
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

**ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ: ΠΟΙΑ Η ΑΠΟΨΗ
ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.**

Γεωργία-Ηώς Αθανασοπούλου

ΑΜ: ΟΔΥ2001

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2023

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

**ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ: ΠΟΙΑ Η ΑΠΟΨΗ
ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.**

Γεωργία-Ηώς Αθανασοπούλου

ΑΜ: ΟΔΥ2001

Επιβλέπουσα: Κοτταρίδη Κωνσταντίνα

Καθηγήτρια του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2023

UNIVERSITY of PIRAEUS



DEPARTMENT of ECONOMICS

M.Sc. in Health Economics and Management

**QUALITY ASSURANCE IN HEALTHCARE SYSTEM: Health Professionals'
perception**

Georgia-Ios Athanasopoulou

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, 2023

Στην γιαγιά μου,

Μαγδαληνή

Ευχαριστίες

Η μελέτη αυτή διεξήχθη στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας» του τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς.

Τώρα πια που το ταξίδι έφτασε στο τέλος του, θέλω να ευχαριστήσω όλους όσους συνταξίδευσαν μαζί μου σε αυτή την εμπειρία που ήταν γεμάτη γνώση και αποτελεί εφόδιο για ένα καλύτερο μέλλον. Καταρχάς, την καθηγήτρια μου κυρία Κωνσταντίνα Κοτταρίδη για την υπομονή και την κατανόηση που επέδειξε στο δύσκολο πρόγραμμά μου και για την καθοδήγηση της καθώς και όλο το ακαδημαϊκό προσωπικό που με τη σειρά του μας μεταλαμπάδευσε τη γνώση του και έδωσε υπόσταση στο έργο που επιτελούνταν κατά τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος.

Αναμφισβήτητα, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στους δικούς μου ανθρώπους ,την οικογένεια μου και συγκεκριμένα τους γονείς μου Αναστασία και Άγγελο, τον αδερφό μου Βασίλη και την κατ'επιλογή οικογένεια μου : Γεωργία, Χριστίνα, Ελισάβετ, Σοφία, Εύη, Ελένη, Κωνσταντίνα και Δημήτρη για την ουσιαστική αρωγή και τη συνεχή ενθάρρυνση τους ώστε να επιτευχθεί αυτός ο στόχος.

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ: ΠΟΙΑ Η ΑΠΟΨΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.

Σημαντικοί όροι: ποιότητα, Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, διασφάλιση ποιότητας, επαγγελματίες υγείας, υγειονομικό σύστημα.

Περίληψη

Τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό ανταγωνισμού των περισσότερων υγειονομικών μονάδων. Οι καταναλωτές-ασθενείς, πλέον, ευαισθητοποιούνται σε μεγαλύτερο βαθμό αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ως εκ τούτου οι επιχειρήσεις, διαπιστώνοντας τη στάση αυτή των τελευταίων, προσαρμόζονται στις σύγχρονες απαιτήσεις εφαρμόζοντας συστηματικά σημαντικά εργαλεία με στόχο την διαμόρφωση υψηλού επιπέδου υπηρεσιών. Η παρούσα εργασία διερευνά τις επιδράσεις που έχει η απόφαση μιας διοίκησης για την εφαρμογή των προαναφερθέντων εργαλείων σχετικά με το έργο των επαγγελματιών υγείας. Μελετά τις αντιλήψεις και τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας των ιδιωτικών και των δημόσιων μονάδων υγείας στην Ελλάδα, σχετικά με τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας. Αρχικά, το θέμα καλύπτεται σε θεωρητικό επίπεδο μέσω ανασκόπησης της ελληνικής και της διεθνούς βιβλιογραφίας, ενώ στη συνέχεια πραγματοποιείται διερεύνηση σε εμπειρικό επίπεδο, μέσω διεξαγωγής πρωτογενούς ποσοτικής έρευνας σε ένα δείγμα επαγγελματιών υγείας, με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου. Σκοπός της διερεύνησης ήταν ο εντοπισμός των παραγόντων που επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση των συμμετεχόντων αλλά και οι απόψεις τους σχετικά με τον βαθμό στον οποίο τα προαναφερθέντα προγράμματα, συνεισφέρουν τόσο στη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών όσο και στο εργασιακό περιβάλλον τους. Ποια, λοιπόν, η αντίληψη των επαγγελματιών υγείας για την υιοθέτηση των συστημάτων διασφάλισης φροντίδας στην εργασιακή τους καθημερινότητα;

QUALITY ASSURANCE IN HEALTHCARE SYSTEM: Health Professionals' perception

Key words: quality, Total Quality Management, quality assurance, health professionals, healthcare system.

Abstract

In recent years, quality has been the main field of competition in most private healthcare institutions. Nowadays, the consumers-patients are more and more aware of quality aspects of the existing healthcare services. Therefore, healthcare businesses, having realized this trend, seek to adjust to the latest demands by implementing important tools, imperatively aiming at creating and providing high-standard services. This study focuses on the effects of implementing these tools after a relevant administrative decision, in relation to the work of health professionals. In the first part, the topic is covered on a theoretical level, by the review of Greek and international literature. Next on, the subject is investigated at practical level, through the conduct of primary quantitative research in a sample of health professionals working in private healthcare units, using a structured questionnaire. The objective of this effort is to investigate the factors that affect job satisfaction and the views of the participants on the extent to which quality programs in healthcare units contribute to improving the quality of care for patients. What is their perception, in all, towards integrating healthcare systems in their everyday working routine?

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

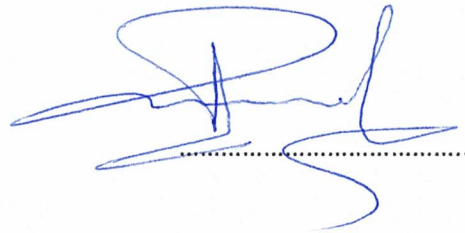
«Δηλώνω υπεύθυνα ότι το έργο που εκπονήθηκε και παρουσιάζεται στην υποβαλλόμενη διπλωματική εργασία, έχει γραφτεί από εμένα αποκλειστικά στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης ότι αναφέρονται καταλλήλως στο σύνολό τους οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου.»

Ονοματεπώνυμο

Γεωργία-Ηώς Αθανασοπούλου

Υπογραφή Μεταπτυχιακού Φοιτητή



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	1
1.1 Ορισμός.....	1
1.2 Χαρακτηριστικά	2
1.3 Ιστορική αναδρομή-εξέλιξη	5
1.4 Τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	7
1.5 Η αναγκαιότητα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	8
1.6 Μέσα αξιολόγησης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	9
ΜΕΘΟΔΟΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	11
2.1 Κύκλοι Ποιότητας.....	11
2.2 Ποιοτικός Έλεγχος.....	12
2.3 Διασφάλιση Ποιότητας	13
2.4 Ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής. (QUALY'S).....	14
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	16
3.1 Ορισμός.....	16
3.2 Χαρακτηριστικά	17
3.3 Σκοπός.....	18
3.4 Σχεδιασμός-Εργαλεία ΔΟΠ	18
3.5 ΔΟΠ και Επαγγελματίες υγείας.....	19
ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΡΟΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ-BENCHMARKING	21
4.1 Ορισμός.....	21
4.2 Ιστορική αναδρομή	21
4.3 Συγκριτική προτυποποίηση στο τομέας της υγείας.....	22
4.4 Κατηγορίες συγκριτικής προτυποποίησης στο τομέα της υγείας.....	23
4.4.1 Εσωτερική συγκριτική προτυποποίηση.....	23
4.4.2 Εξωτερική συγκριτική προτυποποίηση	24
ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	26
5.1 Διεθνή Πρότυπα.....	26
5.2 Διαπίστευση μέσω προτύπων ISO.....	26
5.3 Διαπίστευση μέσω του συστήματος Μεικτής Επιτροπής	28
5.4 Διαπίστευση μέσω του συστήματος JCI.....	29
5.5 Ελληνική πραγματικότητα-Ο ελληνικός φορέας πιστοποίησης.....	30
5.6 Μέθοδοι παρακολούθησης των προτύπων.....	30

5.7	Μέθοδος αξιολόγησης της εφαρμογής των προτύπων μέσω δεικτών	31
ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ-ΠΟΙΑ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΕΡΓΟ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....		34
6.1	Επιδράσεις των προτύπων στο έργο των επαγγελματιών υγείας-Μελέτες.....	34
6.2	Μεθοδολογία Έρευνας.....	38
6.2.1	Σκοπός-Μέθοδος	38
6.2.2	Ερευνητικά ερωτήματα	38
6.2.3	Σχεδιασμός-Ερωτηματολόγιο	39
6.3	Αποτελέσματα	41
6.4	Συμπεράσματα.....	47
6.5	Προτάσεις.....	49
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ		51
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		60

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Γράφημα 6.1	41
Γράφημα 6.2	42
Γράφημα 6.3	42
Γράφημα 6.4	43
Γράφημα 6.5	44
Γράφημα 6.6	45
Γράφημα 6.7	45
Γράφημα 6.8	46
Γράφημα 6.9	46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Παρά τη συνεχώς εξελισσόμενη ποιότητα στο χώρο της υγείας, πολλοί από τους δείκτες της επιδεινώνονται με αποτέλεσμα να κλονίζεται η εμπιστοσύνη του πληθυσμού στο σύστημα υγείας και να υπονομεύεται ο ρόλος του. Στις μέρες μας, αποτελεί πρόκληση, η βελτίωση των δεδομένων και η ανακάλυψη πρακτικών ώστε να επιτευχθεί μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση των προτεραιοτήτων του συστήματος υγείας. Αυτό, πρωτίστως, απαιτεί κατανόηση των ήδη υιοθετημένων πρακτικών και διαδικασιών ώστε να διαμορφωθεί το αντίστοιχο πλάνο αλλαγής με στόχο τη βελτιστοποίηση. Αναφορικά με τους επαγγελματίες υγείας, η ποιότητα συμβάλλει στην επιτυχή αλληλεπίδραση μεταξύ τους και κατά συνέπεια στη παρεχόμενη φροντίδα προς τον ασθενή. Πρωτεργάτης, στην επιστήμη της Νοσηλευτικής σχετικά με τη ποιότητα στο χώρο της υγείας αποτέλεσε η Florence Nightingale, η οποία ανέπτυξε προσεγγίσεις για τη βελτίωση της ποιότητας στοχεύοντας στη μείωση παραγόντων που καθυστερούν τη διαδικασία της ανάρρωσης του ασθενούς όπως θα αναλύσουμε και παρακάτω. Εκτός όμως από την επιδείνωση των διαφόρων δεικτών της ποιότητας, το 1980 η παράλληλη αύξηση του κόστους των υπηρεσιών δημιούργησε την ανάγκη καλύτερης διαχείρισης των νοσηλευτικών και ιατρικών υπηρεσιών. Ως εκ τούτου, μπήκαν στο μικροσκόπιο τόσο οι διαδικασίες, οι υποδομές και ο εξοπλισμός όσο και η συνεχόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και ο επαναπροσδιορισμός των αξιών του συστήματος.

1.1 Ορισμός

Για να προχωρήσουμε, ωστόσο, στη βελτίωση των δεικτών ποιότητας στο χώρο της υγείας θα πρέπει, πρώτα να κατανοήσουμε την σημασία της. Αρχικά, σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine, 1990), με τον όρο ποιότητα αναφερόμαστε στο βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων και συνάδουν με το τρέχον γνωσιακό υπόβαθρο των επαγγελματιών υγείας. Εν συνεχεία, μεγάλη επιρροή άσκησε και η άποψη του Avedis Donabedian, πως η ποιότητα στη παρεχόμενη φροντίδα είναι το είδος αυτής της φροντίδας που θα αυξήσει την ευημερία του ατόμου έχοντας υπολογίσει την ισορροπία μεταξύ κέρδους και ζημίας που συμπεριλαμβάνονται σε όλη τη διαδικασία. Ο Donabedian, ισχυρίστηκε πως για να αξιολογήσουμε τη ποιότητα θα πρέπει πρωτίτερα να αποφασίσουμε εάν θα υπολογίσουμε και το κόστος. Ως εκ τούτου,

προέκυψαν δυο εκδοχές της ποιότητας: α) η μαξιμαλιστική, η οποία προσδιορίζει την ποιότητα ως την καλύτερη δυνατή παρεχόμενη φροντίδα που θα βελτιώσει τη κατάσταση υγείας του ατόμου με τη χρήση παρεμβάσεων οποιουδήποτε κόστους χωρίς να διασφαλίζεται απαραίτητως η επιτυχία και β) η οπτιμαλιστική, η οποία αφορά τη βέλτιστη της παρεχόμενης φροντίδας αποφεύγοντας κοστοβόρες και μη αποτελεσματικές παρεμβάσεις. Έτσι, ο Donabedian κατέληξε στην ερμηνεία της ποιότητας, ως τη μέγιστη παροχή φροντίδας με τα διαθέσιμα μέσα και τα λιγότερα δυνατά έξοδα. Τέλος εξίσου αξιόλογη θεωρείται και η ερμηνεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2000) βάσει της οποίας, η ποιότητα στο χώρο της υγείας αφορά την επίτευξη στόχων για την βελτίωση μέσω της λήψης στρατηγικών αποφάσεων από το σύστημα της υγείας. Συγκρίνοντας, τους δυο πιο επικρατέστερους ορισμούς του Donabedian και του ΠΟΥ, διαπιστώνουμε πως αυτή του ΠΟΥ κατευθύνεται επαγωγικά από την ανάγκη βελτίωσης της ευημερίας του ατόμου στην ανάγκη βελτίωσης των αποτελεσμάτων του συστήματος υγείας. Στοχεύει στη πρόοδο του συστήματος λαμβάνοντας υπόψιν τους παραλήπτες των υπηρεσιών, αξιολογώντας τις ανάγκες τους καθώς συγχρόνως υπογραμμίζει την ανάγκη εξέλιξης των παρόχων με σκοπό το προσδιορισμό των στάνταρ των παρεχόμενων υπηρεσιών (Lequido-Quigley, H. et al, 2008).

1.2 Χαρακτηριστικά

Πολλοί είναι οι ορισμοί που έχουν αποδοθεί κατά καιρούς, ωστόσο όλοι διαφοροποιούνται ανάλογα με την οπτική και το σκοπό του κάθε οργανισμού και κλάδου. Η ευρεία συλλογή ιστορικών και μη ορισμών της ποιότητας έστρεψε το ενδιαφέρον στην αναζήτηση και στην ανάλυση των χαρακτηριστικών της με απώτερο σκοπό τον διαχωρισμό της σημασίας της με άλλες συχνά συγχεόμενες έννοιες.

Τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ποιότητας που πρόκειται να αναλυθούν, παρατίθενται παρακάτω:

- Αποτελεσματικότητα
- Αποδοτικότητα
- Δραστικότητα
- Ασφάλεια
- Καταλληλότητα
- Διαθεσιμότητα

- Νοοτροπία Αριστείας

Ξεκινώντας με το πρώτο γνώρισμα της ποιότητας, σύμφωνα με τη Κεντρική Επιτροπή (Joint Commission), αναγνωρίζει την αποτελεσματικότητα, η οποία αφορά την έκταση στην οποία μια παρέμβαση-θεραπεία με τη τρέχουσα γνώση επιφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Η αποδοτικότητα, που αποτελεί το δεύτερο γνώρισμα, σχετίζεται με την επίτευξη αποτελεσμάτων μειώνοντας στο ελάχιστο τη χρήση των διαθέσιμων πόρων υπογραμμίζοντας την αναλογία των αποδόσεων. Η δραστηριότητα, κατέχοντας την τρίτη θέση στην λίστα, συμπεριλαμβάνει τη βέλτιστη έκβαση της κατάστασης υγείας του ασθενούς και την ικανοποίηση αυτού από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Το τέταρτο χαρακτηριστικό της ποιότητας, αποτελεί η ασφάλεια, η οποία σχετίζεται με τη λήψη αποφάσεων-πρακτικών, τη διαχείριση διαδικασιών και τη τήρηση πρωτοκόλλων προς αποφυγή ή και μείωση ανεπιθύμητων συμβάντων και κρίσιμων επιπλοκών. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο της Ιατρικής, η ασφάλεια του ασθενούς έγκειται στην αποφυγή τραυματισμού κατά τη θεραπεία και κατ' επέκταση στην αποφυγή ιατρικών λαθών διευκρινίζοντας τα τελευταία ως αποτυχημένα ή λαθεμένα πλάνα φροντίδας. Συνεπώς, η ασφάλεια του ασθενούς πάντα θα θεωρείται κυρίαρχη διάσταση της ποιότητας στην υγεία. Επιπλέον, η καταλληλότητα θεωρείται ακόμα ένα χαρακτηριστικό της ποιότητας και αφορά τη σωστή παρέμβαση , στο σωστό ασθενή, τη κατάλληλη χρονική στιγμή. Η διαθεσιμότητα, έκτο πλέον χαρακτηριστικό, πραγματεύεται το βαθμό στον οποίο ο ασθενής δύναται να κάνει χρήση των υπηρεσιών υγείας ανά πάσα στιγμή έχοντας συντονισμένη φροντίδα ανάμεσα στους οργανισμούς με το πέρασμα του χρόνου. Τέλος, η νοοτροπία αριστείας, συνιστά το τελευταίο χαρακτηριστικό της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Το χαρακτηριστικό αυτό , αφορά τόσο τους παραλήπτες των παρεχόμενων υπηρεσιών, δηλαδή τους ασθενείς , όσο και τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι τις παρέχουν. Από την οπτική του ασθενή, κρίνονται απαραίτητα: η άμεση πρόσβαση του σε υγειονομικές δομές, η μείωση του χρόνου αναμονής σε αυτές, η ισάξια παροχή υπηρεσιών υγείας, η κατανόηση των ηθών και των αξιών του ιδίου καθώς και το επιστημονικό υπόβαθρο του επαγγελματία υγείας και η εργασιακή του εμπειρία. Από την οπτική του επαγγελματία υγείας κρίνονται απαραίτητα: η στρατηγική σκέψη, οι ψυχοκοινωνικές του ικανότητες καθώς και ο επαγγελματισμός με τη δυνατότητα ενδοεπικοινωνίας με τη υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα (Allen-Duck, A. et al, 2018).

Χαρακτηριστικά της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

<i>Καταλληλότητα</i>	Βαθμός στον οποίο η φροντίδα που παρέχεται είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς, με δεδομένη την παρούσα γνώση
<i>Διαθεσιμότητα</i>	Βαθμός στον οποίο η κατάλληλη φροντίδα είναι διαθέσιμη και συντονισμένη ώστε να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του ασθενούς ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και στους οργανισμούς
<i>Αποτελεσματικότητα</i>	Βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται με το σωστό τρόπο, με δεδομένη την παρούσα γνώση, με στόχο να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή
<i>Δραστικότητα</i>	Βαθμός στον οποίο η φροντίδα που χρησιμοποιείται για τον ασθενή, φάνηκε να πραγματοποιεί το επιθυμητό αποτέλεσμα
<i>Αποδοτικότητα</i>	Αναλογία των αποδόσεων για έναν ασθενή προς τις πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για τη παροχή της φροντίδας
<i>Νοοτροπία Αριστείας</i>	Βαθμός στον οποίο ένας ασθενής εμπλέκεται στις αποφάσεις της δικής του φροντίδας και εκείνοι που παρέχουν τις υπηρεσίες το κάνουν με ευαισθησία και σεβασμό για τις ανάγκες, προσδοκίες και προσωπικές αξίες του
<i>Ασφάλεια</i>	Βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή τη στιγμή που είναι πιο ευεργετική ή απαραίτητη

Πηγή: Ovretveit, J., Gustafson, D., 2003, Improving quality of health care: Using research to inform quality programmes, BMJ Clinical Research 326(7392):759-61

1.3 Ιστορική αναδρομή-εξέλιξη

Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο σύστημα υγείας αποτελούσε ανέκαθεν κύρια πρόκληση του τελευταίου. Η ποιότητα θεωρείται δικαίως εργαλείο αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Η ιστορία της ξεκινάει από το 1860 με φαινομενικά μη συσχετιζόμενα γεγονότα και περιστατικά. Ωστόσο πολλά τα πρόσωπα, οι εφευρέσεις, οι ανακαλύψεις και τα περιστατικά που αποτέλεσαν ορόσημα στη πορεία της ποιότητας μέσα στο χρόνο.

Πρωτοπόρος στην ιστορική εξέλιξη της ποιότητας στο χώρο της υγείας αποτέλεσε η Florence Nightingale. Η Nightingale αποσταλμένη με την ομάδα της από τη βρετανική κυβέρνηση κατά τη διάρκεια του πολέμου στη Κριμαία, κατάφερε να μειώσει τη θνησιμότητα των Βρετανών στρατιωτών εξαιτίας της χολέρας και των εντερικών λοιμώξεων από ποσοστό 42,7% σε 2,2%. Η εφαρμογή μέτρων στους χώρους νοσηλείας όπως: η παροχή εξαερισμού στους νοσηλευτικούς θαλάμους, η αποσυμφόρηση των κλινών των ασθενών και η απολύμανση των αποχωρητηρίων συνέβαλαν στη πρόληψη και στην αποφυγή πολλών άσκοπων απωλειών από τα βρετανικά στρατεύματα. Οι συλλογικές καταγραφές όλων αυτών των στοιχείων από τη Nightingale, θεωρήθηκαν καινοτομία για την εποχή και αποτέλεσαν πρόδρομο για τα στατιστικά εργαλεία του μέλλοντος όπως το γνωστό σε όλους κυκλικό διάγραμμα ή αλλιώς γράφημα πίτας.

Σημαντική προσωπικότητα στην ιστορία της ποιότητας στο υγειονομικό σύστημα, αποτέλεσε και ο Louis Paster. Ο Paster, Γάλλος χημικός ο οποίος μέσω της θεωρίας των μικροβίων της νόσου, απέδωσε την υπαιτιότητα των μικροβίων και των μικροοργανισμών για τις ασθένειες, συμβάλλοντας έτσι στην ανάπτυξη της διαδικασίας της παστερίωσης των τροφίμων και κατ' επέκταση στην υιοθέτηση διαδικασιών αντισηψίας από τους ιατρούς και τις υγειονομικές δομές στην Ευρώπη και στην Αμερική.

Νεωτεριστής της εποχής του θεωρείται και ο γενικός ιατρός Rupert Blue, ο οποίος ήρθε αντιμέτωπος με τη πανδημία της ισπανικής γρίπης κατά την διάρκεια του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου καθώς και την έξαρση της ευλογιάς, της πολιομυελίτιδας και του τυφοειδή πυρετού. Γνώστης του τρόπου μετάδοσης της ασθένειας αλλά αβοήθητος από τη πλευρά της επιστήμης, καθώς ακόμα δεν είχαν ανακαλυφθεί τα αντιβιοτικά, προσέφυγε σε διαφορετικούς τρόπους αναχαίτισης της διασποράς. Η εφαρμογή της απομόνωσης, της προστατευτικής μάσκας, των υποχρεωτικών εξετάσεων σε όλους τους μετανάστες της χώρας και της συνεχής ενημέρωσης αναφορικά με τα τελευταία

δεδομένα της ασθένειας ήταν ορισμένα από τα μέτρα που έλαβε ο Blue και συνέβαλλαν στον έλεγχο της κατάστασης.

Στο τομέα της τεχνολογίας, σημειώθηκαν αρκετές καινοτομίες οι οποίες αποτέλεσαν ορόσημα στην ιστορική εξέλιξη της ποιότητας. Το 1879, ο Charles Chamberland, έχοντας ήδη δημιουργήσει τα φίλτρα νερού Chamberland, φιλτράροντας το νερό από τους διάφορους μικροοργανισμούς, προχώρησε στο σχεδιασμό του πρώτου κλιβάνου, ο οποίος αποστειρώνει αντικείμενα από μικροοργανισμούς θερμαίνοντάς τα πάνω από το σημείο βρασμού τους. Εν συνεχεία ο ιατρός Peter Safar, ανέπτυξε την παγκοσμίως γνωστή τεχνική της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης το 1956, δημοσιεύοντας στο *Journal of the American Medical Association*, την έρευνα του το 1958. Βασισμένος στην έρευνα του Safar, ο νορβηγός Asmund Laerdal, δημιούργησε την κούκλα προσομοίωσης για τις εκπαιδεύσεις της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, η οποία αποτέλεσε σημαντικό εργαλείο στην βασική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, προσφέροντας μια καλύτερη προσέγγιση στην διαδικασία αυτή. Τέλος, το 1950, ο Safar κατόρθωσε να επανδρώσει τη πόλη της Βαλτιμόρης με καλά εξοπλισμένα ασθενοφόρα συνδράμοντας στη ταχύτερη και ασφαλέστερη μεταφορά των ασθενών στα νοσοκομεία καθώς και να εδραιώσει 24ώρη υπηρεσία φροντίδας στις ΗΠΑ αναβαθμίζοντας το σύστημα υγείας.

Αναφορικά με την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και δει των ιατρών μετά τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο το 1812, παρατηρήθηκε αύξηση των εισαχθέντων στις ιατρικές σχολές στις ΗΠΑ. Έπειτα από έρευνα που διεξήγαγε ο Abraham Flexner, διαπιστώθηκε πως δεν υπήρχε προαπαιτούμενη φοίτηση ή ακόμα και εξετάσεις ώστε να εισαχθούν οι φοιτητές στις ιατρικές σχολές. Ως εκ τούτου, πρότεινε την απαραίτητη κατοχή απολυτηρίου λυκείου καθώς και τη τουλάχιστον δυο χρόνων φοίτηση σε κολλέγιο επιστημών υγείας. Κατά συνέπεια, η εφαρμογή προαπαιτούμενων προσόντων στους εισαχθέντες των ιατρικών σχολών διασφάλισε και τη ποιότητα τις ίδιας της επιστήμης.

Παρά τις προαναφερόμενες προόδους της ποιότητας στο χώρο της υγείας μέσα στα χρόνια, καμία δεν δύναται να ανταγωνιστεί την ανακάλυψη των εμβολίων και των αντιβιοτικών. Πολλά από τα πιο γνωστά εμβόλια, ανακαλύφθηκαν από το 1881 έως και το 1955 όπως της Διφθερίτιδας-Τετάνου, της Πολιομυελίτιδας και του Κοκκύτη, ενώ το 1928 ο Alexander Fleming μέσω των πειραμάτων του κατάφερε να οδηγηθεί στην ανακάλυψη της πενικιλίνης (Sheingold, B. et al, 2014).

1.4 Τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, αφορά τόσο τους ασθενείς και το οικογενειακό τους περιβάλλον, οι οποίοι αποτελούν τους χρήστες των υπηρεσιών αυτών, όσο και τους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, τεχνολόγους κ.λπ.), οι οποίοι παρέχουν την υγειονομική φροντίδα, τις υγειονομικές δομές οι οποίες αναλαμβάνουν το κόστος των υπηρεσιών και τέλος την ίδια την κοινωνία. Αδιαμφισβήτητα η ποιότητα προσδιορίζεται διαφορετικά από τον ασθενή-χρήστη, τον επαγγελματία υγεία καθώς και την διοίκηση ενός νοσοκομείου, μιας κλινικής ή ενός διαγνωστικού κέντρου. Είναι ιδιαίτερα δύσκολη η προσέγγιση της διότι οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις των εμπλεκόμενων μελών συχνά αλληλοσυγκρούονται. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, δεν δύναται να προσδιοριστεί αποκλειστικά από τη πλευρά του καταναλωτή-ασθενή καθώς για όλους κατέχει ξεχωριστή σημασία αφού συνεπάγεται υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη.

Αρχικά, τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας που αφορούν τον ασθενή είναι τα εξής:

α) υγειονομικά, τα οποία σχετίζονται με την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας, ενώ ταυτόχρονα υπογραμμίζουν την ανάγκη αποφυγής επιπλοκών λόγω λαθεμένων πλάνων φροντίδας όπως για παράδειγμα οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις.

β) ψυχολογικά, τα οποία αφορούν τη ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς που επιδρά καταλυτικά στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Επιπλέον συνδέονται άρρηκτα και με το περιβάλλον της υγειονομικής δομής αλλά και με τη διάρκεια παραμονής σε αυτό.

γ) οικονομικά, τα οποία αφορούν την οικονομική επιβάρυνση τόσο του ασθενούς όσο και του συγγενικού του περιβάλλοντος λόγω της κάλυψης των εξόδων περίθαλψης αλλά και των χαμένων ωρών από την εργασία τους. Ως εκ τούτου η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών συμβάλλει στη ταχύτερη διάγνωση και στην ανάρρωση, μειώνοντας έτσι το χρονικό διάστημα παραμονής στην υγειονομική μονάδα, αποφεύγοντας παραπάνω έξοδα.

Εν συνεχεία, από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας, τα οφέλη που καλλιεργεί η ποιότητα, σχετίζονται με:

- α) την αποτελεσματικότητα του έργου τους
- β) την ηθική ικανοποίηση

γ) τη νομική κατοχύρωση

δ) τη μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή σε λάθη

Τέλος, από την πλευρά των υγειονομικών δομών τα οφέλη που εντοπίζουμε είναι τα εξής:

α) υγειονομικά, τα οποία αφορούν την έγκαιρη και την έγκυρη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ασθενών.

β) οικονομικά, τα οποία σχετίζονται με τη μείωση του ύψους των δαπανών, των καταβαλλόμενων δηλαδή χρημάτων για τη φροντίδα και τη περίθαλψη των ασθενών.

γ) κοινωνικά, τα οποία πραγματεύονται τη μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών έχοντας έτσι την αίσθηση της εκπλήρωσης του κοινωνικού τους ρόλου (Τζανετάκη, Θ., 2006).

1.5 Η αναγκαιότητα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Δεδομένων των επικρατουσών συνθηκών του συνεχούς μεταβαλλόμενου επιχειρησιακού περιβάλλοντος, εύλογα προκύπτει το ερώτημα για την αναγκαιότητα της ποιότητας και την βελτίωσή της, επενδύοντας χρόνο και χρηματικούς πόρους στον τομέα της υγείας. Λαμβάνοντας υπόψη τα όσα σχολιάστηκαν ανωτέρω, αντιλαμβανόμαστε πως ο τομέας της υγείας είναι πολυδιάστατος και ως εκ τούτου η απάντηση δεν είναι απλή.

Οι σύγχρονες επιχειρήσεις στοχεύουν στην αποδοτικότητα και μεριμνούν για τη χρήση συστημάτων ποιότητας, τα οποία θα προβλέπουν τις τρέχουσες εξελίξεις και θα μεταβάλλουν τον οργανισμό με σκοπό τη ταχεία προσαρμογή του.

Η ορθότητα ενός συστήματος ποιότητας έγκειται στη διασφάλιση δυο σημαντικών απαιτήσεων:

- του καταναλωτή αναφορικά με την παροχή συγκεκριμένων προδιαγραφών υπηρεσιών,
- των εσωτερικών και εξωτερικών ζητημάτων του οργανισμού με στόχο την αποδοτική χρήση των διαθέσιμων πόρων.

Η ικανοποίηση των καταναλωτών-ασθενών του συστήματος υγείας και του οργανισμού (υγειονομική μονάδα) συμπεριλαμβάνει σειρά κατάλληλων οργανωτικών δράσεων όπως: διαθεσιμότητα επιχειρησιακών πόρων και οργανωτικών δομών, συντήρηση διαδικασιών και πρωτίστως εφαρμογή κατάλληλων στρατηγικών μεθόδων.

1.6 Μέσα αξιολόγησης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η επιστήμη της διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας και συγκεκριμένα η ταχύτατη εξέλιξη της, καθιστά ζωτικής σημασίας το καθορισμό ενός μεθοδολογικού πλαισίου το οποίο θα ελέγχει το βαθμό ανταπόκρισης των προκαθορισμένων σκοπών και στόχων. Ως αξιολόγηση, ορίζεται τόσο ο βαθμός επίτευξης των στόχων όσο και των διεργασιών που χρησιμοποιήθηκαν. Τελικό ζητούμενο της έννοιας της αξιολόγησης αποτελεί η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, η επιστήμη της διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας, κατηγοριοποιεί τα βασικά στοιχεία αξιολόγησης στις κάτωθι ομάδες:

- Οικονομική διάσταση
- Αποδοτικότητα
- Αποτελεσματικότητα
- Επιστημονική ποιότητα
- Επάρκεια
- Επίδραση
- Επίπτωση

Ακολουθως, οι τύποι αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας διακρίνονται στα εξής μοντέλα:

- **Ανάλυση κόστους-ωφέλειας:** Πλεονέκτημα του μοντέλου αυτού, αποτελεί η δυνατότητα σύγκρισης ανόμοιων στοιχείων –καταστάσεων καθώς το κόστος μεταφράζεται σε οικονομικές μονάδες. Παράλληλα, μειονέκτημα του συγκεκριμένου μοντέλου, αποτελεί η αδυναμία σύγκρισης μεγεθών που αποσκοπούν στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- **Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας:** Βάσει του συγκεκριμένου μοντέλου, διαφορετικά είδη κόστους, μεταφράζονται σε οικονομικές μονάδες, οι οποίες εν συνεχεία αποτιμώνται σε φυσικές μονάδες. Απαραίτητη προϋπόθεση για την διεξαγωγή του μοντέλου ανάλυσης κόστους-αποτελεσματικότητας είναι έστω και μια από τις παρακάτω συνθήκες : είτε α) η παρέμβαση να έχει αναμφισβήτητο στόχο και σύμφωνα με αυτό να αξιολογείται η αποτελεσματικότητά της, είτε β) να υπάρχουν πολλοί αντικειμενικοί στόχοι, αλλά να νοείται ότι κάθε εναλλακτική παρέμβασή τους επιτυγχάνεται στον ίδιο βαθμό.

- **Ανάλυση κόστους-χρησιμότητας:** Στο μοντέλο αυτό, χρησιμοποιούνται αρχικά οικονομικές μονάδες, οι οποίες θα συγκριθούν και θα μεταφραστούν σε φυσικές μονάδες συμπεριλαμβάνοντας ως τελικά προϊόντα τη ποιότητα και τη χρηστικότητα. Παράδειγμα μπορεί να αποτελέσει η νοσηλεία ασθενούς σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας , όπου το κόστος της φροντίδας σε οικονομικές μονάδες συγκρίνεται με την προσφερόμενη ποιότητα ζωής, τα λεγόμενα κερδισμένα ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής. (QUALY: Quality Adjusted Life Years) Με την έννοια των QUALY καθορίζονται δυο βασικοί σκοποί, του αναφερόμενου μοντέλου, που είναι αφενός η αύξηση των ετών ζωής και αφετέρου η βελτίωση της ποιότητάς τους.
- **Ανάλυση κόστους-ασθένειας:** Στην ανάλυση αυτή , υπολογίζεται το κόστος που χρειάζεται για την αντιμετώπιση μιας νόσου συγκριτικά με τις οικονομικές επιπτώσεις που επιφέρει.
- **Ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους:** Αυτό το μοντέλο ανάλυσης, αφορά περιπτώσεις που σχεδιασμένα αποτελέσματα, δύναται να πραγματοποιηθούν με την ίδια μεθοδολογία και συνάμα με κριτήριο το χαμηλό κόστος. Αντιπροσωπευτικό παράδειγμα αποτελούν τα ομοειδή φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της ίδιας πάθησης.

Συνοψίζοντας, τα συστήματα υγείας εξαιτίας των γοργών ρυθμών της σύγχρονης εποχής, αναγκάζονται να προβούν σε ριζικές αλλαγές που στοχεύουν σε μια ασφαλέστερη και υψηλής ποιότητας φροντίδα. Η εξασφάλιση αυτή της ποιότητας, δύναται να συμβάλλει στη καλύτερη αξιοποίηση των υπάρχοντων πόρων, στην ομαλή ενσωμάτωση της τεχνολογίας σε διοικητικές διαδικασίες, στη μείωση του κόστους καθώς και στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Κατά συνέπεια, ο επανασχεδιασμός αυτός του συστήματος υγείας ενισχύει την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την ασφάλεια του ασθενή καθώς και την ικανοποίηση του επαγγελματία υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΜΕΘΟΔΟΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί στο προηγούμενο κεφάλαιο οι συνεχείς εξελίξεις με το πέρασ των ετών, δημιουργούν την επιτακτική ανάγκη εύρεσης τρόπων προσαρμογής στα νέα δεδομένα. Αναμενόμενο, λοιπόν, είναι οι μεταβολές αυτές να ασκούν επιρροή και στο χώρο της υγείας και συνεπώς να απαιτούνται μέθοδοι βελτίωσής της. Βάσει των αρχών και του σχεδιασμού πολλών στρατηγικών που θα αναλυθούν παρακάτω, οι μέθοδοι για αποτίμηση, διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας δύναται να καταταχθούν στις εξής κατηγορίες:

- Κύκλοι Ποιότητας
- Ποιοτικός Έλεγχος
- Διασφάλιση Ποιότητας
- Ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής (QUALY'S).

2.1 Κύκλοι Ποιότητας

Οι κύκλοι ποιότητας , όπως είναι γνωστό, αφορούν μια ομάδα εργαζομένων με σκοπό την αναγνώριση, την ανάλυση και την επίλυση των προβλημάτων που σχετίζονται με τη βελτίωση των παραγόμενων προϊόντων, τη μείωση του κόστους παραγωγής, τις συνθήκες ασφαλείας καθώς και τη βελτίωση της ποιότητας μέσα στον εργασιακό χώρο. Αναφορικά, με τη δομή τους δεν αποτελούν τις τυπικές ομάδες μιας επιχείρησης καθώς απουσιάζει η αρχή της εξουσίας που εκφράζεται μέσω της σχέσης προϊστάμενου και υφιστάμενου, ενώ ειδοποιός διαφορά αποτελεί και η ελεύθερη συμμετοχή και αποχώρηση των εργαζομένων από την ομάδα. Οι κυριότεροι αντικειμενικοί σκοποί των κύκλων ποιότητας , ωστόσο, είναι αφενός η βελτίωση της παραγωγικότητας, αφετέρου η προώθηση της ομαδικής συνεργασίας και νοοτροπίας. Στο σημείο αυτό, σημειώνεται πως η επιτυχία της ομάδας αυτής εξασφαλίζεται τόσο με τη προθυμία της αυτόβουλης συμμετοχής των μελών της όσο και με τη στήριξη της διοίκησης. Ο κύκλος ποιότητας δρα μέχρι την επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων όπου και διαλύεται και δημιουργείται εκ νέου με σκοπό την επίλυση προβλημάτων που δύναται να δημιουργηθούν. Ως εκ τούτου σε έναν οργανισμό πιθανόν να λειτουργούν παράλληλα περισσότεροι από ένας κύκλοι αντιμετωπίζοντας τα δικά τους προβλήματα. Τελευταία δεδομένα έρχονται να καταρρίψουν την εδραιωμένη αντίληψη πως μόνο η διοίκηση ασχολείται με τα προβλήματα μιας επιχείρησης και να ενισχύσουν τη θέση

των εργαζομένων στη διαδικασία αυτή , έχοντας τη δυνατότητα να προτείνουν λύσεις και να συμμετέχουν ενεργά στις αποφάσεις. Οι κύκλοι ποιότητας δύνανται να πραγματώσουν την αντίληψη αυτή προσανατολίζοντας τη διοίκηση ως προς τον άνθρωπο και όχι αποκλειστικά ως προς τη παραγωγή. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνονται:

- Βελτίωση ηθικού των εργαζομένων μέσω της ενίσχυσης της συμμετοχής τους.
- Βελτίωση της επικοινωνίας όλων των εργαζομένων μέσω συναντήσεων και συζητήσεων.
- Επαγγελματική ανάπτυξη και γνωσιακή εξέλιξη των εργαζομένων μέσω της εκπαίδευσης.
- Βελτίωση συνθηκών ασφαλείας.
- Ικανοποίηση και καλύτερες απολαβές από την εργασία.
- Βελτίωση ποιότητας παραγόμενων προϊόντων και υπηρεσιών.
- Μείωση κόστους παραγωγής.

Συνεπώς, οι Κύκλοι Ποιότητας συντελούν στην ενθάρρυνση του συνεργατικού είδους διοίκησης το οποίο προϋποθέτει από τον εργαζόμενο υπευθυνότητα, επικοινωνία και αναγνώριση και επιτρέπει την ενεργό συμμετοχή του στην επίλυση προβλημάτων, δίνοντας του κίνητρο για εργασία και επίτευξη των στόχων της επιχείρησης.

2.2 Ποιοτικός Έλεγχος.

Ο ποιοτικός έλεγχος αποτελεί μια μέθοδο κατά την οποία εντοπίζονται αδυναμίες-σφάλματα της διαδικασίας σχεδιασμού και παραγωγής ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας εκ των υστέρων. Η παρέμβαση σε αυτό το επίπεδο είναι αρκετά δύσκολη και κοστοβόρα καθώς ο οργανισμός έχει εκ προοιμίου επιβαρυνθεί με το κόστος και οποιαδήποτε προσπάθεια διόρθωσης συνεπάγεται επιπρόσθετη δαπάνη. Η οργάνωση ενός προγράμματος ποιοτικού ελέγχου στο χώρο της υγείας, ξεκινάει από την επισήμανση και τη καταγραφή των προβλημάτων. Εν συνεχεία, αποφασίζεται σε ποιο σημείο της διαδικασίας θα πραγματοποιηθεί η παρέμβαση (δομή, διαδικασίες και αποτελέσματα) καθώς και η μορφή και ο τρόπος εφαρμογής αυτής. Τέλος, ο ποιοτικός έλεγχος, αφενός διασφαλίζει τον εντοπισμό των αδυναμιών , αφετέρου δεν εγγυάται την επανεμφάνισή τους (Θεοδώρου, Μ., 1992).

2.3 Διασφάλιση Ποιότητας

Η διασφάλιση της ποιότητας, συμπεριλαμβάνει μια σειρά προγραμματισμένων δράσεων, οι οποίες έχουν ως στόχο την εξασφάλιση συγκεκριμένων προδιαγραφών στα παραγόμενα προϊόντα ή υπηρεσίες. Ένα πρόγραμμα διασφάλισης ποιότητας μεριμνά εξ αρχής για τη κατανόηση και την αποσαφήνιση των προδιαγραφών και των απαιτήσεων της διαδικασίας παραγωγής και διάθεσης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας. Η διασφάλιση της ποιότητας, έχει ως στόχο την αποφυγή του λάθους σε όλα τα επίπεδα παραγωγής μέσω αλλαγών οι οποίες ενισχύονται από δεδομένα, όπως αυτά προκύπτουν από την επιστήμη, την έρευνα και την επιμόρφωση ελέγχοντας τα αποτελέσματα βάσει αποδεκτών προτύπων. Είναι μια συστηματική διαδικασία που σύμφωνα με τον De Jonge, (2011) χρήζει να συνοδεύεται από συνεχή παρακολούθηση και ανατροφοδότηση αναφορικά με το εάν οι υιοθετημένες βελτιώσεις είναι και αποτελεσματικές. Ένα πλαίσιο το οποίο προτάθηκε στην δεκαετία του 1950 από τον Δρ. W. Edward Deming, αφορά τον κύκλο ελέγχου «Plan -Do -Check -Act», ο οποίος απεικονίζει την συνέχεια της διαδικασίας διασφάλισης ποιότητας. Ο κύκλος περιλαμβάνει τέσσερα στάδια:

1. Σχεδιασμός ενεργών βελτιώσεων (Plan)
2. Εφαρμογή προγραμματισμένων δραστηριοτήτων (Do)
3. Έλεγχος αποτελεσμάτων (Check)
4. Αναδιατύπωση σχεδίου δράσης (Act)



Εικόνα 1

Σημαντική πτυχή του κύκλου αυτού, αποτελεί η ανάδραση των αποτελεσμάτων σε πραγματικό χρόνο και εξ αιτίας αυτού η μεθοδολογία PDCA υιοθετήθηκε από το τομέα της υγείας στα συστήματα διασφάλισης ποιότητας. Αρχικά, ο οργανισμός

ξεκινάει το προγραμματισμό των βελτιώσεων κάνοντας ανασκόπηση των παρεχόμενων υπηρεσιών με σκοπό τον εντοπισμό εκείνων που παρουσιάζουν συνήθως ελλείμματα. Εν συνεχεία επιλέγεται η προσέγγιση βελτίωσης και ανατίθεται στην ομάδα διαχείρισης ποιότητας σύμφωνα πάντα με το όραμα και την αποστολή του οργανισμού. Τέλος, ακολουθεί το βήμα του καθορισμού και της εφαρμογής των προτύπων ποιότητας που αναμένεται να υιοθετηθούν τελικώς από τον οργανισμό. Πιο συγκεκριμένα, τα πρότυπα ποιότητας στους οργανισμούς υγείας διαφέρουν αναλόγως το τομέα στον οποίο αναφέρονται. Τα κλινικά πρωτόκολλα ή αλλιώς οι κλινικές πρακτικές καθορίζουν την διεξαγωγή των κλινικών διαδικασιών όπως η παρεχόμενη φροντίδα και η διαχείριση του ασθενή. Οι κατευθυντήριες οδηγίες, αποτελούν τις δηλώσεις, οι οποίες συμβάλλουν στη λήψη αποφάσεων τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από τους ασθενείς για τη κατάλληλη θεραπεία των τελευταίων. Οι πρότυπες διαδικασίες λειτουργίας, αφορούν συνήθως διοικητικές διαδικασίες, ενώ οι πρότυπες προδιαγραφές αφορούν τα χαρακτηριστικά είτε των αναλωσίμων, είτε των φαρμάκων, είτε του τεχνολογικού εξοπλισμού της υγειονομικής μονάδας. Τέλος, τα πρότυπα απόδοσης, αποτελούν μέτρο αξιολόγησης των αποτελεσμάτων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες καθώς και της συμμόρφωσης με τις κατευθυντήριες οδηγίες. Συγκριτικά με τον ποιοτικό έλεγχο, η διασφάλιση της ποιότητας κατοχυρώνει πως το τελικό προϊόν ή η υπηρεσία που θα προκύψει θα πληροί τις προϋποθέσεις που είχαν τεθεί στην αρχή (Qaseem, A., et al, 2012). Με σκοπό, ωστόσο, να υπάρχει διεθνώς ένα κοινός κώδικας μεταξύ των οργανισμών για τη διασφάλιση της ποιότητας, δημιουργήθηκαν συγκεκριμένα πρότυπα τα οποία χρησιμοποιούνται ως οδηγός από τους οργανισμούς για τη παραγωγή, τη παροχή και την αξιολόγηση των τελικών προϊόντων και υπηρεσιών. Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης, φρόντισε να συντάξει διεθνή πρότυπα, όπως τα πρότυπα της σειράς ISO 9000, τα πρότυπα ισοδύναμης σειράς EN 29000 που ισχύουν για την Ευρωπαϊκή Ένωση και τα πρότυπα της σειράς ANSI για τις ΗΠΑ (Μιχαήλ, Β. & Ζαχαράκη-Σαββοπούλου Ρ., 1993).

2.4 Ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής. (QUALY'S)

Ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής ή αλλιώς QUALY'S ονομάζεται το σύνολο των ποιοτικών σταθμισμένων ετών ζωής τα οποία κερδίζονται με συγκεκριμένη θεραπευτική παρέμβαση. Είναι δείκτης μέτρησης της ποιότητας ζωής και χρησιμοποιούνται στην Ανάλυση Κόστους-Χρησιμότητας με σκοπό την αξιολόγηση ιατρικών παρεμβάσεων και κλινικής πρακτικής. Με τη βοήθεια παραμέτρων τόσο

ποιοτικής όσο και ποσοτικής εκτίμηση της υγείας των ασθενών , αξιολογεί ιατρικές παρεμβάσεις και συγκρίνει την αποτελεσματικότητά τους με το κόστος εφαρμογής τους. Επιπροσθέτως, πέραν από τη καταγραφή των αλλαγών στη διάρκεια και στη ποιότητα της ζωής του ασθενούς έπειτα από την εφαρμογή μιας θεραπείας , δύναται να μετρηθεί και η ικανοποίηση του από τις παρεχόμενες σε εκείνον υπηρεσίες. Κατά συνέπεια, ο ασθενής καλείται να επιλέξει σε συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας την ιατρική παρέμβαση με το καλύτερο δυνατό θεραπευτικό αποτέλεσμα και τη καλύτερη ποιότητα ζωής.

Συμπερασματικά, έχει καταστεί σαφές πως αρκετές είναι οι μέθοδοι συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας στο σύστημα υγείας. Παρά το γεγονός ότι παρατηρούνται αρκετές διαφοροποιήσεις μεταξύ τους, συχνά η εφαρμογή τους λειτουργεί συνεπικουρικά καλύπτοντας η μια μέθοδος τα ελλείμματα της άλλης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Οι διαρκώς αυξανόμενες απαιτήσεις στο χώρο της υγείας με σκοπό την εξασφάλιση της ποιότητας καθιστούν αναγκαία τη διαμόρφωση μιας νέας στρατηγικής στο χώρο, η οποία στοχεύει στην αλλαγή της αντίληψης για τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η νέα αυτή στρατηγική, προϋποθέτει την αναδιαμόρφωση του επιχειρησιακού περιβάλλοντος με σκοπό τη διευκόλυνση της επικοινωνίας μεταξύ όλων των εργαζόμενων και προς όλα τα επίπεδα, εν συνεχεία τον εντοπισμό των παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν τη ποιότητα και τέλος την αξιολόγηση των δεικτών της ποιότητας προς ιεράρχηση των προτεραιοτήτων με στόχο τη σωστή χρήση των διαθέσιμων πόρων.

3.1 Ορισμός

Ο στρατηγικός σχεδιασμός, η ομαδική εργασία, η βέλτιστη διαχείριση της ποιότητας και ο τεχνολογικός εκσυγχρονισμός θεωρούνται προαπαιτούμενα για τη παροχή άρτιων υπηρεσιών στο χώρο της υγείας. Αναφερόμενοι στη στρατηγική για την εξασφάλιση της ποιότητας προκύπτει η ανάγκη για την αποσαφήνιση του όρου. Η στρατηγική είναι το σύνολο των αποφάσεων που ορίζουν το χαρακτήρα και προσδιορίζουν το προσανατολισμό ενός οργανισμού. Η στρατηγική δεν διαμορφώνεται ευκαιριακά αλλά συστηματικά εκτιμώντας εσωτερικές και εξωτερικές αλληλεπιδράσεις.

Είναι κοινώς αποδεκτό πως τα τελευταία χρόνια η διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας εμφανίστηκε στο προσκήνιο συγκεντρώνοντας ιδιαίτερο ερευνητικό και πρακτικό ενδιαφέρον. Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το ενδιαφέρον αυτό οφείλεται τόσο σε οικονομικά όσο και σε κοινωνικά-πολιτικά αίτια καθώς και επαγγελματικούς παράγοντες. Τα οικονομικά αίτια αφορούν την υιοθέτηση ορθολογικών επιλογών εξαιτίας της αύξησης της ζήτησης και της αδυναμίας κάλυψης της ποιότητας με τους διαθέσιμους πόρους. Τα κοινωνικά και τα πολιτικά αίτια είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με τα οικονομικά καθώς αφορούν τη γενικότερη τάση προς υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών-καταναλωτών. Τέλος οι επαγγελματίες υγείας, βελτιώνονται γνωσιακά και εξελίσσονται επαγγελματικά μέσω της υιοθέτησης διαδικασιών και μεθόδων διασφάλισης της ποιότητας. Με βάση τα ανωτέρω, διάφορες στρατηγικές δύνανται να τηρηθούν με σκοπό τη διασφάλιση της ποιότητας, ενδεικτικά θα μπορούσαν να αναφερθούν: η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality

Management), η συγκριτική προτυποποίηση (Benchmarking), οι διαδικασίες διαπίστευσης (Accreditation) καθώς και ο κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος (clinical-medical audit).

Στο κεφάλαιο αυτό, θα αναλύσουμε τη στρατηγική της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Με τον όρο Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) αναφερόμαστε σε ένα νέο τρόπο διοίκησης με στόχο την αποτελεσματική ανάπτυξη της επιχείρησης και την αύξηση της ανταγωνιστικότητας της. Βασικό χαρακτηριστικό της ΔΟΠ αποτελεί η καλύτερη αξιοποίηση των απαιτήσεων των πελατών. Οι πελάτες διακρίνονται στους εξωτερικούς που αφορούν τους τελικούς χρήστες των υπηρεσιών-προϊόντων και στους εσωτερικούς που απαρτίζονται από τα διοικητικά στελέχη και τους υπόλοιπους εργαζόμενους που συμβάλλουν στη παροχή των υπηρεσιών-προϊόντων διαμορφώνοντας και την προσφερόμενη ποιότητα(Φαμέλη, Α.,2005).

3.2 Χαρακτηριστικά

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι μια στρατηγική ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα με σκοπό τη συνεχώς αυξανόμενη ικανοποίηση του πελάτη με το χαμηλότερο δυνατό κόστος. Η στρατηγική αυτή, όπως προαναφέρθηκε, χαρακτηρίζεται από την ολιστική προσέγγιση του χώρου της υγείας, περιλαμβάνοντας όλους τους εμπλεκόμενους χρήστες(ασθενείς) και παρόχους (επαγγελματίες υγείας, διοικητικά στελέχη). Οι βασικές αρχές της ΔΟΠ τηρούν ορισμένες από τις αρχές της Διαχείρισης της Ποιότητας οι οποίες διακρίνονται ως εξής:

1. **Πελατοκεντρικός χαρακτήρας:** Οι επιχειρήσεις ενδιαφέρονται για τις τρέχουσες καθώς και τυχόν μελλοντικές ανάγκες-απαιτήσεις των πελατών τους και αγωνίζονται συνεχώς να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις τους.
2. **Συμμετοχή διοίκησης:** Η ενεργός συμμετοχή της ανώτατης διοίκησης αναφορικά με τη δημιουργία αλλά και τη διατήρηση του εσωτερικού περιβάλλοντος της επιχείρησης και πρωτίστως των εργαζομένων της με σκοπό την επίτευξη των στόχων της.
3. **Συνολική συμμετοχή εργαζομένων:** Οι εργαζόμενοι σε όλα τα επίπεδα παραγωγής κρίνονται απαραίτητοι για τον οργανισμό καθώς η πλήρη συμμετοχή τους αξιοποιεί τις ικανότητες τους προς τα επιχειρησιακά οφέλη.
4. **Διαδικασίες:** Οι διαδικασίες συνδυαζόμενες αποτελεσματικά με τους ανάλογους πόρους κατορθώνουν τα επιθυμητά αποτελέσματα.

5. **Συνεχής βελτίωση:** Η έμφαση στις συνεχείς βελτιώσεις από την πλευρά της επιχείρησης.
6. **Λήψη στρατηγικών αποφάσεων:** Η λήψη ορθολογικών αποφάσεων από τη διοίκηση έπειτα από προσεκτική ανάλυση των δεδομένων-πληροφοριών.
7. **Αμοιβαία οφέλη:** Η επιχείρηση και οι πάροχοι είναι αλληλεξαρτώμενοι και η ευεργετική σχέση τους ενισχύει αμοιβαία τη δημιουργικότητά τους (Johnson, J. & Omachonu, V.,1995).

3.3 Σκοπός

Ξεκινώντας το συλλογισμό μας παραγωγικά, ο Peter Drucker τόνισε την σημασία επίτευξης των σκοπών του αποτελεσματικού Management και ως εκ τούτου προχώρησε στην διατύπωση της θεωρίας Management By Objective (MBO). Με βάση τη διοικητική αυτή θεωρία κάθε άτομο σε έναν οργανισμό έχει ειδικούς και μετρήσιμους σκοπούς και η απόδοση του αξιολογείται αντικειμενικά σύμφωνα με το βαθμό επίτευξης αυτών. Τα πλεονεκτήματα του MBO αφορούν:1) τη κατανόηση των εργαζομένων στο τι περιμένει ο οργανισμός από αυτούς, 2) τη βελτίωση επικοινωνίας μεταξύ προϊστάμενων και υφιστάμενων, 3) τη καλύτερη ενημέρωση των εργαζόμενων για τους σκοπούς του οργανισμού, 4) την εγκυρότητα της διαδικασίας αξιολόγησης και 5) τη συμβολή στη λειτουργία του σχεδιασμού.

Δεδομένων των αρχών της ΔΟΠ, η πρωτοβουλία από τις διοικήσεις για την εφαρμογή της βασίζεται στην αντίληψη πως ο νέος τρόπος διοίκησης πρόκειται να κατορθώσει ευκολότερα τους στρατηγικούς στόχους που έχουν τεθεί. Οι σκοποί που εξυπηρετούνται δια της εφαρμογής της ΔΟΠ παρατίθενται παρακάτω:

- Η ολοένα και μεγαλύτερη ικανοποίηση του πελάτη.
- Η διασφάλιση μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας της επιχείρησης συγκριτικά με το κόστος λειτουργίας της.
- Η ευελιξία της επιχείρησης για προσαρμογή σε νέες καταστάσεις και η αύξηση της ικανότητάς της για καινοτομίες.
- Η αύξηση της αποτελεσματικότητας του ανθρώπινου δυναμικού.
- Η αξιοποίηση νέας τεχνολογίας όταν αυτή εξυπηρετεί τους στρατηγικούς στόχους(Jackson, S.,2001).

3.4 Σχεδιασμός-Εργαλεία ΔΟΠ

Ο σχεδιασμός της ΔΟΠ λειτουργεί αποφέροντας νέα δεδομένα τα οποία συνδέονται με εσωτερικές λειτουργίες της υγειονομικής μονάδας καθώς και διάφορες

τάσεις, οι οποίες παρουσιάζονται στο περιβάλλον της, ενώ ταυτόχρονα ευνοεί τη συμμετοχή περισσότερων ατόμων στη διαμόρφωση μακροπρόθεσμων πλάνων. Επιπροσθέτως, κατευθύνει την υγειονομική μονάδα στην υιοθέτηση πιο ορθολογικών αποφάσεων με τόσο μακροπρόθεσμους όσο και βραχυπρόθεσμους στόχους, έναντι των οποίων δύναται να σημειωθεί και να καταγραφεί η πρόοδος.

Εν γένει, το αποτελεσματικό στρατηγικό management επιφέρει:

- βελτίωση στη κάθετη και στην οριζόντια επικοινωνία εντός της υγειονομικής μονάδας,
- καλύτερη συνεργασία εργαζόμενων και διοικητικών στελεχών με σκοπό την επίτευξη κοινών στόχων
- καλύτερο συντονισμό μεταξύ ιατρικών και μη τμημάτων καθώς και καλύτερη κατανόηση του ρόλου τους
- καλύτερη κατανόηση από πλευράς διοίκησης τόσο των παρουσών όσο και των μελλοντικών τάσεων με στόχο την άμεση προσαρμογή της υγειονομικής μονάδας
- μεγαλύτερη ενεργό συμμετοχή των τμημάτων στην υλοποίηση της στρατηγικής ανάπτυξης.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί νωρίτερα, με το πέρασμα των χρόνων, εξαιτίας των τρεχουσών κοινωνικο-πολιτικών, οικονομικών και τεχνολογικών εξελίξεων δημιουργείται η επιτακτική ανάγκη προσαρμογής στις νέες συνθήκες. Ως εκ τούτου, απαιτούνται μέθοδοι βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών και στο χώρο της υγείας. Οι μέθοδοι, λοιπόν, βελτίωσης της ποιότητας που χρησιμοποιεί η ΔΟΠ διακρίνονται στους εξής που ήδη έχουν αναλυθεί στο προηγούμενο κεφάλαιο:

1. Ποιοτικός Έλεγχος
2. Διασφάλιση Ποιότητας
3. Κύκλοι Ποιότητας
4. Ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής (QUALY'S).

3.5 ΔΟΠ και Επαγγελματίες υγείας

Παγκοσμίως, η απόδοση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης δύναται να αξιολογηθεί μόνο μέσω κλινικών δεικτών. Στις μέρες μας, οι υγειονομικές μονάδες είναι σύνθετοι οργανισμοί, όπου η δράση κάθε επαγγελματία υγείας αποτελεί κομμάτι ενός ολόκληρου συστήματος το οποίο λειτουργεί προς όφελος του ασθενούς. Η προθυμία για οργανωσιακή αλλαγή τόσο από τη Διοίκηση όσο και από τους εργαζόμενους, αποτελεί κλειδί για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων

πρακτικών και πλάνων φροντίδας. Οι μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας σε όλη την Ευρώπη, στοχεύουν στην επίτευξη καλύτερης διαχείρισης και ικανοποίησης των ασθενών, στην αποδοτικότητα και στα βέλτιστα αποτελέσματα θεμάτων υγείας όπου για τον λόγο αυτό, απαιτείται η ολοένα και μεγαλύτερη συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας είτε είναι αυτοί που παρέχουν την φροντίδα είτε αυτοί που διοικούν τις υγειονομικές μονάδες(Ovretveit, J.,2003).

Ωστόσο, πέραν του στόχου ικανοποίησης των ασθενών, ζωτικής σημασίας παράμετρος αποτελεί και η ικανοποίηση των εργαζομένων ενός οργανισμού. Σύμφωνα με τον Weiss, η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί έναν ευρύ όρο ο οποίος συμπεριλαμβάνει χαρακτηριστικά τόσο του αντικειμένου της εργασίας όσο και του εργασιακού περιβάλλοντος, ενώ οι Ellickson και Logsdon συγκεκριμενοποιούν την έννοια περιορίζοντας την στην αρέσκεια του εργαζομένου αναφορικά με τα καθήκοντά του. Από την πλευρά του εργαζόμενου, η μη ικανοποίηση από την εργασία του οδηγεί αφενός σε επιζήμιες συνέπειες όπως η εξουθένωση και αφετέρου σε υψηλά ποσοστά παραίτησης. Από την πλευρά του οργανισμού, η αποχώρηση ή η προθυμία αποχώρησης εργαζομένου οδηγεί σε μείωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ενώ αυξάνει το κόστος για προσλήψεις και εκπαιδεύσεις νέου προσωπικού (Fasbender, U., et al,2018). Στο χώρο της υγείας, η ικανοποίηση των εργαζομένων δύναται να συμβάλλει στη καλύτερη ασφάλεια των ασθενών και στην βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης. Κατά συνέπεια, η διερεύνηση των παραγόντων που διαμορφώνουν την ικανοποίηση των εργαζομένων από την διοίκηση, συντελεί στη καλύτερη κατανόηση τους και την εφαρμογή αλλαγών στον εργασιακό χώρο, γεγονός που με την σειρά του βελτιώνει τη παραγωγικότητα και τη συνολική ποιότητα του οργανισμού (Al Maqbalí, M. A., 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΡΟΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ-BENCHMARKING

Μία ακόμα στρατηγική μέθοδο με σκοπό την εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών συνδυαζόμενη με το καλύτερο δυνατό κόστος, αποτελεί η συγκριτική προτυποποίηση(Benchmarking).

4.1 Ορισμός

Σύμφωνα με τους Gift και Mosel η συγκριτική προτυποποίηση είναι μια συνεχής διαδικασία μέτρησης και σύγκρισης βασικών διαδικασιών με εκείνες των καλύτερων επιδόσεων στην αξιολόγηση της οργανωτικής απόδοσης (Gift, R. G. & Mosel, D. 1994). Ωστόσο σύμφωνα με άλλους ορισμούς, είναι μια μέθοδος συλλογής και αναφοράς δεδομένων με τρόπο που επιτρέπει τη σύγκριση μεταξύ επιδόσεων διαφορετικών οργανισμών με σκοπό τον εντοπισμό σφαλμάτων απόδοσης και τη καθιέρωση ορθών πρακτικών ή πιο απλά είναι μια διαδικασία εντοπισμού και μάθησης από καλές πρακτικές σε άλλους οργανισμούς (Vlăsceanu, L., et al,2004). Η θεωρία της συγκριτικής προτυποποίησης, βασίζεται στον εντοπισμό ενός σημείου αναφοράς μιας επιχείρησης βάσει του οποίου γίνονται συγκρίσεις μεταξύ των οργανισμών (Ettorchi-Tardy, A.,2012).

4.2 Ιστορική αναδρομή

Η συγκριτική προτυποποίηση όπως και οι περισσότεροι μέθοδοι βελτίωσης ποιότητας εφαρμόστηκε αρχικά στο τομέα της βιομηχανίας. Αναλυτικότερα, η ιαπωνική εταιρεία ξηρογραφικών προϊόντων Xerox, στη προσπάθειά της να μειώσει το κόστος παραγωγής της, εισήγαγε τη μέθοδο της συγκριτικής προτυποποίησης. Το 1979, τμήμα της Xerox στην Ιαπωνία ανέλυσε τη ποιότητα των χαρακτηριστικών των προϊόντων της συγκριτικά με εκείνων των ανταγωνιστών από την Ιαπωνία. Ως αποτέλεσμα αυτού, προέκυψε ότι οι ανταγωνιστές πωλούσαν τα προϊόντα τους στο κόστος παραγωγής της Xerox καθώς και ότι το κόστος κατασκευής ήταν υψηλότερο στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η Xerox, λοιπόν, ξεκίνησε τη διαδικασία της συγκριτικής προτυποποίησης και το 1981 κατέληξε να υιοθετηθεί από όλες τις μονάδες της εταιρείας κερδίζοντας το 1989 το βραβείο ποιότητας Malcolm Baldrige National Quality Award (Fedor, D. B.,1996). Η αξία της συγκριτικής προτυποποίησης ως μέθοδος συνεχούς βελτίωσης έγινε δημοφιλής στον επιχειρηματικό κόσμο και δει στον τομέα παροχής υπηρεσιών την δεκαετία του '90 . Πιο συγκεκριμένα, το 1992, ο Balm, G.J επέκτεινε την έννοια της συγκριτικής προτυποποίησης ως μια διαδικασία η οποία

βοηθάει τις επιχειρήσεις να κατανοήσουν τις καλύτερες αποδόσεις που έχουν επιτευχθεί στον τομέα τους με σκοπό να προσαρμόσουν ευκολότερα τις καλύτερες πρακτικές στις δικές τους. Η προσέγγιση αυτή της μεθόδου, αφενός περιλαμβάνει τη τυποποίηση όλων των διαδικασιών και αφετέρου τη σύγκριση της οργάνωσης έναντι ανταγωνιστικών και μη επιχειρήσεων.

Καταληκτικά, παρά το γεγονός πως έχουν αναπτυχθεί αρκετοί ορισμοί για την συγκριτική προτυποποίηση, οι περισσότεροι έχουν την κοινή βάση της συνεχούς μέτρησης και βελτίωσης των επιδόσεων της επιχείρησης έναντι αντίστοιχων των καλύτερων επιχειρήσεων του κλάδου με στόχο τη πληροφόρηση αναφορικά με καλές πρακτικές και νέες μεθόδους εργασίας (Balm G.J. 1992).

4.3 Συγκριτική προτυποποίηση στο τομέας της υγείας

Η ανάγκη για τη βελτίωση της απόδοσης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στον τομέα της υγείας, τα τελευταία χρόνια, ήρθε να εισάγει στην φαρέτρα των επιχειρήσεων και τη μέθοδο της συγκριτικής προτυποποίησης. Όπως έχει ήδη αναφερθεί στο προηγούμενο κεφάλαιο, η αναγκαιότητα ελέγχου του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης, η διαχείριση του κινδύνου και η ικανοποίηση των προσδοκιών των ασθενών-χρηστών είναι παράγοντες οι οποίοι ενθάρρυναν την ανάπτυξη διεθνών προγραμμάτων για την εφαρμογή και αξιολόγηση δεικτών στις μονάδες υγείας. Η συγκριτική αξιολόγηση στο πλαίσιο της συγκριτικής προτυποποίησης κατευθύνθηκε προς την εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών στα συστήματα υγείας προς ικανοποίηση των προσδοκιών των ασθενών. Η ουσιαστική αξιοποίηση της μεθόδου ξεκίνησε το 1990 από την Μεικτή Επιτροπή Διαπίστευσης Οργανισμών Υγείας (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), όπου την όρισε ως εργαλείο μέτρησης για τη παρακολούθηση και τη διαχείριση κλινικών και διοικητικών διαδικασιών. Είναι σημαντικό ,ωστόσο, να αναφερθεί πως η έννοια της συγκριτικής προτυποποίησης έχει μεταβληθεί με τη πάροδο του χρόνου , καθώς αρχικά αφορούσε τη σύγκριση των αποτελεσμάτων απόδοσης για τον εντοπισμό των ανισοτήτων , ενώ ακολούθως συμπεριέλαβε και την ανάλυση διεργασιών για τη παραγωγή υψηλότερων επιπέδων απόδοσης.

Για την εφαρμογή της μεθόδου της συγκριτικής προτυποποίησης κρίνεται απαραίτητη η συνεχής διαχείριση πληροφοριών, μια επιτήρηση δηλαδή, η οποία διευκολύνει και επιταχύνει την διαδικασία της αξιολόγησης. Πρακτικά, η συγκριτική προτυποποίηση, περιλαμβάνει τα κάτωθι:

- Συστηματική σύγκριση δεικτών με τους καλύτερους στο τομέα της υγείας
- Εντοπισμός διαφορών στα αποτελέσματα μέσω επισκέψεων
- Αναζήτηση νέων προσεγγίσεων την βέλτιστη επίδραση στα αποτελέσματα
- Εφαρμογή δεικτών παρακολούθησης

4.4 Κατηγορίες συγκριτικής προτυποποίησης στο τομέα της υγείας

Σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας εντοπίζουμε δυο ευρύτερες και πιο γενικές κατηγορίες πρακτικών συγκριτικής προτυποποίησης: α) την εσωτερική και β) την εξωτερική η οποία χωρίζεται σε υποκατηγορίες.

Στα συστήματα υγείας ανάλογα με το υπό εξέταση χαρακτηριστικό μεταξύ των οργανισμών διαφοροποιούνται ελαφρώς οι κατηγοριοποιήσεις. Εξαιτίας διαφορών που εμφανίζονται στην επένδυση πόρων και δυνατικών αποτελεσμάτων που συνδέονται με διαφορετικούς τύπους συγκριτικής τυποποίησης, η εκάστοτε διοίκηση θα χρειαστεί να προσδιορίσει την κατηγορία προσέγγισης που θα χρησιμοποιήσει.

4.4.1 Εσωτερική συγκριτική προτυποποίηση

Η εσωτερική συγκριτική προτυποποίηση αφορά την επικοινωνία μεταξύ τμημάτων της ίδιας επιχείρησης ή επιχειρήσεων που λειτουργούν ως αλυσίδα σε διαφορετικές τοποθεσίες. Στη κατηγορία αυτή, πραγματοποιείται ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με έναν καλύτερο δείκτη απόδοσης από το ένα τμήμα προς τα υπόλοιπα με σκοπό τη μεταλαμπάδευση του τρόπου επίτευξης. Το εύρημα αυτό, εν συνεχεία, δύναται να χρησιμοποιηθεί και στη συγκριτική αξιολόγηση με άλλες εξωτερικές αλληλεπιδράσεις. Κύριο πλεονέκτημα, της εσωτερικής προτυποποίησης είναι ο κοινός κώδικας επικοινωνίας, η κοινή πολιτική της επιχείρησης καθώς και η άμεση πρόσβαση σε δεδομένα παρέχοντας έτσι μια βάση για μελλοντικές συγκρίσεις. Ακόμα, η εφαρμογή της προσέγγισης αυτής, μειώνει τις πιθανότητες να θέσει σε κίνδυνο το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα της επιχείρησης. Παρά ταύτα, είναι αρκετές οι φορές που τα τμήματα της επιχείρησης παραμελούν τη δυνατότητα συγκριτικής προτυποποίησης άλλων πρακτικών στο εσωτερικό της οργάνωσης. Τέλος, η εσωτερική συγκριτική προτυποποίηση αποτελεί μια πιο ασφαλή προσέγγιση δημιουργώντας ένα υψηλότερο επίπεδο συνεργασίας και κοστίζοντας λιγότερο σχετικά με την εύρεση ενός εταίρου για σύγκριση από το εξωτερικό περιβάλλον της επιχείρησης (Breiter, D., & Kline, S. F. 1995).

4.4.2 Εξωτερική συγκριτική προτυποποίηση

Στον αντίποδα της εσωτερικής συγκριτικής προτυποποίησης βρίσκεται η εξωτερική η οποία αφορά την ανταλλαγή ιδεών, μεθόδων, υπηρεσιών και προϊόντων μιας επιχείρησης με άλλες εξωτερικές επιχειρήσεις που έχουν αναγνωριστεί ως οι καλύτεροι και πρωτοπόροι του κλάδου τους. Όπως έχει ήδη αναφερθεί η κατηγορία αυτή, διαχωρίζεται σε υποκατηγορίες και συγκεκριμένα:

- Την ανταγωνιστική συγκριτική προτυποποίηση, η οποία συγκρίνει μια επιχείρηση με τους άμεσους ανταγωνιστές της, δημιουργώντας μια κουλτούρα αριστείας και ενισχύοντας την ευαισθησία στην αλλαγή. Είναι μια ευαίσθητη μέθοδος με την οποία δύσκολα επιτυγχάνεται συνεργασία με τους ανταγωνιστές και ως εκ τούτου η επιχείρηση που επιθυμεί τη βελτίωση να δυσκολεύεται να αντλήσει τις πρέπουσες πληροφορίες. Ένας άλλος κίνδυνος που δύναται να αντιμετωπίσει η επιχείρηση είναι η προσήλωση στη βέλτιστη πρακτική του ανταγωνιστή και η ταυτόχρονη παραμέληση της αναζήτησης των παραγόντων που αναχαιτίζουν τη δική της απόδοση. Λόγω της δυσκολίας των ανταγωνιστών να αποκαλύψουν βασικά στοιχεία της παραγωγικότητας και του γνωσιακού τους υπόβαθρου πολλές φορές οδηγούμαστε στη συνεργατική συγκριτική προτυποποίηση. Στη περίπτωση αυτή, οι ανταγωνιστές ευνοούνται ο ένας από τον άλλον αντλώντας πληροφορίες μεταξύ τους. Πολλές φορές για να επιτευχθεί η μέθοδος αυτή, προσλαμβάνεται τρίτο μέλος ώστε να οργανώσει και να διεκπεραιώσει την άνωθεν διαδικασία.
- Τη λειτουργική συγκριτική προτυποποίηση, η οποία αφορά συγκριτική έρευνα για τις επιδόσεις της επιχείρησης όχι αποκλειστικά με τους ανταγωνιστές της αλλά και με επιχειρήσεις με παρόμοιες δραστηριότητες ή προβλήματα που τοποθετούνται όμως σε διαφορετικό κλάδο.
- Τη γενική συγκριτική προτυποποίηση, η οποία αφορά της συγκρίσεις της επιχειρηματικής λειτουργίας, οι οποίες είναι ίδιες, ανεξάρτητα από το αντικείμενο των επιχειρήσεων. Θεωρείται ευκολότερη η απόκτηση πληροφοριών σε τέτοιες ρυθμίσεις διότι οι καλύτερες οργανώσεις από άλλους κλάδους είναι πιο πιθανό να μοιραστούν τις εμπειρίες τους. Δυστυχώς, όμως η μέθοδος αυτή διαρκεί περισσότερο και τα αποτελέσματα χρειάζονται αλλαγές προκειμένου οι επιχειρήσεις να καθορίσουν τα δικά τους πρότυπα.

Συμπερασματικά, οι επιχειρήσεις για να αποφασίσουν το είδος της συγκριτικής προτυποποίησης το οποίο θα ακολουθήσουν, θα χρειαστεί να λάβουν υπόψιν τους

σημαντικές παραμέτρους, όπως ο αριθμός των εταίρων της συγκριτικής προτυποποίησης, ο βαθμός αλληλεξάρτησης αυτών καθώς και ο βαθμός αμοιβαίας εμπιστοσύνης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

5.1 Διεθνή Πρότυπα

Στον τομέα της υγείας, διαδραματίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο η εφαρμογή προτύπων πιστοποίησης καθώς και η διαπίστευση από διεθνείς οργανισμούς. Όπως διαπιστώσαμε και ανωτέρω υπάρχουν διαφορετικά εσωτερικά συστήματα διασφάλισης ποιότητας τα οποία διακρίνονται σε απλά όπως οι κύκλοι ποιότητας, οι ποιοτικοί έλεγχοι αλλά και σε πιο σύνθετα όπως η ΔΟΠ (Lee, D., 2012). Υπάρχουν πολλές μορφές συστημάτων που χρησιμοποιούνται για τη ρύθμιση και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης συμπεριλαμβανομένης της διαπίστευσης και της χορήγησης αδείας. Η διαδικασία της διαπίστευσης αποτελεί μια αξιολόγηση στον οργανισμό η οποία πραγματοποιείται είτε από κυβερνητικές αρχές, είτε από ανεξάρτητους φορείς διαπίστευσης όπου ειδικά εκπαιδευμένοι αξιολογητές μελετούν το βαθμό συμμόρφωσης της μονάδας υγείας σε προκαθορισμένα πρότυπα απόδοσης (El-Jardali, F., et al, 2008). Αναλυτικότερα, η πιστοποίηση, αφορά την επίσημη αναγνώριση της συμμόρφωσης σε επικυρωμένα πρότυπα από εξωτερικούς εξουσιοδοτούμενους ελεγκτές. Αντιθέτως, η χορήγηση αδείας, αφορά την επιθεώρηση βάσει ελάχιστων προτύπων από κυβερνητικές αρχές σε μια υγειονομική μονάδα ώστε να ασκήσει το επάγγελμα (Alkhenizan, A., & Shaw, C. 2011). Ιστορικά, τα πρώτα πρότυπα διαπίστευσης που εφαρμόστηκαν σε υγειονομικούς χώρους αναπτύχθηκαν στις ΗΠΑ και συγκεκριμένα από το Αμερικανικό Κολλέγιο Χειρουργών το 1917. Στη συνέχεια, έπειτα από το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, το 1947 δημιουργήθηκε ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης ISO, ο οποίος διαθέτει μέλη από χώρες σε όλο τον κόσμο και έχει μέχρι και σήμερα αναπτύξει 19.000 διεθνή πρότυπα, ενώ αναπτύσσει και νέα κάθε χρόνο. Η επίσημη διαπίστευση, πλέον, ξεκίνησε το 1951 μετά από τη σύνθεση της Μεικτής Επιτροπής στις ΗΠΑ για τη διαπίστευση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations). Το πρότυπο αυτό διαδόθηκε στον Καναδά και την Αυστραλία στη δεκαετία του 1960 και του 1970 ενώ κατέφτασε στην Ευρώπη το 1980.

5.2 Διαπίστευση μέσω προτύπων ISO

Ξεκινώντας με τα πρότυπα ISO 9000, αυτά ορίζουν πρότυπα ποιότητας για την αξιολόγηση συγκεκριμένων λειτουργικών πτυχών και επικεντρώνονται στην ανάπτυξη και στην διαχείριση ώστε να διασφαλιστεί η συνοχή των λειτουργιών στην παραγωγή

και στην παροχή υπηρεσιών με σκοπό να ικανοποιηθούν οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις των πελατών-χρηστών (Evans, J.R., Lindsay, W.M., 2009). Δυστυχώς εξαιτίας της γενικευσιμότητάς τους, δεδομένου ότι δεν εστιάζουν σε συγκεκριμένο προϊόν ή υπηρεσία ή ακόμα και στον τρόπο παραγωγής ή διάθεσης από τους οργανισμούς μόνο το πρότυπο ISO 9001 δύναται να εφαρμοστεί σε μονάδες υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, η χειρουργική, η μαιευτική, η ψυχιατρική και οι εργαστηριακές υπηρεσίες είναι πρώτοι κλάδοι που εφάρμοσαν τα συστήματα ποιότητας για τη θεραπεία και τη διάγνωση ασθενειών. Έρευνες έχουν αναδείξει τη συμβολή των προτύπων ISO στη βελτίωση της επιχειρησιακής αποτελεσματικότητας και της συνεργασίας μεταξύ των τμημάτων μιας υγειονομικής μονάδας. Τέλος, η πιστοποίηση ISO, λειτουργεί ως εξωτερική πλατφόρμα αξιολόγησης και προσδιορισμού του βαθμού κατά τον οποίον μια υγειονομική μονάδα πληροί τα προαπαιτούμενα που έχουν θεσπιστεί από έναν εξουσιοδοτημένο φορέα είτε είναι κυβερνητικός είτε όχι. Τα πρότυπα αυτά, είναι προκαθορισμένα, δημοσιευμένα και εφαρμόσιμα με σκοπό να πυροδοτήσουν τις συνεχείς προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας σε οργανισμούς οι οποίοι έχουν πιστοποιηθεί από ISO.

Τα πρότυπα ποιότητας ISO τα οποία μπορούν να εφαρμοστούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι τα εξής:

- Πρότυπο ISO 9001:2008 , το οποίο είναι διεθνώς αναγνωρισμένο για τη διαχείριση ποιότητας και αφορά όλες τις επιχειρήσεις ανεξαρτήτως του παρεχόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας και αποσκοπεί: στη μείωση του παραγωγικού κόστους λόγω βελτιστοποίησης της διαχείρισης των πόρων, στη συνεχή αναβάθμιση των διεργασιών με βάση την εφαρμογή αντικειμενικών μηχανισμών παρακολούθησης, στην ενίσχυση της φήμης της επιχείρησης και στην ένταξη της στις διεθνείς αγορές καθώς και στην ευαισθητοποίηση των εργαζομένων για τη διαχείριση ποιότητας.
- Πρότυπο ISO 22000:2005, το οποίο προδιαγράφει τις απαιτήσεις για ένα Σύστημα Διαχείρισης της Ασφάλειας των Τροφίμων (ΣΔΑΤ), ώστε αυτή να διασφαλίζεται από την πρωτογενή παραγωγή μέχρι την κατανάλωση.
- Το ISO 29990:2010 είναι ένα διεθνές πρότυπο που έχει στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών μη τυπικής εκπαίδευσης ή κατάρτισης όπως επαγγελματική εκπαίδευση, δια βίου μάθηση, ενδοεπιχειρησιακά σεμινάρια.

- Το ISO/IEC 27001 είναι ένα διεθνές πρότυπο που μπορεί να επιθεωρηθεί και το οποίο καθορίζει τις απαιτήσεις για ένα Σύστημα Διαχείρισης Ασφάλειας Πληροφοριών.
- Το Διεθνές Πρότυπο ISO 26000 το οποίο δίνει τη δυνατότητα στις εταιρίες να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν ένα σύστημα, περιλαμβάνοντας κατευθυντήριες γραμμές και οδηγίες σχετικά με τις αρχές της Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης (Odundo, G. O., et al, 2015).

5.3 Διαπίστευση μέσω του συστήματος Μεικτής Επιτροπής

Εν συνεχεία, θα αναλύσουμε ένα άλλο σύστημα διαπίστευσης το οποίο διαμορφώθηκε από τη Μεικτή Επιτροπή (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) και παρουσιάζει μια διαδικασία αξιολόγησης της υγειονομικής μονάδας μέσω 10 σταδίων τα οποία παρατίθενται παρακάτω:

- Στάδιο 1: Ο διευθυντής αναθέτει ευθύνες παρακολούθησης και αξιολόγησης σε σχετικές εργασιακές δραστηριότητες.
- Στάδιο 2: Προσδιορισμός του εύρους των υπηρεσιών που συμπεριλαμβάνει η περίθαλψη στην υγειονομική μονάδα, την αξιολόγηση και την παρακολούθησή τους.
- Στάδιο 3: Προσδιορισμός των πτυχών της παρεχόμενης φροντίδας με σκοπό την ελάττωση των κινδύνων και των σφαλμάτων καθώς και η παρακολούθηση και η αξιολόγηση των επαγγελματιών υγείας βάσει των δραστηριοτήτων του εκάστοτε τμήματος.
- Στάδιο 4: Προσδιορισμός δεικτών που αφορούν διαδικασίες, εκβάσεις, δυναμική μονάδας με στόχο τη διαμόρφωση δεικτών ποιότητας μέσα από κάθε πτυχή παρεχόμενης φροντίδας.
- Στάδιο 5: Καθορισμός του κατώτατου ορίου αξιολόγησης, δηλαδή του επιπέδου της εντατικής αξιολόγησης της περίθαλψης.
- Στάδιο 6: Συλλογή των δεδομένων από το προσωπικό του εκάστοτε τμήματος με σκοπό την αξιολόγηση μέσω σύγκρισης.
- Στάδιο 7: Αξιολόγηση φροντίδας από το προσωπικό του εκάστοτε τμήματος ώστε να αποτραπούν προβλήματα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
- Στάδιο 8: Λήψη στρατηγικών αποφάσεων για την επίλυση προβλημάτων που δύνανται να προκύψουν.

- Στάδιο 9: Αξιολόγηση των ενεργειών η οποία μπορεί να τεκμηριωθεί μέσω της βελτίωσης των εγγράφων.
- Στάδιο 10: Κοινοποίηση σχετικών πληροφοριών μέσω του δικτύου της υγειονομικής μονάδας αναφορικά με τα αποτελέσματα της διαδικασίας παρακολούθησης και αξιολόγησης.

Σύμφωνα με μελέτες, η εφαρμογή της ανωτέρω διαδικασίας στον τομέα της υγείας αποτελεί σημαντικό εργαλείο για τη διασφάλιση της ποιότητας, συμβάλλοντας στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών , στην αύξηση της αποδοτικότητας καθώς και στην ελάττωση επιπλοκών που συνδέονται με την περίθαλψη.

5.4 Διαπίστευση μέσω του συστήματος JCI

Επιπροσθέτως, η διαπίστευση μέσω Joint Commission International (JCI), αποτελεί ακόμα ένα σύστημα διασφάλισης ποιότητας στις υγειονομικές μονάδες. Η όλο και αυξανόμενη ζήτηση παγκοσμίως για την αξιολόγηση βάσει προτύπων στην υγειονομική περίθαλψη, οδήγησε το 1997 την ίδρυση της JCI. Η JCI, έχει διαμορφώσει επτά προγράμματα διαπίστευσης που αφορούν: νοσοκομεία, εργαστήρια, ιατρικές μεταφορές, συνεχόμενη φροντίδα, ασθενοφόρα και πρωτοβάθμια φροντίδα και τα οποία χρησιμοποιούν πρότυπα βέλτιστων πρακτικών και εξωτερικών αξιολογήσεων της λειτουργίας και της διαχείρισης μιας υγειονομικής μονάδας. Μεριμνούν για την προώθηση μιας πιο οργανωτικής κουλτούρας η οποία θα δρα προληπτικά και όχι ιατρικά, εστιάζοντας περισσότερο στο σύστημα παρά στα άτομα (Yousefian, S.,et al,2013).

Τα πρότυπα πιστοποίησης JCI για υγειονομικές μονάδες διακρίνονται σε δυο κατηγορίες:

1. Τα πρότυπα με βάση τον ασθενή: τα οποία αφορούν τις υπηρεσίες φροντίδας που εισέρχονται και εξέρχονται σύμφωνα με τις ανάγκες τους αλλά και τους διαθέσιμους πόρους του οργανισμού. Στην κατηγορία αυτή, ο οργανισμός φέρει ευθύνη για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων του ασθενούς και του συγγενικού του περιβάλλοντος, ενώ ταυτόχρονα μεριμνά για την ιατρική τους εκπαίδευση ενθαρρύνοντας τη συμμετοχή τους για τη λήψη αποφάσεων που αφορούν την περίθαλψή τους.

2. Τα πρότυπα οργάνωσης της υγειονομικής περίθαλψης: τα οποία σχετίζονται με τον προγραμματισμό και τη διαχείριση από τον οργανισμό των προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας και ασφάλειας των ασθενών.

Η πιστοποίηση JCI έχει αποδειχθεί ότι συντρέπει τις διεθνείς οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης, τους οργανισμούς δημόσιας υγείας, τα υπουργεία υγείας και άλλες μονάδες, αξιολογώντας, βελτιώνοντας και επιδεικνύοντας την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών, ενώ παράλληλα διευκολύνει τους συγκεκριμένους νομικούς, θρησκευτικούς και πολιτιστικούς παράγοντες. Τα πρότυπα διαπίστευσης JCI έχουν ενημερωθεί αρκετές φορές από τη δημιουργία τους, με βάση το μεταβαλλόμενο παγκόσμιο περιβάλλον για την ποιότητα της περίθαλψης στα νοσοκομεία με αποτέλεσμα να είναι όσο το δυνατόν αναβαθμισμένα (Devkaran, S., 2014).

5.5 Ελληνική πραγματικότητα-Ο ελληνικός φορέας πιστοποίησης

Πέραν των διεθνών προτύπων διαπίστευσης, δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε και τον ελληνικό εθνικό φορέα πιστοποίησης που είναι ο ΕΛΟΤ (Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης). Ιδρύθηκε το 1976 και λειτούργησε έχοντας επιχορήγηση από το κράτος και εποπτεία από το υπουργείο Βιομηχανίας ως νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου. Από το 1997 και ύστερα, λειτουργεί ως Ανώνυμη Εταιρεία υπό την εποπτεία του υπουργείου Ανάπτυξης. Ο ΕΛΟΤ ξεκίνησε με στόχο την ανάπτυξη , την προαγωγή καθώς και την εφαρμογή τυποποιήσεων σε διάφορες δραστηριότητες στην Ελλάδα όπως : οι πιστοποιήσεις και οι έλεγχοι. Εκπονεί τόσο πρωτογενώς ελληνικά πρότυπα όσο και πρότυπα εναρμονισμένα με τα διεθνή πρότυπα. Συμμετέχει ως ο μοναδικός εκπρόσωπος της Ελλάδας σε μια σειρά από οργανισμούς τυποποίησης όπως ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή Τυποποίησης. Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, ο ΕΛΟΤ εφαρμόζει συστήματα επιθεώρησης, αξιολόγησης και πιστοποίησης. Στο πλαίσιο των διαδικασιών αυτών χορηγεί πιστοποιητικά συμμόρφωσης προϊόντων , διαδικασιών και υπηρεσιών σε συστήματα και οργανισμούς δραστηριοποιούμενος ενεργά και στον τομέα της υγείας.

5.6 Μέθοδοι παρακολούθησης των προτύπων

Σημαντική αναφορά πέραν από την εφαρμογή των διεθνών προτύπων είναι και ο τρόπος παρακολούθησης τους. Υπάρχουν δυο τρόποι ώστε η διοίκηση μιας υγειονομικής μονάδας να μπορεί να έχει την εποπτεία των προτύπων έπειτα από την εφαρμογή τους: α) μέσω της αναδρομικής αξιολόγησης δράσεων και β) μέσω της ταυτόχρονης αξιολόγησης δράσεων.

Αρχικά η αναδρομική αξιολόγηση, αφορά τους μηχανισμούς αποτίμησης και πραγματοποιείται έπειτα από την έξοδο του ασθενούς από την υγειονομική μονάδα. Η αξιολόγηση αυτή απαρτίζεται από:

1. Την παρακολούθηση κλειστού κύκλου, η οποία αφορά έναν δομημένο έλεγχο όλων των αρχείων του ιατρικού φακέλου του ασθενούς με σκοπό τη διερεύνηση τυχόν ελλείψεων στη φροντίδα του.
2. Τη συνέντευξη του ασθενούς μετά τη φροντίδα, η οποία αφορά τόσο τον ίδιο όσο και το οικείο του περιβάλλον αφού όμως έχει ολοκληρωθεί η θεραπεία του και η περίθαλψή του.
3. Το ερωτηματολόγιο, το οποίο δίδεται στον ασθενή με το εξιτήριο του αξιολογώντας την ικανοποίηση του από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Η ταυτόχρονη αξιολόγηση περιλαμβάνει το σύνολο των αποτιμήσεων που αναπτύσσονται καθώς ο ασθενής βρίσκεται εντός της υγειονομικής μονάδας. Πιο συγκεκριμένα απαρτίζεται από:

1. Την παρακολούθηση ανοικτού τύπου, η οποία αφορά τον έλεγχο του ιατρικού φακέλου του ασθενούς με προκαθορισμένα κριτήρια όσο εκείνος συνεχίζει να λαμβάνει φροντίδα με σκοπό την άμεση ανατροφοδότηση για την κατάστασή του.
2. Τη συνέντευξη, η οποία διακρίνεται: α) στην παρακολούθηση του ασθενούς μέσω συζήτησης για το πλάνο φροντίδας του αλλά και στην παρατήρηση της συμπεριφοράς του και β) στην παρατήρηση των επαγγελματιών υγείας, η οποία αφορά τη κλινική συμπεριφορά βάσει δεδομένων κριτηρίων.
3. Τις ομαδικές συναντήσεις των επαγγελματιών υγείας με τον ασθενή και το οικείο περιβάλλον με στόχο την συζήτηση σχετικά με την πορεία του πρώτου.

5.7 Μέθοδος αξιολόγησης της εφαρμογής των προτύπων μέσω δεικτών

Αρχικά οι δείκτες αποτελούν κύρια εργαλεία για την πραγματοποίηση μιας αξιολόγησης, είναι δηλαδή μεταβλητές οι οποίες συμβάλλουν στη μέτρηση αλλαγών. Παρουσιάζουν την τρέχουσα κατάσταση ενός τμήματος και παράλληλα είναι χρήσιμοι τόσο για τη σύγκριση μεταξύ των τμημάτων όσο και για τη σχέση τους με καθορισμένα πρότυπα. Παρέχουν την δυνατότητα ποσοτικοποίησης των αποτελεσμάτων διαφόρων ενεργειών μιας δεδομένης χρονικής περιόδου και έτσι δύνανται να βοηθήσουν στην προσπάθεια για διαρκή βελτίωση μέσω της ανάδειξης πλεονεκτημάτων και αδυναμιών του τμήματος. Οι δείκτες είναι απαραίτητο να χαρακτηρίζονται από τέσσερα βασικά

στοιχεία: αξιοπιστία, εγκυρότητα, εξειδίκευση και ευαισθησία. Πρέπει να μετρούν με σαφήνεια το υπό μελέτη αντικείμενο, να παρέχουν το ίδιο αποτέλεσμα ανεξαρτήτως των ερευνητών που θα τους χρησιμοποιήσουν και να είναι ευαίσθητοι σε δυναμικές αλλαγές. Σύμφωνα με τους Παπακωστίδη και Τσουκαλά (2012) μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής :

1. Δείκτες δομής (εγκαταστάσεις και στελέχωση) όπως:

- Κατάλληλες εγκαταστάσεις οι οποίες θα χαρακτηρίζονται από ασφάλεια, λειτουργικότητα, προσβασιμότητα και αισθητική (των χώρων)
- Προδιαγραφές και επάρκεια του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού
- Τμηματοποίηση, διεύθυνση προσωπικού, σύστημα αμοιβών
- Βασική και συνεχιζόμενη εκπαίδευση προσωπικού
- Αναλογία προσωπικού/ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία/έτος
- Αναλογία έκτακτων συμβάντων που έθεσαν τα μηχανήματα εκτός λειτουργίας/έτος

2. Δείκτες διαδικασιών

- Αναμονή των ασθενών στους χώρους του τμήματος
- Εφαρμογή επίσημου προγράμματος διασφάλισης ποιότητας
- Αριθμός ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία /ώρα
- Διάρκεια κατά την οποία έχει τεθεί ένα μηχάνημα εκτός λειτουργίας/ έτος
- Πληρότητα του ιατρικού φακέλου του ασθενούς και ακρίβεια της κάρτας θεραπείας του

3. Δείκτες αποτελέσματος

- Ποσοστά επιβίωσης /κατηγορία νόσου
- Διάστημα ελεύθερο νόσου
- Διάστημα ελεύθερο υποτροπής νόσου
- Δείκτες ποιότητας ζωής των ασθενών
- Δείκτες ικανοποίησης των ασθενών

4. Δείκτες αποδοτικότητας

- Ρυθμός εισροής
- Διάστημα εναλλαγής
- Πληρότητα

- Μέση διάρκεια νοσηλείας

Η εφαρμογή των δεικτών επιτυγχάνει αρκετά οφέλη για τα τμήματα και κατ' επέκταση για ολόκληρη την επιχείρηση. Πιο συγκεκριμένα, μεγεθύνει όλο και περισσότερο τις δυνατότητες των διαδικασιών λήψης απόφασης. Επιπροσθέτως, προσδιορίζει αντικειμενικά την αποδοτική χρήση των διατιθεμένων πόρων και υποδεικνύει τους τομείς που παρουσιάζουν ανάγκη βελτίωσης και παρακολουθεί τα αποτελέσματα των εφαρμοσμένων ενεργειών. Τέλος, παρέχει τη δυνατότητα δημιουργίας μια βάσης δεδομένων σε εθνικό επίπεδο, που πρόκειται να υποστηρίξει τη συγκριτική αξιολόγηση μεταξύ των υγειονομικών μονάδων αναπτύσσοντας τις εσωτερικές διαδικασίες ποιότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ-ΠΟΙΑ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΕΡΓΟ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Τόσο η επιστήμη της ψυχολογίας όσο και η επιστήμη της κοινωνιολογίας έχουν διερευνήσει τη σημασία της ικανοποίησης του ατόμου από την εργασία του. Σύμφωνα με τον Weiss(2002), η ικανοποίηση από την εργασία είναι ένας ευρύς όρος ο οποίος συμπεριλαμβάνει το αντικείμενο της εργασίας καθώς και τα χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος. Από την άλλη, οι Ellickson και Logsdon αναφέρουν πως η ικανοποίηση του ατόμου από την εργασία του έγκειται στο βαθμό που ο εργαζόμενος αρέσκεται στις δουλειές του. Η διατήρηση, λοιπόν, του ανθρώπινου δυναμικού σε οποιονδήποτε οργανισμό , βασίζεται στην ικανοποίηση του εργαζομένου. Ως εκ τούτου, η έλλειψη ικανοποίησης έχει επιζήμιες συνέπειες τόσο στον οργανισμό με υψηλά ποσοστά αποχωρήσεων όσο και στον εργαζόμενο με επαγγελματική εξουθένωση (Ulrike, F.,et al,2018). Ποιά όμως η επίδραση της εφαρμογής των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας από τη διοίκηση στην εργασιακή καθημερινότητα των επαγγελματιών υγείας;

6.1 Επίδρασεις των προτύπων στο έργο των επαγγελματιών υγείας-Μελέτες

Είναι κοινώς αποδεκτό πως η εφαρμογή ενός προγράμματος διασφάλισης ποιότητας αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία για μια επιχείρηση , όπως και για μια υγειονομική μονάδα. Η απόφαση της διοίκησης για την εφαρμογή της νέας αυτής στρατηγικής απαιτεί την αναδιαμόρφωση της επιχειρησιακής κουλτούρας καθώς και τη συνειδητοποίηση της προτεινόμενης αλλαγής η οποία ακολουθείται από την αποδοχή και τελικώς την υιοθέτησή της. Πέραν της διοίκησης , σημαντικός είναι εξίσου και ο ρόλος του προσωπικού. Η στάση που πρόκειται να υιοθετήσει έναντι της προτεινόμενης αλλαγής δύναται να επηρεάσει είτε θετικά είτε αρνητικά τη διαδικασία (Carayon, P., 2014). Πιο συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες υγείας ως αναπόσπαστο κομμάτι των υγειονομικών δομών, ασκούν μέσω των αντιλήψεων και των στάσεων τους σημαντική επιρροή στην εφαρμογή προτύπων διασφάλισης ποιότητας.

Πολλές είναι οι μελέτες, σε διεθνές επίπεδο, που έχουν βάλει στο μικροσκόπιο την αντίληψη των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με τη διαπίστευση και την πιστοποίηση της ποιότητας των υγειονομικών μονάδων. Ξεκινώντας, θα αναφερθούμε στη ποιοτική έρευνα των Lundqvist και Axelsson , όπου διερευνήθηκαν οι αντιλήψεις

των νοσηλευτών για τη διασφάλιση ποιότητας σε μονάδες υγείας στη Σουηδία. Βάσει των αποτελεσμάτων, παρατηρήθηκαν τέσσερις βασικοί πυλώνες για τους οποίους εξέφρασαν διαφορετικές απόψεις:

1. ο έλεγχος
2. η ανάπτυξη
3. η συνεργασία
4. οι απαιτήσεις

Ο έλεγχος, αφορούσε την εύρεση ελαττωμάτων και ελλειμμάτων των διαδικασιών καθώς και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων διαφόρων δραστηριοτήτων. Η ανάπτυξη θεωρήθηκε ως ο τρόπος βελτίωσης τόσο της φροντίδας των ασθενών όσο και του έργου των επαγγελματιών υγείας και της προσωπικής τους ανέλιξης. Ορισμένοι νοσηλευτές, αντιλήφθηκαν τη διασφάλιση ποιότητας ως ένα εργαλείο για την ενίσχυση της ομαδικής εργασίας καθώς αναφέρουν πως η συνεργασία τους με συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων συνέβαλε στην ανταλλαγή γνώσεων γεγονός που ευνόησε την επίτευξη στόχων σε διάφορες δραστηριότητες. Τέλος, η ένταξη των προτύπων διασφάλισης ποιότητας σηματοδότησε αυτομάτως και την αύξηση των απαιτήσεων των επαγγελματιών υγείας στην καθημερινή εργασία τους με γνώμονα την εκπλήρωση των απαιτήσεων του νόμου και όχι ως μέρος της επιστήμης τους.

Σε πιο πρόσφατη έρευνα, των Hong και Park (2016), τέθηκε στο μικροσκόπιο η διαπίστευση ποιότητας της υγείας και η σχέση της με την ευαισθητοποίηση και τον έλεγχο των λοιμώξεων από τους νοσηλευτές. Βάσει των αποτελεσμάτων οι αντιλήψεις των νοσηλευτών για τη διαπίστευση ήταν θετικές και η απόδοση του ελέγχου των λοιμώξεων ήταν αυξημένη, δεδομένης της συνειδητοποίησης της σημασίας της.

Σε άλλη παρόμοια έρευνα οι Known και Lee (2017), εξέτασαν τις αντιλήψεις για τη διαπίστευση JCI σε σχέση με τις αποδόσεις των νοσηλευτών και την πρόθεσή τους να αποχωρήσουν από την υγειονομική μονάδα εργασίας τους στην Κορέα. Οι αντιλήψεις οι οποίες καταγράφηκαν παρουσίασαν αρκετές διαφορές ανάλογα με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση, το τμήμα εργασίας καθώς και την εμπειρία. Τα στοιχεία τα οποία προέκυψαν, οδήγησαν τους ερευνητές στο συμπέρασμα ότι οι αντιλήψεις των νοσηλευτών ήταν θετικές για το σύστημα διαπίστευσης καθώς και η επίδοσή τους βελτιώθηκε και οδήγησε σε καλύτερη αυτοδιάθεση και παραμονή στο χώρο εργασίας.

Μελετώντας τα αποτελέσματα όλων αυτών των μελετών, καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας δίστανται. Σε αρκετές μελέτες

έχουν καταγραφεί στάσεις θετικές ως προς την υιοθέτηση νέων πρακτικών και την εφαρμογή προτύπων διασφάλισης ποιότητας στην εργασιακή τους καθημερινότητα, ενισχύοντας έτσι την απόδοση, βελτιώνοντας την παρεχόμενη φροντίδα και διευρύνοντας την γνώση τους. Ωστόσο, δεν είναι λίγες και οι ουδέτερες καθώς και σε κάποιο βαθμό αρνητικές στάσεις εκτιμώντας την πιστοποίηση και τα μέσα διαπίστευσης στο εργασιακό περιβάλλον ως ένα μέσο ελέγχου και περιορισμού των επαγγελματιών υγείας, και δέσμευσης με περισσότερες υποχρεώσεις και απαιτήσεις.

Εν αντιθέσει με τις έρευνες σε διεθνές επίπεδο, λίγες είναι εκείνες οι οποίες έχουν διεξαχθεί στον ελλαδικό χώρο και οι οποίες πραγματεύονται τις αντιλήψεις και τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας για τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας και το αντίκτυπο τους στην εργασιακή τους καθημερινότητα. Τα ελληνικά δεδομένα φαντάζουν πενιχρά, ωστόσο, έχουν γίνει προσπάθειες έρευνας και μελέτης στο πλαίσιο διπλωματικών εργασιών και ερευνητικών μελετών καλύπτοντας ορισμένες πλευρές του θέματος. Αρχικά, οι Καραθανάση,Κ., και συν (2012), μελέτησαν την ανάγκη της γνώσης και της εφαρμογής ή μη πρωτοκόλλων και δεικτών ποιότητας σε ένα κλειστό τμήμα μιας νοσοκομειακής μονάδας όπως είναι αυτό του χειρουργείου. Το χειρουργείο αποτελεί ένα ιδιαίτερο τμήμα καθώς απαιτεί στελέχωση από εξειδικευμένο προσωπικό ώστε να ανταποκρίνεται στις τρέχουσες εξελίξεις. Η μελέτη διεξάχθηκε σε γενικά και ιδιωτικά νοσοκομεία σε Αθήνα, Λάρισα και Θεσσαλονίκη με το δείγμα της να απαρτίζεται από νοσηλευτές και ιατρούς των χειρουργείων. Με βάση τα αποτελέσματα της εργασίας, διαπιστώθηκε μια ολιγοψαφία, κατά πλειονότητα από τους νοσηλευτές, τόσο στη γνώση όσο και στην εφαρμογή κριτηρίων ποιότητας στο τμήμα τους. Εντοπίστηκε απουσία του ποιοτικού ελέγχου στην τακτική των ελληνικών χειρουργείων με μη χρήση πρωτοκόλλων και κριτηρίων καταγραφής ποιοτικών δεικτών καθώς και αδιαφορία των επαγγελματιών υγείας και δει των νοσηλευτών να επιμορφωθούν σχετικά ώστε να επιτελούν ορθά το έργο τους. Λαμβάνοντας υπόψη, λοιπόν τις τρέχουσες εξελίξεις στα τμήματα των χειρουργείων και το ρόλο ζωτικής σημασίας των νοσηλευτών, κρίθηκε επιτακτική η ανάγκη εκπαίδευσης των τελευταίων στην εφαρμογή κριτηρίων ποιότητας με σκοπό την παροχή ποιοτικότερης φροντίδας.

Εν συνεχεία, θα αναφερθούμε στη διπλωματική εργασία του Κασκάνη Δημ., (2022) κατά την οποία διερευνώνται οι απόψεις και οι αντιλήψεις του προσωπικού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου για τον αντίκτυπο της πιστοποίησης με πρότυπο ποιότητας ISO 9001:2015. Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας αποτέλεσε η καταγραφή παραγόντων δυσκολίας της εφαρμογής του προτύπου, οι προσδοκίες και οι

ανάγκες των επαγγελματιών υγείας σχετικά με το αντίκτυπο της εφαρμογής του προτύπου καθώς και η ανάπτυξη ενός θεωρητικού πλαισίου το οποίο θα αποτυπώνει τις εμπειρίες των επαγγελματιών υγείας με στόχο τη βελτίωση διαδικασιών. Το δείγμα της έρευνας επιλέχθηκε μέσω σκόπιμης δειγματοληψίας πραγματοποιώντας συνεντεύξεις αποκλειστικά σε μέλη της ομάδας ειδικών στην ποιότητα επαγγελματιών υγείας του δημόσιου πανεπιστημιακού νοσοκομείου. Σύμφωνα με τις δηλώσεις των επαγγελματιών υγείας οι πιστοποιήσεις ISO προέρχονταν δυστυχώς από το 2005 από εθελοντικές πρωτοβουλίες της διοίκησης, ενισχύοντας έτσι τον εθελοντισμό των ατόμων στην ανάπτυξη και εφαρμογή των προτύπων κατευθυνόμενων από άτυπες ομάδες καθοδήγησης. Επιπρόσθετα, οι κλινικοί υπεύθυνοι ποιότητας υποστήριξαν τα οφέλη του προτύπου στην καθημερινή κλινική πράξη χωρίς όμως ανάγκη υποχρεωτικής εκπαίδευσης των εργαζομένων, αξιολογώντας την ενσωμάτωση του προτύπου ως πρακτικό παράδειγμα. Ακόμα, όλοι οι ερωτηθέντες συνέκλιναν στην άποψη της πολυπλοκότητας της διατύπωσης των πρωτοκόλλων και των διαδικασιών καθώς και στην επιμέρους επιφόρτιση της γραφειοκρατικής διαδικασίας. Αναφορικά με τους εσωτερικούς και εξωτερικούς ελέγχους υπήρξαν ενδείξεις εξατομικευμένης προσέγγισης από την κλινική ηγεσία ως εποπτεία των επαγγελματιών υγείας. Η ανταπόκριση του συστήματος η οποία στηρίζεται σε ερμηνείες ηγεσίας παρουσιάζονταν ως παραδοσιακή αντίληψη με τιμωρητέα διάθεση επηρεάζοντας αρνητικά τις διαδικασίες εφαρμογής του προτύπου. Τέλος, η πλειοψηφία συμφώνησε στην αναγκαιότητα της θεσμικής αμφίδρομης επικοινωνίας μεταξύ διοίκησης και κλινικής ηγεσίας με σκοπό την τροφοδότηση τεκμηριωμένων πληροφοριών για την ανάπτυξη των τυποποιημένων διαδικασιών. Βάσει των ανωτέρων, η εφαρμογή του ISO 9001 κατόρθωσε την αρχή της διαρκούς βελτίωσης στο σύστημα διαχείρισης ποιότητας. Δυστυχώς η διαφορετικότητα των χαρακτηριστικών των τμημάτων και η πιστότητα υλοποίησης των απαιτήσεων από τους εργαζόμενους του νοσοκομείου τείνουν να εξαρτώνται περισσότερο από προσωπικές απόψεις των διευθυντικών στελεχών των κλινικών και λιγότερο από την συμμετοχικότητα των εργαζομένων. Καταλυτικό ρόλο στην διαδικασία εφαρμογής του προτύπου διαδραματίζει σαφώς και η εκπαίδευση των υφιστάμενων επαγγελματιών υγείας πέρα της ειδικής ομάδας ποιότητας καθώς αυτοί αποτελούν τον κύριο εκτελεστή των διαδικασιών. Ωστόσο τόσο οι εξωτερικοί όσο και οι εσωτερικοί τύποι κινήτρων δύνανται να περιορίζουν ή και να επιτρέπουν την εφαρμογή του ISO 9001 παρέχοντας προσαρμοστικότητα στο σύστημα διαχείρισης ποιότητας.

6.2 Μεθοδολογία Έρευνας

6.2.1 Σκοπός-Μέθοδος

Στο πλαίσιο των κενών που έχουν δημιουργηθεί, λαμβάνοντας υπόψη τις προαναφερόμενες μελέτες, ο βασικός σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει τις απόψεις και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας, ως κύριου προσωπικού σε υγειονομικές μονάδες στην Ελλάδα, απέναντι στα συστήματα διασφάλισης ποιότητας καθώς και να προσδιορίσει το βαθμό βελτίωσης της εργασιακής τους καθημερινότητας κατά την εφαρμογή αυτών. Η έρευνα αποτελεί πρωτογενή ποσοτική έρευνα που διεξάχθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου, το οποίο διαμοιράστηκε σε δείγμα 120 επαγγελματιών υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές κλπ.) σε υγειονομικές δομές στη Περιφέρεια της Αττικής. Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας δεν εφαρμόστηκε κάποιος περιορισμός σχετικά με τον τομέα των υγειονομικών μονάδων, (είτε ιδιωτικός είτε δημόσιος) καθώς και με τα δημογραφικά στοιχεία, την επαγγελματική κατάρτιση και τη χρονική διάρκεια σύμβασης των ερωτηθέντων. Συνολικά διανεμήθηκαν 120 ερωτηματολόγια εκ των οποίων επιστράφηκαν συμπληρωμένα τα 100. Αναφορικά με τον τομέα δράσης των επαγγελματιών υγείας, το 55% αυτών δραστηριοποιούνται στον ιδιωτικό τομέα, το 30% αυτών δραστηριοποιούνται στο δημόσιο τομέα, ενώ το 15% δεν απάντησε καθόλου τη συγκεκριμένη ερώτηση.

6.2.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Στο πλαίσιο του βασικού σκοπού της παρούσας έρευνας, ορισμένα από τα ερωτήματα που πρόκειται να απαντηθούν είναι τα κάτωθι:

1. Ποιος ο βαθμός ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας από την εργασία τους;
2. Ποιος ο βαθμός ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας από τη δράση της διοίκησης και τις συναδελφικές τους σχέσεις;
3. Ποιες οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την επίδραση των συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας στην εργασιακή τους καθημερινότητα;
4. Ποιες οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την αποτελεσματική εφαρμογή των συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας στις μονάδες υγείας;

5. Ποια η άποψη των επαγγελματιών υγείας σχετικά με το ρόλο της ηγεσίας στην υποστήριξη της εφαρμογής των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας;
6. Ποια η άποψη των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων κατά την εφαρμογή των συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας – διενεργούνται εκπαιδεύσεις και παρέχονται ανταμοιβές;

6.2.3 Σχεδιασμός-Ερωτηματολόγιο

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω ερωτηματολογίου, το οποίο διαμοιράστηκε σε επαγγελματίες υγείας τόσο δημόσιων όσο και ιδιωτικών δομών στην Ελλάδα. Το ερωτηματολόγιο κατείχε ηλεκτρονική μορφή και συγκεκριμένα της πλατφόρμας Google Forms και προωθήθηκε στους επαγγελματίες υγείας μέσω email συνοδευόμενο από ενημερωτικό σημείωμα για το αντικείμενο της εργασίας, το σκοπό της έρευνας αλλά και το ίδρυμα εκπόνησης της εργασίας. Ήταν ανώνυμο και εθελοντικό, ενώ επιλέχθηκε η μέθοδος της αυτοσυμπλήρωσης χωρίς τη συμμετοχή της ερευνήτριας προς αποφυγή μεροληψίας. Πρωταρχικός, λοιπόν, στόχος αποτέλεσε η διευκρίνιση του σκοπού της έρευνας στους ερωτηθέντες. Έπειτα πραγματοποιήθηκε η διανομή του ερωτηματολογίου και η συλλογή του κατάλληλου σε μέγεθος δείγματος. Τέλος, έλαβε χώρα η ανάλυση των αποτελεσμάτων και η παρουσίαση αυτών στην επόμενη υποενότητα. Το ερωτηματολόγιο που διαμοιράστηκε στο δείγμα της έρευνας, συντάχθηκε έπειτα από σχετική έρευνα στην βιβλιογραφία με σκοπό την επιτυχή κάλυψη των ερευνητικών ερωτημάτων. Βασίστηκε στην αριθμητική κλίμακα Likert η οποία αποτελείται από διατάξιμες μεταβλητές όπου η σειρά ανάμεσα στις κατηγορίες έχει σημασία ώστε η μεγαλύτερη τιμή να αντιπροσωπεύει την παρουσία ενός χαρακτηριστικού που εντοπίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό και αντίστοιχα η μικρότερη τιμή να αντιπροσωπεύει την παρουσία ενός χαρακτηριστικού που εντοπίζεται σε μικρότερο βαθμό. Οι ερωτήσεις ήταν κλειστού τύπου προκειμένου να απαντηθούν εύκολα από το δείγμα καθώς και οι απαντήσεις τους να παρουσιαστούν σε διαγράμματα.

Αναλυτικότερα το ερωτηματολόγιο απαρτίζεται από τρία μέρη, κατά τα οποία:

1. Το πρώτο, πραγματεύεται τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας στον χώρο εργασίας τους, όπως: οι μισθολογικές αποδοχές, το ωράριο εργασίας, οι ευκαιρίες επαγγελματικής ανέλιξης, οι δυνατότητες εκπαίδευσης και κατάρτισης, η αλληλεπίδραση με

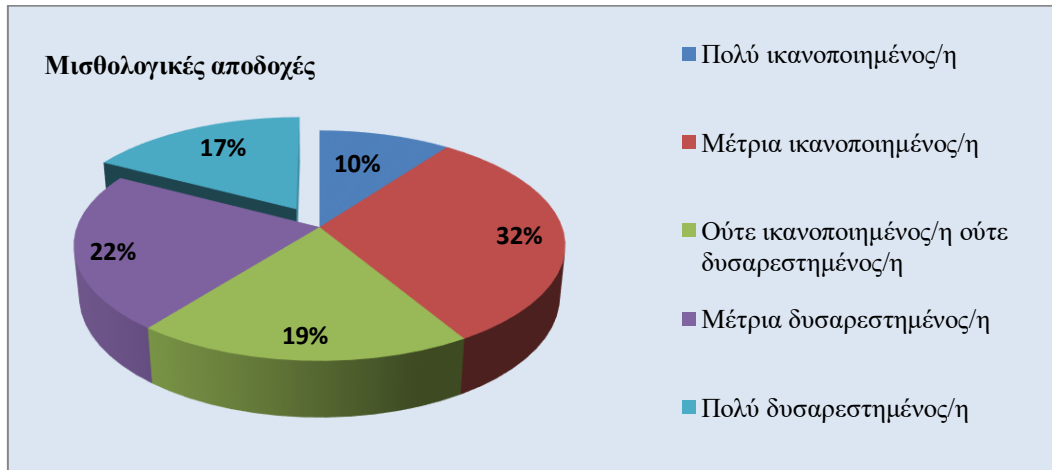
τους συναδέλφους και η ελευθερία στην άσκηση του έργου τους. Μεγάλο μέρος των συγκεκριμένων ερωτήσεων αντλήθηκε από την διατριβή της Χαραλαμπίδου (1996) αναφορικά με την ικανοποίηση των νοσηλευτών στον χώρο εργασίας τους στην Ελλάδα. Το ερωτηματολόγιο είναι αξιόπιστο όπως έχει μέχρι τώρα αποδειχθεί σε χρήσεις του σε μεταγενέστερες έρευνες συναφούς αντικειμένου. Οι ερωτήσεις απαντώνται σε κλίμακα Likert, όπως προαναφέρθηκε, ως εξής:

5	Πολύ ικανοποιημένος/η
4	Μέτρια ικανοποιημένος/η
3	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η
2	Μέτρια δυσαρεστημένος/η
1	Πολύ δυσαρεστημένος/η

2. Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας για τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας σε μονάδες υγείας. Μέρος των συγκεκριμένων ερωτήσεων αντλήθηκε εξίσου από την έρευνα των El Jardali., et al (2008), έχοντας αποδώσει το ερωτηματολόγιο στην ελληνική γλώσσα με σκοπό να χρησιμοποιηθεί στη παρούσα έρευνα, καθώς διερευνούσε τις απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με την επίδραση της διαπίστευσης της ποιότητας στη φροντίδα των ασθενών σε μονάδες υγείας στο Λίβανο. Οι ερωτήσεις απαντώνται ξανά με κλίμακα Likert, ως εξής:

5	Συμφωνώ απόλυτα
4	Συμφωνώ
3	Ουδέτερος/η
2	Διαφωνώ
1	Διαφωνώ απόλυτα

3. Το τρίτο και τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου περιέχει ερωτήσεις από τις οποίες θα συλλεχθούν αποτελέσματα για τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.



Γράφημα 0.1

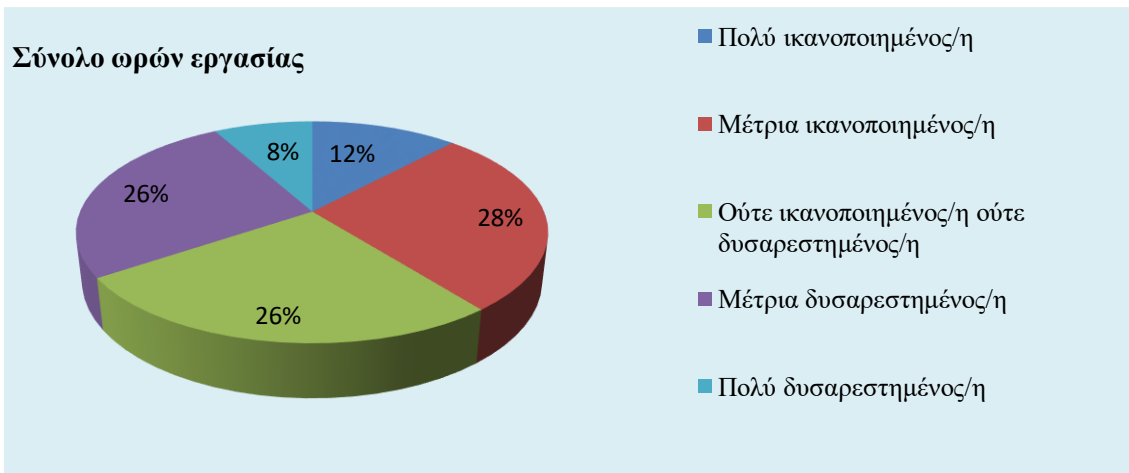
6.3 Αποτελέσματα

Στη παρούσα υποενότητα της εργασίας παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ποσοτικής έρευνας. Για κάθε μέρος του ερωτηματολογίου παρατίθενται τα ποσοστά των αποτελεσμάτων, συνοδευόμενα με τα αντίστοιχα διαγράμματα τους.

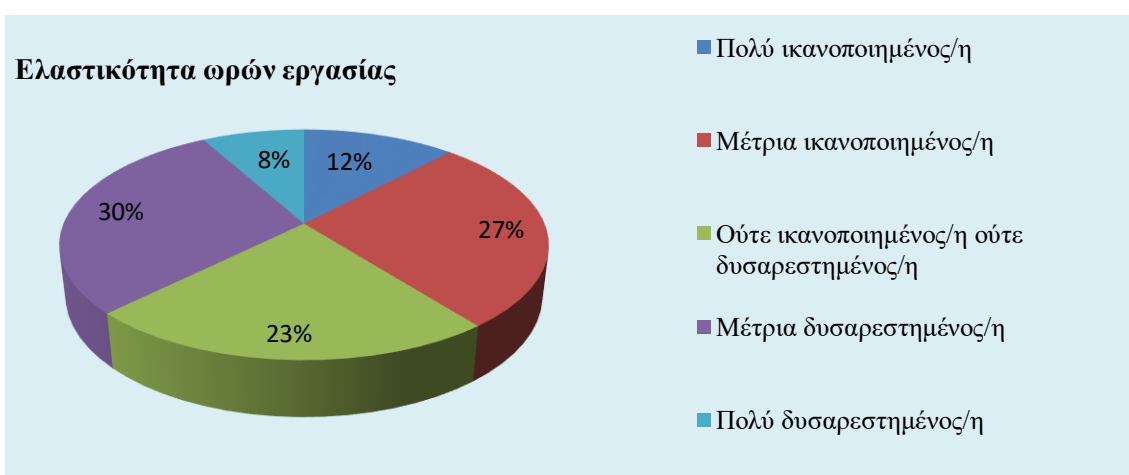
Αρχικά, μελετώντας το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου, το οποίο αφορά την εργασιακή ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας, παρατηρείται πως η διάσταση αυτή της ικανοποίησης είναι πολύπλευρη και αφορά αρκετές πτυχές, όπως: τις οικονομικές απολαβές, τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και την επαγγελματική ανέλιξη.

Αναλυτικότερα, βάσει του ερωτηματολογίου προκύπτει πως οι επαγγελματίες υγείας σε ποσοστό 32 % δηλώνουν μέτρια ικανοποιημένοι μισθολογικά από την εργασία τους ενώ σε ποσοστό 19% και σε ποσοστό 22% δηλώνουν ουδέτεροι και μέτρια δυσαρεστημένοι αντίστοιχα. Αμελητέο δε, δεν είναι και το ποσοστό 17% με το οποίο δηλώνουν πολύ δυσαρεστημένοι όπως φαίνεται και στο διάγραμμα.

Επιπρόσθετα, παρατηρούμε πως τόσο το σύνολο ωρών εργασίας όσο και η δυνατότητα ευελιξίας του ωραρίου των επαγγελματιών υγείας, χαρακτηριστικά γνωρίσματα της εργασιακής τους καθημερινότητας, παρουσιάζουν ποσοστά τα οποία δείχνουν να συμβαδίζουν σε μεγάλο βαθμό. Συγκεκριμένα το 28% και το 27% στις άνωθεν κατηγορίες αντίστοιχα δηλώνουν μέτρια ικανοποιημένοι, ενώ το 8% δηλώνουν πολύ δυσαρεστημένοι.



Γράφημα 0.2



Γράφημα 0.3

Επιπλέον, παρατηρούμε πως η πραγμάτωση της μετεκπαίδευσης του προσωπικού σε νέες πρακτικές, προσφερόμενη είτε από ενδοϋπηρεσιακά επιμορφωτικά προγράμματα είτε από εξωτερικούς διαπιστευμένους φορείς αγγίζει σε ποσοστό περίπου 37% τους μέτρια ικανοποιημένους, σε ποσοστό περίπου 11% τους πολύ δυσαρεστημένους και σε ποσοστό 12% τους απόλυτα ικανοποιημένους.



Γράφημα 0.4

Παράλληλα, όπως προαναφέρθηκε, εξετάζεται και η αλληλεπίδραση που έχουν οι επαγγελματίες υγείας μεταξύ τους, ως διεπιστημονική ομάδα, και τα ποσοστά που προκύπτουν παρουσιάζουν μια αποτελεσματική συνεργασία καθώς τα ποσοστά των πολύ και μέτρια ικανοποιημένων ανέρχονται : 25,5% και 42,9% αντίστοιχα. Τέλος, σημαντική διάσταση στην ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας αποτελεί και το αναπόσπαστο δικαίωμα τους να συμμετέχουν ενεργά σε θέματα που αφορούν τη κλινική και το τομέα τους και να λαμβάνουν αποφάσεις για εργασιακά ζητήματα. Τα ποσοστά, ωστόσο, καταδεικνύουν μια μέτρια ικανοποίηση της τάξης του 30% καθώς και μια ουδέτερη στάση ίδιου ποσοστού.

Εν συνεχεία, μελετάται το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου, το οποίο αφορά την επίδραση της εφαρμογής των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας στις υγειονομικές μονάδες. Περιγράφεται τόσο η στάση της διοίκησης κατά την υιοθέτηση και την εφαρμογή των συστημάτων όσο και το αντίκτυπο αυτών στη περίθαλψη των ασθενών καθώς και στην εργασιακή καθημερινότητα των επαγγελματιών υγείας.

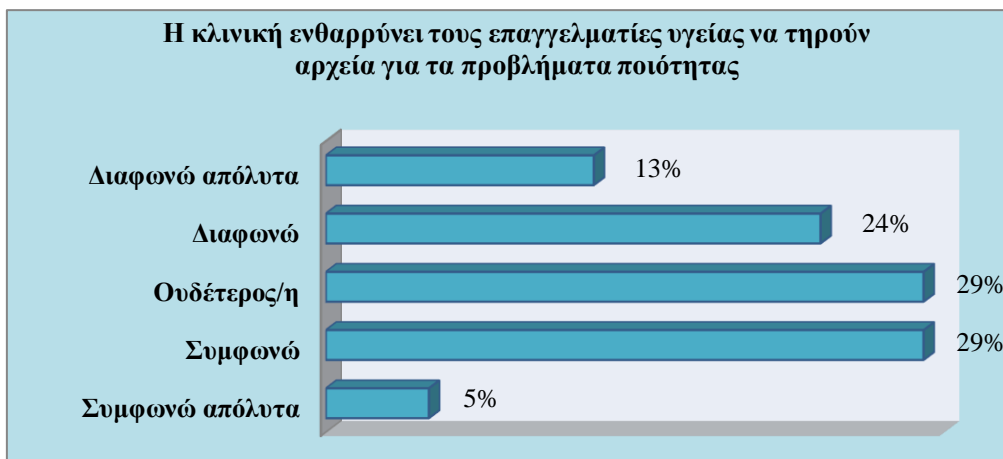


Γράφημα 0.5

Καταρχάς, με βάση τα δεδομένα που προκύπτουν κατά την καταμέτρηση των απαντήσεων, διαπιστώνεται πως οι διοικήσεις τα τελευταία χρόνια δείχνουν μεγάλο ζήλο ως προς την ένταξη και την εφαρμογή των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας, καθώς οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζουν σε μεγάλο ποσοστό την προθυμία τους για βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως φαίνεται και στο Γράφημα 6.5.

Παρά ταύτα, αξιοσημείωτη είναι και η άποψη των επαγγελματιών υγείας για την αδράνεια που επιδεικνύει η διοίκηση ως προς τα νέα δεδομένα και τις πρακτικές με το ποσοστό να αγγίζει το 25% αλλά και για την ανικανότητα που επιδεικνύουν με τη σειρά τους τα διευθυντικά στελέχη για τη διαχείριση τυχόν αλλαγών με τα ποσοστά να κυμαίνονται 30-40%.

Από την πλευρά της διοίκησης της κλινικής, αξίζει να σημειωθεί η προσπάθεια της να συμβαδίζει με τις τεχνολογικές εξελίξεις, τηρώντας με ευλάβεια τακτικούς ελέγχους του εξοπλισμού, με σκοπό να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των τρεχουσών συνθηκών και ως εκ τούτου οι παρεχόμενες υπηρεσίες να είναι εφάμιλλες των κύριων ανταγωνιστών του. Επιπρόσθετα, ικανοποιητική είναι η μερίδα των δομών, όπως φαίνεται και στα διαγράμματα, οι οποίες ενθαρρύνουν το προσωπικό τους να τηρεί αρχείο προβλημάτων ποιότητας με στόχο την κοινοποίηση του περιεχομένου του προς εντοπισμό αδυναμιών και σφαλμάτων και επιδιόρθωσης αυτών.

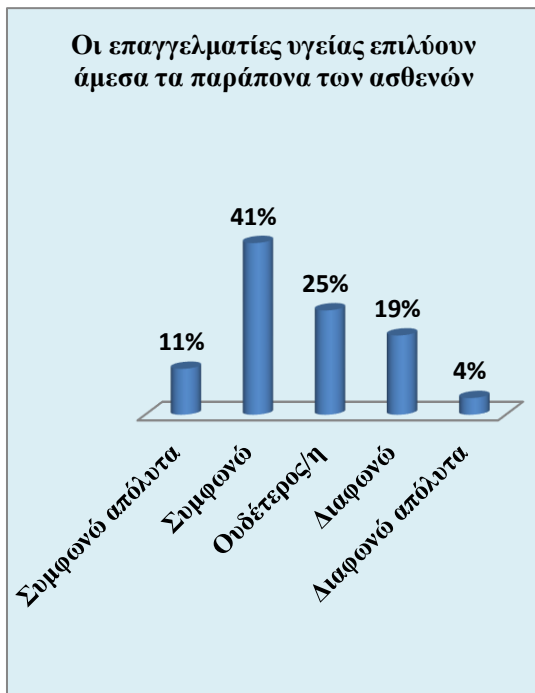


Γράφημα 0.6

Από την πλευρά του επαγγελματία υγείας, φαίνεται πως παραμένει στάσιμη η κατάρτιση του αναφορικά με τα τελευταία δεδομένα των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας στον εργασιακό του χώρο, ενώ παράλληλα στερείται επαρκή χρόνου ώστε να σχεδιάσει και να εφαρμόσει βελτιώσεις ποιότητας στην εργασιακή καθημερινότητα του, χωρίς όμως αυτό να εμποδίζει την όσο το δυνατόν πιο άμεση επίλυση παραπόνων των ασθενών. Συμπερασματικά, λοιπόν, η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας υποστηρίζει πως η εφαρμογή των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας συμβάλει στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς αποτελεί χρήσιμο εργαλείο για την εφαρμογή καταλυτικών οργανωσιακών αλλαγών και ενίσχυσης της συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας.



Γράφημα 0.7



Γράφημα 0.8



Γράφημα 0.9

Τέλος, παρατίθενται τα αποτελέσματα σχετικά με τα δημογραφικά και τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων. Συνολικά στην έρευνα συμμετείχαν 100 επαγγελματίες υγείας τόσο από ιδιωτικές όσο και από δημόσιες δομές. Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες με το ποσοστό τους να ανέρχεται στο 70% αλλά και σαν ιδιότητα νοσηλευτές με το ποσοστό να ανέρχεται στο 56%. Επιπρόσθετα, αξίζει να σημειωθεί πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 30-39 ετών (39%) ή στην ηλικιακή ομάδα 20-29ετών (29%) γεγονός που καταδεικνύει μεγαλύτερη πιθανότητα αλλαγής εργασιακής κουλτούρας και νοοτροπίας για την υιοθέτηση νέων πρακτικών εν αντιθέσει με τους ερωτηθέντες ηλικίας 50 >ετών (11%), οι οποίοι δύναται να παρουσιάσουν ενστάσεις για προβλεπόμενες αλλαγές στις παγιωμένες πρακτικές τους. Συμπληρωματικά, με βάση τα αποτελέσματα του τρίτου μέρους του ερωτηματολογίου, το επίπεδο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας διακρίνεται στα εξής ποσοστά: Απόφοιτος Λυκείου 2%, Απόφοιτος ΙΕΚ/Παστέρ 11%, Απόφοιτος ΤΕΙ/ΑΕΙ 40%, Κάτοχος Μεταπτυχιακού 43% και Κάτοχος Διδακτορικού 4%. Αναφορικά με το καθεστώς της εργασίας, παρατηρείται πως το μεγαλύτερο μερίδιο του δείγματος έχει συνάψει σύμβαση αορίστου χρόνου και πιο συγκεκριμένα περίπου 7 στους 10 επαγγελματίες υγείας, γεγονός που προσδίδει μια σιγουριά στην επαγγελματική σταδιοδρομία τους εν αντιθέσει με εκείνους που έχουν συνάψει σύμβαση ορισμένου χρόνου. Ολοκληρώνοντας, αδιαμφισβήτητα, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και τα χρόνια

προϋπηρεσίας καθώς αναλογικά με αυτά δημιουργείται ένα αίσθημα κορεσμού με την εργασιακή ρουτίνα και ως εκ τούτου προκύπτει καθολική στάση σε επικείμενες αλλαγές. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρούμε πως το 57% των επαγγελματιών υγείας έχει 0-10 έτη προϋπηρεσίας, το 28% έχει 11-20 έτη προϋπηρεσίας, ενώ μόνο 4% έχει 31-40 έτη.

Δημογραφικά στοιχεία δείγματος		
Φύλλο	Άνδρας	30%
	Γυναίκα	70%
Ηλικίας	20-29 ετών	29%
	30-39 ετών	39%
	40-49 ετών	21%
	>50 ετών	11%
Επίπεδο εκπαίδευσης	Απόφοιτος Λυκείου	2%
	Απόφοιτος ΙΕΚ/Παστέρ	11%
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	40%
	Απόφοιτος Μεταπτυχιακού	43%
	Απόφοιτος Διδακτορικού	4%
Ειδικότητα	Ιατρός	13%
	Νοσηλεύτης	55%
	Φυσιοθεραπευτής	12%
	Εργοθεραπευτής	4%
	Τεχνολόγος	4%
	Άλλο	11%
Έτη προϋπηρεσίας	0-10	57%
	11-20	28%
	21-30	11%
	31-40	4%
Καθεστώς εργασίας	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	23,2%
	Σύμβαση αορίστου χρόνου	76,8%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	49%
	Έγγαμος/η	46%
	Διαζευγμένος/η	4%
	Χήρος/α	1%
	Άλλο	0%

6.4 Συμπεράσματα

Η παρούσα εργασία διερεύνησε τις στάσεις, τις απόψεις και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας για τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας, σε τομείς όπως ο ρόλος τους στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στους ασθενείς, ο

ρόλος της ηγεσίας στην υποστήριξη της εφαρμογής των συστημάτων πιστοποίησης, η κατάλληλη διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων κατά την εφαρμογή των συστημάτων πιστοποίησης καθώς και τα οφέλη των συστημάτων πιστοποίησης της ποιότητας για τις μονάδες υγείας αλλά και για τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας.

Αρχικά, αναφορικά με την εργασιακή ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας, οι παράγοντες που συνεισέφεραν σε μεγαλύτερο βαθμό ήταν οι μισθολογικές αποδοχές και οι σχέσεις με τους συνεργάτες, ενώ σε μικρότερο βαθμό η ελαστικότητα του προγράμματος καθώς τα ωράρια εργασίας σε εναλλασσόμενες βάρδιες, είναι κοινά σε αυτές τις επαγγελματικές ομάδες. αλλά και η μικρή αναγνώριση των προσπαθειών τους με ανταμοιβή επαγγελματικών ευκαιριών. Ακόμα διαφορές στα επίπεδα ικανοποίησης καταγράφηκαν με βάση το καθεστώς εργασίας, καθώς εντοπίστηκε ότι οι εργαζόμενοι με σύμβαση αορίστου χρόνου, εξέφρασαν υψηλότερη ικανοποίηση που σχετίζεται με τις εξωγενείς ανταμοιβές και το ωράριο εργασίας, σε σύγκριση με εκείνους που εργάζονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου. Είναι πολύ πιθανό, λοιπόν, οι εργαζόμενοι με συμβάσεις αορίστου χρόνου να νιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια στην εργασία, συγκριτικά με αυτούς με συμβάσεις ορισμένου χρόνου και έτσι οι πρώτοι να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι λόγω αυτής της παραμέτρου.

Σχετικά με την άποψη των επαγγελματιών υγείας για τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αρχικά οι επαγγελματίες υγείας συμφωνούν σε μέτριο βαθμό πως οι διοικήσεις υιοθετούν στρατηγικές που υποστηρίζουν τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας και πως υπάρχει σχεδιασμός για την επίτευξη της. Έτσι προκύπτει το συμπέρασμα πως η ηγεσία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εφαρμογή των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας καθώς εκείνη καλλιεργεί την σωστή εργασιακή κουλτούρα στους επαγγελματίες υγείας και παρέχει τα κατάλληλα μέσα για την υλοποίησή τους. Επιπρόσθετα, οι επαγγελματίες υγείας υποστηρίζουν πως υπάρχει σε αρκετό βαθμό βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών έπειτα από την εφαρμογή των προτύπων,. Ακόμα, υποστηρίζουν πως παρατηρείται μέτρια βελτίωση της ομαδικής εργασίας και αύξηση της παραγωγικότητας των τμημάτων. Επιπλέον, υποστηρίζουν πως υφίσταται ικανοποιητική διαχείριση των παραπόνων και κοινοποίηση των δεδομένων στους ίδιους ως ανατροφοδότηση, ενώ παράλληλα υπογραμμίζουν την έλλειψη ενδουπηρεσιακών και εξωτερικών προγραμμάτων εκπαίδευσης αλλά και την αδυναμία συμμετοχής σε επιτροπές για ζητήματα εργασίας.

Συνολικά, λοιπόν, παρατηρείται ότι ενώ εφαρμόζονται συστήματα διασφάλισης της ποιότητας, το δυναμικό τους δεν έχει αναπτυχθεί πλήρως, επειδή ενδεχομένως η ηγεσία δεν έχει φροντίσει να ενσωματώσει με στρατηγικό σχεδιασμό το πρόγραμμα ποιότητας, αλλά και ούτε έχει παράσχει τα κατάλληλα μέσα στο προσωπικό, ώστε να διευκολύνει την εφαρμογή τους. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι οι υγειονομικές μονάδες στην Ελλάδα δεν θα πρέπει απλώς να εισάγουν προγράμματα για τη βελτίωση της ποιότητας, αλλά να δημιουργούν μια κουλτούρα και να παρέχουν στους επαγγελματίες υγείας, τα μέσα και το κατάλληλο χρονικό διάστημα ώστε να μπορούν να υποστηρίξουν την εφαρμογή τους. Εναλλακτικά η οποιαδήποτε προσπάθεια εισαγωγής προγραμμάτων δύναται να αντιμετωπίσει αντίσταση στην αλλαγή των εργαζομένων και να μην συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

6.5 Προτάσεις

Δεδομένων των ανωτέρων συμπερασμάτων από τις δηλώσεις των ερωτηθέντων είναι κοινώς αποδεκτό πως η αποστολή που καλείται να φέρει εις πέρας η διοίκηση είναι αρκετά δύσκολη λαμβάνοντας υπόψη τον σύνθετο τρόπο λειτουργίας μιας υγειονομικής μονάδας καθώς και τη ποικιλομορφία που εντοπίζεται στους επαγγελματίες υγείας ως κύριο προσωπικό.

Αρχικό μέλημα κάθε διοίκησης θα έπρεπε να είναι ο σχεδιασμός και η εφαρμογή υποχρεωτικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων για όλους τους εργαζόμενους με σκοπό την καλλιέργεια και την υιοθέτηση εν γένει μιας ευέλικτης εργασιακής κουλτούρας. Η κουλτούρα αυτή δύναται να κινητοποιήσει θετικά τους εργαζόμενους στις εναλλαγές που επιτάσσουν οι τρέχουσες εξελίξεις, να συμβάλλει στη κατανόηση του σκοπού των προτύπων και στη καλύτερη εναρμόνιση με τα νέα δεδομένα. Δευτερευόντως, ζωτικής σημασίας είναι η τήρηση εσωτερικών και εξωτερικών ελέγχων ποιότητας σε συστηματική βάση, αφαιρώντας τον τιμωρητέο χαρακτήρα και εστιάζοντας στις δυνατότητες εντοπισμού και επίλυσης λαθών μέσω συστημάτων ανταμοιβής. Ακολούθως, κρίνεται αναγκαία η επαρκής στελέχωση των υγειονομικών μονάδων από επαγγελματίες υγείας καθώς οι ελλείψεις σε προσωπικό επιταχύνουν την εξουθένωση του, περιορίζουν τον χρόνο ενασχόλησης του με τα πρότυπα και ενισχύουν το αίσθημα αδιαφορίας για αυτά. Εν κατακλείδι, η παρούσα εργασία προσφέρει σημαντικές πληροφορίες αναφορικά με τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας για τη συμβολή των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας στην εργασιακή τους καθημερινότητα.

Παρά ταύτα προκύπτουν ορισμένοι περιορισμοί, οι οποίοι χρήζουν σχολιασμού. Αφενός εντοπίζεται αδυναμία γενίκευσης των αποτελεσμάτων εξαιτίας του μικρού μεγέθους του δείγματος καθώς και της μικρής διάρκειας της έρευνας. Συνεπώς μελλοντικές έρευνες σε μεγαλύτερα δείγματα κρίνονται απαραίτητες με σκοπό την ισχυροποίηση των ευρημάτων. Αφετέρου, η έρευνα λαμβάνει υπόψη την αντίληψη των επαγγελματιών υγείας αποκλείοντας την άποψη της διοίκησης αλλά και των χρηστών – καταναλωτών των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Τόσο οι αντιλήψεις της διοίκησης όσο και των ασθενών δύνανται να αποτελέσουν σημαντικό δείκτη σύγκρισης ωστόσο δεν αποτελούσαν αντικείμενο της παρούσας μελέτης. Ως εκ τούτου, θα μπορούσε να διεξαχθεί μελλοντικά κάποια έρευνα η οποία θα κατέγραφε τη συνολική άποψη όλων των εμπλεκόμενων σε μια υγειονομική μονάδα αναφορικά με τη συμβολή των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο για την διερεύνηση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας.

ΜΕΡΟΣ Α: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

Παρακαλώ συμπληρώστε τον βαθμό στον οποίο είστε ικανοποιημένη/ος ή δυσαρεστημένος/η, με κάθε έναν από τους παρακάτω παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία σας.

	Πολύ Ικανοποιημένος/η	Μέτρια Ικανοποιημένος/ η	Ούτε/Ούτε	Μέτρια Δυσανεστημένος/ η	Πολύ Δυσανεστημένος /η
1. Μισθολογικές αποδοχές.					
2. Ασφαλιστική και συνταξιοδοτική κάλυψη.					
3. Σύνολο ωρών εργασίας.					
4. Ελαστικότητα στον προγραμματισμό ρύθμισης ωρών εργασίας.					
5. Δυνατότητες που έχετε για να εργάζεστε					

σε σταθερή βάρδια.					
6. Ευκαιρίες αλληλεπίδρα σης με λοιπό προσωπικό σε επίπεδο συνεργασίας.					
7. Ευκαιρίες συμμετοχής σας σε διάφορες επιτροπές του τμήματος ή της κλινικής.					
8. Δυνατότητες που έχετε στο να ασκείται επιρροή στο τμήμα εργασίας.					
9. Ευκαιρίες για επαγγελματι κή εξέλιξη.					
10. Βαθμός ενθάρρυνσης και θετικής ανταπόκριση ς που					

αποκομίζετε από τους ανωτέρους σας.					
11. Ευκαιρίες συμμετοχής σε ενδο-υπηρεσιακά εκπαιδευτικά προγράμματα.					
12. Ευκαιρίες συμμετοχής σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.					
13. Βαθμός ευθύνης που σας έχει ανατεθεί .					
14. Δυνατότητες παρέμβασης σε θέματα συνθηκών εργασίας.					

ΜΕΡΟΣ Β: ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Παρακαλώ συμπληρώστε τον βαθμό στον οποίο συμφωνείτε με κάθε μια από τις παρακάτω δηλώσεις

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ουδέτερος/η	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1. Τα τελευταία χρόνια η κλινική έχει σημειώσει βελτιώσεις στην ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης στους ασθενείς.					
2. Η ανώτατη διοίκηση είναι πρωταρχική κινητήρια δύναμη πίσω από τις προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας.					
3. Τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη έχουν επιδείξει ικανότητα διαχείρισης των αλλαγών (π.χ. οργανωτικών, τεχνολογικών)					

που απαιτούνται για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών.					
4.Οι επαγγελματίες υγείας έχουν επαρκή χρόνο στη διάθεσή τους, για να σχεδιάσουν και να δοκιμάσουν βελτιώσεις ποιότητας.					
5.Οι επαγγελματίες υγείας λαμβάνουν εκπαίδευση και κατάρτιση, σχετικά με τον τρόπο εντοπισμού και αξιοποίησης ευκαιριών βελτίωσης της ποιότητας.					
6.Η κλινική ελέγχει τακτικά τον εξοπλισμό και τις προμήθειες, για να βεβαιωθεί ότι					

πληρούν τις προϋποθέσεις και ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις.					
7.Η κλινική ενθαρρύνει τους επαγγελματίες υγείας να τηρούν αρχεία για τα προβλήματα ποιότητας.					
8.Οι επαγγελματίες υγείας επιλύουν άμεσα τα παράπονα των ασθενών.					
9.Τα στοιχεία σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών κοινοποιούνται ευρέως στο προσωπικό της κλινικής.					
10.Τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας επιτρέπουν τη βελτίωση της					

περίθαλψης των ασθενών.					
11.Τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας αποτελούν κίνητρο για το προσωπικό και ενθαρρύνουν την ομαδική εργασία και συνεργασία.					
12.Τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας επιτρέπουν στην κλινική να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες των ασθενών.					
13.Τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας είναι ένα πολύτιμο εργαλείο για την εφαρμογή αλλαγών από την κλινική.					

ΜΕΡΟΣ Γ : ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

Ηλικία

- 20-29 ετών
- 30-39 ετών
- 40-49 ετών
- > 50 ετών

Επίπεδο εκπαίδευσης

- Απόφοιτος Λυκείου
- Απόφοιτος ΙΕΚ/Παστέρ
- Απόφοιτος ΤΕΙ/ΑΕΙ
- Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου
- Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου

Ειδικότητα

- Ιατρός
- Νοσηλεύτρια/ης
- Φυσιοθεραπευτής
- Εργοθεραπευτής
- Τεχνολόγος
- Άλλο

Οικογενειακή κατάσταση

- Άγαμος/η
- Έγγαμος/η
- Διαζευγμένος/η
- Χήρος/α
- Άλλο

Καθεστώς εργασίας

- Σύμβαση αορίστου χρόνου
- Σύμβαση ορισμένου χρόνου

Έτη προϋπηρεσίας

- 0-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40

Τομέας/Κλινική εργασία

Παρακαλώ συμπληρώστε.....

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

1. Θεοδώρου, Μ. (1992). Ποιοτικός έλεγχος στις υπηρεσίες υγείας. Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚ 3:1, 41-47.
- 2.Καραθανάση και συν.,2012, Διερεύνηση εφαρμογής κριτηρίων ποιότητας στο χειρουργείο.(Ερευνητική Εργασία)
- 3.Κασκάνης Δ., 2022, Διερεύνηση των απόψεων και των αντιλήψεων του προσωπικού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου για τον αντίκτυπο της πιστοποίησης με πρότυπο ποιότητας ISO 9001:2015. (Διπλωματική Εργασία).
4. Μέριανου-Μιχαήλ Β. & Ζαχαράκη-Σαββοπούλου Ρ., «Ποιοτική Διασφάλιση στην Αιμοδοσία», Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, Τόμος 2, Τεύχος 4, 1993.
- 5.Παπακωστίδη, Α. & Τσουκαλάς, Ν., 2012, Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2012, 29(4):480-488.
6. Τζανετάκη Θ., 2006, *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας*, (Διπλωματική Εργασία).
7. Φαμέλη Α., 2005, *Το μοντέλο του EFQM και η εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις υπηρεσίες*, (Διπλωματική Εργασία).
8. Χαραλαμπίδου Ε. ,1996, *Επαγγελματική ικανοποίηση νοσηλευτών στο χώρο του νοσοκομείου*. (Διδακτορική διατριβή).

Ξενόγλωσση

1. Alkhenizan, A., & Shaw, C. (2011). Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature. *Annals of Saudi medicine*, 31(4), 407.
2. Allen-Duck, A., Robinson, J., Stewart, M.,2018, *Healthcare quality: A concept analysis*, Nurs Forum.

3. Al Maqbali, M. A. (2015). Factors that influence nurses' job satisfaction: a literature review. *Nursing Management (2014+)*, 22(2), 30.
4. Balm G.J. 1992. *Benchmarking: A Practitioner's Guide for Becoming and Staying Best of the Best*. Schaumburg, IL: QPMA Press.
5. Breiter, D., & Kline, S. F. (1995). Benchmarking quality management in hotels. *Hospitality Review*, 13(2), 6.
6. Carayon, P., Wetterneck, T. B., Rivera-Rodriguez, A. J., Hundt, A. S., Hoonakker, P., Holden, R., & Gurses, A. P. (2014). Human factors systems approach to healthcare quality and patient safety. *Applied ergonomics*, 45(1), 14-25.
7. De Jonge, V., Nicolaas, J. S., van Leerdam, M. E., & Kuipers, E. J. (2011). Overview of the quality assurance movement in health care. *Best practice & research clinical gastroenterology*, 25(3), 337-347.
8. Devkaran, S., 2014 *International Healthcare Accreditation: an Analysis of Clinical Quality and Patient Experience in the UAE*, Submitted for the degree of Doctor of Philosophy.
9. El-Jardali, F., Jamal, D., Dimassi, H., Ammar, W., & Tchaghchaghian, V. (2008). The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(5), 363-371.
10. Ellickson, M. C., & Logsdon, K. (2001). Determinants of job satisfaction of municipal government employees. *State and Local Government Review*, 33(3), 173- 184.
11. Ettorchi-Tardy, A., Levif, M., & Michel, P. (2012). *Benchmarking: a method for continuous quality improvement in health*. Healthcare policy.
12. Evans JR, Lindsay WM (2009) *Managing for quality and performance excellence*. South-Western Cengage Learning, Mason.
13. Fasbender, U., Van Der Heijden, B. I., & Grimshaw, S. (2018). Job Satisfaction, Job Stress and Nurses' Turnover Intentions: The Moderating Roles of On-the-job and Off-the-job Embeddedness. *Journal of advanced nursing*.

14. Fedor, D. B., Parsons, C. K., & Shalley, C. E. (1996). Organizational comparison processes: Investigating the adoption and impact of benchmarking-related activities. *Journal of Quality Management*, 1(2), 161-192.
15. Gift, R. G., & Mosel, D. (1994). Benchmarking in health care: A collaborative approach. American Hospital Pub., Incorporated.
16. Hong, M. H., & Park, J. Y. (2016). Nurses' perception of accreditation, awareness and performance of infection control in an accredited healthcare system. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 22(2), 167-177.
17. Jackson S., *"Successfully Implementing Total Quality Management Tools within Health Care Quality Assurance"*, *Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 14, No. 4, 2001, p. 157-163.
18. Johnson J. & Omachonu V., *Total Quality Management as a Health Care Corporate Strategy*, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 8, No. 6, 1995, p. 23-28.
19. Kwon, E. K., & Lee, E. J. (2017). Relationship of nurses' perception of the Joint Commission International Hospital Accreditation, nursing performance, self-concept and retention Intention. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 23(2), 118-126.
20. Lee, D. (2012) Implementation of quality programs in health care organizations. *Service Business*, 6(3), 387-404.
21. Lequido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., Glinos, I., (2008) ASSURING THE QUALITY OF HEALTH CARE IN THE EUROPEAN UNION: A case for action, *Observatory Studies Series N° 12*, Europe.
22. Lundqvist, M. J., & Axelsson, Å. (2007). Nurses' perceptions of quality assurance. *Journal of nursing management*, 15(1), 51-58.
23. Odundo, G. O., Nyarango, R., & Chanzu, N. M. (2015). The Impact of ISO Certification of Healthcare Services on Complaints and Litigation—A Children's Hospital's Perspective. *Journal of US-China Medical Science*, 12, 27-34.

24. Ovretveit J., *“The Quality of Health Purchasing”*, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 16, No. 3, 2003, p.116-123.
25. Qaseem, A., Forland, F., Macbeth, F., Ollenschläger, G., Phillips, S., & van der Wees, P. (2012). Guidelines International Network: toward international standards for clinical practice guidelines. *Annals of internal medicine*, 156(7), 525-531.
26. Sheingold, B., Hahn, J., 2014, The history of healthcare quality:The first 100 years 1860-1960, *International Journal of Africa Nursing Sciences* 1.
27. Ulrike Fasbender, Beatrice I J M Van der Heijden, Sophie Grimshaw, 2018, Job Satisfaction, Job Stress and Nurses’ Turnover Intentions: The Moderating Roles of On-the-job and Off-the-job Embeddedness.
28. Vlăsceanu, L., Grünberg, L., & Pârlea, D. (2004). Quality assurance and accreditation: A glossary of basic terms and definitions (p. 25). Bucharest: UnescoCepes.
29. Weiss, H. M. (2002). Deconstructing job satisfaction: Separating evaluations, beliefs and affective experiences. *Human resource management review*, 12(2), 173-194.
30. Yousefian, S., Harat, A. T., Fathi, M., & Ravand, M. (2013). A proposed adaptation of joint commission international accreditation standards for hospital-JCI to the health care excellence model. *Advances in Environmental Biology*, 956-968.

Διαδικτυακές πηγές

1. www.elot.gr
2. [World Health Organization \(WHO\)](http://www.who.int)
3. [Management by objectives - Wikipedia](https://en.wikipedia.org/wiki/Management_by_objectives)
4. [Αρχική | ΕΛΟΤ \(elot.gr\)](http://www.elot.gr)

