραφείς πρότειναν τα ακόλουθα μέτρα για την αντιμετώπιση των καθυστερήσεων σε επίπεδο χειρουργείου:

1. την εγκατάσταση λογισμικού ώστε να παρακολουθείται/ ελέγχεται η πλήρης πληροφόρηση πριν τον προγραμματισμό ενός χειρουργείου (να υπάρχουν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες, τα ευρήματα των απαιτούμενων εργαστηριακών ελέγχων κ.ά.)
2. την εδραίωση μιας πολιτικής όπου θα εξασφαλίζει ότι θα πληρούνται όλες οι απαραίτητες προϋποθέσεις πριν την εισαγωγή σε ένα χειρουργείο
3. την αντιστοίχιση ενός προγράμματος χειρουργείων ανά ιατρό, που θα συνοδεύεται από τον απαραίτητο ελεγκτικό μηχανισμό

#### **5.4 Ανακεφαλαίωση**

Στο παρόν κεφάλαιο αναλύθηκε η εφαρμογή των αρχών και κατευθύνσεων της Δ.Ο.Π. στο χειρουργικό τμήμα ενός νοσοκομείου και παρουσιάστηκαν τα ευρήματα σχετικών επιστημονικών ερευνών. Όπως έγινε αντιληπτό, από τις έρευνες προκύπτει ότι ένα σημαντικό ποσοστό των ιατρικών λαθών μπορεί να αποδοθεί σε παράγοντες στους οποίους μπορεί να επιδράσει η εφαρμογή της ΔΟΠ. Για τη διασφάλιση της υψηλής ποιότητας της ιατρικής φροντίδας σαν σημαντικά καταδείχθηκαν: η ακριβής και προτυποποιημένη καταγραφή/αρχαιοθέτηση (documentation), η συστηματική ανάλυση, η συνεχής ανατροφοδότηση από μια εσωτερική διαδικασία διαχείρισης της ποιότητας, η βιντεοσκόπηση των χειρουργείων και η τοποθέτηση κατάλληλου λογισμικού ώστε οι ασθενείς να εισέρχονται για εγχείρηση ενώ πληρούνται οι απαραίτητες προϋποθέσεις.

## **Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup> Μελέτη περίπτωσης: Ιατρικό Παλαιού Φαλήρου**

### **6.1 Εισαγωγή**

Το Ιατρικό Παλαιού Φαλήρου, ιδρύθηκε το 1991 προκειμένου να παρέχει ιατρικές υπηρεσίες υψηλής ποιότητας στους ασθενείς, ενώ διαθέτει 84 νοσηλευτικές κλίνες και Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) 8 κλινών, η οποία το 2005 πιστοποιήθηκε για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών της κατά ISO 9001:2000. Για το σύνολο των υπηρεσιών του έχει πιστοποιηθεί, σύμφωνα με το διεθνές πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2015 από την TUV HELLAS (Όμιλος Ιατρικού Αθηνών, 2019).

### **6.2 Το σύστημα ISO 9001:2015**

Η νέα δομή του συστήματος δίνει μεγαλύτερη έμφαση (Paradygm Consulting, 2015):

- Στη δημιουργία αξίας για τους πελάτες και τον οργανισμό
- Στη διαχείριση του ρίσκου, προκειμένου να επιτευχθούν οι επιδιωκόμενοι στόχοι
- Στις απαιτήσεις της Ηγεσίας

Επιπλέον μειώθηκε η έμφαση στη διαχείριση εγγράφων, είναι στο χέρι των οργανισμών να αποφασίσουν αν θα καταγράψουν επίσημα τις διαδικασίες (δεν είναι

προαπαιτούμενο) και το ίδιο ισχύει για το Εγχειρίδιο Ποιότητας. Σε σχέση με την κατανόηση των αναγκών και των προσδοκιών των εταίρων, προστέθηκε μια νέα ρήτρα που απαιτεί από τον οργανισμό τον καθορισμό των ομάδων ενδιαφέροντος που σχετίζονται με τις επιχειρησιακές λειτουργίες. Οι οργανισμοί απαιτείται να επιδεικνύουν την ικανότητά τους να παρέχουν με συνέπεια προϊόντα και υπηρεσίες που να καλύπτουν τις πελατειακές και θεσπισμένες απαιτήσεις, με το στόχο της διεύρυνσης της ικανοποίησης των πελατών.

### Διακινδύνευση (Risk - Based Thinking)

Οι οργανισμοί είναι απαραίτητο (Paradygm Consulting, 2015) να κατανοήσουν τον κλάδο τους και να οριοθετήσουν τα ρίσκα και τις ευκαιρίες που θα πρέπει να στοχευτούν, σαν τη βάση του σχεδιασμού. Αυτό αντιπροσωπεύει την υιοθέτηση του Risk-Based Thinking στο σχεδιασμό και την εφαρμογή συστημάτων Διαχείρισης της ποιότητας. Δεν υπάρχει απαίτηση για τη θέσπιση επίσημων μεθόδων για τη διαχείριση του ρίσκου, ή για την επίσημη καταγραφή (documentation) των διαδικασιών του risk management. Στο ίδιο πλαίσιο, καθώς μια κεντρικής σημασίας διάσταση ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας είναι το να αποτελεί ένα εργαλείο πρόληψης αστοχιών, η έννοια της «προληπτικής δράσης» έχει ενσωματωθεί στη φιλοσοφία του **Risk-Based Thinking**, ενώ παράλληλα δεν υφίσταται κάποια ειδική ρήτρα για αυτή.

Επομένως η έννοια του κινδύνου αποτελεί ένα βασικό άξονα του αναθεωρημένου συστήματος ISO 9001:2015, καθώς προσεγγίζεται συστηματικά και έχει ενσωματωθεί σε όλο το πρότυπο (για αυτό το λόγο δεν υφίσταται ειδική ρήτρα για την προληπτική δράση, εξαιτίας της ολιστικής, συστηματικής προσέγγισης της έννοιας). Ο κίνδυνος σε ένα οργανισμό μπορεί να πάρει ποικίλες μορφές:

1. κίνδυνος που απορρέει από την εσφαλμένη εκτίμηση των συνθηκών της αγοράς (μελλοντική ζήτηση, επενδύσεις κ.ά.)
2. στρατηγικός (όπου η αποστολή και η στρατηγική δεν επικοινωνούνται σωστά και δεν γίνονται κατανοητές ή ακόμα και αποδεκτές από το προσωπικό)
3. κίνδυνος από την έλλειψη επαρκών δεξιοτήτων του προσωπικού
4. οργανωσιακός κίνδυνος (αστοχίες της κουλτούρας κ.ά.) κ.ά. (Jodkowski, 2015).

Ο κίνδυνος μπορεί να θεωρηθεί ως την πιθανότητα έλευσης απρόβλεπτων γεγονότων που μπορούν να προκαλέσουν «βλάβη» στους στρατηγικούς και επιχειρησιακούς στόχους ενός οργανισμού (Deysher , 2014). Ο κίνδυνος στο πρότυπο ISO 9001:2015, προσεγγίζεται πρωταρχικά ως την «βλάβη» στην εμπιστοσύνη και συνακόλουθα στην ικανοποίηση των πελατών. Επομένως καθώς η ικανοποίηση των ασθενών είναι θεμελιώδους σημασίας, ενσωματώθηκε σε ολόκληρο το πρότυπο, οδηγώντας τους οργανισμούς σε μια ολιστική αντίληψη της προληπτικής δράσης και της αντιμετώπισής του, σε κάθε επίπεδο, σε κάθε διαδικασία.

Ο κάθε οργανισμός πρέπει να κατανοήσει την ιδιαίτερη φύση του κινδύνου που απορρέει από την παροχή των προϊόντων/ υπηρεσιών της και να προχωρήσει στο σχεδιασμό και την εφαρμογή ενεργειών στη βάση της ολιστικής προσέγγισης του Risk-Based Thinking. Επιπλέον είναι καθήκον της διοίκησης να διασφαλίσει ότι αυτή η προσέγγιση θα υιοθετηθεί και θα μεταφρασθεί σε σχεδιασμό και εφαρμογή συγκεκριμένων ενεργειών.

Επομένως ο κάθε οργανισμός είναι υπεύθυνος για την εκτίμηση του ρίσκου σε κάθε διαδικασία του συστήματος διαχείρισης ποιότητας σε σχέση με τους συγκεκριμένους στόχους και επιδιώξεις του.

#### Καταγεγραμμένη πληροφορία (documented information)

Στη ρήτρα 7.5 του προτύπου (Paradygm Consulting, 2015) οι έννοιες «έγγραφο», «καταγεγραμμένη διαδικασία», «εγχειρίδιο ποιότητας» και «αρχείο» έχουν αντικατασταθεί από τον όρο «καταγεγραμμένη πληροφορία». Οι καταγεγραμμένες διαδικασίες όπου οριζόταν, ελεγχόταν και υποστηρίζονταν μια διαδικασία τώρα εκφράζονται ως την απαίτηση διατήρησης καταγεγραμμένης πληροφορίας. στη ρήτρα 7.1.6 γίνεται λόγος για τη γνώση του οργανισμού, την ανάγκη διατήρησής της εντός οργανισμού και αποτελεσματικής διαχείρισής της, ώστε να διασφαλισθεί η συμμόρφωση στα πρότυπα ποιότητας.

Οι απαιτήσεις σε σχέση με τη γνώση θεσπίστηκαν:

1. προκειμένου να προστατευθεί ένας οργανισμός από την απώλεια γνώσης που οφείλεται σε υψηλά ποσοστά αποχωρήσεων και στην αδυναμία διαμοιρασμού της εντός οργανισμού (ώστε να αναπτυχθεί)
2. να ενθαρρυνθεί να την αναπτύξει (μέσω της συνεχούς ανάλυσης, του benchmarking, της υιοθέτησης του mentoring κ.ά.)

## Έλεγχος των εξωτερικών διαδικασιών, προϊόντων και υπηρεσιών

Στη ρήτρα 8.4 (Paradygm Consulting, 2015) αναφέρονται όλα τα παραπάνω, είτε πρόκειται για την απόκτηση από κάποιο προμηθευτή, είτε τη συνεργασία με κάποιο οργανισμό ή την ανάθεση εργασιών (outsourcing) σε κάποιο εξωτερικό οργανισμό. Ο οργανισμός μπορεί να εφαρμόσει το Risk-Based Thinking, προκειμένου να καθορίσει τον τύπο και το βαθμό ελέγχου που θα εφαρμόσει σε σχέση με τα παραπάνω.

Παρακάτω παρουσιάζεται υπό μορφή Πίνακα, η σχέση του νέου προτύπου με άλλα διεθνή πρότυπα (παρουσιάζονται οι ρήτρες που περιλαμβάνει σε σχέση με άλλα πρότυπα).

**Πίνακας 6.1**  
**Σχέση του ISO 9001:2015 με άλλα διεθνή πρότυπα**

Άλλα διεθνή πρότυπα πιστοποίησης	Ρήτρα 4	5	6	7	8	9	10
ISO 9000	όλες	όλες	όλες	όλες	όλες	όλες	όλες
ISO 9004	όλες	όλες	όλες	όλες	όλες	όλες	όλες
ISO 10001					8.2.2/8.5.1	9.1.2	
ISO 10002					8.2.1	9.1.2	10.2.1
ISO 10003						9.1.2	
ISO 10004						9.1.2/9.1.3	
ISO 10005		5.3	6.1/6.2	όλες	όλες	9.1	10.2
ISO 10006	όλες	όλες	όλες	όλες	όλες	όλες	όλες
ISO 10007					8.5.2		
ISO 10008	όλες	όλες	όλες	όλες	όλες	όλες	όλες
ISO 10012				7.1.5			
ISO/TR 10013				7.5			

<b>ISO 10014</b>	όλες	όλες	όλες	όλες	όλες	όλες	όλες
<b>ISO 10015</b>				7.2			
<b>ISO/TR 10017</b>			6.1	7.1.5		9.1	
<b>ISO 10018</b>	όλες	όλες	όλες	όλες	όλες	όλες	όλες
<b>ISO 10019</b>					8.4		
<b>ISO 19011</b>						9.2	

Πηγή: [tatic1.squarespace.com/static/54aea403e4b0c0577b18f0f6/t/560bdb00e4b0bffa02dcd6e0/1443617536423/ISO+9001-2015\\_Overview+09-2015.pdf](http://tatic1.squarespace.com/static/54aea403e4b0c0577b18f0f6/t/560bdb00e4b0bffa02dcd6e0/1443617536423/ISO+9001-2015_Overview+09-2015.pdf).

Όπως παρατηρείται το νέο πρότυπο χρησιμοποιεί αρκετές ρήτρες από άλλα διεθνή πρότυπα, κάτι που επιτρέπει την ευθυγράμμιση του με άλλα συστήματα διαχείρισης της ποιότητας. Επιπλέον συμβάλλει στην ευκολότερη μετάβαση από κάποιο άλλο σύστημα στο νέο πρότυπο.

Στη **νέα δομή** του ISO 9001:2015 οι ρήτρες είναι 10, ενώ οι απαιτήσεις περιγράφονται στις ρήτρες 4-10. Η δομή παρουσιάζεται στον παρακάτω Πίνακα.

**Πίνακας 6.2**  
**Νέα δομή του ISO 9001:2015**

<b>Ρήτρα</b>	<b>Περιγραφή</b>
<b>1</b>	Εύρος
<b>2</b>	Κανονιστικές αναφορές
<b>3</b>	Όροι και ορισμοί
<b>4</b>	Πλαίσιο του οργανισμού
<b>5</b>	Ηγεσία
<b>6</b>	Σχεδιασμός
<b>7</b>	Υποστήριξη
<b>8</b>	Λειτουργίες
<b>9</b>	Αξιολόγηση της απόδοσης
<b>10</b>	Βελτίωση

Πηγή: [tatic1.squarespace.com/static/54aea403e4b0c0577b18f0f6/t/560bdb00e4b0bffa02dcd6e0/1443617536423/ISO+9001-2015\\_Overview+09-2015.pdf](http://tatic1.squarespace.com/static/54aea403e4b0c0577b18f0f6/t/560bdb00e4b0bffa02dcd6e0/1443617536423/ISO+9001-2015_Overview+09-2015.pdf).

### Αρχές διαχείρισης Ποιότητας

Το πρότυπο ISO 9001:2015 στηρίζεται σε 7 βασικές αρχές, ενώ το ISO 9001:2008 θεμελιωνόταν σε 8. Οι 7 αρχές είναι:

1. Επικέντρωση στους πελάτες
2. Ηγεσία
3. Ανάμιξη/ εμπλοκή των ανθρώπων
4. Διαδικαστική προσέγγιση (process approach)
5. Βελτίωση
6. Λήψη αποφάσεων βάση δεδομένων/ αποδείξεων
7. Διαχείριση σχέσεων

### Μεθοδολογία Plan-Do-Check-Act Cycle

Η παραπάνω μεθοδολογία που υποστηρίζεται από το νέο πρότυπο μπορεί να εφαρμοσθεί σε όλες τις διαδικασίες διαχείρισης της ποιότητας ολιστικά. Μια σύντομη περιγραφή είναι η εξής:

**Plan:** ο καθορισμός των στόχων του συστήματος και των πόρων και διαδικασιών που αποτελούν διαστάσεις του.

**Do:** η εφαρμογή όσων έχουν σχεδιασθεί

**Check:** ο έλεγχος και όπου είναι δυνατόν η μέτρηση των διαδικασιών, προϊόντων/ υπηρεσιών σε σχέση με τις πολιτικές, τις απαιτήσεις και τους στόχους και τέλος η αναφορά των αποτελεσμάτων

**Act:** η λήψη μέτρων για τη βελτίωση της απόδοσης

### Ρήτρα 4-το πλαίσιο λειτουργίας του οργανισμού

Αποτελεί μια νέα ρήτρα και στόχο έχει να συμβάλλει στην κατανόηση από τη σκοπιά του οργανισμού του λόγου ύπαρξής του. Αυτό συνακόλουθα μπορεί να συντελέσει στην κατανόηση/ ενδοσκόπηση των «γιατί», «πώς» και «τι», της αποστολής και των στόχων του οργανισμού (στην αποσαφήνιση κρίσιμων διαστάσεών τους). Επομένως ο οργανισμός κατανοώντας το πλαίσιο λειτουργίας του (ρήτρα 4.1) μπορεί να συλλάβει:

1. την αποστολή και την καλύτερη στρατηγική κατεύθυνση του συστήματος μάνατζμεντ
2. το λόγο ύπαρξής του
3. να καθορίσει σχετικά ζητήματα/ παράγοντες εξωτερικούς και εσωτερικούς που μπορεί να επιδρούν σε αυτά που επιδιώκει να πετύχει
4. να ελέγξει και να αναλύσει τις προκύπτουσες πληροφορίες

Επιπλέον ο οργανισμός μπορεί να κατανοήσει καλύτερα τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ομάδων ενδιαφέροντος (ρήτρα 4.2). Ο οργανισμός αρχικά πρέπει να αναγνωρίσει τους εταίρους του, που ορίζονται ως οι ομάδες, άτομα ή οργανισμοί που επηρεάζονται ή θεωρούν ότι επηρεάζονται από τις δράσεις/ δραστηριότητές του, ή αυτοί που επηρεάζουν τον οργανισμό. Εν συνεχεία οι πληροφορίες για τους εταίρους θα πρέπει να παρακολουθούνται και να αναλύονται σε σχέση με τις απαιτήσεις του προτύπου.

Η ρήτρα 4.3 που αναφέρεται στον καθορισμό του εύρους του συστήματος διαχείρισης ποιότητας, αναφέρει τη διατήρηση καταγεγραμμένης πληροφόρησης σε σχέση με τα προϊόντα/ υπηρεσίες που καλύπτονται από το σύστημα διαχείρισης της ποιότητας. Σε περίπτωση που μια απαίτηση εξαιρεθεί από ένα προϊόν/ υπηρεσία θα πρέπει να τεκμηριωθεί και να διασφαλισθεί η συμμόρφωσή του με τα πρότυπα του συστήματος.

Η ρήτρα 4.4 αφορά τις διαδικασίες του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας. Επομένως ο οργανισμός πρέπει να δημιουργήσει και να ενδυναμώσει το δικό του σύστημα, να προσπαθεί συνεχώς προς την κατεύθυνση της βελτίωσής του και να καθορίσει τις διαδικασίες και τις μεταξύ τους αλληλεπιδράσεις.

### Ρήτρα 5-Ηγεσία

Ίσως το πιο βασικό στοιχείο είναι η ενεργητική και έμπρακτη ανάμιξη και υποστήριξη του συστήματος από την ανώτερη ηγεσία. Είναι απαραίτητο η διοίκηση να δεσμευθεί και να αναλάβει την ευθύνη της εφαρμογής του συστήματος (ρήτρα 5.1) ώστε να καταβληθεί ουσιαστική προσπάθεια και να επικοινωνηθεί αποτελεσματικά η σημαντικότητα του συστήματος στο προσωπικό. Επιπλέον είναι σημαντικό κάποια ζητήματα να επιλυθούν σε αρχικό στάδιο πριν μετατραπούν σε προβλήματα κάτι στο οποίο μπορεί να επιδράσει σημαντικά η δέσμευση της ηγεσίας.



Επιπρόσθετα πρέπει να εξασφαλισθεί η ενσωμάτωση των απαιτήσεων στις επιχειρησιακές διαδικασίες του οργανισμού (ρήτρα 5.2), η πολιτική ποιότητας πρέπει να ευθυγραμμισθεί με το στρατηγικό σχέδιο/ κατεύθυνση και να προωθηθεί η φιλοσοφία του συστήματος (ρήτρα 5.3-process approach και risk-based thinking). Όλα αυτά αναμφισβήτητα δεν μπορούν να επιτευχθούν χωρίς τη δέσμευση και την καταβολή πραγματικής προσπάθειας από την ηγεσία.

#### Ρήτρα 6-Σχεδιασμός

Ο σχεδιασμός συνδέεται ρητά με τη διαχείριση του ρίσκου που αποτελεί βασικό άξονα του νέου προτύπου. Η αναγνώριση και η συγκεκριμενοποίηση των ρίσκων και των ευκαιριών (έπειτα από την βαθιά κατανόηση της αποστολής, των αναγκών των εταίρων κ.ά.) θα οδηγήσει στο σχεδιασμό και την εφαρμογή συγκεκριμένων ενεργειών. Ο σχεδιασμός θα πρέπει να γίνει στη βάση:

1. της διασφάλισης ότι το σύστημα θα μπορέσει να συμβάλλει στην επίτευξη των επιδιωκόμενων στόχων
2. της παραδοχής ότι το σύστημα θα οδηγήσει στις επιθυμητές αλλαγές
3. θα συμβάλλει στην πρόληψη ή την αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων συνεπειών
4. θα οδηγήσει στην επίτευξη συνεχούς βελτίωσης

#### Ρήτρα 7-Υποστήριξη

Η υποστήριξη αποτελεί μια νέα ρήτρα, όπου οι οργανισμοί μπορούν να έχουν μεγαλύτερη ευελιξία σε σχέση με τους τύπους και τα format της καταγεγραμμένης πληροφόρησης που απαιτείται για την εφαρμογή του προτύπου και τη διενέργεια απαραίτητων ελέγχων. Δεν υπάρχει απαίτηση επίσημης καταγραφής κάποιας διαδικασίας, εκτός και αν το επιθυμεί ο οργανισμός.

#### Ρήτρα 8-Λειτουργία

Γίνεται λόγος για οτιδήποτε αποτελεί τον πυρήνα των λειτουργιών του οργανισμού (σχεδιασμός προϊόντων/ υπηρεσιών/ επικοινωνία με τους πελάτες, καθορισμός των απαιτήσεων σε σχέση με τα προϊόντα/ υπηρεσίες, απαιτήσεις σε σχέση με την ανάπτυξη του σχεδιασμού, του ελέγχου, τη διαχείριση αλλαγών κ.ά.). σε γενικές γραμμές δίνεται περισσότερη έμφαση στο ρόλο του πελάτη σε κάθε στάδιο της

διαδικασίας σχεδιασμού, στην ανάγκη διατήρησης καταγεγραμμένης πληροφορίας και στην αναγνώριση και καθορισμό των αλλαγών που λαμβάνουν χώρα κατά τα στάδια του σχεδιασμού.

#### Ρήτρα 9-Αξιολόγηση της απόδοσης

Αφορά τη διαδικασία καθορισμού αυτών που θα ελεγχθούν, μετρηθούν, αναλυθούν και αξιολογηθούν. Επομένως αποτελεί μια εξαιρετικά σημαντικά ρήτρα καθώς ο οργανισμός θα μπορέσει να γνωρίσει αν το σύστημα ταιριάζει σε αυτόν και αν είναι αποτελεσματικό/ αποδοτικό. Ο οργανισμός πρέπει να διευκρινίσει:

- 1.τι πρέπει να ελεγχθεί και να μετρηθεί
- 2.να καθορίσει τους μεθόδους ελέγχου, μέτρησης, ανάλυσης και αξιολόγησης που θα φέρουν τα επιθυμητά αποτελέσματα
3. να συγκεκριμενοποιήσει το πότε θα γίνουν αυτά
4. πότε θα αναλυθούν και θα αξιολογηθούν τα αποτελέσματα
5. πώς θα διατηρήσει κατάλληλη έγγραφη πληροφορία σε σχέση με όλα τα παραπάνω

#### Ρήτρα 10-Βελτίωση

Ο οργανισμός καλείται να διευκρινίσει και να επιλέξει ευκαιρίες βελτίωσης και να εφαρμόσει κάποιο σχέδιο βελτίωσης και αύξησης της ικανοποίησης των πελατών (επομένως οι πελάτες είναι στο επίκεντρο). Επιπλέον θα πρέπει να πασχίζει να βελτιώνει τα προϊόντα και υπηρεσίες που προσφέρει, να διορθώνει οποιεσδήποτε αστοχίες, να λαμβάνει υπόψη τυχόν μεταβολές των μελλοντικών αναγκών και προσδοκιών των εταίρων και να αυξάνει συνεχώς την αποτελεσματικότητα του συστήματος.

Όταν κάποια μη συμμόρφωση εντοπισθεί, κρίνεται αναγκαίος ο σχεδιασμός των απαραίτητων ενεργειών προκειμένου να διορθωθεί και να εξαλειφθεί μόνιμα η ουσιαστική αιτία δημιουργίας της. Έπειτα θα πρέπει να επαναξιολογήσει τα ρίσκα και τις ευκαιρίες στη βάση των νέων δεδομένων.

## 6.4 Αποτελέσματα έρευνας

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας. Οι απαντήσεις των δύο υπεύθυνων ομαδοποιήθηκαν ανά ερώτηση στο βαθμό που ήταν δυνατό (καθώς οι ερωτήσεις διαφοροποιήθηκαν σε αναλογία με τον τομέα ευθύνης του κάθε ερωτηθέντα), ώστε να είναι δυνατή η σύγκριση των απαντήσεων ανά ερώτηση και η εξαγωγή συμπερασμάτων στη βάση της σύγκρισης. Οι ξεχωριστές ερωτήσεις/αποκρίσεις παρουσιάζονται χωριστά (επομένως στο πρώτο μέρος παρουσιάζονται οι κοινές, στο δεύτερο οι απαντήσεις του προϊστάμενου χειρουργείου και στο τρίτο οι απαντήσεις της διευθύντριας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας). Για τις ανάγκες της παρουσίασης οι συμμετέχοντες κωδικοποιήθηκαν ως εξής:

- **Υ1**- Προϊστάμενος του Χειρουργείου του Π. Φαλήρου
- **Υ2**- Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Ιατρικού Π. Φαλήρου

### 6.4.1 Κοινές ερωτήσεις

#### 6.4.1.1 Ερώτηση πρώτη-Σύνοψη ευρημάτων από τις απαντήσεις των υπευθύνων

Παρακάτω παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην πρώτη «κοινή» ερώτηση του ερωτηματολογίου «Πόσο εύκολη ήταν η ενσωμάτωση του Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας κατά τα πρότυπα;»

### Πίνακας 6.3

#### Απαντήσεις υπευθύνων στην κοινή ερώτηση 1

Ερώτηση 1	Ευκολία ενσωμάτωσης στις απαιτήσεις του προτύπου ISO 9001:2015
Υ1	Το χειρουργείο πάντα λειτουργούσε με αυστηρούς κανόνες και πρωτόκολλα σε σχέση με την ασφάλεια των ασθενών, τις υποδομές και τη διαχείριση εγγράφων, επομένως η ενσωμάτωση

πραγματοποιήθηκε χωρίς κάποια διαταραχή σε σχέση με την παροχή υπηρεσιών και την καθημερινότητα των εργαζόμενων

**Υ2**

Η ενσωμάτωση ήταν εύκολη διότι το προσωπικό εργάζεται καλύτερα όταν είναι σίγουρο και όταν έχει αίσθημα ευθύνης στο σύστημα. Επίσης το προσωπικό νιώθει ασφαλές όταν προσφέρει τη τεχνική του εξειδίκευση κάτω από ένα σύστημα διεργασιών.

Επομένως σύμφωνα και με τους δύο υπεύθυνους η ενσωμάτωση δε δημιούργησε ιδιαίτερα προβλήματα και μάλιστα ενείχε και θετικά στοιχεία, καθώς σύμφωνα με την Υ2 το προσωπικό βίωσε αισθήματα ασφάλειας και σιγουριάς, εργαζόμενο σύμφωνα με ένα ρητό σύστημα διεργασιών.

#### *6.4.2 Ερώτηση δεύτερη-Σύνοψη ευρημάτων από τις απαντήσεις των υπευθύνων*

Παρακάτω παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην δεύτερη «κοινή» ερώτηση του ερωτηματολογίου «Στο Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας γίνεται λόγος για ανάθεση αρμοδιοτήτων και υπευθυνότητων. Εφαρμόζεται αυτό στο χειρουργείο και αν ναι ποιες είναι αυτές οι αρμοδιότητες και υπευθυνότητες; Πώς κατευθύνεται και στηρίζεται το προσωπικό στις υπευθυνότητες του για την εφαρμογή του Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας;»

### **Πίνακας 6.4**

#### **Απαντήσεις υπευθύνων στην κοινή ερώτηση 2**

**Ερώτηση 2**

**Καθορισμός και διαχείριση υπευθυνότητων**

**Υ1**

Η ανάθεση αρμοδιοτήτων και υπευθυνότητων ήταν και είναι ο τρόπος λειτουργίας του χειρουργείου μας. Ο

προϊστάμενος καθορίζει τον/την αντικαταστάτη του σε περίπτωση απουσίας του αλλά και ως βοήθεια στις καθημερινές υποχρεώσεις. Μοιράζει αρμοδιότητες σε συγκεκριμένους εργαζόμενους για την ομαλή λειτουργία των χειρουργείων, ενώ άλλος είναι υπεύθυνος για το υλικό και τα εργαλεία, άλλος για τον εξοπλισμό και την τεχνολογία κα.

Υ2

Όπως ανέφερα και σε προηγούμενη ερώτηση, το ΣΔΠ είναι ένα σύστημα που κατά μεγάλο ποσοστό βασίζεται πάνω στις σωστές διεργασίες των εργαζομένων μας. Η συνεχής εκπαίδευση των διεθνών προτύπων ποιότητας καθώς και οι έντυπες διεργασίες που υπάρχουν, ελεύθερες για το προσωπικό να τις μελετήσει, είναι η υποστήριξη που δίνουμε. Στη συνέχεια γίνονται αξιολογήσεις και σε περίπτωση που συναντήσουμε κάποια έλλειψη, συνεχίζεται η εκπαίδευση.

Επομένως στο χειρουργείο οι αρμοδιότητες ήταν και είναι αυστηρά καθορισμένες, ενώ γενικά στο νοσοκομείο πραγματοποιείται εκπαίδευση και αξιολόγηση του προσωπικού ως μέσα στήριξης και κατεύθυνσης σε ότι αφορά την εκπλήρωση των αρμοδιοτήτων.

#### *6.4.3 Ερώτηση τρίτη-Σύνοψη ευρημάτων από τις απαντήσεις των υπευθύνων*

Παρακάτω παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην δεύτερη «κοινή» ερώτηση του ερωτηματολογίου «Ποιοι οι δείκτες μέτρησης ώστε να καθοριστούν οι στόχοι ποιότητας (Π.χ. λίστα αναμονής, κόστος επέμβασης, ποσοστό αποχώρησης

προσωπικού, ημέρες αδικαιολόγητης απουσίας, μη συμμορφώσεις στις απαιτήσεις κ.α.);/ Ποιοι είναι οι δείκτες μέτρησης ποιότητας; (για τη Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Ιατρικού Π. Φαλήρου)»

**Πίνακας 6.5**  
**Απαντήσεις υπευθύνων στην κοινή ερώτηση 3**

<b>Ερώτηση 2</b>	<b>Δείκτες μέτρησης</b>
<b>Υ1</b>	Δεν απαντήθηκε
<b>Υ2</b>	Οι δείκτες μέτρησης ποιότητας είναι το επίπεδο της εκπαίδευσης του προσωπικού, η μέτρηση κατανάλωσης αντιβιοτικών στο νοσοκομείο (DDD's), οι δείκτες επιτήρησης λοιμώξεων. Ένας άλλος δείκτης είναι στα νοσηλευτικά τμήματα οι πτώσεις από τα κρεβάτια, οι κατακλίσεις, οι εξαγγειώσεις, οι μπλε κωδικοί. Τέλος έχουμε τους περιβαλλοντικούς δείκτες όπως είναι οι καταναλώσεις ηλεκτρικής ενέργειας και μέγεθος τοξικών αποβλήτων.

Επομένως παρατηρείται ότι τηρούνται δύο βασικές αρχές εφαρμογής του εν λόγω προτύπου, που είναι οι:

- Διαδικαστική προσέγγιση (process approach)
- η βελτίωση
- και η λήψη αποφάσεων βάση δεδομένων/ αποδείξεων

Λαμβάνονται υπόψη και μετριοούνται κάποιοι δείκτες (για τους οποίους αποφασίζει ο κάθε οργανισμός) και ακολουθεί η αξιολόγηση που μπορεί να οδηγήσει στη βελτίωση. Εδώ ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι περιβαλλοντικοί δείκτες, καθώς δείχνουν ότι το νοσοκομείο έχει προσαρμοσθεί επιτυχώς στις σύγχρονες ανάγκες και τις κοινωνικές απαιτήσεις.

## 6.4.2 Απαντήσεις του Υ1

### 6.4.2.1 Ερώτηση πρώτη στον Προϊστάμενο του Χειρουργείου του Π. Φαλήρου

Παρακάτω παρουσιάζεται η απάντηση του Υ1 στην πρώτη ερώτηση του ερωτηματολογίου «Ποια είναι η διαδικασία που ακολουθείται καθώς εισέρχεται ο ασθενής στο χώρο του χειρουργείου;»

**Πίνακας 6.6**  
**Απάντηση Υ1 στην ερώτηση 1**

<b>Ερώτηση 1</b>	<b>Διαδικασία εισαγωγής στο χειρουργείο</b>
<b>Υ1</b>	<p>Ο ασθενής μεταφέρεται στο χειρουργείο από το νοσοκόμο μας περίπου 10 λεπτά πριν από την προγραμματισμένη επέμβαση και αφού έχει προηγηθεί προεγχειρητική προετοιμασία και ευπρεπισμός στο νοσηλευτικό τμήμα. Η υποδοχή του ασθενή γίνεται από τον προϊστάμενο ή τον υπεύθυνο της εκάστοτε βάρδιας και οδηγείται στην χειρουργική αίθουσα. Γίνεται από τον νοσηλευτή κίνησης και αναισθησιολογική επιβεβαίωση των στοιχείων του, της περιοχής επέμβασης, του είδους επέμβασης, σήμανση της περιοχής (εάν απαιτείται), εάν υπάρχουν αλλεργίες ή κάποιες άλλες ιδιαιτερότητες που απαιτούν προσοχή. Όλη η διαδικασία γίνεται σε κλίμα ηρεμίας για μείωση του στρες του ασθενούς.</p>

Επομένως ακολουθούνται κάποιοι αυστηροί κανόνες ενώ βασικό στοιχείο είναι η διασφάλιση του κλίματος ηρεμίας, προκειμένου να μειωθεί το άγχος του ασθενή (κάτι που συμφωνεί με την πρώτη αρχή του προτύπου. Που είναι η επικέντρωση στον πελάτη/ ασθενή).

#### 6.4.2.2 Ερώτηση δεύτερη στον Προϊστάμενο του Χειρουργείου του Π. Φαλήρου

Παρακάτω παρουσιάζεται η απάντηση του Υ1 στην δεύτερη ερώτηση του ερωτηματολογίου «Ποιες είναι οι τεκμηριωμένες πληροφορίες που έχει ένα τμήμα σαν το χειρουργείο;»

### Πίνακας 6.7 Απάντηση Υ1 στην ερώτηση 2

#### Ερώτηση 2

#### Τι γίνεται σε περίπτωση μη συμμόρφωσης στις απαιτήσεις

Υ1

Σε περίπτωση που κάποιο υλικό δεν ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του χειρουργείου συμπληρώνεται έντυπο αναφοράς μη συμμόρφωσης και διορθωτικών ενεργειών στο οποίο αναγράφεται το πρόβλημα και αποστέλλεται στους υπεύθυνους. Το υλικό αντικαθίσταται άμεσα. Για τα μηχανήματα συμπληρώνεται προς την τεχνική υπηρεσία του νοσοκομείου και την αρμόδια υπηρεσία του ομίλου.

Επομένως τηρούνται συγκεκριμένες διαδικασίες στην περίπτωση μη συμμόρφωσης σε σχέση με τις απαιτήσεις (σε ότι αφορά τα υλικά και τα μηχανήματα). Το ενδιαφέρον είναι η επισήμανση διορθωτικών ενεργειών στο σχετικό έντυπο, κάτι που εναρμονίζεται με τις αρχές του προτύπου.



#### 6.4.2.3 Ερώτηση τρίτη στον Προϊστάμενο του Χειρουργείου του Π. Φαλήρου

Παρακάτω παρουσιάζεται η απάντηση του Y1 στην τρίτη ερώτηση του ερωτηματολογίου «Ποιες οι τακτικές για συνεχή βελτίωση της ποιότητας?»

#### **Πίνακας 6.8** **Απάντηση Y1 στην ερώτηση 3**

<b>Ερώτηση 3</b>	<b>Ενέργειες για τη συνεχή βελτίωση</b>
<b>Y1</b>	Η βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών σε όλους τους τομείς γίνεται με συνεχή έλεγχο, ενημέρωση, εκπαίδευση, εφαρμογή των πρωτοκόλλων και αξιολόγηση

Επομένως έχει υιοθετηθεί καταρχήν η φιλοσοφία της συνεχούς βελτίωσης (βασική αρχή του προτύπου) και αυτή εκπληρώνεται μέσω του ελέγχου, της εκπαίδευσης, της αξιολόγησης και της αυστηρής εφαρμογής των πρωτοκόλλων.

#### 6.4.3 Απαντήσεις του Y2

##### 6.4.3.1 Ερώτηση πρώτη στην Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Ιατρικού Π. Φαλήρου

Παρακάτω παρουσιάζεται η απάντηση του Y1 στην δεύτερη ερώτηση του ερωτηματολογίου «Ποιοι είναι οι στόχοι ποιότητας, με βάση την πολιτική ποιότητας του Ομίλου Ιατρικού;»

#### **Πίνακας 6.8** **Απάντηση Y2 στην ερώτηση 1**

<b>Ερώτηση 1</b>	<b>Στόχοι Ποιότητας</b>
<b>Y2</b>	Οι στόχοι μας είναι η μεγιστοποίηση της υγείας και της ευεξίας του ασθενή, η διαρκείς, καλύτερες και πληρέστερες

υπηρεσίες υγείας και η τεκμηριωμένη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα. Στόχος ακόμα είναι η συμμόρφωση με το ισχύον νομοθετικό καθεστώς και τις διατάξεις που διέπουν το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας.

Επομένως οι στόχοι είναι σαφείς, ενώ σημαντικό στοιχείο είναι η επικέντρωση στον πελάτη/ ασθενή και η προσπάθεια μεγιστοποίησης της υγείας και της ευεξίας του.

#### *6.4.3.2 Ερώτηση δεύτερη στην Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Ιατρικού Π. Φαλήρου*

Παρακάτω παρουσιάζεται η απάντηση του Υ1 στην δεύτερη ερώτηση του ερωτηματολογίου «Πώς εξασφαλίζετε τους απαραίτητους πόρους για το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας;»

### **Πίνακας 6.9 Απάντηση Υ2 στην ερώτηση 2**

#### **Ερώτηση 2**

**Υ2**

#### **Εξασφάλιση των απαραίτητων πόρων**

Ο Όμιλος Ιατρικού Αθηνών στον αναπτυξιακό του σχεδιασμό περιλαμβάνει τους πόρους για το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας. Αυτοί είναι το Ανθρώπινο Δυναμικό μας, οι πόροι για την παρακολούθηση και την μέτρηση των διεργασιών, οι υποδομές μας.

Σημαντικό στοιχείο είναι ότι στους πόρους συγκαταλέγεται το προσωπικό, αν και η ερώτηση δεν απαντήθηκε επακριβώς.

#### 6.4.3.3 Ερώτηση τρίτη στην Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Ιατρικού Π. Φαλήρου

Παρακάτω παρουσιάζεται η απάντηση του Υ1 στην δεύτερη ερώτηση του ερωτηματολογίου «Πόσο σημαντική είναι η επαγγελματική επάρκεια και πως τη διασφαλίζετε;»

### Πίνακας 6.10 Απάντηση Υ2 στην ερώτηση 3

Ερώτηση 3	Διασφάλιση επαγγελματικής επάρκειας
Υ2	Βεβαίως και η επαγγελματική επάρκεια είναι πολύ σημαντική για μας. Γι' αυτό και στον Όμιλό μας εργάζεται πιστοποιημένο ιατρικό, παραϊατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Και πέρα από αυτό πραγματοποιούνται συνεχή σεμινάρια επιμόρφωσης για να είναι ακόμα πιο ποιοτικές οι υπηρεσίες που προσφέρουμε.

Επομένως η επάρκεια διασφαλίζεται καταρχήν από την πιστοποίηση του προσωπικού και σε δεύτερο επίπεδο από τη συνεχή διενέργεια σεμιναρίων.

#### 6.4.3.4 Ερώτηση τέταρτη στην Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Ιατρικού Π. Φαλήρου

Παρακάτω παρουσιάζεται η απάντηση του Y1 στην δεύτερη ερώτηση του ερωτηματολογίου «Για την αποτελεσματική Διαχείριση Ποιότητας η επικοινωνία ( εσωτερική και εξωτερική) έχει μεγάλη σημασία. Με ποιους τρόπους την επιτυγχάνετε?»

**Πίνακας 6.11**  
**Απάντηση Y2 στην ερώτηση 4**

**Ερώτηση 4**

**Επικοινωνία**

**Y2**

Η κλινική αποτελείται από αρκετά τμήματα. Κάποια κλειστά στα οποία η πρόσβαση ακόμα και στο υπόλοιπο προσωπικό είναι πολύ δύσκολη και συγκεκριμένα, όπως είναι το χειρουργείο και η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας που εφαρμόζουμε το επικοινωνούμε με το προσωπικό μέσω των προϊστάμενων του κάθε τμήματος και μέσω κάποιων εκπαιδευτικών σεμιναρίων για τις διεργασίες. Ακόμα το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας υπάρχει σε έντυπη αλλά και ηλεκτρονική μορφή, εύκολα προσβάσιμο για το προσωπικό να το μελετήσει όσο θέλει. Για τους ασθενείς υπάρχει συνεχής ροή πληροφοριών για τα προϊόντα και τις υπηρεσίες που παρέχουμε και επίσης μοιράζονται και έντυπα παραπόνων.

Επομένως η επικοινωνία γίνεται μέσω των προϊστάμενων και μέσω σεμιναρίων. Σημαντικό είναι, ότι το προσωπικό έχει πρόσβαση στην ηλεκτρονική μορφή του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας, ενώ παράλληλα υφίσταται συνεχής ροή

πληροφόρησης προς τους ασθενείς. Τέλος με βάση τα παραπάνω φαίνεται να εκπληρώνονται οι βασικές αρχές που διέπουν το πρότυπο- επικέντρωση στους πελάτες, Ηγεσία, ανάμιξη/ εμπλοκή των ανθρώπων και βελτίωση.

#### 6.4.3.5 Ερώτηση πέμπτη στην Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Ιατρικού Π. Φαλήρου

Παρακάτω παρουσιάζεται η απάντηση του Y1 στην δεύτερη ερώτηση του ερωτηματολογίου «Πώς διασφαλίζετε ότι το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας επιτυγχάνει τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα;»

### Πίνακας 6.12 Απάντηση Y2 στην ερώτηση 5

#### Ερώτηση 5

#### Διασφάλιση των επιδιωκόμενων αποτελεσμάτων

Y2

Έχει οριστεί ένας εκπρόσωπος που θα είναι υπεύθυνος για τον έλεγχο της σωστής τήρησης του ΣΔΠ (ενημερώνει την διοίκηση για την επίδοση). Έχουν ήδη καθοριστεί τα κριτήρια και οι μέθοδοι ελέγχου της εφαρμογής και αποτελεσματικότητας του συστήματος. Στον Όμιλο έχουν καθιερωθεί τα κατάλληλα ελεγχόμενα έγγραφα, η χρήση των οποίων εξασφαλίζει τη λειτουργία και τον έλεγχο των διεργασιών (έλεγχος εγγράφων νοείται η έγκριση επάρκειάς τους πριν την έκδοση, η τακτική ανασκόπησή τους, η ταυτοποίηση και αναγνώριση των τροποποιήσεων, η διαθεσιμότητα και εξασφάλιση χρήσης μόνο των τρεχουσών εκδόσεων, η ευκρίνεια ανάγνωσης, η κατάλληλη διανομή και προσβασιμότητα σε αυτά κ.ά.). Γίνονται λοιπόν διεργασίες παρακολούθησης, ανάλυσης, μέτρησης και βελτίωσης που αποσκοπούν στην απόδειξη διαρκούς συμμόρφωσης του προϊόντος και του ΣΔΠ. Στη συνέχεια γίνονται εσωτερικές επιθεωρήσεις με βάση ένα πρόγραμμα και έναν πλήρη σχεδιασμό, από

κατάλληλα εκπαιδευμένους και επιλεγμένους επιθεωρητές, αμερόληπτους, με ακεραιότητα και αντικειμενικότητα. Τέλος ο Υπεύθυνος Ποιότητας διασφαλίζει την υλοποίηση όλων των διορθωτικών και προληπτικών ενεργειών που σχεδιάστηκαν.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι φαίνεται να υπάρχει ένας αρκετά αποτελεσματικός και άρτια σχεδιασμένος τρόπος διασφάλισης των επιδιωκόμενων αποτελεσμάτων ποιότητας. Καταρχήν έχει οριστεί κάποιος εκπρόσωπος που ασχολείται αποκλειστικά με την τήρηση των απαιτήσεων του ΣΔΠ. Παράλληλα έχουν καθοριστεί τα κριτήρια, ενώ τα έγγραφα βάση των οποίων αξιολογείται η εκπλήρωση των κριτηρίων φαίνεται να είναι άρτια οργανωμένα και καθορισμένα. Τέλος λειτουργούν ανεξάρτητοι επιθεωρητές που είναι επιφορτισμένοι με τη μέτρηση, ανάλυση και βελτίωση των διαδικασιών, ενώ οι διορθωτικές ενέργειες εφαρμόζονται από τον υπεύθυνο ποιότητας.

#### *6.4.3.6 Ερώτηση έκτη στην Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Ιατρικού Π. Φαλήρου*

Παρακάτω παρουσιάζεται η απάντηση του Υ1 στην δεύτερη ερώτηση του ερωτηματολογίου «Ποιες οι ενέργειες για συνεχή βελτίωση της ποιότητας;»

### **Πίνακας 6.13 Απάντηση Υ2 στην ερώτηση 6**

#### **Ερώτηση 6**

#### **Ενέργειες για τη συνεχή βελτίωση**

**Υ2**

Η συνεχής βελτίωση αποτελεί μόνιμο στόχο του Ομίλου. Για τη συνεχή βελτίωση παρακολουθείται η λειτουργία των κλινικών μας και μετρούνται τα στοιχεία αυτά που έχουν να κάνουν με την βελτίωση της ποιότητας. Για την καλή λειτουργία στοχεύουμε στην βελτίωση των συνθηκών εργασίας και

ακόμα πιο πολύ βελτίωση της εικόνας  
μας για τις υπηρεσίες στο κοινό.

Επομένως η συνεχής παρακολούθηση, ο έλεγχος και οι μετρήσεις συμβάλλουν στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας. Επιπρόσθετα η υπεύθυνη δήλωσε ότι απασχολεί τον όμιλο η βελτίωση των συνθηκών εργασίας των εργαζόμενων, κάτι που έρχεται σε συμφωνία και με τη φιλοσοφία του προτύπου.

### **6.5 Ανακεφαλαίωση-Συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας**

Στο παρόν κεφάλαιο επιχειρήθηκε η περιγραφή της διοίκησης και οργάνωσης του Ιατρικού Παλαιού Φαλήρου, με βάση το πρότυπο ISO 9001:2015 που έχει υιοθετήσει (βιβλιογραφική ανασκόπηση). Έγινε μια πλήρης περιγραφή της φιλοσοφίας του προτύπου, ώστε να καταλάβει ο αναγνώστης τις βασικές αρχές στις οποίες στηρίζεται η διοίκηση του νοσοκομείου ως προς τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας προς τους ασθενείς.

Επιπρόσθετα αναλύθηκαν τα ευρήματα της ερευνητικής διαδικασίας, ενώ συνολικά διαφάνηκε μια καλή εικόνα του νοσοκομείου σε σχέση με τον εναρμονισμό του με τις βασικές αρχές και τη φιλοσοφία του προτύπου ISO 9001:2015: Επικέντρωση στους πελάτες, ηγεσία, ανάμιξη/ εμπλοκή των ανθρώπων, διαδικαστική προσέγγιση, βελτίωση, λήψη αποφάσεων βάση δεδομένων/ αποδείξεων και διαχείριση σχέσεων.

## **Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup> Συμπεράσματα**

### **7.1 Εισαγωγή**

Η παρούσα εργασία ασχολήθηκε με το πολύ σημαντικής αξίας ζήτημα των οργανωμένων, επιστημονικών προσπαθειών αύξησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Ελπίδα είναι ότι μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και της ανάλυσης των ευρημάτων της ερευνητικής διαδικασίας (ποιοτική έρευνα), ενισχύθηκε περισσότερο η επιστημονική γνώση, ενώ ενδεχομένως εξάχθησαν και κάποια χρήσιμα συμπεράσματα σε ότι αφορά την οργάνωση και τη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων.

### **7.2 Συμπεράσματα**

Στην παρούσα εργασία μελετήθηκε το Ιατρικό Παλαιού Φαλήρου, σε σχέση με βασικές διαστάσεις της εφαρμογής του προτύπου ISO 9001:2015. Οι μελέτες περίπτωσης χρησιμοποιούνται πολύ συχνά στην επιστημονική έρευνα, ενώ αποτελούν έναν από τους πρώτους τύπους έρευνας στο πεδίο της ποιοτικής μεθοδολογίας (Starman, 2013). Γενικά, η ποιοτική έρευνα χαρακτηρίζεται από την ερμηνευτική/ επεξηγηματική φύση της, ενώ επικεντρώνεται στις υποκειμενικές εμπειρίες και στις σημασίες που δημιουργούνται από τα άτομα (Starman, 2013).

Έχει υποστηριχθεί ότι από τη φύση της, η μελέτη περίπτωσης προσεγγίζει περισσότερο την ποιοτική έρευνα, παρά την ποσοτική, αν και μπορεί να είναι αποκλειστικά ποσοτική, ποιοτική ή κάποιος συνδυασμός. Οι λόγοι είναι:

- η επικέντρωση σε ατομικές περιπτώσεις (όπως στην ποιοτική έρευνα),
- ο ερμηνευτικός χαρακτήρας και των δύο
- και η «φαινομενολογική προσέγγιση» (η παραδοχή δηλαδή, ότι η αντικειμενική αλήθεια δεν υπάρχει, αλλά αποτελεί μια έννοια, άρα σημασία έχει η ανάλυση των ιδεών/ πεποιθήσεων που έχουν τα άτομα για την πραγματικότητα και όχι η ίδια η πραγματικότητα-Vogrinec, 2008).

Στα μειονεκτήματά των μελετών περίπτωσης περιλαμβάνονται (μεταξύ άλλων) το υψηλό κόστος διεξαγωγής τους και ο πολύς χρόνος που απαιτείται (Starman, 2013). Σύμφωνα με τους George & Bennett, (2005), ενέχουν τα εξής πλεονεκτήματα:



- Υψηλή εννοιολογική εγκυρότητα (καθώς μεταξύ άλλων ο ερευνητής μπορεί να παρέμβει και να διορθώσει/ κατευθύνει)
- Μπορούν να οδηγήσουν σε νέες ερευνητικές υποθέσεις
- Υψηλή χρησιμότητα για τη μελέτη αιτιωδών σχέσεων

Όπως καταδείχθηκε από τη θεωρητική επισκόπηση, η έντονη ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών σε παγκόσμιο επίπεδο, οδήγησε στην έντονη καταβολή επιστημονικής προσπάθειας για την κάλυψή της και την υπερπήδηση των δυσκολιών. Ειδικά στο πεδίο της Υγείας, όπου οι συνέπειες από την παροχή υπηρεσιών χαμηλής ποιότητας μπορεί να είναι θανατηφόρες, η ανάγκη εξεύρεσης λύσεων και συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας ήταν παραπάνω από επιτακτική. Αρχικά συγκεκριμενοποιήθηκε η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, ώστε να υπάρξει το απαραίτητο πλαίσιο ανάπτυξης της θεωρίας και ελέγχου των υποθέσεων με τη χρήση της επιστημονικής μεθόδου. Αυτό όπως φάνηκε ήταν αρκετά δύσκολο εγχείρημα, εξαιτίας της περίπλοκης φύσης της έννοιας και της σημαντικής ηθικής της διάστασης.

Αναμφίβολα είναι πολύ δύσκολη η επίτευξη συνέπειας στην παροχή υπηρεσιών, από ιατρούς διάφορων ειδικοτήτων σε ασθενείς με τόσο ετερογενείς ανάγκες, ενώ την ίδια στιγμή καθίσταται πολύ δύσκολος ο καθορισμός προτύπων ποιότητας και μέτρησης της απόδοσης. Ίσως το πιο σίγουρο, σύγχρονο δεδομένο είναι ότι η επιβίωση των οργανισμών υγείας εξαρτάται όλο και περισσότερο από την επίτευξη ικανοποίησης των ασθενών. Παράλληλα παρόλη την πληθώρα σε σχέση με τους ορισμούς της ποιότητας στο πεδίο των υπηρεσιών υγείας, προκύπτει από τη θεωρητική επισκόπηση ότι οι πιο σημαντικοί άξονες είναι η υπερκάλυψη των προσδοκιών των ασθενών και η συμμόρφωση σε κάποια δοκιμασμένα πρότυπα που έχουν προκύψει από τη χρήση της επιστημονικής μεθόδου.

Στη συνέχεια και στο προαναφερθέν πλαίσιο αναπτύχθηκε η έννοια της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας και των συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας, ως μέτρα αντιμετώπισης της συχνά χαμηλής (και επιδεχόμενης μεγάλης βελτίωσης) ποιότητας των υπηρεσιών. Τα τελευταία χρόνια ένας αυξανόμενος αριθμός οργανισμών υγείας υιοθετεί και εφαρμόζει πρακτικές και αρχές που απορρέουν από τη φιλοσοφία της ΔΟΠ., που αποσκοπεί στην ικανοποίηση των εταίρων μέσω της

εφαρμογής αποτελεσματικού σχεδιασμού, προγραμμάτων πολιτικών και στρατηγικών, σε επίπεδο ανθρώπου και υπολοίπων στοιχείων.

Στα πλαίσια ενός νοσοκομείου, η ΔΟΠ επικεντρώνεται στα εξής: ικανοποίηση ασθενών, συνεχή βελτίωση, ομαδικό πνεύμα εργασίας, διαχείριση διαδικασιών, συστηματοποίηση, οργανωσιακή δομή και κουλτούρα, δέσμευση από το μάνατζμεντ και υποστηρικτική ηγεσία. Την ίδια στιγμή μια σειρά επιστημονικών ερευνών έχουν συμπεράνει τη θετική της επίδραση σε πολλές διαστάσεις της οργανωσιακής απόδοσης.

Κάτι που έγινε σαφές από τη θεωρητική επισκόπηση είναι ότι συχνά στο χώρο της υγείας, η παροχή χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών δεν αποδίδεται στην έλλειψη βούλησης ή ικανότητας, αλλά στον ελλιπή σχεδιασμό των περίπλοκων διαδικασιών παραγωγής. Επομένως η έμφαση στον έλεγχο και τη βελτίωση των διαδικασιών είναι απαραίτητη για κάθε οργανισμό Υγείας.

Τα συστήματα ISO που δημιουργήθηκαν με αυτόν ακριβώς το σκοπό, έχουν εφαρμοσθεί με επιτυχία από πολλούς οργανισμούς υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Όπως καταδείχθηκε έχουν εξελιχθεί σε μεγάλο βαθμό, ενώ αποτελούν μια «κοινή ομπρέλα» σημαντικών και εφαρμοσμένων στην πράξη αρχών, φιλοσοφιών και κατευθύνσεων που μπορούν να βελτιώσουν την απόδοση ενός οργανισμού υγείας και να συμβάλλουν στην ευθυγράμμιση της στρατηγικής του, της κουλτούρας του και των διαδικασιών σε κάθε επίπεδο.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή εφαρμογή τους είναι η έμπρακτη δέσμευση και υποστήριξη της ηγεσίας, καθώς φάνηκε από πολλά ευρήματα ερευνών ότι ήταν ένας από τους βασικούς λόγους ανεπιτυχούς εφαρμογής. Κοινή τους φιλοσοφία είναι η επικέντρωση στους ασθενείς σε κάθε στάδιο σχεδιασμού και η συνεχής προσπάθεια για βελτίωση της απόδοσης και διάχυσης ενός ομαδικού πνεύματος «διαμοιρασμού της ευθύνης», σε αντίθεση με τη μονοδιάστατη και αναποτελεσματική προσέγγισή της, σαν ένα ζήτημα συνεχών αντιπαραθέσεων και αντιπαραγωγικών διενέξεων εντός οργανισμού.

Σε σχέση με την κατάσταση στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, αυτό φαίνεται ξεκάθαρα να αποτελεί ένα αρνητικό ζήτημα με σημαντικές προεκτάσεις. Από την ανάλυση φάνηκε ότι παρόλο που αρκετά δημόσια νοσοκομεία εφαρμόζουν αποσπασματικά κάποια πρότυπα ποιότητας, απουσιάζει ο συντονισμός, κάτι που αποτελεί ένα κεντρικό ζητούμενο.

Το νοσοκομείο που αποτέλεσε τη μελέτη περίπτωσης, μπορεί να υποστηριχθεί ότι παρουσίασε μια πολύ θετική εικόνα, που απέχει πολύ. Πραγματικά από τα λεγόμενα των υπεύθυνων, διαφάνηκε ότι οι βασικές αρχές του προτύπου έχουν υιοθετηθεί και κυριότερα έχουν κατανοηθεί και εφαρμόζονται στην πράξη. Φάνηκε να υπάρχει η απαραίτητη επικέντρωση στον ασθενή και τον εργαζόμενο (που αποτελεί το φορέα εξυπηρέτησης), οι αποφάσεις να στηρίζονται στη βάση της αξιολόγησης συγκεκριμένων, προσεκτικά επιλεγμένων στοιχείων και να υπάρχει διάθεση και πρόβλεψη συγκεκριμένων ενεργειών προς την κατεύθυνση της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας.

Απώτερος στόχος των συστημάτων προτυποποίησης είναι η όσο το δυνατόν αποσαφήνιση, συχνά περίπλοκων διαστάσεων λειτουργίας (λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες και συνθήκες δραστηριοποίησης) ώστε να ληφθούν συγκεκριμένα μέτρα που θα είναι κατανοητά από όλους και να εδραιωθεί μια ακμάζουσα κουλτούρα που θα βασίζεται σε ξεκάθαρη πληροφόρηση, βελτιωμένες δυνατότητας επίλυσης συγκρούσεων (που μπορεί να οφείλονται σε ένα θολό τοπίο λειτουργίας) και ομαδικό πνεύμα παρακινημένης εργασίας στη βάση της κατανόησης της πολύ σημαντικής αποστολής ενός οργανισμού υγείας.

Κατά τη γνώμη της γράφουσας, αυτό αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα απόδοσης των ελληνικών νοσοκομείων, ενώ δεν είναι απολύτως ξεκάθαρο αν η υπάρχουσα κουλτούρα δεν ευνοεί την αποτελεσματική απορρόφηση τέτοιων συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας.

Το τελικό σχόλιο της παρούσας εργασίας αφορά τον τονισμό της ανάγκης πιο συντονισμένης και ολοκληρωμένης εφαρμογής των συστημάτων διαχείρισης ποιότητας από το ελληνικό σύστημα υγείας. Ενδεχομένως να είναι εξίσου σημαντική, η βαθιά κατανόηση της φιλοσοφίας και της ολιστικής προσέγγισης στην αντιμετώπιση προβλημάτων, αυτών των συστημάτων, με μια «τυπική» επιδίωξη επίτευξης αποσπασματικών στόχων.

### **7.3 Ανακεφαλαίωση-Περιορισμοί της έρευνας/ προτάσεις για μελλοντικές έρευνες**

Η παρούσα εργασία ασχολήθηκε με τη μελέτη της εφαρμογής του προτύπου ISO 9001:2015 από το νοσοκομείο Ιατρικό του Παλαιού Φαλήρου. Η μεθοδολογία που

υιοθετήθηκε ήταν η πραγματοποίηση ποιοτικής έρευνας, μέσω της εφαρμογής προσωπικών συνεντεύξεων με 2 υπεύθυνους ποιότητας του νοσοκομείου. Ο λόγος που επιλέχθηκε η συγκεκριμένη ερευνητική στρατηγική είναι η πολυπλοκότητα του υπό διερεύνηση φαινομένου και η προσπάθεια εμβάθυνσης και αποκάλυψης τυχόν αφανών/ κρυφών διαστάσεων, που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην αύξηση της κατανόησης και της γνώσης.

Η σημαντικότητα της παρούσας εργασίας κρίνεται πάρα πολύ μεγάλη, καθώς όπως τονίστηκε κατά εξακολούθηση στο πεδίο της Υγείας, όπου οι συνέπειες από την παροχή υπηρεσιών χαμηλής ποιότητας μπορεί να είναι θανατηφόρες, η ανάγκη της ανάλυσης των συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας είναι πάρα πολύ έντονη. Οι περιορισμοί της έρευνας είναι:

- Η δυσκολία γενίκευσης στον πληθυσμό
- Η ενδεχομένως χαμηλή αξιοπιστία της έρευνας, καθώς υφίστανται πολλές πηγές προκατάληψης (η τάση για «προστασία» της εργασίας τους και του Ομίλου από τους ερωτηθέντες, η τάση ωραιοποίησης, η υποκειμενικότητα κ.ά.)

Τέλος σε ό,τι αφορά μελλοντικές έρευνες προτείνεται η διενέργεια ποιοτικών μελετών σε άλλα νοσοκομεία της χώρας, όπως και η διεξαγωγή ποσοτικών ερευνών, χρησιμοποιώντας στατιστικές μεθόδους.



## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **Ξενόγλωσση**

- Bollerslev, T., Chou, R. Y., and Kronker, K. F. (1992). ARCH modelling in finance, *Journal of Econometrics*, 52, 5-59.
- Box, E. P. G., and Jenkins, M. G. (1970). *Time Series Analysis forecasting and control*, Holden-Day, San Francisco.
- Abraham, M., Crawford, J., Carter, D., & Mazotta, F. (2000). Management decisions for effective ISO 9000 accreditation. *Management Decision*, 38(3), 182-93.
- Alexander, J. A., Weiner, B. J., & Griffith, J. (2006). Quality improvement and hospital financial performance. *Journal of Organization Behavior*, 27, 1003–1029.
- American Healthcare Association. (2010). *Guidelines for Developing a Quality Management System (QMS) for Long Term Care Providers*.
- Antony J., et al. Critical Success Factors of TQM Implementation in Hong Kong Industries. *International Journal of Quality and Reliability Management*. 2002. 19 (5) 551-566.
- Arasli, H. (2002). Diagnosing whether Northern Cyprus hotels are ready for TQM: An empirical analysis. *Total Quality Management*, 13, 347–364.

- Arasli, H., & Ahmadeva, L. (2004). “No more tears!” A local TQM formula for health promotion. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17(3), 135–145.
- Arauz, R., & Suzuki, H. (2004). ISO 9000 performance in Japanese industries. *Total Quality Management & Business Excellence*, 15(1), 3-33.
- Arumugam V., et al. TQM Practices and Quality Management Performance- An Investigation of their Relationship Using Data from ISO 9001:2000 Firms in Malaysia. *The TQM Magazine*. 2008. 20 (6) 636-650.
- Askey, J.M., & Malcolm, A. (1997). Quality management in the UK advertising industry. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 14(2), 186-96
- Balasubramanian, M. (2016), Total Quality Management [TQM] in the Healthcare Industry – Challenges, Barriers and Implementation Developing a Framework for TQM Implementation in a Healthcare Setup. *Science Journal of Public Health*. Vol. 4, No. 4, pp. 271-278.
- Bayati, A., & Taghavi, A. (2007). The impacts of acquiring ISO 9000 certification on the performance of SMEs in Tehran. *The TQM Magazine*, 19(2), 140-9.
- Beirao, G., & Cabral, J.A.S. (2002). The reaction of the Portuguese stock market to ISO 9000 certification. *Total Quality Management*, 13(4), 465-74.
- Benner, M.J., & Veloso, F.M. (2008). ISO 9000 practices and financial performance: a technology coherence perspective. *Journal of Operations Management*, 26, 611-29.
- Bertolini, M., Bevilacqua, M., Ciarapica, F.E. and Giacchetta, G. (2011) ‘Business process re-engineering in healthcare management: a case study’, *Business Process Management Journal*, Vol. 17, No. 1, pp.42–66.

- Berwick, D.M. (1989), "Continuous improvement as an ideal in health care", *New England Journal of Medicine*, Vol. 320, pp. 53-6.
- Beskese, A., & Cebeci, U. (2001) Total quality management and ISO 9000 applications in Turkey. *The TQM Magazine*, 13(1), 69-73.
- Beuran, M., Negoii, I., Paun, S., Vartic, M., Stoica, B., Tănase, I., Negoii, R. & Hostiuc, S. (2014). Quality management in general surgery: a review of the literature, *Journal of Acute Disease* (2014)253-257.
- Beuran M, Negoii I, Paun S, Lobontiu A, Filipoiu F, Moldoveanu A. (2013). Natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) second-look peritoneoscopy for staging of limited peritoneal carcinomatosis. *Medical hypotheses*, 80(6):745-9.
- Beuran M, Negoii I, Paun S, Runcanu A, Gaspar B. (2012). [Mechanism of injury--trauma kinetics. What happend? How?]. *Chirurgia*. 2012;107(1):7-14.
- Beuran M, Paun S, Gaspar B, Vartic N, Hostiuc S, Chiotoroiu A. (2012). Prehospital trauma care: a clinical review. *Chirurgia*. 2012;107(5):564-70.
- Beuran M, Stoica B, Negoii I, Tanase I, Gaspar B, Turculet C. (2014). Trauma registry -- a necessity of modern clinical practice. *Chirurgia*. 2014;109(2):157-60.
- Bhat K.S., et al. An Empirical Study of Barriers to Total Quality Management Implementation in Indian Industries. *The TQM Magazine*. 2009. 21 (3) 261-272.
- Bhuiyan, N., & Alam, N. (2005). An investigation into issues related to the latest version of ISO 9000. *Total Quality Management & Business Excellence*, 16(2), 199-213
- Bowie, D. and Buttle, F. 2004. *Hospitality Marketing: An introduction*. Oxford: Elsevier Butterworth-Heinemann.



- Boynton A.C., et al. An Assessment of Critical Success Factors. *Slogan Management Review*. 1984. 17-27.
- Brashier, L. W., Sower, V. E., Motwani, J., & Savoie, M. (1996). Implementation of TQM=CQI in the healthcare industry: A comprehensive model. *Benchmarking for Quality Management and Technology*, 3(2), 31–50.
- Braun, B. (2005). Building global institutions: the diffusion of management standards in the world economy – an institutional perspective, in Alvstam, C.G. and Schamp, E.W. (Eds), *Linking Industries Across the World*, Ashgate, London, 3-27.
- Brigham S.E. Lessons we can learn from Industry. *Change*. 1993. 25 (3) 42-47.
- Briscoe, J.A., Fawcett, S.E., & Todd, R.H. (2005). The implementation and impact of ISO 9000 among small manufacturing enterprises. *Journal of Small Business Management*, 43(3), 309-30.
- Calisir, F. (2007). Factors affecting service companies' satisfaction with ISO 9000. *Managing Service Quality*, 17(5), 579-93.
- Casparie, A.F. (1993), *Handbook Quality of Care* (in Dutch), De Tijdstroom, Utrecht.
- Chesanow, N. (1997). Making doctors' lives easier-and patients happier. *Medical Economics*, 1, 118.
- Chesteen, S., Heigheim, B., Randall, T., & Wardell, D. (2005). Comparing quality of care in non-profit and for-profit nursing homes: A process perspective. *Journal of Operations Management*, 23, 229–242.

- Claver-Cortés E., et al. TQM, Managerial Factors and Performance in the Spanish Hotel Industry. *Industrial Management and Data Systems*. 2008. 108 (2) 228-244.
- Counte, M. A., Glandon, G. L., Oleske, D. M., & Hill, J. P. (1995). Improving hospital performance: Issues in assessing the impact of TQM activities [Special issue]. *Hospital and Health Services Administration*, 40(1), 80–94.
- Crosby, P. (1992), *Quality is Free*, McGraw-Hill, New York, NY.
- Delmas, M. (2001). Stakeholders and competitive advantage: the case of ISO 14001. *Production and Operations Management*, 10, 343-58
- Deming, W.E. (1982), *Quality, Productivity, and Competitive Position*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Department of Health and Consumers (SANCO) European Commission. *Healthcare Quality Indicators*. 2013.
- Deysher B. (2014). A “Risk Based Thinking” Model for ISO 9001:2015.
- N Dib, J Freer and C Gray. (1998), *Service-Level Agreements at the Hudders field NHS Trust*. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 1998; 11: 96-101.
- Dick, G.P.M., Heras, I., & Casadesús, M. (2008). Shedding light on causation between ISO 9001 and improved business performance. *International Journal of Operations & Production Management*, 28(7), 687-708.
- Dimara, E., Skuras, D., Tsekouras, K., & Goutsos, S. (2004). Strategic orientation and financial performance of firms implementing ISO 9000. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 21(1), 72-89.

- Dissanayaka, S.M., Kumaraswamy, M.M., Karim, K., & Marosszeky, M. (2001). Evaluating outcomes from ISO 9000-certified quality systems of Hong Kong constructors. *Total Quality Management*, 12(1), 29-40
- Donabedian, A. (1980), *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Health Administration Press, Ann Arbor, MI.
- Douglas, T. J., & Judge, W. Q. (2001). Total quality management implementation and competitive advantage: The role of structural control and exploration. *Academic Management Journal*, 44, 158–169.
- Duggirala, M., Rajendran, C., & Anantharaman, R. N. (2008). Patient-perceived dimensions of total quality service in healthcare. *Benchmarking: An International Journal*, 15, 560–583.
- Dunu, E.S., & Ayokanmbi, M.F. (2008). The impact of IOS 9000 certification on the financial performance of organizations. *Journal of Global Business Issues*, 2, 135-44.
- Eiriz, V. and Figueiredo, J.A. (2005), “Quality evaluation in healthcare services based on customer-provider relationships”, *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, Vol. 18 No. 6, pp. 404-12.
- Evans J, Lindsay W. (2008). *Managing for quality and performance excellence*. 8th ed. USA: South-Western Cengage Learning.
- Feigenbaum, A.V. (1951), *Quality Control: Principles, Practice, and Administration*, McGraw-Hill, New York, NY.
- Feigenbaum, A.V. (1991), *Total Quality Control*, 3rd ed., McGraw-Hill, New York, NY.
- Feng, M., Terziowski, M., & Samson, D. (2008). Relationship of ISO 9001:2000 quality system certification with operational and business performance. A

- survey in Australia and New Zealand-based manufacturing and service companies. *Journal of Manufacturing Technology Management*, 19(1), 22-37
- Garvin, D. A. 1984. What does "product quality" really mean? *Sloan Management Review*, 26 (1). Pp. 25- 43.
- Gilmore, H.L. (1974), "Product conformance", *Quality Progress*, Vol. 7 No. 5, pp. 16-19.
- Gronroos, C. (1984), "A service quality model and its marketing implications", *European Journal of Marketing*, Vol. 18 No. 4, pp. 36-44.
- Hancock, T. (1999). Creating health and health promoting hospitals: A worthy challenge for the twenty-first century. *Leadership in Health Services*, 12(2), 8–19.
- Helms M.M., et al. Assessing Poor Quality Service: Perceptions of Customer Service Representative. *Managing Service Quality*. 2008. 18 (6) 610-622.
- Holmes EC. (1994). General principles of surgery quality control. *Chest*. 1994;106(6 Suppl):334S-6S.
- Huq Z., *Managing Change: A Barrier to TQM in Implementation in Service Industry*. *Managing Service Quality*. 2005. 15 (5) 452-469.
- ISO 9000:2005, *Quality management systems — Fundamentals and vocabulary*, International Organization for Standardization, Geneva, 2000, p. 7.
- Isouard, G. (1999). The key elements in the development of a QM environment for pathology services. *Journal of Quality in Clinical Practice*, 19, 202–207.
- Institute of Medicine (2001), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21<sup>st</sup> Century*, National Academy Press, Washington DC.

- ISO (2000a), ISO 9001:2000, Quality Management Systems – Requirements, ISO, Geneva.
- ISO (2000b), ISO 9004:2000, Quality Management Systems – Guidelines for Performance Improvement, ISO, Geneva.
- Joss, R. and Kogan, M. (1995), *Advancing Quality: Total Quality Management in the National Health Service*, Open University Press, Buckingham.
- Jodkowski L., (2015). Possibilities and Methods of Risk Assessment under ISO 9001:2015.
- Jun, M., Peterson, R.T. and Zsidisin, G.A. (1998), “The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results”, *Healthcare Management Review*, Vol. 23 No. 4, pp. 81-96.
- Juran, J. M. and Godfrey 1999. *Quality Control Handbook*. New York:McGraw-Hill.
- Kelly D. (2007). *Applying quality management in healthcare: a systems approach*. 2nd ed. Chicago, Illinois: Health Administrations Press.
- Kim, P. S., & Johnson, D. D. (1995). Implementing total quality management in healthcare industry. *The Health Care Supervisor*, 51–57.
- Kitapci, O., Akdogan, C. and Dortyol, I.T. (2014) ‘The impact of SQ dimensions on patient satisfaction, repurchase intentions and word-of-mouth communication in the public healthcare industry’, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, Vol. 148, No. 1, pp.161–169.
- Klazinga, N. (2000), “Re-engineering trust: the adoption and adaption of four models for external quality assurance of health-care services in western European

health-care systems”, *International Journal for Quality Health Care*, Vol. 3, pp. 183-9.

Koeck, C. M. (1997). Doing better: A global medical interest. In V. A. Kazandjian (Ed.), *The effectiveness of CQI in health care; stories from a global perspective* (pp. 17–23). Milwaukee, WI: ASQC Quality Press.

Kohn, L.T., Corrigan, J.M. and Donaldson, M.S. (Eds) (2000), *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC.

Koninckx P. (2008). Videoregistration of surgery should be used as a quality control. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*: 15:248-53.

Kumar R., et al. Total quality Management Success Factors in North Indian Manufacturing and Service Industries. *The TQM Journal*. 2011. 23 (1) 36-46.

Last, J.M. (Ed.) (1993) *A Dictionary of Epidemiology*, Oxford University press, New York.

Lee V.H., et al. A Structural Analysis of the Relationship between TQM Practices and Product Innovation. *Asian Journal of Technology Innovation*. 2010. 18 (1) 73-96.

Lee, S. C. K., Ng, N., & Zhang, K. (2007). The quest to improve Chinese healthcare: Some fundamental issues. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20, 416–428.

Leebov, W., Jean, C. and Ersoz, C.J. (2003), “The healthcare manager’s guide to continuous quality improvement”, iUniverse, available at: [www.iUniverse.com](http://www.iUniverse.com).

- Ladhari, R. (2009), “A review of twenty years of SERVQUAL research”, *International Journal of Quality and Service Sciences*, Vol. 1 No. 2, pp. 172-98.
- Lin, B., & Clousing, J. (1995). Total quality management in healthcare: A survey of current practices. *Total Quality Management*, 6(1), 69–78.
- Lohr, K. (1991), *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*, Vol. I, National Academy Press, Washington, DC.
- Ljungström M. et al. Implementation Obstacles for a Work-Development-Oriented TQM Strategy. *Total Quality Management*. 2002. 13; 621-634.
- Mahadevappa, B., & Kotreshwar, G. (2004). Quality management practices in Indian ISO9000 certified companies: An empirical evaluation. *Total Quality Management*, 15, 295–305.
- Manjunath, U., Metri, B. A., & Ramachandran, S. (2007). Quality management in a healthcare organization: A case of South Indian hospital. *The TQM Magazine*, 19, 129–139.
- Mashhadiabdol, M., Sajadi, S.M. and Talebi, K. (2014) ‘Analysis of the gap between customers’ perceptions and employees’ expectations of service quality based on fuzzy SERVQUAL logic (case study: Mofid children’s hospital in Tehran, Iran)’, *International Journal of Services and Operations Management*, Vol. 17, No. 2, pp.119–141.
- Marquardt, D.W. (1999), “The ISO 9000 family of international standards”, in Juran, J.M. (Ed.), *Quality Handbook*, McGraw-Hill, New York, NY
- McLaughlin, C. P., & Simpson, K. N. (1999). Does TQM=CQI work in health care? In C. P. McLaughlin & A. D. Kalunzy (Eds.), *Continuous quality improvement in 250 F. Talib et al. health care—theory, implementation, and applications* (2nd ed., pp. 34–56). Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.

- McLaughlin, C.P. and Kaluzny, A.D. (2006), *Continuous Quality Improvement in Health Care*, 3rd ed., Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, MA.
- Moody, D., Motwani, J., & Kumar, A. (1998). Implementing quality initiatives in the human resources department of a hospital: A case study. *Managing Service Quality*, 8, 320–326.
- Mosadeghrad, A.M. (2013), "Obstacles to TQM success in health care systems", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 26 Iss: 2 pp. 147 – 173.
- Mosadegh Rad, A. M. (2005). A survey of total quality management in Iran: Barriers to successful implementation in health care organizations. *Leadership in Health Services*, 18(3), 12–34.
- M Munechika, S Tsuru and Y Iizuka. (2009). *Quality Management Approach to Healthcare*. European Organization for Quality (EOQ) Congress, Dubrovnik, Croatia.
- Nair, A. (2006). Meta-analysis of the relationship between quality management practices and firm performance-implications for quality management theory development. *Journal of Operations Management*, 24, 948–975.
- Nanda, V. 2005. *Quality Management System Handbook for Product Development Companies*. Washington, D.C.: CRC Press.
- Nast-Kolb D, Waydhas C, Ruchholtz S, Tager G. (2007). Trauma care management. *Chirurg*. 2007;78(10):885-93
- Naveh, E. and Stern, Z. (2005), "How quality improvement programmes can affect general hospital performance", *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, Vol. 18 No. 4, pp. 249-70.



- Øvretveit, J. (1992), *Health Service Quality: An Introduction to Quality Methods for Health Services*, Blackwell, Oxford.
- Ovretveit, J. (2000). Total quality management in European healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(2), 74–79.
- Ojasalo, J. 2006. Quality for the individual and for the company in the business-to-business market: Concepts and empirical findings on trade-offs. *The International Journal of Quality & Reliability Management*, 23(2/3). Pp.162-178.
- Papadopoulos, T. (2011) ‘Continuous improvement and dynamic actor associations: a study of lean thinking implementation in the UK National Health Service’, *Leadership in Health Services*, Vol. 24, No. 3, pp.207–227.
- Park, K. (2007) *Park’s Textbook of Preventive and Social Medicine*, 19th ed., p.13, February, Banarsidas Bhanot Publishers, Jabalpur, India.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L.L. (1985), “A conceptual model of service quality and its implications for future research”, *Journal of Marketing*, Vol. 49, pp. 41-50.
- Peters, T. and Waterman, R. (1982), *In Search of Excellence: Lessons from America’s Best Run Companies*, Harper and Rowe, New York, NY.
- Prajogo D.I., et al. The Relationship between TQM Practices, Quality Performance, and Innovation Performance: An Empirical Examination. *International Journal of Quality and Reliability Management*. 2003. 20 (8) 901-918.
- Raja, M. P. N., Deshmukh, S. G., & Wadhwa, S. (2007). Quality award dimension: A strategic instrument for measuring health service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20, 363–378.

- Reeves, C. and Bednar, D. (1994), "Defining quality: alternatives and implications", *Academy of Management Review*, Vol. 19 No. 3, pp. 419-45.
- Relman, A. (1988), "Assesment and accountability, the third revolution in medical care", *New England Journal of Medicine*, Vol. 319, pp. 1220-2.
- Russell, G. R, and Miles, M. P. 1998. The definition and perception of quality in ISO-9000 firms. *Review of Business* 19, no. 3 (April 1). 13-16.
- Ruchholtz S, Waydhas C, Aufmkolk M, Tager G, Piepenbrink K, Stolke D. (2001). Interdisciplinary quality management in the treatment of severely injured patients. Validation of a QM system for the diagnostic and therapeutic process in early clinical management. *Unfallchirurg*. 2001;104(10):927-37.
- Ryall, J. and Kruithof, J. 2001. *The Quality Systems Handbook*. Australia: Consensus Books.
- Sadikoglu E., et al. Investigating the Effects of Innovation and Employee Performance on the Relationship between TQM Practices and Firm Performance: An Empirical Study of Turkish Firms. *International Journal of Production Economics*. 2010. 127 (1) 13-26.
- Salaheldin, S. I., & Mukhalalati, B. A. (2009). The implementation of TQM in the Qatari healthcare sector. *Journal of Accounting-Business and Management*, 16(2), 1–14.
- Santana MJ, Stelfox HT. (2012). Quality indicators used by trauma centers for performance measurement. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012;72(5):1298-302; discussion 12303
- Satia, J., & Dohlie, M.-B. (1999). Achieving total quality management in public health systems. *Journal of Health Management*, 1(2), 301–322.

- Savitz, L., Kaluzny, A. and Kelly, D. (2000) 'A life-cycle model of continuous clinical process innovation', *Journal of Healthcare Management*, Vol. 45, No. 5, pp.307–3.
- Savsar M, Al-Ajmi MM. (2012). A quality control application in healthcare management using experimental design criteria. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2012;25(1):53-63
- Schuster, M.A., McGlynn, E.A. and Brook, R.H. (1998), "How good is the quality of healthcare in the United States?", *The Milbank Quarterly*, Vol. 76 No. 4, pp. 517-64.
- Seawright, K.W. and Young, S.T. (1996), "Quality definition continuum", *INTERFACES*, Vol. 26 No. 3, pp. 107-13.
- Sebastianelli, R. Tamimi, N. 2002. How product quality dimensions relate to defining quality. *The International Journal of Quality & Reliability Management* 19, no. 4 (January 1). Pp. 442.
- Shaw CD (2004), *Toolkit for Accreditation Programs*. The International Society for Quality In Health Care. Australia.
- Shaw, C.D. (2000), External quality mechanisms for health care: Summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. External peer review techniques, European foundation for quality management. International organization for standardization. *Int J Qual Health Care*, 12:169-75.
- Shewhart, W. A.1931.*Economic Control of Quality of Manufactured Product*. New York: Van Nostrond.
- Short, P. J., & Rahim, M. A. (1995). Total quality management in hospitals. *Total Quality Management*, 6, 255–263

- Sila I., et al. An Investigation of the Total Quality Management Survey Based Research Published between 1989 and 2000: A Literature Review. *International Journal of Quality and Reliability Management*. 2002. 19 (7) 902-970.
- Sila, I. (2007). Examining the effects of contextual factors on TQM and performance through the lens of organizational theories: An empirical study. *Journal of Operational Management*, 25, 1–83
- Singh P.J., et al. ISO9000 Series of Standards: Comparison of Manufacturing and Service Organizations. *International Journal of Quality and Reliability Management*. 2006. 23 (2) 122-142.
- Spath P. (2009). *Introduction to healthcare quality management*. Chicago, Illinois: Health Administration Press.
- Sureshchandar, G. S., Rajendran, C., & Anantharaman, R. N. (2001). A holistic model for total quality service. *International Journal of Service Industry Management*, 12, 378–412.
- Shuhaiber JH. (2002). Quality measurement of outcome in general surgery revisited: commentary and proposal. *Arch Surg*;137(1):52-4.
- Sweeney, J. and Heaton, C. (2000), “Interpretations and variations of ISO 9000 in acute health care”, *International Journal for Quality Health Care*, Vol. 3, pp. 203-9.
- Talib, F., Rahman, Z. & Azam, M. (2011), *Best Practices of Total Quality Management Implementation in Health Care Settings*, *Health Marketing Quarterly*, 28:232–252.
- Talib F., et al. Analysis of Interaction among the Barriers to Total Quality Management Implementation Using Interpretive Structural Modeling (ISM) Approach. *Benchmarking: An International Journal*. 2011. 18 (4) 563-587.

- Talib F., et al. The Relationship between Total Quality Management and Quality Performance in the Service Industry: A Theoretical Model. *International Journal of Business, Management and Social Sciences*. 2010. 1 (1) 113-128.
- Talib, F. (2013), An Overview of Total Quality Management: Understanding the Fundamentals in Service Organization, *International Journal of Advanced Quality Management* 2013, Volume 1, Issue 1, pp. 1-20.
- Tamimi N., et al. The Barriers to Total Quality Management. *Quality Progress*. 1998. 31 (6) 57-60.
- Tarí, J.H., Molina, H.F. & Heras, I. (2012), Benefits of the ISO 9001 and ISO 14001 standards: A literature review, *Journal of Industrial Engineering and Management*, 5(2): 297-322.
- Teh P.L., et al. Does Total Quality Management Reduce Employees Role Conflict? *Industrial Management and Data Systems*. 2009. 109 (8) 1118-1136.
- Terziovski M., et al. The Link between Total Quality Management Practice and Organizational Performance. *International Journal of Quality and Reliability Management*. 1999. 16 (3) 226-237.
- Thiagarajan T., et al. A Review of Total Quality Management in Practice: Understanding the Fundamentals through Examples of Best Practices Applications-Part III. *The TQM Magazine*. 1997. 9 (6) 414-417.
- Torre. M. (2009), EUPHORIC Project Final Report – An Evaluation of Health Systems to Improve the Quality of Treatment. 2009.
- Townes C, Petit B, Young B. (1995). Implementing total quality management in an academic surgery setting: lessons learned. *Swiss Surg.*, (1):15-23.

- Tsang J.H.Y., et al. TQM in UK Service Organizations: Some Key Findings from a Survey. *Managing Service Quality*. 2001. 11 (2) 132-141.
- van Dijen, M.E.M. and de Koning, P.C.J. (2001), "Towards a European risk management instrument for measuring and assessing patient safety", presentation at European Hospital and Health Congress, London, 19 September.
- J van den Heuvel, GC Niemeijer and RJ Does. (2013), *Measuring Healthcare Quality: the Challenges*. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2013; 26: 269-278.
- van den Heuvel, J., Koning, L., Bogers, A., Berg, M. & van Dijen, M. (2005), An ISO 9001 quality management system in a hospital Bureaucracy or just benefits? *International Journal of Health Care Quality Assurance* Vol. 18 No. 5, 2005, pp. 361-369.
- Wali A.A., et al. Critical Success Factors of TQM: A Select Study of Indian Organizations. *Production, Planning and Control*. 2003. 14 (1) 3-14.
- Wakefield, B. J., Blegen, M. A., Uden Holman, T., Vaughn, T., Chrischilles, E., & Wakefield, D. S. (2001). Organizational culture, continuous quality improvement, and medication administration error reporting. *American Journal of Medical Quality*, 16, 128–134.
- Wan Rashid, W.E. and Jusoff, H.K. (2009), "Service quality in health care setting", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 22 No. 5, pp. 471-82.
- Wardhani, V., Utarini, A., van Dijk, J. P., & Post, D. (2009). Determinants of quality management systems implementation in hospitals. *Health Policy*, 89, 239–251.
- Wayhan, V., & Balderson, E. (2007). TQM and financial performance: A research standard. *Total Quality Management and Business Excellence*, 18, 393–401.

- Willis CD, Stoelwinder JU, Cameron PA. (2008). Interpreting process indicators in trauma care: Construct validity versus confounding by indication. *International Journal for Quality in Health Care*. 2008;20(5):331-8.
- Yang, C.-C. (2003). The establishment of a TQM system for the health care industry. *The TQM Magazine*, 15(2), 93–98.
- Yusuf S.M., et al. TQM Implementation Frameworks: Comparison and Review. *Total Quality Management*. 2000. 11 (3) 281-294.
- Yusuf S.M., et al. Case Studies on the Implementation of TQM in the UK Automotive SMEs. *International Journal of Quality and Reliability Management*. 2001. 18 (7) 722-743.
- Yusuf Y., et al. Implementation of TQM in China and Organizational Performance: An Empirical Investigation. *Total Quality Management*. 2007. 18 (5) 509-530.
- Zandin, K. B. (2001). *Maynard's Industrial Engineering Handbook*. Fifth Edition. New York, NY: McGraw-Hill.
- Zhang Z., et al. An Instrument for Measuring TQM Implementation for Chinese Manufacturing Companies. *International Journal of Quality and Reliability Management*. 2000. 17 (7) 730-755.
- Zikmund, W. 2003. *Business Research Methods* (6th edn), New York, Harcourt college publishers.
- Zineldin, M., Camgoz-Akdag, H. and Vasicheva, V. (2011) 'Assessing quality in higher education: new criteria for evaluating students' satisfaction', *Quality in Higher Education*, Vol. 17, No. 2, pp.231–243.

Alkhenizan, A. & Shaw, C. (2011), Impact of Accreditation on the Quality of Healthcare Services: a Systematic Review of the Literature, Ann Saudi Med 31(4), [file:///D:/Accreditation-Impact-Alkhenizan%20\(1\).pdf](file:///D:/Accreditation-Impact-Alkhenizan%20(1).pdf), (6/03/2019).

Bassam Hussein, Hassan Bazzi, Walid Hassan, Ali Hage-Diab, Amin Haj-Ali and Hassan Khachfe (2016), Software Implementation of a Healthcare Quality Management System Based on ISO9000 Standards, SM Journal of Biomedical Engineering, <file:///D:/2-SoftwareImplementationofQMS.pdf>, (20/03/2019).

Lewis, S. (2007), ACCREDITATION IN HEALTH CARE AND EDUCATION: THE PROMISE, THE PERFORMANCE, AND LESSONS LEARNED, Access Consulting Ltd., ResearchGate, [file:///D:/ACCREDITATION\\_IN\\_HEALTH\\_CARE\\_AND\\_EDUCATION\\_THE\\_PRO.pdf](file:///D:/ACCREDITATION_IN_HEALTH_CARE_AND_EDUCATION_THE_PRO.pdf), (6/03/2019).

Montagu D. (2003), Accreditation and other external quality assessment systems for healthcare: Review of experience and lessons learned. London: Department for international development health systems resource centre. Available from: [http://www.dfidhealthrc.org/publications/health\\_service\\_delivery/Accreditation.pdf](http://www.dfidhealthrc.org/publications/health_service_delivery/Accreditation.pdf).

Όμιλος Ιατρικού Αθηνών, (2019), <http://www.iatrikofalirou.gr/el/omilos>, (23/4/2019).

Paradygm Consulting, (2015), ISO 9001:2015 OVERVIEW, [http://static1.squarespace.com/static/54aea403e4b0c0577b18f0f6/t/560bdb00e4b0bffa02dcd6e0/1443617536423/ISO+9001-2015\\_Overview+09-2015.pdf](http://static1.squarespace.com/static/54aea403e4b0c0577b18f0f6/t/560bdb00e4b0bffa02dcd6e0/1443617536423/ISO+9001-2015_Overview+09-2015.pdf).

Tanzman, G. (2010), ISO 9000: 2008 For Healthcare, <http://www.tanzco.net/wp-content/uploads/2010/07/ISO-9001-for-Healthcare.pdf>, (20/03/2019).

WHO (1948) World Health Organization, No. 2, p.100 [online] <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.







# Παράρτημα

## Ερωτηματολόγιο 1<sup>ο</sup>

1. Ποιοι είναι οι στόχοι ποιότητας, με βάση την πολιτική ποιότητας του Ομίλου Ιατρικού;
2. Ποιοι είναι οι δείκτες μέτρησης ποιότητας;
3. Πόσο εύκολη ήταν η ενσωμάτωση του Ιατρικού Φαλήρου στις απαιτήσεις των προτύπων ποιότητας;
4. Πώς εξασφαλίζετε τους απαραίτητους πόρους για το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας;
5. Πόσο σημαντική είναι η επαγγελματική επάρκεια και πως τη διασφαλίζετε;
6. Για την αποτελεσματική Διαχείριση Ποιότητας η επικοινωνία ( εσωτερική και εξωτερική) έχει μεγάλη σημασία. Με ποιους τρόπους την επιτυγχάνετε;
7. Πώς διασφαλίζετε ότι το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας επιτυγχάνει τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα;
8. Πώς κατευθύνεται και στηρίζεται το προσωπικό στις υπευθυνότητές του για την εφαρμογή του Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας;
9. Ποιες οι ενέργειες για συνεχή βελτίωση της ποιότητας;

## Ερωτηματολόγιο 2<sup>ο</sup>

1. Το χειρουργείο είναι πιστοποιημένο με ISO 9001:2015. Πόσο εύκολη ήταν η ενσωμάτωση του Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας κατά τα πρότυπα;

2. Στο Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας γίνεται λόγος για ανάθεση αρμοδιοτήτων και υπευθυνοτήτων. Εφαρμόζεται αυτό στο χειρουργείο και αν ναι ποιες είναι αυτές οι αρμοδιότητες και υπευθυνότητες;

3. Ποια είναι η διαδικασία που ακολουθείται καθώς εισέρχεται ο ασθενής στο χώρο του χειρουργείου;

4. Ποιες είναι οι τεκμηριωμένες πληροφορίες που έχει ένα τμήμα σαν το χειρουργείο;

**ΟΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΕΝΑ ΤΜΗΜΑ ΣΑΝ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΓΡΑΠΤΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΕΙΝΑΙ:**

#### **A. ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ:**

ΛΙΣΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ, ΚΑΤΑΜΕΤΡΗΣΗ ΕΠΙΔΕΣΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΙΧΜΗΡΩΝ , ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΥΛΙΚΩΝ (ΕΑΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΔΙΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ Η ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ ΤΟΥ) , ΕΝΤΥΠΟ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ( ΕΙΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΟΙ ΟΠΟΙΕΣ ΓΡΑΦΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ) , ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ (ΕΙΔΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΠΟΥ ΠΗΡΕ ΜΕΡΟΣ ΣΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ Κ.Α) . ΕΠΙΣΗΣ ΥΠΑΡΧΕΙ Η ΕΥΧΕΡΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ DVD, STICK ΚΑΙ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΩΝ (ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ Η ΟΠΟΥ ΑΥΤΑ Ο ΕΙΝΑΙ ΕΦΙΚΤΟ)

## **Β.ΓΙΑ ΤΟ ΑΡΧΕΙΟ:**

ΜΗΤΡΩΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ( ΕΚΤΥΠΙΩΝΟΝΤΑΙ ΚΑΙ ΔΙΑΤΗΡΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΜΑΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΕΤΟΣ). ΤΑ ΔΕΛΤΙΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΥΛΙΚΩΝ ΔΙΑΤΗΡΟΥΝΤΑΙ ΕΠΙΣΗΣ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΧΕΟΥΡΓΕΙΟΥ ΓΙΑ ΕΝΑ ΕΤΟΣ. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΕΝΤΥΠΑ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ , ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ, ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΔΕΛΤΙΩΝ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΥΛΙΚΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ, MANUALS ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ SERVICE.

5. Σε περίπτωση μη συμμόρφωσης στις απαιτήσεις τι ενέργειες γίνονται για διόρθωση;

6. Ποιοί οι δείκτες μέτρησης ώστε να καθοριστούν οι στόχοι ποιότητας (Π.χ. λίστα αναμονής, κόστος επέμβασης, ποσοστό αποχώρησης προσωπικού, ημέρες αδικαιολόγητης απουσίας, μη συμμορφώσεις στις απαιτήσεις κ.α.);

7. Ποιες οι τακτικές για συνεχή βελτίωση της ποιότητας?