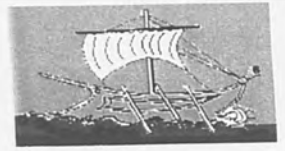




ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΟΝΟΜΑ

ΘΕΟΧΑΡΑΚΗΣ Π. ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ

ΤΙΤΛΟΣ

ΛΙΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ
ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ	
ΑΡ. ΕΙΣ.	57868
COMP.	39369
ΤΑΞΙΝ.	362.109495 Θεο
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ	



00157868

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
Πειραιάς, Έτος 2008



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΟΝΟΜΑ

ΘΕΟΧΑΡΑΚΗΣ Π. ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ

ΤΙΤΛΟΣ

ΛΙΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ
ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ

Επόπτης: κ. Τσίγκας Αλέξανδρος
Τίτλος : Επ. Καθηγητής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

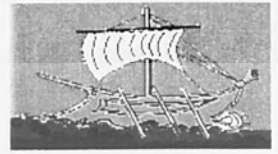
Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
Πειραιάς, Έτος 2008



UNIVERSITY OF
PIRAEUS

MASTER IN

HEALTH MANAGEMENT



TEI OF PIRAEUS

NAME

STYLIANOS P. THEOCHARAKIS

TITLE

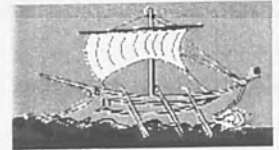
LEAN HEALTHCARE MANAGEMENT AND
IMPLEMENTATION STUDY IN THE GENERAL
HOSPITAL OF SPARTI

Graduate Thesis Submitted for the Degree of MSc in Health Management,
Piraeus, 2008



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ



ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΔΗΛΩΣΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Του Στυλιανού Π. Θεοχαράκη , Α.Μ. 05065

Δηλώνω ότι επιθυμώ να εκπονήσω, τη διπλωματική μου εργασία στο γνωστικό αντικείμενο:
ΛΙΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΣΠΑΡΤΗΣ.

Με επιβλέποντα τον Επ.Καθηγητή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης κ .Τσίγκα Αλέξανδρο.
Αναμενόμενη Παράδοση : Απρίλιος / 2008

Μ.Φ.

Υπογραφή: Θεοχαράκης Στυλιανός

Ημερομηνία: Σεπτέμβριος/2007

Επιβλέπων:

Υπογραφή: Τσίγκας Αλέξανδρος

Ημερομηνία: Σεπτέμβριος/2007

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ιδιαίτερες ευχαριστίες στη διοίκηση και το προσωπικό του γενικού νοσοκομείου Σπάρτης και ιδιαίτερα στο γραφείο προσωπικού για την προθυμία που επέδειξαν να προσφέρουν τόσο τα έγγραφα που τους ζητήθηκαν όσο και τις προσωπικές τους εμπειρίες.

Ευχαριστίες στο φιλικό και οικογενειακό μου περιβάλλον για την υπομονή και βοήθεια που επέδειξαν τόσο κατά την συλλογή του υλικού όσο και κατά την συγγραφή της εργασίας. Ιδιαίτερα στους συναδέρφους και φίλους ιατρούς Γιώργο Γιαννούλη και Σαράντο Καπτανή που μου προσέφεραν αφενός πολύτιμο υλικό για τα αριθμητικά δεδομένα του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης μέσω της άμεσης πρόσβασής μου σε παλαιότερες επιστημονικές εργασίες των, αφετέρου την κατάθεση της πολύτιμης προσωπικής εμπειρίας τους ως εργαζόμενοι ιατροί στο εν λόγω νοσοκομείο. Το φίλο μου μηχανολόγο Μιχάλη Εμμανουλίδη για την βοήθειά του σε συγκεκριμένα μηχανολογικά σχέδια και την αδερφή μου Ευαγγελία για την πολύτιμη συμβολή της.

Τέλος τον καθηγητή μου κ. Τσίγκα Αλέξανδρο που σαν δάσκαλος αλλά πάνω από όλα σαν άνθρωπος και φίλος στάθηκε δίπλα μου και μου απέδειξε ότι η μετάδοση της γνώσης και των ερεθισμάτων για διαρκή αναζήτηση αποτελεί χάρισμα συγκεκριμένων ανθρώπων. Ένας από αυτούς είναι και ο ίδιος.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ιδιαιτερότητες του χώρου της υγείας, η ποικιλία των προβλημάτων που τον περιβάλλουν καθώς και η αναποτελεσματικότητα της εφαρμογής καθιερωμένων τεχνικών διαχείρισης στον τομέα της υγείας αποτελούν ερεθίσματα για την αναζήτηση πρακτικών και λύσεων που θα συνδράμουν αποφασιστικά στην ανατροπή αυτής της κατάστασης. Στη συγκεκριμένη εργασία γίνεται μια γενική περιγραφή της λιτής διαχείρισης καθώς και ο τρόπος που μπορεί να βρει εφαρμογή ο τύπος αυτός διαχείρισης στο χώρο της υγείας. Ακολουθεί μία μελέτη εφαρμογής λιτής φροντίδας υγείας σε συγκεκριμένες καθημερινές διαδικασίες παροχής υπηρεσιών υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης.

Η μελέτη αυτή οδήγησε σε αξιοσημείωτα αποτελέσματα αφού παρατηρήθηκαν θεαματικές μειώσεις στους χρόνους εξυπηρέτησης των ασθενών που πρακτικά σημαίνουν και την ταυτόχρονη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, καθώς και την ενίσχυση του αισθήματος της ικανοποίησης των ασθενών και του προσωπικού. Το γενικό συμπέρασμα που διαμορφώθηκε είναι ότι η λιτή φροντίδα υγείας είναι ένας τρόπος διαχείρισης-ένα εργαλείο ουσιαστικά- που πρέπει να γνωρίζουν όλοι οι εμπλεκόμενοι με τον χώρο της υγείας, αφού μια ενδεχόμενη εφαρμογή του θα δώσει ουσιαστικές λύσεις και θα φέρει σημαντικές βελτιώσεις και αλλαγές στον ευαίσθητο και πολύπαθο χώρο της παροχής των υπηρεσιών υγείας.

Λέξεις κλειδιά: λιτή διαχείριση, λιτή φροντίδα υγείας, λιτό νοσοκομείο, πλάνο αξίας ροής, Toyota Production System.

ABSTRACT

The particularities of the health sector, the different kinds of problems together with the inefficiencies of the management techniques' applications constitute the main motives for the search of practical solutions which can help drastically in the transformation of the current non efficient environment. This particular thesis generally describes the "lean management" technique and attempts to demonstrate a certain way of its implementation. The "Lean health care" is presented with examples taken from the everyday health procedures in the General Hospital of Sparta. This research project led to some spectacular results such as significant reduction in the patients' treating time, the improvement of the service quality and the increase of the patients and the personnel satisfaction. In conclusion, the "lean health care" is a set of management techniques which apply to all the health sector's participants as its application can provide significant solutions and bring radical changes in a sector that has suffers much.

Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

- ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ -

-ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	16
-ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:ΛΙΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ(LEAN HEALTHCARE)	18
1.1 Γενικά- Ιστορική αναδρομή.....	18
1.2 Σκοπός- Αξίωμα.....	22
1.3 Η έννοια της σπατάλης στο τομέα υγείας.....	25
1.4 Εργαλεία κι τεχνικές για τη λιτή φροντίδα υγείας.....	28
1.5 Αναμενόμενα αποτελέσματα της λιτής διαχείρισης.....	46
1.5.1 Μείωση κόστους λειτουργίας.....	46
1.5.1.1 Απογραφές – Καταγραφές.....	46
1.5.1.2 Τυποποίηση.....	47
1.5.2 Πρόληψη σφαλμάτων.....	47
1.5.3 Βελτίωση παραγωγικότητας.....	49
1.5.4 Βελτίωση της εσωτερικής μετακίνησης του ασθενή.....	50
1.5.5 Μείωση του χρόνου αναμονής.....	51
1.5.6 Γρήγορη τακτοποίηση των χώρων παροχής υπηρεσιών υγείας...	52
1.5.7 Απολογισμός και η αλήθεια των αριθμών.....	52
1.6 Προϋποθέσεις στην εφαρμογή της λιτής διαχείρισης.....	54
1.6.1 Εμπόδια λόγω της ιδιαιτερότητας του χώρου υγείας.....	55
1.6.2 Εμπόδια προερχόμενα από την ελλιπή γνώση της λιτής διαχείρισης.....	59
1.6.2.1 Ποια είναι η διαδικασία έναρξης της λιτής διαχείρισης;.....	59
1.6.2.2 Ποια είναι η ακολουθία δραστηριοτήτων για την εκτέλεση της λιτής διαχείρισης;.....	60
1.6.2.3 Εφαρμόζεται η λιτή διαχείριση σε μη βιομηχανικούς οργανισμούς με την ίδια επιτυχία;.....	61
1.6.2.4 Πώς θα πειστούν προϊστάμενοι, υφιστάμενοι και συνεργάτες να επιχειρήσουν τη λιτή διαχείριση.....	61

- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ.....	64
Εισαγωγή-Γενικά στοιχεία Νοσοκομειακής μονάδας.....	64
2.1 Ταυτότητα και σύντομο ιστορικό του Νοσοκομείου.....	64
2.2 Αποστολή και ρόλος του Νοσοκομείου.....	74
2.3 Διαχρονική εξέλιξη και ρόλος του Νοσοκομείου.....	74
2.4 Δραστηριότητες και παρεχόμενες υπηρεσίες.....	75
2.4.1 Ιστορικό της εξέλιξης του τομέα δραστηριότητας.....	76
2.4.2 Παρεχόμενες υπηρεσίες κάθε τμήματος.....	78
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	
ΥΓΕΙΑΣ. ΜΕΛΕΤΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΛΙΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	
ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ.....	82
3.1 Διαδικασία προεγχειρητικού ελέγχου στο Δημόσιο Νοσοκομείο	
Σπάρτης.....	84
3.1.1 Περιγραφή διαδικασίας προεγχειρητικού ελέγχου.....	84
3.1.2 Εφαρμογή λιτής φροντίδας υγείας στη διαδικασία του	
προεγχειρητικού ελέγχου.....	87
3.1.3 Αποτελέσματα-Συμπεράσματα.....	98
3.2 Σηπτικά χειρουργεία-Χειρουργεία μιας ημέρας.....	99
3.2.1 Διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας στο σηπτικό	
χειρουργείο.....	99
3.2.2 Μελέτη πρότασης εφαρμογής λιτής φροντίδας υγείας στο	
σηπτικό χειρουργείο.....	101
3.2.3 Αποτελέσματα-Συμπεράσματα.....	101
3.3 Διαδικασία εσωτερικής μεταφοράς του ασθενούς από και προς το	
χειρουργείο	104
3.3.1 Περιγραφή της διαδικασίας μεταφοράς του ασθενή από και	
προς το χειρουργείο σήμερα.....	104
3.3.2 Εφαρμογή λιτής σκέψης στη μεταφορά των ασθενών από και	

προς το χειρουργείο. Αποτελέσματα-συμπεράσματα.....	107
3.4 Διαδικασία παροχής υπηρεσιών περιστατικών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ).....	112
3.4.1 Προβλήματα και ιδιαιτερότητες των Τ.Ε.Π.....	112
3.4.2 Εφαρμογή λιτής σκέψης στη μεταφορά των ασθενών από και προς το χειρουργείο. Αποτελέσματα-συμπεράσματα	115
3.5 Αναζήτηση διαδικασιών παροχής υπηρεσιών υγείας σε Λιτά Νοσοκομεία σε παγκόσμια κλίμακα.....	118
3.5.1 Μελέτη περιπτώσεων εφαρμογής εργαλείων και τεχνικών σε Λιτά Νοσοκομεία.....	118
3.5.2 Σύγκριση λιτών Νοσοκομείων με τη δική μας περίπτωση.....	121
-ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	123
4.1 Αναδρομική θεώρηση.....	123
4.2 Παρερμηνείες της λιτής διαχείρισης στη φροντίδα υγείας.....	123
4.3 Τελική εκτίμηση.....	125
-ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	127
-ΠΗΓΕΣ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	129

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΙΝΑΚΩΝ, ΕΙΚΟΝΩΝ, ΣΧΗΜΑΤΩΝ, ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΧΑΡΤΩΝ

1. Εικόνα. Το σπίτι της λιτής διαχείρισης. Σελ. 28
2. Πίνακας .Βήματα δράσης για την κατάρτιση πλάνου αξίας ροής(VSM). Σελ.35
3. Σχήμα .Τυπική αναφορά τύπου A3. Σελ.36
4. Εικόνα. Απεικόνιση παρέμβασης τύπου 5S στην αποθήκη κλινικής νοσοκομείου. Σελ.41
5. Εικόνα . Απεικόνιση παρέμβασης τύπου 5S στην αποθήκη κλινικής νοσοκομείου. Σελ.41
6. Πίνακας. Τυπικό πλάνου πενταήμερου Kaizen event.Σελ.43
7. Σχήμα. Πυραμίδα απεικόνισης στρατηγικού πλάνου του λιτού νοσοκομείου Virginia Mason Medical Center.Χαρακτηριστική η τοποθέτηση του ασθενή στην κορυφή του ενδιαφέροντος. Σελ.44
8. Πίνακας. Αποτελέσματα λιτών παρεμβάσεων διαίτας στο νοσοκομείο Virginia Mason Medical Center.Σελ.45
9. Πίνακας. Αποτελέσματα λιτών παρεμβάσεων στον οργανισμό υγείας ThedaCare.Σελ.53
10. Πίνακας. Αποτελέσματα λιτών παρεμβάσεων στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Μισούλα-Μοντάνα.Σελ.54
11. Πίνακας. Διαπιστώνουμε ότι η συνολική δαπάνη ως ποσοστό του επί τις % του ΑΕΠ την οκταετία 1995-2002 παραμένει περίπου αμετάβλητη και λίγο πάνω από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σελ.58
12. Πίνακας. Διαπιστώνουμε ότι το ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία σε σχέση με τη συνολική δαπάνη είναι σχεδόν σταθερό την οκταετία 1995-2002 και περί τα 47%, αλλά συγχρόνως πολύ μεγάλο στην τιμή του και σχεδόν διπλάσιο από τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο. Σελ.59.
13. Διάγραμμα. Κατανομή αριθμού ασθενών ανά έτος.Σελ.65
14. Διάγραμμα. Κατανομή ημερήσιου αριθμού ασθενών ανά έτος.Σελ.66
15. Πίνακας. Δυναμολόγιο απασχολουμένων στις διοικητικές υπηρεσίες του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης. Σελ.67
16. Πίνακας. Δυναμολόγιο εργαζομένων(πλην ιατρών) στις ιατρικές υπηρεσίες του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης. Σελ.67
17. Πίνακας. Νοσηλευτικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης. Σελ.68

18. Πίνακας. Δυναμολόγιο μη μόνιμων ιατρών του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης. Σελ.68
19. Πίνακας. Αριθμός μόνιμων και επικουρικών ιατρών του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης. Σελ.69
- 20,21,22,23,24,25 Διαγράμματα .Ποσοστά κάλυψης στους διάφορους τομείς δραστηριοτήτων του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης. Σελ.70
26. Διάγραμμα. Κατανομή ιατρικής, νοσηλευτικής και διοικητικής υπηρεσίας με βάση τις κατειλημμένες θέσεις. Σελ.72
27. Διάγραμμα. Κατανομή ιατρικής, νοσηλευτικής και διοικητικής υπηρεσίας με βάση τις οργανικές θέσεις. Σελ.73
28. Πίνακας. Διαχρονική εξέλιξη και ΦΕΚ του Νοσοκομείου Σπάρτης.Σελ.75
29. Διάγραμμα. Σχηματική απεικόνιση παρούσας κατάστασης προεγχειρητικού ελέγχου. Σελ.86
30. Διάγραμμα. Σχηματική απεικόνιση βημάτων προτεινόμενου μοντέλου περάτωσης του προεγχειρητικού ελέγχου. Σελ.88
31. Σχέδιο. Ρεαλιστική απεικόνιση ενός πλάνου αξίας ροής(value stream mapping) για τον προεγχειρητικό έλεγχο. Σελ.90
32. Σχέδιο. Απεικόνιση του value stream mapping στη διαδικασία προεγχειρητικού ελέγχου. Σελ.91
33. Διάγραμμα. Γραφική παράσταση των χρόνων όλων των διαδικασιών-ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΑΞΙΑ- και σύγκριση τους με τον χρόνο ΤΑΚΤ. Σελ.97
34. Σχέδιο. Σχηματική παράσταση μετακινήσεων εντός του νοσοκομείου πριν και μετά τη λιτή παρέμβαση. Σελ.102
35. Σχέδιο. Διάγραμμα spaghetti μετακινήσεων ασθενών σηπτικού χειρουργείου. Σελ.103
36. Σχέδιο. Σχηματική απεικόνιση νοσοκομείου σήμερα. Σελ.110
37. Σχέδιο. Σχηματική απεικόνιση νοσοκομείου μετά την προτεινόμενη μεταφορά των ασθενών στο ισόγειο. Σελ.111
38. Σχέδιο. Σχηματική απεικόνιση νοσοκομείου μετά την προτεινόμενη τοποθέτηση ενός επιπλέον ανελκυστήρα. Σελ.111
39. Σχέδιο. Σχηματική απεικόνιση νοσοκομείου μετά την προτεινόμενη τοποθέτηση ενός επιπλέον ανελκυστήρα αποκλειστικά για το χειρουργείο. Σελ.112
40. Σχήμα. Δομή του τμήματος επειγόντων περιστατικών σήμερα.Σελ.114
41. Σχήμα. Δομή του τμήματος επειγόντων περιστατικών μετά από τη λιτή παρέμβαση. Σελ.117

42. Διάγραμμα. Απεικόνιση της παρούσας κατάστασης στο πλάνο Value Stream Map του Medical Center. Σελ.119
43. Διάγραμμα. Απεικόνιση της κατάστασης στόχου στο πλάνο Value Stream Map του Medical Center. Σελ.120

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

A.E.Π: Ακαθάριστο εθνικό προϊόν

ΑΜΕΑ: Άτομα με ειδικές ανάγκες

ΑΝΠ: Ανθρώπινοι πόροι

Α.Π: Αρτηριακή πίεση

ΔΧ: Διαθέσιμος χρόνος

Ε.Ε: Ευρωπαϊκή Ένωση

Ε.Κ.Α.Β: Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας

Η.Κ.Γ: Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Η.Π.Α: Ηνωμένες πολιτείες Αμερικής

Μ.Ε.Θ: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

ΠΕ: Προεγχειρητικός έλεγχος

Π.Ο.Υ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Τ.Ε.Π: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Φ.Ε.Κ: Φύλλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως

F.I.F.O: First In First Out

FTQ: First Time Quality

5S: Sort, Straighten, Sweep, Schedule, Sustain

J.I.T: Just In Time

O.E.C.D: Organization For Economics Co-operation and Development

P.T: Process Time

S.O.M: The Society of Occupational Medicine

T.P.S: Toyota Production System

T.Q.M: Total Quality Management

V.S: Value Stream

V.S.M: Value Stream Mapping

W.T: Waiting Time

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

“Υγεία είναι η κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αδυναμίας”

Π.Ο.Υ. , 1958[1]

Η Υγεία είναι μία κατάσταση υποκειμενική[2][3][4], όπως τονίζεται και στον παραπάνω ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Τόσο η αίσθηση της πλήρους ευεξίας όσο και η ευεξία αυτή καθαυτή είναι βιωματικές και υποκειμενικές καταστάσεις και όχι απόλυτα αντικειμενικά προσδιοριζόμενες. Από την άλλη είναι σχεδόν καθολικά αποδεκτό ότι η υγεία είναι το υπέρτατο, το αναντικατάστατο και το πολυτιμότερο αγαθό που βιώνουμε. Αυτό το οξύμωρο σχήμα που δημιουργείται στην υγεία ότι δηλαδή είναι συγχρόνως μία κατάσταση υπερπολύτιμη σε αξία από τη μία, υποκειμενική από την άλλη, μπορεί να αποτελέσει την αφετηρία προβλημάτων και προβληματισμών. Προβληματισμοί οι οποίοι γίνονται ακόμη εντονότεροι αν κάποιος ασχοληθεί με τη διαδικασία παροχής των υπηρεσιών εκείνων που εξασφαλίζουν ή βελτιώνουν την υγεία.

Η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες, οι λίστες αναμονής για εξέταση ή χειρουργείο, τα θέματα ιατροφαρμακευτικής κάλυψης από τα ασφαλιστικά ταμεία, η γραφειοκρατία στο χώρο του νοσοκομείου, οι ελλείψεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι μερικά από τα ενδεικτικά προβλήματα στην παροχή της υγείας. Με ερέθισμα τα ποικίλα αυτά προβλήματα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, έγινε μία αναζήτηση τρόπων με τους οποίους μπορεί να καταστεί εφικτή αν όχι η επίλυσή τους τουλάχιστον η βελτίωσή τους ή ο μετριασμός των συνεπειών τους. Η αναζήτηση αυτή κατέληξε σε έναν διαφορετικό και σχετικά νεωτεριστικό στο χώρο της υγείας τρόπο διαχείρισης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο τύπος αυτός διαχείρισης βασίζεται στο σύστημα παραγωγής της TOYOTA (Toyota Production System – T.P.S.) [5][6], το οποίο είναι ευρύτερα γνωστό ως λιτή διαχείριση ή λιτή παραγωγή.

Το λιτό είναι η απόδοση του όρου lean και έχει την έννοια του απλού, του λειτουργικού και του καθαρού από σπατάλη παντός είδους. Το γεγονός αυτό αναφέρεται, για να μη δημιουργηθεί στον αναγνώστη η εσφαλμένη αντίληψη ότι η σημασία του αφορά στη λιτότητα, στη μείωση κόστους ως αυτοσκοπό και στην προχειρότητα. Το αντίθετο μάλιστα. Στην πραγματικότητα ο όρος lean δεν αποδίδεται στα ελληνικά με τον όρο λιτό πλήρως. Από τις λίγες φορές που ο πλούτος της ελληνικής γλώσσας δεν βοηθά.

Η λιτή διαχείριση αντιπροσωπεύει τον τρόπο όπου οι μέθοδοι της Toyota μπορούν να εφαρμοστούν στην φροντίδα υγείας [7][8]. Η Toyota δημιούργησε ένα

πρότυπο σύστημα βασισμένο σε θεμελιώδεις βιομηχανικές και μηχανολογικές διαδικασίες, συνδυαζόμενες με καινοτόμες μορφές διαχείρισης με τελικό αποτέλεσμα την μεγάλη μείωση των καθυστερήσεων και την αύξηση της αποδοτικότητας με ταυτόχρονη αύξηση της ποιότητας των προϊόντων [9][10]. Η υιοθέτηση των τεχνικών και των διαδικασιών της Toyota στο χώρο της υγείας απέδειξε την αποτελεσματικότητά τους στη βελτίωση των νοσοκομειακών λειτουργιών. Έτσι δημιουργήθηκε η λιτή φροντίδα υγείας ή αλλιώς το λιτό νοσοκομείο.

Η λιτή φροντίδα υγείας (lean healthcare) είναι μία διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας που εφαρμόζεται σε αρκετά νοσοκομεία παγκοσμίως με αρκετή επιτυχία και με μοναδικό απώτερο στόχο της τη διαρκή ανέλιξη αυτών των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η λιτή «σκέψη» στηρίζεται στην απομάκρυνση κάθε είδους καθυστέρησης ή σπατάλης έτσι ώστε όλες οι διαδικασίες να προσθέτουν αξία και να ικανοποιούν τις ανάγκες του πελάτη, εδώ ασθενή [11][12]. Για να γίνει κάτι τέτοιο οι οργανωτές του χώρου υγείας θα πρέπει να δημιουργήσουν μία κουλτούρα οργάνωσης που να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της λιτής φροντίδας υγείας και με βάση την κουλτούρα αυτή, όλοι οι φορείς οφείλουν να αναμειχθούν στον επανασχεδιασμό των διαδικασιών για να επιταχύνουν τη ροή και να μειώσουν την καθυστέρηση.

Στην παρούσα εργασία θα επιχειρηθεί μία πρώτη επαφή και κατόπιν ανάλυση της λιτής διαχείρισης στο χώρο της υγείας. Επιπλέον γίνεται μία μελέτη πιλοτικής εφαρμογής λιτής διαχείρισης, χρησιμοποιώντας συγκεκριμένες τεχνικές, εργαλεία και μετρήσεις στο δημόσιο Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης, κάνοντας με τον τρόπο αυτό πράξη τη «λιτή φιλοσοφία».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1- ΛΙΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (LEAN HEALTHCARE)

1.1 Γενικά – Ιστορική αναδρομή

Η ιδέα της λιτής διαχείρισης χρησιμοποιείται στις βιομηχανίες εδώ και δεκαετίες, ιδιαίτερα στην Ιαπωνία. Σήμερα είναι γενικά αποδεκτό ότι αυτές οι διαδικασίες μπορούν να εφαρμοστούν και στον τομέα Υγείας με ιδιαίτερη επιτυχία και ικανοποιητικά αποτελέσματα. Στην συνέχεια θα γίνεται συνεχής αναφορά στους όρους λιτό νοσοκομείο, λιτή σκέψη, λιτή φροντίδα Υγείας. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι παραπάνω περιγραφές αποτελούν την κατά προσέγγιση μετάφραση των όρων lean thinking και lean healthcare αντίστοιχα και λέγεται κατά προσέγγιση γιατί αφενός είναι σχεδόν άγνωστοι στη χώρα μας, αφετέρου έτσι αναφέρονται τόσο στην διεθνή βιβλιογραφία όσο και στο διαδίκτυο.

Σήμερα υπάρχει μεγάλος ενθουσιασμός στο χώρο της παροχής των υπηρεσιών υγείας για τα πλεονεκτήματα που μπορεί να επιφέρει η λιτή πρακτική. Αυτό αποκτά ακόμη μεγαλύτερη σημασία σε ένα περιβάλλον όπου οι ανάγκες των ασθενών για φροντίδα αυξάνονται, ενώ το σύνολο των πόρων για υπηρεσίες και προϊόντα μειώνεται. Η λιτή φροντίδα υγείας συνδράμει στους χώρους της υγείας με το να διευκολύνει τους εργαζόμενους να κάνουν πολλά χρησιμοποιώντας λιγότερα και κάνοντάς τα καλύτερα. Το σημείο κλειδί είναι η εφαρμογή των λιτών μεθόδων σε ένα περιβάλλον που καθοδηγείται από τις υπηρεσίες και τις διαδικασίες οι οποίες προσφέρουν αξία στον ασθενή μειώνοντας έως και καταργώντας τις διαδικασίες που δεν προσφέρουν αξία.

Όπως και σε άλλους οργανισμούς, ο πελάτης έχει την πρώτη προτεραιότητα. Στην υγεία ο πελάτης είναι ο ασθενής και ο ασθενής οδηγεί τον ορισμό της αξίας. Το προϊόν (για παράδειγμα τα αποτελέσματα αιματολογικών εξετάσεων) ή η υπηρεσία (φροντίδα ασθενούς) μπορεί να κάνουν τη διαφορά μεταξύ ζωής και θανάτου. Το στοιχείο αυτό τοποθετεί τη λιτή διαχείριση σε ένα υψηλότερο επίπεδο σημαντικότητας σε σχέση με τις άλλες βιομηχανίες – οργανισμούς.

Οι ανάγκες του ασθενή είναι μεγάλες [13] και δίνουν νέα σημασία στον εστιασμό του πελάτη. Το εργασιακό περιβάλλον διαμορφώνεται από αξίες και λάθη στην παράδοση ποιοτικών προϊόντων και υπηρεσιών στον ασθενή. Καθώς ο πληθυσμός μεγαλώνει, ο χώρος της υγείας πρέπει να βρίσκει τρόπους για να αναγνωρίζει πώς διαμορφώνεται η ζήτηση των υπηρεσιών που παρέχει. Οι χρόνοι που χάνονται στις εσωτερικές μετακινήσεις ή οι καθυστερήσεις για παράδειγμα, είναι βασικές παράμετροι

που πρέπει να βελτιωθούν στις δραστηριότητες του νοσοκομείου ή των εργαστηρίων. Η λιτή φροντίδα μπορεί να δώσει λύση και μάλιστα χωρίς τον περιορισμό του προσωπικού ή την αύξηση των λειτουργικών εξόδων.

Όπως γίνεται κατανοητό η προσπάθεια επεξήγησης μίας νεωτεριστικής φιλοσοφίας διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας δεν είναι εύκολη. Μία κλιμακωτή προσπάθεια προσέγγισης με μία όσο το δυνατό απλούστερη θεώρηση της λιτής φροντίδας υγείας, όπως άλλωστε επιτάσσει και η φιλοσοφία της, σίγουρα είναι απαραίτητη για την κατανόηση της λιτής πραγματικότητας.

Ιστορική Αναδρομή

Αν και υπάρχουν αναφορές για λιτές διαδικασίες στην Βενετία το 1450, ουσιαστικά ο πρώτος άνθρωπος που πραγματοποίησε μία ολοκληρωμένη διαδικασία παραγωγής, ήταν ο Χένρυ Φορντ το 1913 στο Χίλαντ Παρκ[14]. Ο Φορντ συνδύασε αμοιβαία σε συνεχή ροή τα εξαρτήματα με συγκεκριμένη εργασία και με μία μετακινούμενη μεταβίβαση από στάδιο σε στάδιο της παραγωγής δημιούργησε αυτό που ονόμασε τελικά διαδικασία Ροτς. Το κοινό το αντιλήφθηκε αυτό με την δραματική μορφή της μετακινούμενης γραμμής συναρμολόγησης. Απλά από την πλευρά του κατασκευαστή μηχανικού οι βλέψεις ουσιαστικά προχωρούσαν πιο μακριά.

Ο Φορντ έβαλε σε σειρά την αλληλουχία των διαδικασιών και όπου ήταν δυνατόν χρησιμοποιούσε μηχανές με ειδικό σκοπό, για να κατασκευάσει και να συναρμολογήσει τα εξαρτήματα πηγαίνοντάς τα στο όχημα μέσα σε λίγα λεπτά και παραδίδοντας τα εξαρτήματα που ταίριαζαν απόλυτα. Στην αυτοκινητοβιομηχανία πράγματι ήταν μία επαναστατική ανατροπή στις μέχρι τότε πρακτικές των καταστημάτων του αμερικανικού συστήματος το οποίο αποτελείτο από μηχανές για γενικό σκοπό που έφτιαχνε κομμάτια τα οποία τελικώς έβρισκαν το δρόμο τους σε ολοκληρωμένα προϊόντα, μετά από μία διαδικασία ημισυναρμολόγησης και τελικής συναρμολόγησης.

Το πρόβλημα με το σύστημα του Φορντ [15] δεν ήταν η ροή, αλλά ο έλεγχος των απογραφών όλης της εταιρείας κάθε λίγες ημέρες. Επιπλέον ήταν η ανικανότητα να προωθήσει την ποικιλία. Για παράδειγμα τα μοντέλα T της Φορντ δεν ήταν απλά περιορισμένα σε ένα χρώμα αλλά περιορισμένα και ίδια σε κάθε λεπτομέρεια, έτσι ώστε και τα μοντέλα T ήταν ουσιαστικά ταυτόσημα στο τέλος της παραγωγής (1926). Ουσιαστικά ο πελάτης είχε μία μόνο επιλογή για την εσωτερική μορφή του αυτοκινήτου και ουσιαστικά μία μικρή επιλογή στην εξωτερική μορφή στο τέλος της γραμμής

παραγωγής. Τελικά φαίνεται ότι κάθε μηχανή στη βιομηχανία Φορντ δούλευε πάνω σε ένα συγκεκριμένο κομμάτι και ουσιαστικά δεν υπήρχαν αλλαγές πάνω σε αυτό.

Όταν ο κόσμος ήθελε ποικιλία στα προϊόντα, ο Φορντ φαίνεται πως άρχισε να έχει πρόβλημα και να χάνει την πορεία του. Άλλοι κατασκευαστές αυτοκινήτων ανταποκρίθηκαν στην ανάγκη για πολλά μοντέλα με πολλές προοπτικές, αλλά με κατασκευαστικά συστήματα των οποίων τα σχεδιαστικά και κατασκευαστικά βήματα οπισθοχωρούσαν ουσιαστικά τις διαδικασίες παραγωγής προσθέτοντας μεγαλύτερους τελικούς χρόνους παραγωγής. Με την πάροδο του χρόνου ενίσχυσαν τις κατασκευαστικές τους μονάδες με όλο και μεγαλύτερες μηχανές αντί να λειτουργούν όλο και πιο γρήγορα. Με τον τρόπο αυτό προφανώς μείωσαν το κόστος για κάθε βήμα της διαδικασίας, αλλά συνεχιζόταν σταδιακά να αυξάνεται ο τελικός χρόνος παραγωγής και απογραφής εκτός από την σπάνια περίπτωση όπου όλα τα βήματα της διαδικασίας της γραμμής παραγωγής θα μπορούσαν να συνδεθούν και να αυτοματοποιηθούν. Ακόμα χειρότερα ο χρόνος ένταξης των διαδικασιών παραγωγής και συναρμολόγησης απαιτούσε ιδιαίτερες μορφές διαχείρισης οι οποίες δεν υπήρχαν. Καθώς ο Kiichiro Toyoda, ο Taitcii Ohno και άλλοι στην Toyota [15] είδαν αυτή την κατάσταση το 1930 και περισσότερο έντονα αμέσως μετά από τον 2^ο Παγκόσμιο πόλεμο, τους φάνηκε ότι μια σειρά από απλές καινοτομίες ίσως να έκανε πιο πιθανή την προώθηση τόσο μιας συνεχόμενης διαδικασίας ροής παραγωγής όσο και μία μεγάλη ποικιλία στα προσφερόμενα προϊόντα. Για το λόγο αυτό και βασισμένοι στην αρχική ιδέα του Φορντ, ανακάλυψαν το σύστημα παραγωγής της TOYOTA.

Το σύστημα αυτό στην ουσία μετακινεί το στόχο του κατασκευαστή μηχανικού από τις ανεξάρτητες μηχανές και τη χρησιμοποίησή τους, στην ροή του προϊόντος μέσα από την όλη διαδικασία. Ο Toyoda προχώρησε σε μοναδικές καινοτομίες. Συνοπτικά συμπέρανε ότι είναι απαραίτητες σωστού μεγέθους μηχανές που να ανταποκρίνονται στον πραγματικά απαιτούμενο όγκο παραγωγής. Εισήγαγε τις αυτοελεγχόμενες μηχανές για να διασφαλίσει την ποιότητα, τοποθέτησε τις μηχανές σε σειρά στην διαδικασία παραγωγής, ίδρυσε γρήγορες χρονικά διαδικασίες μεταβλητών μηχανών με τέτοιο τρόπο ώστε κάθε μηχανή μπορούσε να φτιάξει μικρές ποσότητες από μεγάλο αριθμό εξαρτημάτων. Έχοντας κάθε βήμα της διαδικασίας γνωστοποιήσει στο προηγούμενο βήμα τις τρέχουσες ανάγκες του σε υλικά, θα ήταν πιθανό να πετύχει χαμηλό κόστος, μεγάλη ποικιλία, υψηλή ποιότητα και πολύ γρήγορους χρόνους στην ανταπόκριση για τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του πελάτη. Επιπλέον η διαχείριση των πληροφοριών στην όλη διαδικασία θα μπορούσε να γίνει απλούστερα και πιο άμεσα.

Η TOYOTA πρωτοπόρος στην παραπάνω δημιουργία και εφαρμογή λιτών πρακτικών μέσω των προαναφερόμενων αλλαγών που πρότεινε στο πρώτο μισό του περασμένου αιώνα και εφάρμοσε στα μετέπειτα χρόνια ουσιαστικά έθεσε τις βάσεις για την ανάπτυξη των θεμελιωδών αξιωμάτων [16][17] της λιτής διαχείρισης που συνοψίζονται σε πέντε παραμέτρους:

- 1 Προσδιορισμός της αξίας σύμφωνα με την επιθυμία του πελάτη
- 2 Αναγνώριση της αξίας ροής για κάθε προϊόν προωθώντας την αξία και απομάκρυνση όλων των βημάτων που προσθέτουν καθυστέρηση.
- 3 Η ροή του προϊόντος πρέπει να είναι συνεχής μόνο μέσα από τα βήματα που προσθέτουν αξία.
- 4 Έλξη μεταξύ όλων των σταδίων όπου η συνεχής ροή είναι δυνατή.
- 5 Συνεχώς βελτιούμενη διαχείριση έτσι ώστε ο αριθμός των επιμέρους βημάτων (σταδίων) και ο απαιτούμενος χρόνος για την εξυπηρέτηση του πελάτη συνεχώς να μειώνεται.

Η εφαρμογή των παραπάνω παραμέτρων εξελίσσει την TOYOTA και την φέρνει στην σύγχρονη εποχή. Η TOYOTA αποτελεί σήμερα το κυρίαρχο παράδειγμα λιτής διαχείρισης (lean management) στον κόσμο και συγχρόνως αποτελεί τη μεγαλύτερη αυτοκινητοβιομηχανία στον κόσμο με βάση τις συνολικές της πωλήσεις. Οι μοναδικές επιτυχίες όπως οι συνεχώς αυξανόμενες πωλήσεις, οι μετοχές σε κάθε αγορά του κόσμου, η κυριαρχία στην υβριδική τεχνολογία αποτελούν τρανή απόδειξη της δύναμης της λιτής πραγματικότητας.

Αυτή η συνεχιζόμενη επιτυχία τις δύο τελευταίες δεκαετίες δημιούργησε μία μεγάλη ζήτηση από περαιτέρω ενημέρωση για τη λιτή σκέψη. Υπάρχουν στη βιβλιογραφία πολλά βιβλία, ανακοινώσεις, διαθέσιμες πηγές και δεκάδες άρθρα καλύπτοντας έτσι την αναζήτηση του συνεχώς αυξανόμενου αριθμού ενδιαφερομένων για το θέμα αυτό.

Καθώς η λιτή σκέψη εξαπλώνεται σε κάθε χώρα στον κόσμο, οι ηγέτες προσαρμόζουν τα εργαλεία και τα αξιώματα της λιτής σκέψης σε πολλά πεδία, όπως κατασκευή, παραγωγή, εφοδιαστική αλυσίδα, παροχή υπηρεσιών, υγεία ακόμα και στην κυβέρνηση. Σήμερα η λιτή συνείδηση και λιτή μεθοδολογία ξεκινούν να ριζώνουν στους managers και στους ηγέτες σε όλους τους τομείς. Η παρούσα εργασία αναφέρεται στη λιτή διαχείριση που βρίσκει εφαρμογές στον τομέα της υγείας.

1.2 Σκοπός-Αξίωμα

Η ιστορική αναδρομή της αυτοκινητοβιομηχανίας της TOYOTA αναδεικνύει μια προσπάθεια για αλλαγές στη διαδικασία παραγωγής και διαχείρισης μέσω μιας διαφορετικής κουλτούρας και φιλοσοφίας. Αυτή δεν είναι άλλη από τη λιτή σκέψη. Η σημασία και ο τελικός σκοπός της λιτής σκέψης μπορεί να αποδοθεί με την παρακάτω απλουστευμένη θεώρηση: «χρησιμοποιούνται λιγότερα για να γίνουν περισσότερα».

Η λιτή σκέψη δεν συνδέεται τυπικά με τον τομέα υγείας όπου οι σπατάλες(waste) σε χρόνο, χρήμα, προμήθειες και αγαθά είναι ένα κοινό πρόβλημα. Αλλά τα αξιώματα της λιτής διαχείρισης μπορούν στην πραγματικότητα να βρουν εφαρμογή στον τομέα της υγείας, ακριβώς με τον ίδιο τρόπο όπως γίνεται σε άλλες βιομηχανίες. Η λιτή σκέψη δεν είναι μια τακτική παραγωγής ή ένα πρόγραμμα μείωσης κόστους. Αντίθετα είναι μια στρατηγική διαχείρισης η οποία ταιριάζει σε όλους τους οργανισμούς γιατί αφορά στη βελτίωση των διαδικασιών που τους διέπουν συμπεριλαμβανομένων και των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας. Η στρατηγική αυτή στοιχειοθετείται από μία σειρά διαδικασιών ή σύνολο ενεργειών που σκοπό έχουν να δημιουργήσουν αξία για αυτούς που τις χρησιμοποιούν ή για αυτούς που εξαρτώνται από αυτές (πελάτες / ασθενείς στην περίπτωση μας). Η βασική ιδέα της λιτής φιλοσοφίας είναι η αναγνώριση της αξίας της κάθε υπάρχουσας διαδικασίας με το διαχωρισμό των βημάτων που προσδίδουν αξία από εκείνα που δε δίνουν αξία και τον περιορισμό της καθυστέρησης (muda στα Ιαπωνικά), προωθώντας έτσι μόνο τα βήματα που δίνουν αξία στην διαδικασία [18]. Για τη μεγιστοποίηση της αξίας και την ελαχιστοποίηση των καθυστερήσεων, οι υπεύθυνοι στον χώρο της υγείας όπως και σε άλλους οργανισμούς πρέπει να αποτιμήσουν τις διαδικασίες προσδιορίζοντας την αξία που απαιτούν από το χρήστη. Πρέπει να αναγνωρίζουν κάθε βήμα στην διαδικασία και να περιορίζουν τα βήματα που δεν προσφέρουν αξία και να διαμορφώσουν την αξία ροής από την αρχή ως το τέλος, βασισμένοι στις ανάγκες του πελάτη / ασθενή.

Συνοψίζοντας και δίνοντας έναν περισσότερο τεκμηριωμένο ορισμό για το σκοπό της λιτής φροντίδας υγείας θα μπορούσε κάποιος να αναφέρει ότι ο ουσιαστικός σκοπός της είναι η επίτευξη βελτίωσης της βασικής γραμμής παραγωγής και η ευχαρίστηση του πελάτη / ασθενή μέσω της αύξησης της ανταπόκρισης στις επιθυμίες του πελάτη /ασθενή ενώ ταυτόχρονα μειώνεται το κόστος και αυξάνεται η ποιότητα.

Είναι προφανές ότι όπως οποιοσδήποτε τρόπος διαχείρισης (management) ενός οργανισμού διέπεται από κάποιες αρχές – αξιώματα, το ίδιο συμβαίνει και με τη λιτή

διαχείριση. Αυτό συμβαίνει για μια πληθώρα αιτιών. Ακολουθεί η αναφορά μερικών από αυτές:

- α) γνωριμία του υποψηφίου manager με τη νέα αυτή μορφή διαχείρισης
- β) δυνατότητα συνεχούς ελέγχου και ανατροφοδότησης
- γ) αναγνώριση ισχυρών και αδυνάτων σημείων λιτής διαχείρισης
- δ) πρακτικές δυσκολίες εφαρμογής
- ε) συγκριτική αξιολόγηση με άλλα είδη management

Ο υποψήφιος χρήστης της λιτής διαχείρισης είναι κάτι περισσότερο από χρήσιμο να γνωρίζει τις αρχές, ή τις βασικές τουλάχιστον αρχές, της λιτής σκέψης γενικά και εν συνεχεία τις ιδιαιτερότητες της διαχείρισης αυτής στο τομέα της υγείας.

Η λιτή διαχείριση διέπεται από αρχές οι οποίες στην ανέλιξή τους πέρασαν από διάφορα στάδια διαμόρφωσης, κρίσης και επιμέρους διορθώσεων και αλλαγών. Τα πέντε βασικά αξιώματα [17][19] που διέπουν και χαρακτηρίζουν τη λιτή θεώρηση ενός οποιουδήποτε οργανισμού είναι τα εξής :

1. Προσδιορισμός αξίας
2. Αναγνώριση της αξίας ροής
3. Ροή εργασίας
4. Προσέλευση πελατών
5. Επιδίωξη τελειότητας και συνεχούς βελτίωσης

1. Ο προσδιορισμός της αξίας γίνεται σύμφωνα με τις επιθυμίες του τελικού πελάτη, όπως αναφέρουν χαρακτηριστικά οι Womack και Jones στο βιβλίο τους *Lean Thinking*[17]: “Το κρίσιμο σημείο έναρξης για τη λιτή σκέψη είναι η αξία. Η αξία μπορεί να προσδιοριστεί μόνο από τον τελικό πελάτη και έχει νόημα όταν εξυπηρετεί σε όρους ένα συγκεκριμένο προϊόν (αγαθό ή υπηρεσία ή συχνά και τα δύο), το οποίο συνδυάζει τις ανάγκες του πελάτη σε μία συγκεκριμένη τιμή και σε ένα συγκεκριμένο χρόνο”.

Πάνω από όλα αυτοί που θέλουν να εφαρμόσουν τη λιτή διαχείριση, οφείλουν να είναι απόλυτα εστιασμένοι στον πελάτη όταν προσδιορίζουν και δημιουργούν αξία. Ούτε οι ανάγκες των μετόχων, ούτε οι οικονομικές πρακτικές του παρελθόντος, ούτε οι πολιτικές καταστάσεις, ούτε κάποια άλλη διάκριση θα πρέπει να τους παρεκκλίνει από το βασικό πρώτο βήμα της λιτής σκέψης.

Είναι συχνό το φαινόμενο αδυναμίας προσδιορισμού τόσο από την πλευρά των διαχειριστών όσο και από εκείνη των πελατών των σταδίων που προσφέρουν αξία στην

εκάστοτε διαδικασία [17]. Αυτό τους οδηγεί σε μια λανθασμένη πορεία από τα πρώτα κίολας βήματα της διαδικασίας. Οι λόγοι για τους οποίους οι περισσότεροι διαχειριστές προβαίνουν σε λάθος επιλογές είναι γιατί θέλουν να συνεχίσουν να κάνουν αυτά που ήδη έκαναν (η δύναμη της συνήθειας) ενώ από την πλευρά των πελατών, οι τελευταίοι συνήθως απλά ζητούν κάτι διαφορετικό χωρίς είναι σε θέση να οριοθετήσουν και να περιγράψουν με ακρίβεια τις επιθυμητές αλλαγές. Απλά ξεκινούν στο λάθος μέρος και τελειώνουν στη λάθος κατεύθυνση. Στη συνέχεια όταν οι πωλητές ή οι πελάτες αποφασίζουν να σκεφτούν την έννοια της αξίας από την αρχή, τότε συνήθως πέφτουν σε άλλες, κλασσικές φόρμουλες (όπως μείωση κόστους, αύξηση της ποικιλίας των προϊόντων μέσα από τη ζήτηση των πελατών, άμεση παράδοση) και όχι στην επιλεγμένη ανάλυση της αξίας και στην αποστασιοποίηση από παραδοσιακές αξίες έτσι ώστε να καταλάβουν τι πραγματικά χρειάζονται.

2. Η ροή αξίας είναι το σύνολο όλων των συγκεκριμένων πράξεων που απαιτούνται για να φέρουν ένα συγκεκριμένο προϊόν ή υπηρεσία μέσα στα κύρια θέματα διαχείρισης (management) μιας επιχείρησης. Το θέμα της λύσης του προβλήματος ξεκινά από μια γενική ιδέα ακολουθεί μια λεπτομερής σχεδίαση και τελικά η μηχανοποίηση της παραγωγής. Το θέμα management της πληροφορίας ξεκινά από τη λήψη της παραγγελίας από τον πελάτη μέχρι το λεπτομερή σχεδιασμό της παράδοσης του προϊόντος και το θέμα της φυσικής μετατροπής πραγματοποιείται από τα ακατέργαστα υλικά σε ένα ολοκληρωμένο προϊόν που φτάνει τελικά στα χέρια του καταναλωτή. Αναγνωρίζοντας την αξία ροής για κάθε προϊόν είναι το επόμενο βήμα στη λιτή σκέψη, ένα βήμα που οι εταιρείες σπάνια επιχειρούν γιατί συνήθως τους φαίνεται υπερβολικό το οποίο όμως στην ουσία θα τους προφύλασσε από μεγάλες σπατάλες.

3. Μόνο αφού προσδιοριστεί η αξία και σχεδιαστεί η ροή, μπορούν οι επίδοξοι εφαρμοστές της λιτής σκέψης να υιοθετήσουν την τρίτη αρχή, να θέσουν τα εναπομείναντα βήματα που έχουν αξία σε ροή. Μια τέτοια αλλαγή συχνά απαιτεί μία θεμελιώδη αλλαγή στη σκέψη για τον καθένα που εμπλέκεται σε αυτή. Από τους υπεύθυνους σε κάθε τμήμα του οργανισμού, τους απλούς εργαζόμενους και τελικά τους ίδιους τους πελάτες. Πρέπει να δίνουν προτεραιότητα σε συγκεκριμένα προϊόντα και μία νοοτροπία παραγωγής που να δίνει λίγα προϊόντα σε συνεχή ροή.

4. Σαν αποτέλεσμα των τριών παραπάνω αρχών, η λιτή διαχείριση μπορεί τώρα να κάνει μία επαναστατική αλλαγή: αντί να προγραμματίζει την παραγωγή έτσι ώστε να εξυπηρετεί την πρόβλεψη των πωλήσεων, μπορεί τώρα απλά να κάνει ότι λένε οι πελάτες. Η λιτή διαχείριση επιτρέπει στον πελάτη να λάβει το προϊόν ή την υπηρεσία από

τον παραγωγό σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες του, αποτρέποντας συγχρόνως την συνεχή προώθηση προϊόντων ή υπηρεσιών συχνά περιττών στον πελάτη. Με άλλα λόγια καμία ροή παραγωγής έργου δεν πρέπει να παράγει ένα αγαθό ή μία υπηρεσία τουλάχιστον μέχρι ο πελάτης να το ζητήσει.

5. Μετά την εγκατάσταση των ανωτέρω λιτών αρχών, “γίνεται κατανοητό σε όσους ασχολούνται με το αντικείμενο, ότι δεν υπάρχει τέλος στην διαδικασία μείωσης προσπάθειας του χρόνου, του χώρου, του κόστους και των σφαλμάτων, ενώ συγχρόνως προσφέρεται ένα προϊόν που είναι όλο και πιο κοντά στις απαιτήσεις του πελάτη” , γράφουν οι Womack και Jones [17] και συνεχίζουν “ξαφνικά η τελειότητα, η πέμπτη και τελευταία αρχή δεν φαντάζει σαν μία άπιαστη και τρελή ιδέα”.

Οι αρχές αυτές ίσως φαίνονται θεωρητικές, πλασματικές και τελικά δύσκολα εφαρμόσιμες στην καθημερινή πραγματικότητα των επιχειρήσεων και στην περίπτωση μας στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. Πράγματι υπάρχουν καταστάσεις και ιδιαιτερότητες οι οποίες μπορεί να αποτελέσουν τροχοπέδη στην εφαρμογή τους. Για το σκοπό αυτό υπάρχουν συγκεκριμένα εργαλεία και τεχνικές της λιτής διαχείρισης τα οποία θα αναλυθούν στη συνέχεια. Η δοκιμή και η εφαρμογή των οποίων θα αναδείξει από τη μια το βαθμό δυσκολίας εφαρμογής τους αλλά από την άλλη θα αποκαλύψει τα ευεργετικά αποτελέσματα της νέας λιτής θεώρησης.

1.3 Η έννοια της σπατάλης στο τομέα της υγείας

Από τη μελέτη του σκοπού της λιτής διαχείρισης διαπιστώθηκε ότι ουσιαστικό ρόλο στην εφαρμογή της διαδραματίζει η αναγνώριση των διαδικασιών που προσθέτουν αξία από τη μία, ο περιορισμός της σπατάλης από την άλλη. Η αναζήτηση των διαδικασιών που ενισχύουν τις σπατάλες του τομέα υγείας αποτελεί αντικείμενο μελέτης της συγκεκριμένης εργασίας.

Η περίπτωση του χώρου της υγείας έχει 8 βασικούς τομείς που παρατηρούνται ανά περίπτωση φαινόμενα μικρής ή μεγάλης σπατάλης. Η απαρίθμηση του “οκτώ” είναι αντιληπτό ότι είναι υποκειμενική και σε καμία περίπτωση απόλυτη. Καθένας που θα επιχειρήσει να ασχοληθεί με το έργο της καταμέτρησής τους μπορεί να τις βρει πολύ περισσότερες ή λιγότερες, ανάλογα με την εμπειρία του, τις γνώσεις του, την ενασχόλησή του με το χώρο της υγείας, την κατάρτισή του, το πρίσμα αντιμετώπισης της πραγματικότητας, το εξεταζόμενο δείγμα κ.λ.π.

Έτσι λοιπόν κάθε αναφορά στην έννοια της σπατάλης στο χώρο της υγείας αφορά στα παρακάτω [18] :

- Υπερπαραγωγή. Αυτό σημαίνει ότι παράγεται κάτι νωρίτερα ή γρηγορότερα από ότι η επόμενη διαδικασία χρειάζεται. Αυτός ο τύπος εργασίας φαίνεται πολύ στην ομαδική αλυσιδωτή εργασία (όπως εργαστηριακές εξετάσεις, γραφική εργασία σε ένα νοσοκομείο).

- Απογραφή. Ένα από τα βασικά κόστη στο τομέα της υγείας είναι οι απογραφές και οι προμήθειες. Μερικές φορές το κόστος για να γίνει απογραφή δεν είναι πλήρως κατανοητό. Για παράδειγμα όταν οργανώνεται ένας αποθηκευτικός χώρος και σε ένα τμήμα του βρεθούν υπερπληθώρα άχρηστων και ακατάλληλων αντικειμένων, αυτό σημαίνει ότι χρήματα χάθηκαν (σπαταλήθηκαν) για τα αντικείμενα αυτά.

Ένα βασικό μάθημα που θα μπορούσε να πάρει ο χώρος της υγείας από τη λιτή διαχείριση είναι ότι μικρότεροι και τακτικότεροι εφοδιασμοί είναι προτιμότεροι από μία μεγάλη έκπτωση. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το τελικό ολικό κόστος και όχι μόνο η τιμή.

- Κίνηση. Ο απλούστερος τρόπος για να σκεφτούμε τις σπατάλες που προκαλεί η κίνηση είναι το περπάτημα (ή οι κινήσεις του σώματος). Μεγάλο μέρος της καθυστέρησης που προκαλείται από το άσκοπο περπάτημα προσωπικού και πελατών, μπορεί να προέρχεται από έναν φτωχό σχεδιασμό των τμημάτων ή από έλλειψη κατάλληλων εργασιακών εγκαταστάσεων που έχουν σαν αποτέλεσμα το προσωπικό να διαγράφει πολύπλοκες διαδρομές για την εύρεση αντικειμένων ή την άφιξή του σε διάφορους προορισμούς εντός του χώρου εργασίας.

- Μεταφορά. Στη βιομηχανία είναι αντιληπτό ότι όταν γίνεται λόγος για μεταφορά εννοείται η μετακίνηση αντικειμένων και εξαρτημάτων στο χώρο παραγωγής και εκτός αυτού. Στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας σπατάλες τέτοιου είδους αναφέρονται σε μετακινήσεις ασθενών, εργαστηριακών εξετάσεων, υλικών, ακόμα και πληροφοριών εντός του νοσοκομείου, του κέντρου υγείας, της κλινικής, κ.λ.π.

- Υπερλειτουργία. Αυτό σημαίνει ότι γίνονται περισσότερα από όσα απαιτούνται, ειδικά από την μεριά του πελάτη. Ένα παράδειγμα υπερλειτουργίας αποτελούν οι πελάτες-ασθενείς που προσπαθούν να επεξεργαστούν λογιστικά πολύπλοκες μορφές. Συχνά ο ασθενής πριν καταβάλει τα έξοδα νοσηλείας του μπαίνει σε μια διαδικασία λήψης βεβαιώσεων, εγκρίσεων, λογιστικών πράξεων, διαπραγματεύσεων με τους εκάστοτε ασφαλιστικούς φορείς. Με αυτή την έννοια ο ασθενής υποβάλλεται σε

μια διαδικασία λειτουργιών περισσότερων σε αριθμό από αυτές που θα έπρεπε να αναλογούν στην ιδιότητά του και στην κατάστασή του.

- Ατέλειες. Ατέλειες, διορθώσεις, εξομαλύνσεις, ανακρίβειες ή ατελείς πληροφορίες, δημιουργούν πολλά προβλήματα. Για παράδειγμα ένα ταμπελάκι σε ένα φιαλίδιο αιμοληψίας λάθος εφαρμοσμένο, δυσανάγνωστο ή λάθος ευθυγραμμισμένο μπορεί να δημιουργήσει λάθη ή καθυστερήσεις στη διαδικασία.

- Αναμονή. Σε κάθε της μορφή η αναμονή σημαίνει σπατάλη [20][21]. Παραδείγματα αποτελούν οι καθυστερήσεις των ασθενών στο τμήμα επειγόντων περιστατικών μέχρι να ελευθερωθεί κάποιο κρεβάτι για να εξεταστούν, ή οι καθυστερήσεις για το προσωπικό μέχρι να έρθουν τα απαραίτητα εργαλεία ή οι καθυστερήσεις μέχρι να εμφανιστεί ο γιατρός ή η νοσοκόμα για το χειρουργείο ή οι καθυστερήσεις μέχρι να γίνουν διαθέσιμα τα εργαστηριακά αποτελέσματα, οι πληροφορίες ή διαφόρου είδους εγκρίσεις.

- Χρησιμοποιούμενο προσωπικό. Η αποτυχία εκμετάλλευσης της γνώσης, της εκπαίδευσης και της δημιουργικότητας του προσωπικού είναι μία σοβαρή σπατάλη. Η υποχρησιμοποίηση του προσωπικού τυπικά φαίνεται σαν έλλειψη νοοτροπίας, δημιουργικότητας, προώθησης ιεραρχικών ανακατατάξεων και μη χρήσιμων ομάδων εργασίας.

Οι άνθρωποι που βρίσκονται στο χώρο, το γνωρίζουν καλύτερα. Είναι οι ειδικοί στις διαδικασίες και πρέπει να εκπαιδευτούν στη λύση προβλημάτων και στις λιτές τεχνικές διαχείρισης. Ένα από τα πλεονεκτήματα των τεχνικών αυτών είναι ότι τα μέλη του προσωπικού εμπλέκονται απευθείας στη διαδικασία παροχής υπηρεσιών και είναι αυτά που εργάζονται για την εξέλιξη και πρόοδό της. Βασιζόμενοι σε εσωτερικούς και εξωτερικούς πελάτες δεν αναπτύσσει την εσωτερική γνώση ή τη βασική επιδεξιότητα που απαιτείται για τη λιτή διαχείριση. Τόσο τα ανεξάρτητα άτομα όσο και οι ομάδες ατόμων είναι ένας κρυμμένος θησαυρός στον οποίο πολλοί οργανισμοί δεν δίνουν σημασία.

Αναφέρθηκε και στην αρχή της παραγράφου ότι δεν έχει σημασία αν ο αριθμός των διαδικασιών που διαπιστώνται καθυστέρηση είναι οκτώ, δέκα ή λιγότερες. Σημασία έχει ότι η ύπαρξή τους είναι αναμφισβήτητη, κάτι που επιβεβαιώνεται συχνά ακόμη και από προσωπικές εμπειρίες ή βιώματα συγγενών, φίλων, γνωστών. Πώς όμως θα αντιμετωπίσει η λιτή διαχείριση τις καθυστερήσεις αυτές; Οι σπατάλες τελικά στο χώρο της υγείας είναι πραγματικότητα. Η μέθοδος για την αναγνώριση των σπαταλών αυτών

επιτυγχάνεται μέσω συγκεκριμένων εργαλείων και τεχνικών που περιγράφονται στη συνέχεια.

1.4 Εργαλεία και τεχνικές για τη λιτή φροντίδα υγείας

Η ουσία της λιτής διαχείρισης βρίσκεται ακριβώς εδώ, δηλαδή στο τρόπο και τα μέσα που θα χρησιμοποιηθούν προκειμένου να γίνει αντιληπτή η πραγματικότητα του χώρου υγείας και με συγκεκριμένα εργαλεία και τεχνικές να εφαρμοστεί η λιτή διαχείριση έτσι ώστε να γίνουν πραγματικότητα οι επιθυμητές αλλαγές [19][22][23].

Η εφαρμογή των τεχνικών της λιτής διαχείρισης απαιτεί προσήλωση στις θεμελιώδεις αρχές της λιτής φιλοσοφίας :

- Κατανόηση της αξίας ροής, όπως αυτή λαμβάνεται από την όλη διαδικασία, ξεκινώντας από τον πελάτη ή ασθενή.
- Συνεργαζόμενες βασικές αρχές που θα περιορίσουν τον ολικό χρόνο (μέχρι να ολοκληρωθεί) σχετικά με μία λειτουργία.
- Αναγνώριση της αξίας από την οπτική γωνία του πελάτη.
- Επιτυχία ροής της εργασίας απομακρύνοντας κάθε καθυστέρηση.
- Μεταφορά πληροφορίας ή υλικών μόνο την στιγμή που χρειάζονται.
- Αναγνώριση των βελτιώσεων με σκοπό τη συνέχισή τους – Επιδίωξη τελειότητας.

ΣΥΝΕΧΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗ		
ΟΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ	ΑΡΙΣΤΗ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΥΛΙΚΩΝ	ΜΕΙΩΣΗ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΜΕΓΕΘΩΝ
ΣΗΜΕΙΟ ΧΡΗΣΗΣ ΑΠΟΘΗΚΗΣ	KANBAN	POKA-YOKE
ΑΥΤΟΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ	ΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΑΥΤΟΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ
JUST IN TIME	ΔΙΑΤΑΞΗ	ΓΡΗΓΟΡΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ
ΑΛΛΑΓΗ ΤΡΟΠΟΥ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ	5S	ΣΥΝΕΧΗΣ ΡΟΗ
ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΚΑΙΖΕΝ	ΟΜΑΔΕΣ ΚΑΙ ΟΜΑΔΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΑΝΑΦΟΡΑ A3-VALUE STREAM

ΕΙΚΟΝΑ 1. Το σπίτι της λιτής διαχείρισης

Μπορεί να δημιουργηθεί ένα οικοδόμημα με τις τεχνικές και τα εργαλεία της λιτής φροντίδας υγείας αποτελούμενο από 18 παραμέτρους, όπως αυτό απεικονίζεται στην εικόνα 1. Τα κάτω κουτιά αποτελούν τα θεμέλια στα οποία η λιτή διαχείριση υγείας στηρίζεται και τα υπόλοιπα δημιουργούνται στη συνέχεια για την ικανοποίηση πιο εξειδικευμένων απαιτήσεων και αναγκών.

1) *Διαχείριση αλλαγής*: Είναι ο τρόπος με τον οποίο γίνεται ο χειρισμός των αλλαγών προκειμένου να εφαρμοστεί η λιτή διαχείριση. Η εξέλιξη δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί χωρίς αλλαγή. Είναι γνωστό ότι οι περισσότεροι ανταποκρίνονται στις επερχόμενες αλλαγές προβάλλοντας μια σχετική αντίσταση. Αν οι επικεφαλής των επερχόμενων αυτών αλλαγών δεν χειριστούν την αλλαγή αυτή κατάλληλα, μπορεί να χρειαστούν πρόσθετες παρεμβάσεις και η αλλαγή τελικά να μην υποστηριχθεί.

Ένας από τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους για την εφαρμογή και υποστήριξη μιας αλλαγής είναι η βοήθεια σε όλο το εμπλεκόμενο προσωπικό να καταλάβει τι σημαίνει η αλλαγή αυτή και εν συνεχεία η απευθείας ανάμιξή του σε αυτή. Αν το προσωπικό δείξει ενδιαφέρον και στηρίζει την αλλαγή τότε το τελικό προϊόν ή η τελική υπηρεσία θα είναι καλύτερες γιατί οι άνθρωποι που βρίσκονται πιο κοντά στη δουλειά το γνωρίζουν καλύτερα. Επιπλέον η αλλαγή θα υποστηριχθεί επειδή τα μέλη του προσωπικού θα είναι και οι ίδιοι κάτοχοι του προϊόντος.

2) *Ομάδα και ομαδική εργασία*: Οι ομάδες μπορούν να βοηθήσουν τους οργανισμούς υγείας όπως βοηθούν και τους άλλους βιομηχανικούς οργανισμούς. Οι οργανισμοί υγείας μπορούν να χρησιμοποιήσουν δύο τύπους εξέλιξης: τις ομάδες Kaizen και τις ημερήσιες ομάδες εργασίας. Η ανθρώπινη πλευρά της λιτής διαχείρισης είναι περισσότερο σημαντική σε ένα νοσοκομείο από ότι σε έναν άλλο οργανισμό γιατί οι καταγραφές αφορούν άλλες ανθρώπινες υπάρξεις των οποίων η υγεία και η ασφάλεια αποτελεί υπέρτατο αγαθό.

3) *Οπτικά συστήματα στο χώρο εργασίας*: όπως πινακίδες, γραμμές, ταμπέλες και χρωματιστές κωδικοποιήσεις, περιορίζουν τις εικασίες, τις αναζητήσεις και τη συσσώρευση πληροφοριών. Δεν πρέπει να λησμονείται το γεγονός ότι πρώτη προτεραιότητα σε όλες τις διαδικασίες έχει το κοινό.

Για παράδειγμα σε ένα νοσοκομείο παιδιών [61] ο δρόμος που οδηγούσε στους ανελκυστήρες (βρισκόταν πίσω από μία γωνία και όχι σε κοινή θέα), σημάνθηκε με ένα δρόμο με οχήματα που σχεδιάστηκαν στο πάτωμα. Τα παιδιά αγάπησαν την ιδέα να ακολουθήσουν τα οχήματα έτσι ώστε να δουν πού οδηγούν, γεγονός που έκανε

ευκολότερη την προσπάθεια για τους γονείς να τα οδηγήσουν στο χώρο που επιθυμούσαν.

Άλλο παράδειγμα αποτελούν οι κατασκευές εξυπηρέτησης ατόμων με ειδικές ικανότητες π.χ. απαραίτητη κρίνεται η ύπαρξη των ειδικών διαμορφώσεων στο έδαφος για την μετακίνηση ατόμων με προβλήματα οράσεως. Αυτό συνεπάγεται αφενός την αυτοεξυπηρέτηση των ατόμων αυτών, αφετέρου αποφυγή την ενασχόλησης των εργαζομένων με την καθοδήγηση ή μεταφορά των ατόμων αυτών.

4) *Διάταξη*: είναι σημαντική γιατί η καλή φυσική διευθέτηση μπορεί να περιορίσει πολύ την καθυστέρηση (συμπεριλαμβανομένης της κίνησης και της μεταφοράς) με το να φέρνουμε σημαντικά αντικείμενα κοντά. Χρειάζεται προσοχή στο χώρο της εργασίας και γνώση ότι το προϊόν της μιας διαδικασίας αποτελεί την πρώτη ύλη για την επόμενη διαδικασία. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να βρίσκονται σε αλληλουχία. Αναφέρεται στη συνέχεια ως παράδειγμα ένα απλό περιστατικό για να γίνει κατανοητή η σημασία της διάταξης. Έστω ότι ένας γιατρός επιθυμεί να κάνει μια συγκεκριμένη ιατρική πράξη όπως η ενδαρθρική έγχυση ενός φαρμάκου. Για τον σκοπό αυτό απαιτείται ένας συγκεκριμένος χώρος (αίθουσα ιατρικών πράξεων), τα απαραίτητα εργαλεία και τα κατάλληλα ιατρικά σκευάσματα (φάρμακα, υλικά αποστείρωσης) και η συμμετοχή ενός νοσηλεύτη/νοσηλεύτριας. Η παραπάνω διάταξη είναι ιδανική για την έγκυρη πραγματοποίηση της ιατρικής πράξης και της επερχόμενης ικανοποίησης του ασθενή. Οποιαδήποτε τροποποίηση της διάταξης αυτής σαφώς και προκαλεί καθυστέρηση και τελικά δυσαρέσκεια από τον τελικό χρήστη που δεν είναι άλλος από τον ασθενή.

5) *Τυποποίηση εργασίας*: η τεχνική αυτή συνήθως απέχει από τις πολιτικές που ακολουθούν τα νοσοκομεία στη διαχείρισή τους. Στα νοσοκομεία οι λεγόμενοι υπεύθυνοι των διαδικασιών συνήθως βρίσκονται μακριά από το χώρο που εκτυλίσσονται οι διάφορες διαδικασίες και έτσι οι εργαζόμενοι σπάνια αναφέρονται σε αυτούς. Επιπλέον δεν υπάρχει κάποιος αναμενόμενος χρόνος σχετικώς με τα βήματα μίας διαδικασίας, π.χ. σε πόση ώρα – λεπτά θα πραγματοποιηθεί μία αιμοληψία στην διαδικασία ενός τακτικού ελέγχου (check up). Το γεγονός επομένως της ανυπαρξίας κάποιου συγκεκριμένου χρόνου στις διαδικασίες οδηγεί σε κυμαινόμενους χρόνους εργασίας για την ίδια διαδικασία. Επιστρέφοντας στο προηγούμενο παράδειγμα, μία νοσοκόμα μπορεί να χρειαστεί για μια αιμοληψία συνολικά ένα λεπτό, ενώ άλλη για την ίδια ακριβώς εργασία 10 με 15 λεπτά. Γιατί αυτή η διαφορά; Με τη χρησιμοποίηση της τυποποιημένης εργασίας για επαναλαμβανόμενες πράξεις προωθείται η ποιότητα γιατί ο καθένας μαθαίνει να ακολουθεί μία τυποποιημένη διαδικασία.

6) *Σημείο χρήσης της αποθήκης*: η τεχνική αυτή ουσιαστικά σημαίνει τη χρήση των διάφορων υλικών στο χώρο που χρησιμοποιούνται πιο συχνά [24]. Επιπλέον επιτρέπει στις προμήθειες και στα υλικά να μεταφέρονται απευθείας στο χώρο εργασίας από το να συνωστιζονται σε μια κεντρική αποθήκη. Αυτό ακριβώς ελαχιστοποιεί την καθυστέρηση από την αναζήτηση αντικειμένων ή από το περπάτημα προκειμένου να πάρουμε τα απαραίτητα υλικά.

7) *Μείωση μεγεθών που συγκεντρώνονται*: αντικείμενα όπως εξετάσεις, αναφορές υπολογιστών και άλλες απαιτήσεις είναι επιθυμητό να μειωθούν. Σημειώνεται ότι αυτές οι λειτουργίες μπορεί να συγκεντρωθούν για να εκτελεστούν στην συνέχεια ομαδικά. Η συγκέντρωση αυτή μπορεί να είναι αποτελεσματική για μία συγκεκριμένη διαδικασία ή λειτουργία αλλά όχι για το σύστημα στο σύνολό τους.

Αυτό συμβαίνει γιατί αν υπάρχει αναμονή προκειμένου να συγκεντρωθούν οι εργασίες με σκοπό να εκτελεστούν στη συνέχεια ουσιαστικά δεν υπάρχει ροή, οπότε τα αντικείμενα κάθονται και περιμένουν. Αυτή η μέθοδος πιθανώς να δουλεύει καλά για το λογιστήριο αλλά η αναμονή που δημιουργείται μέχρι να πληρωθεί ένας λογαριασμός είναι προφανές ότι δεν καλύπτει τις ανάγκες, ούτε ικανοποιεί τον πελάτη. Η χρυσή τομή είναι και ο επιθυμητός στόχος να γίνει δηλαδή η πληρωμή σε ένα λογικό χρόνο και αποτελεσματικά. Τότε ακριβώς γίνεται λόγος για ιδανική συγκέντρωση υπηρεσιών ώστε όλο το σύστημα να λειτουργεί αποδοτικότερα.

8) *Γρήγορη αλλαγή*: είναι η δυνατότητα μετατροπής πολύ γρήγορα. Η αλλαγή αυτή μπορεί να εφαρμοσθεί σε χειρουργεία, δωμάτια νοσηλείας ασθενών ή εξεταστικά δωμάτια. Εάν γίνει δυνατόν να ετοιμασθεί μία χειρουργική αίθουσα από την προηγούμενη χειρουργική επέμβαση μέχρι την επόμενη σε σύντομο χρονικό διάστημα αυτό επιτρέπει να γίνουν περισσότερες επεμβάσεις και αυτό με την σειρά του διευκολύνει τη θεραπεία περισσότερων ασθενών.

Κάτι παρόμοιο μπορεί να γίνει και στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Μία από τις μεγαλύτερες καθυστερήσεις και δυσανασχετήσεις των ασθενών είναι η αναμονή μέχρι να αδειάσει κάποιο κρεβάτι προκειμένου να εξετασθούν. Με τη τεχνική αυτή αν το δωμάτιο καθαριστεί και ετοιμαστεί σε μικρό χρονικό διάστημα άμεσα μετά από τον ασθενή που ήδη εξετάστηκε μέχρι να έρθει η ώρα του επόμενου ασθενή, είναι προφανές ότι ο ασθενής θα εξετασθεί γρηγορότερα, η καθυστέρηση και η αναμονή των επόμενων προς εξέταση ασθενών θα μειωθούν και το σύστημα θα λειτουργεί αποτελεσματικότερα.

9) *Poka – yoke (πρόληψη λαθών)*: για την τεχνική αυτή είναι δύσκολη η εύρεση ελληνικού όρου που να μπορεί έστω και κατά προσέγγιση να αποδώσει τη σημασία του

(ούτως ή άλλως έτσι αποδίδεται και στην αγγλική βιβλιογραφία). Είναι ένας Ιαπωνικός τρόπος για αποφυγή σφαλμάτων σε μία διαδικασία για τον περιορισμό της πιθανότητας λάθους. Η αποφυγή σφαλμάτων καθίσταται εξαιρετικά σημαντική σε καταστάσεις στις οποίες οι άνθρωποι είναι δυνατόν να κάνουν λάθη [25].

Πολλοί οργανισμοί υγείας λειτουργούν με την κατεύθυνση της εκπαίδευσης και συνεχούς επανεκπαίδευσης έτσι ώστε όταν παρουσιαστεί το πρόβλημα πιστεύουν ότι θα έχουν τη δυνατότητα να διεκπεραιώσουν την κατάσταση. Επειδή πολλοί εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας βομβαρδίζονται με συνεχείς και περίπλοκες πολλές φορές εκπαιδεύσεις, είναι κατανοητό ότι ίσως ξεχάσουν ή αγνοήσουν μία καινούργια ή και παλαιά διαδικασία.

Το θέμα δεν είναι όμως πώς να διορθωθούν τα λάθη που γίνονται αλλά ακόμη περισσότερο ο τρόπος με τον οποίο θα διαμορφωθεί το σύστημά μας (εδώ νοσοκομείο) έτσι ώστε να περιοριστεί όσο το δυνατό περισσότερο η πιθανότητα λάθους. Το Poka – yoke ουσιαστικά πρεσβεύει αυτή τη λογική. Απλές εφαρμογές όπως τα barcode ή οι πρότυπες μέσω υπολογιστή εντολές των ιατρών, μπορεί για παράδειγμα να μειώσουν την πιθανότητα λάθους που μπορεί να προέλθει από την αδυναμία ανάγνωσης μιας ιατρικής συνταγής ή μιας ιατρικής εντολής που έχει γραφτεί χειρόγραφα[26].

10) *Αυτοεπιθεώρηση*: σημαίνει ότι κάθε άνθρωπος θα επιτηρεί την δική του εργασία. Για να γίνει όμως αυτό απαιτούνται 4 πράγματα :

- Εκπαίδευση για το πώς και τι θα επιθεωρεί
- Μέτρα σύγκρισης για την επιτήρηση
- Εξοπλισμός ή άλλα μέσα για να γίνει η επιθεώρηση
- Χρόνος για να παρουσιάσει την επιθεώρηση

Ο σκοπός της αυτοεπιθεώρησης είναι η επιβεβαίωση ότι τα λάθη δεν περνάνε στα επόμενα βήματα, γιατί η προσπάθεια που θα χρειασθεί για να διορθωθεί ένα σφάλμα που προχώρησε στη διαδικασία είναι δραματικά μεγαλύτερη όσο περισσότερο έχει προχωρήσει η διαδικασία αυτή. Αν το πιθανό σφάλμα γίνει άμεσα αντιληπτό τότε η λύση είναι συνήθως εύκολη και οικονομική, αν όμως ξεφύγει γίνεται δύσκολη και επίζημια.

11) *Αυτοματοποίηση*: σημαίνει ουσιαστικά αυτονομία μέσω ανθρώπινης παρέμβασης. Στη βιομηχανία όταν μία μηχανή εντοπίσει ένα λάθος σταματάει αυτόματα ή καλεί τον ειδικό προκειμένου να επιλύσει το πρόβλημα. Στο χώρο της υγείας αυτό διαφοροποιείται ως εξής : για παράδειγμα ας πάρουμε ένα παλμικό οξύμετρο (μετράει τον κορεσμό του οξυγόνου και τοποθετείται στο δάχτυλο του ασθενή). Όταν το οξύμετρο χαλάσει ή αποσυνδεθεί από τον ασθενή, η αναγραφόμενη ένδειξη παρεκκλίνει από τον

ομαλό ρυθμό και ξεκινάει ηχητικό σήμα συναγερμού το οποίο απαιτεί την παρέμβαση των γιατρών για να σταματήσει το σήμα και να επαναφέρει την συσκευή στο δάχτυλο του ασθενή.

12) *Kanban*: είναι ένα θεμελιώδες εργαλείο της λιτής διαχείρισης και αναφέρεται σε αντικείμενα τα οποία αναπληρώνονται σύμφωνα με την απαίτηση ή την επιθυμία του πελάτη ή του χρήστη [22]. Το Kanban (στα Ιαπωνικά σημαίνει κάρτα) [27][28] είναι ουσιαστικά ένα οπτικό σύστημα πληροφόρησης το οποίο ενημερώνει για το πότε θα φτιαχτεί (παραγωγή), θα μετακινηθεί (ανάκληση) ή θα εφοδιαστεί με υλικά το νοσοκομείο από τον εξωτερικό προμηθευτή. Τα αντικείμενα σε μία αποθήκη ενός νοσοκομείου ή στο φαρμακείο του νοσοκομείου είναι σαφές ότι μπορούν να αναπληρωθούν με το σύστημα Kanban.

13) *Συνεχής ροή* : η τεχνική αυτή αναφέρεται στη φυσική αλληλουχία μεταξύ ανθρώπων και εξοπλισμού έτσι ώστε η επόμενη διαδικασία να παίρνει τα προϊόντα της προηγούμενης διαδικασίας στο χρόνο που πρέπει, απευθείας, χωρίς να μεσολαβούν διαστήματα έντονης εργασίας ή μεγάλες καθυστερήσεις.

Κάθε φορά που υπάρχει μία καθυστέρηση στον ασθενή είναι προφανές ότι η αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας μειώνεται και το κόστος για το νοσοκομείο αυξάνεται. Η ιδέα της τεχνικής αυτής είναι να υπάρχει συνεχής ροή. Δηλαδή για παράδειγμα μία τέτοια ροή θα μπορούσε να είναι η άφιξη του ασθενούς στο νοσοκομείο, η υποδοχή του στα επείγοντα, η εξέτασή του από τον ιατρό, η πραγματοποίηση των απαραίτητων εξετάσεων, η λήψη των αποτελεσμάτων, η διάγνωση και η πιθανή αγωγή και τελικά η αναχώρηση του ασθενούς για την οικία του. Αυτή η συνεχής ροή θα αφήσει ευχαριστημένο και τον ασθενή και αυτούς που παρέχουν τις εκάστοτε υπηρεσίες.

14) *Συγχρονισμός (Just In Time)*: οι μεταφορές υλικών ακριβώς πριν τελειώσουν [29], είναι διαδικασίες οι οποίες δεν εφαρμόζονται μόνο στους εξωτερικούς προμηθευτές αλλά και στο κάθε εσωτερικό εργασιακό σύστημα. Με τη λέξη υλικά εννοούνται και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Για παράδειγμα μεταφέροντας έναν ασθενή από το δωμάτιό του στο ακτινολογικό εργαστήριο μπορεί να περιμένει ή να χρειαστεί μέχρι και μία ώρα. Αυτό δημιουργεί δυσαρέσκεια. Υπάρχουν πολλές διαδικασίες στο χώρο του νοσοκομείου που θα μπορούσαν να βελτιώσουν την παρεχόμενη υπηρεσία στον πελάτη αν υπήρχε ένας συγχρονισμός αυτών που παρέχουν τα προϊόντα υγείας.

15) *Άριστη συντήρηση υλικών* : είναι μια μεθοδολογία που αποσκοπεί στη διατήρηση του εξοπλισμού σε καλή λειτουργική κατάσταση έτσι ώστε να είναι έτοιμος

και διαθέσιμος να χρησιμοποιηθεί κάθε φορά που παρουσιαστεί ανάγκη. Πολλές μονάδες υγείας πλέον διαθέτουν ένα τμήμα βιοιατρικής μηχανικής για τη διατήρηση και συντήρηση του ιατρικού και του νοσοκομειακού εξοπλισμού. Το τμήμα αυτό περιλαμβάνει συντήρηση, χρήστες, μηχανικούς και σωστή διαχείριση με σκοπό τη διατήρηση του εξοπλισμού σε καλή λειτουργική κατάσταση με απώτερο σκοπό τη συνολική αποτελεσματικότητα των παροχών του νοσοκομείου.

Η συντήρηση είναι ζωτικής σημασίας για τη λειτουργία ενός νοσοκομείου. Γιατί στο νοσοκομείο βρίσκονται πολύ ακριβά μηχανήματα που δεν δύναται η συχνή αντικατάστασή τους και για εξοπλισμούς ζωτικής σημασίας που οφείλουν να δουλεύουν άμεσα και σωστά την ώρα που οι συνθήκες το απαιτούν, για παράδειγμα ένας καρδιογράφος.

16) *Σχέδιο δημιουργίας αξίας ροής (Value Stream Mapping – VSM)*: είναι ένα από τα πιο ισχυρά εργαλεία που χρησιμοποιεί η λιτή διαχείριση για να αναγνωρίζει τις καθυστερήσεις και να δημιουργεί ένα σχέδιο βελτίωσης των διαδικασιών [30]. Το σχέδιο αυτό χρησιμοποιεί εικόνες ή σύμβολα για να περιγράψει τη ροή της αξίας [31][39]. Τα τέσσερα βήματα της διαδικασίας για χρήση του σχεδίου αυτού περιλαμβάνουν :

1. Ορισμός των κατηγοριών διαδικασιών και η προετοιμασία τους.
2. Σχεδιασμός και περιγραφή της παρούσας κατάστασης.
3. Δημιουργία μίας μελλοντικής – επιθυμητής κατάστασης.
4. Κατάρτιση σχεδίου για τον τρόπο με τον οποίο θα επιτευχθούν οι μελλοντικές αλλαγές.

Λόγω της ιδιαίτερης σημασίας του VSM στη λιτή διαχείριση θα γίνει μια περισσότερο εκτενής αναφορά σε σχέση με τα άλλα εργαλεία και τεχνικές που υπάρχουν και εφαρμόζονται. Αφετηρία αποτελεί η γενική ιδέα ότι οι νοσοκομειακές διαδικασίες παροχής υπηρεσιών μπορούν να επανασχεδιαστούν για να ρέουν πιο δυναμικά και πιο αποτελεσματικά. Τέτοιου είδους βελτιώσεις δίνουν τη δυνατότητα στο προσωπικό του χώρου της υγείας να προωθεί την ασφάλεια στην εργασία του καθώς και τη συνεχή και ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς του.

Έγινε κατανοητό ότι η λιτή σκέψη εστιάζεται σε αυτό που επιθυμούν οι πελάτες. Είναι δηλαδή μια προσπάθεια επανασχεδιασμού των διαδικασιών σύμφωνα με τις επιθυμίες του ασθενή και αφορά τη συνεχή ροή υπηρεσιών και προϊόντων με ταυτόχρονη μείωση της καθυστέρησης. Εδώ ακριβώς έρχεται να λάβει την θεμελιώδη θέση του το VSM. Ένας ορισμός για το VSM είναι ότι αυτό αντιπροσωπεύει τις συγκεκριμένες δραστηριότητες που απαιτούνται για το σχεδιασμό, την παραγγελία και τη διάθεση ενός

συγκεκριμένου προϊόντος – υπηρεσίας, από το σχέδιο μέχρι τη δημιουργία του, από την παραγγελία μέχρι την παράδοσή του και ουσιαστικά από την πρώτη ύλη μέχρι να φτάσει στα χέρια του πελάτη [17]. Υπενθυμίζεται ότι αξία είναι οτιδήποτε βελτιώνει τη ψυχική και σωματική υγεία του ασθενή. Οι παράμετροι του VSM και τα βήματα για τη δημιουργία του (πίνακας 2) είναι [60] :

- ❖ Εστιασμός στις απαιτήσεις του τελικού πελάτη και προσδιορισμός της αξίας σύμφωνα με αυτές.
- ❖ Σύνδεση της ροής της εργασίας με την ροή της πληροφορίας.
- ❖ Αναγνώριση της αξίας για κάθε βήμα των υπηρεσιών, απομάκρυνση των ενεργειών που προκαλούν καθυστέρηση.
- ❖ Προώθηση της ποιότητας και αποσαφήνιση των διαδικασιών παράδοσης.
- ❖ Επιτρέπει τον επανασχεδιασμό των διαδικασιών πάνω σε συγκεκριμένες και αποδεκτές παραμέτρους.

Προετοιμασία ↓	Συμφωνία για το ποια διαδικασία θα μελετηθεί, πως θα σχεδιασθεί και ποιοι θα συμμετέχουν.
Παρούσα κατάσταση ↓	Συμφωνία για μια καλή κατανόηση του σχεδιασμού της παρούσας κατάστασης
Μελλοντική κατάσταση ↓	Συμφωνία για δημιουργία μιας λιτής μελλοντικής κατάστασης
Προγραμματισμός - πλάνο	Συμφωνία για τον τρόπο με τον οποίο θα εφαρμοστεί το μελλοντικό αυτό πλάνο

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Βήματα δράσης για την κατάρτιση χάρτη αξίας ροής (VSM)

Ο σχεδιασμός αυτός πραγματοποιείται με την λεγόμενη A3 αναφορά [32][33]. Αυτή αποτελεί ένα εργαλείο πάνω στο οποίο καταστρώνεται ο σχεδιασμός του VSM. με σκοπό τη λιτή διαχείριση. Η αναφορά A3 που πήρε το όνομά της από τις διαστάσεις της σελίδας που αναγράφεται (11 X 17 cm) υιοθετήθηκε για να χρησιμοποιηθεί από

εργαζόμενους στο χώρο της υγείας. Στη σελίδα αυτή στην αριστερή πλευρά από πάνω προς τα κάτω περιγράφεται η παρούσα κατάσταση ενώ στη δεξιά πλευρά και πάλι από πάνω προς τα κάτω αναφέρεται ο τρόπος με τον οποίο σκοπεύουμε να βελτιώσουμε την κατάσταση αυτή. Κάθε πλευρά περιέχει τρία κουτιά όπως φαίνονται στο σχήμα(σχήμα 3). Η αναφορά Α3 συμπληρώνεται ακολουθώντας τα εξής βήματα :

- ⇒ Σχεδιασμός παρούσας κατάστασης
- ⇒ Καθορισμός - χρόνου διαδικασίας (P.T. – Process Time)
 - χρόνου καθυστέρησης (W.T. – Waiting Time)
 - χρόνου απευθείας ποιότητας (F.T.Q. – First Time Quality)
 - (με ποια φορά πετυχαίνουμε το επιθυμητό αποτέλεσμα)
- ⇒ Σχεδιασμός μελλοντικής κατάστασης
- ⇒ Καθορισμός πλάνου δράσης

Ακολουθεί μια περιγραφή με ένα όσο το δυνατό πιο απλό και κατανοητό τρόπο της διαδικασίας συμπλήρωσης αυτής της αναφοράς Α3 (σχήμα 3), η οποία με τη σειρά της αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο καταγραφής της αξίας των υπηρεσιών ή προϊόντων που παρέχονται με τελικό σκοπό τη λιτή διαχείριση και τη μεγαλύτερη ικανοποίηση του πελάτη.

THEME: "What are we trying to do?"	To: _____ By: _____ Date: _____												
Background Problem context and importance	Target Condition Diagram of proposed new process												
Current Condition <ul style="list-style-type: none"> Diagram of current process. What about the system is not IDEAL. Extent of the problem(s), i.e., measures. 	Countermeasures												
Cause Analysis Most likely root cause of problems in the current condition: 5 whys analysis	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4" style="text-align: left; padding: 2px;">Implementation Plan</th> </tr> <tr> <th style="width: 25%; padding: 2px;">What?</th> <th style="width: 25%; padding: 2px;">Who?</th> <th style="width: 25%; padding: 2px;">When?</th> <th style="width: 25%; padding: 2px;">Where?</th> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Cost/Benefit: _____	Implementation Plan				What?	Who?	When?	Where?				
Implementation Plan													
What?	Who?	When?	Where?										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 70%; padding: 2px;">Follow-Up Plan</th> <th style="width: 30%; padding: 2px;">Actual Results</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> <ul style="list-style-type: none"> Predicted performance How, when to check? </td> <td style="padding: 2px;"> <ul style="list-style-type: none"> Date check done. Results, compare to predicted. </td> </tr> </table>	Follow-Up Plan	Actual Results	<ul style="list-style-type: none"> Predicted performance How, when to check? 	<ul style="list-style-type: none"> Date check done. Results, compare to predicted. 								
Follow-Up Plan	Actual Results												
<ul style="list-style-type: none"> Predicted performance How, when to check? 	<ul style="list-style-type: none"> Date check done. Results, compare to predicted. 												

ΣΧΗΜΑ 3.Τυπική αναφορά τύπου Α3


A. ΘΕΜΑ ΚΑΙ ΦΟΝΤΟ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ (THEME-BACKGROUND)

- Πως ανακαλύφθηκε το πρόβλημα
- Γιατί το πρόβλημα είναι σημαντικό
- Ποικιλία παραγόντων που περιλαμβάνονται
- Συμπτώματα του προβλήματος
- Εμπειρία από το παρελθόν
- Οργανωτική δομή κ.λ.π.

⇓

Έτσι ώστε ο αναγνώστης να κατανοήσει το μέγεθος και τη σημασία του προβλήματος.

B. ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (CURRENT CONDITION)

- Είναι το πιο σημαντικό κομμάτι του A3
- Τα προβλήματα στο χαρτί απεικονίζονται μέσα σε κεραυνούς 
- Διάγραμμα της παρούσας κατάστασης ή διαδικασίας. Το διάγραμμα της παρούσας κατάστασης αφορά στην:
 - i) Αναγνώριση των απαιτήσεων προμηθευτών και πελατών.
 - ii) Αναγνώριση των βασικών σταδίων εργασίας και ο σχεδιασμός τους εντός πλαισίων προς εκτέλεση.
 - iii) Διαδοχή των βημάτων της διαδικασίας
- Γιατί η διαδικασία δεν είναι ιδανική;
- Μέγεθος του προβλήματος (μετρήσεις, ποσοστά, χρόνοι, διαγράμματα, γραφικές παραστάσεις, PT, WT). Αριθμητικά παραδείγματα απλά και ευκολονόητα από το μέσο αναγνώστη. Τα πλεονεκτήματα ενός καλού διαγράμματος είναι η άμεση, επαρκής και γρήγορη πληροφόρηση, καθώς και ταυτόχρονη επικέντρωση στο πρόβλημα και όχι στους ανθρώπους.

Γ. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΙΤΙΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ (CAUSE ANALYSIS)

Αν κάποιος αντιληφθεί σε βάθος και ουσιαστικά την παρούσα κατάσταση (B), είναι υποχρεωτικό να αντιληφθεί το βαθύ αίτιο των προβληματικών καταστάσεων που γράφονται μέσα σε "ΚΕΡΑΥΝΟΥΣ". Αν δεν τα καταφέρει τότε το πρόβλημα δυστυχώς θα επαναληφθεί.

→ Απαρίθμηση προβλημάτων.

→ Πιθανότατα απευθείας διαπίστωση της αιτίας του προβλήματος (απαντάται το γιατί).

Δ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΟΧΟΥ (TARGET CONDITION)

Σκοπός : είναι η μετακίνηση του οργανισμού κοντά σε μία ιδανική λειτουργία που όσο το δυνατό ικανοποιεί τις ανάγκες του πελάτη (ασθενή) με ασφάλεια, έγκυρα και έγκαιρα και δίχως καθυστερήσεις.

Δημιουργία πλάνου μελλοντικής λειτουργίας. Η απάντηση συγκεκριμένων ερωτημάτων βοηθά στην κατάρτιση του πλάνου αυτού, όπως

- ◆ Ποιες είναι οι απαιτήσεις του πελάτη;
- ◆ Πως θα βοηθήσουμε την ομαλή ροή εργασίας;
- ◆ Ποιες βελτιώσεις είναι απαραίτητες;
- ◆ Πως θα γίνουν ορατά προβλήματα και σπατάλες;
- ◆ Είναι οι χρόνοι διαδικασίας και αναμονής μεγάλοι;
- ◆ Υπάρχει ποιότητα;

Μετρήσεις: υπολογίζεται ένα συγκεκριμένο πρόβλημα και το μετράται με τον τρόπο αυτό μέχρι να βρούμε ένα καλύτερο τρόπο μέτρησης. Στην αναφορά Α3 τα προβλήματα παρουσιάζονται με συννεφάκια.



Ε. ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ (IMPLEMENTATION PLAN)

Σκοπός: σχεδιασμός των βημάτων τα οποία πρέπει να συμπληρωθούν έτσι ώστε να γίνει συνείδηση ο σκοπός της κατάστασης Δ.

- ◆ Ποια είναι τα βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν;
- ◆ Ποιος είναι υπεύθυνος για τα βήματα αυτά;
- ◆ Πότε πρέπει να γίνουν; (χρονικό περιθώριο)
- ◆ Έκβαση – πρόβλεψη ποσοτικών αποτελεσμάτων.

Κέρδος σε κόστος και αναγνώριση καθυστέρησης

Ποια εξοικονόμηση σε χρόνο και κόστος θα πρέπει να προσέξουμε;

ΣΤ. Το follow up είναι ο τρόπος με τον οποίο γίνεται αντιληπτό αν το νέο σχέδιο δράσης είναι πρακτικά καλύτερο από το παλαιό. Περιλαμβάνει :

- ◆ Τον τρόπο με τον οποίο η ομάδα θα μετρήσει τις εξελίξεις.
- ◆ Τη συχνότητα με την οποία η ομάδα θα κάνει τις μετρήσεις (κάθε 30, 60 ή 90 ημέρες).
- ◆ Ρεαλιστικές και ποσοτικές προβλέψεις για το πώς θα παρουσιαστεί μία διαδικασία.

Παραπάνω έγινε προσπάθεια να δημιουργηθεί μια πιο εκτεταμένη περιγραφή αυτής της τεχνικής, αφενός λόγω σπουδαιότητας, αφετέρου για την πληρέστερη κατανόησή της. Πιθανώς να προκύπτουν ερωτήματα, παρά την περιγραφή που προηγήθηκε. Μια πιο αναλυτική περιγραφή όμως θα ξεπερνούσε τους σκοπούς της εργασίας αυτής και πιθανώς θα αποπροσανατόλιζε τον αναγνώστη.

Ερωτήματα Που Προκύπτουν Από Μια Αναφορά Α3

- Επηρεάζονται όλοι οι εμπλεκόμενοι παράγοντες από τις προτεινόμενες αλλαγές; Συμφωνούν μαζί τους;
- Όλη η ιστορία ρέει σωστά; Είναι η αναφορά κομψή και οργανωμένη;
- Είναι εύκολη στην ανάγνωση;
- Είναι η αναφορά Α3 πλήρης ώστε να ικανοποιεί τον εξωτερικό αναγνώστη;

17) 5-S : Η τεχνική 5-S είναι ένα θεμελιώδες εργαλείο της λιτής φροντίδας υγείας, το οποίο πρεσβεύει τη φιλοσοφία “ Μια θέση για το καθετί και τα πάντα στην θέση τους (a place for everything and everything is in it’s place)”[17]. Το 5-S είναι η συνοπτική γραφή των ακόλουθων λέξεων sort (είδος), straighten (επανόρθωση), sweep (καθαρισμός), schedule (προγραμματισμός), sustain (υποστήριξη). (εικόνες 4,5)

Με την εφαρμογή του 5-S σε έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας οι διαδικασίες γίνονται περισσότερο ορατές και έτσι αναγνωρίζεται η καθυστέρηση. Τα βήματα για την εφαρμογή του 5S είναι [34][35] :

1. SORT (ΕΙΔΟΣ): Σαφής διαχωρισμός μεταξύ του τι είναι απαραίτητο, το οποίο παραμένει και τι δε χρειάζεται, οπότε απομακρύνεται. Διατηρούνται μόνο τα απαραίτητα στο χώρο εργασίας. Στο χώρο της εργασίας αποθηκεύονται μόνο τα συχνά χρησιμοποιούμενα αντικείμενα, τα υπόλοιπα αποθηκεύονται μακριά από τον εργασιακό χώρο, ενώ τα τελειώς άχρηστα απομακρύνονται οριστικά.
2. STRAIGHTEN (ΕΠΑΝΟΡΘΩΣΗ): Οργάνωση του τρόπου με τον οποίο τα χρήσιμα αντικείμενα φυλάσσονται, έτσι ώστε να εντοπίζονται και να

χρησιμοποιούνται ευκολότερα. Αν κάθε αντικείμενο έχει το χώρο του τότε η ανεύρεσή του είναι αποτελεσματική. Η εξάλειψη αναζήτησης αντικειμένων εξοικονομεί χρόνο.

3. SWEEP (ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ): Πατώματα, τοίχοι, οροφές, εξοπλισμός και έπιπλα διατηρούνται σε άριστη κατάσταση, σαν καινούργια. Ο χώρος διατηρείται καθαρός σε μία συνεχή βάση, επειδή ένα βρώμικο περιβάλλον δεν μπορεί να παράγει φροντίδα υγείας με ποιότητα. Ο καθαρός χώρος εργασίας είναι ενδεικτικός διαδικασίας με ποιότητα.
4. SCHEDULE (ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ): Κάθε τμήμα ή χώρος εργασίας ακολουθεί ένα πρόγραμμα για να διαβεβαιώσει ότι τα τρία πρώτα (είδος, επανόρθωση, καθαριότητα) τηρούνται, αποφεύγοντας έτσι την επιστροφή σε ένα βρώμικο και ανοργάνωτο περιβάλλον. Τα αντικείμενα επιστρέφουν στον προσχεδιασμένο χώρο μετά τη χρήση τους. Η ανάγκη για περισσότερες προσπάθειες καθαριότητας περιορίζεται.
5. SUSTAIN (ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ): Εφαρμογή και επανάληψη της τεχνικής 5-S μέχρι αυτή να γίνει τρόπος ζωής. Το 5-S χτίζεται με τις καθημερινές δραστηριότητες σε ένα συνεχή ρυθμό εφαρμογής του. Με την υποστήριξη της τεχνικής σε καθημερινή βάση γίνεται κτήμα του προσωπικού και τελικά του οργανισμού στο σύνολό του.

Τα οφέλη από αυτή τη τεχνική μπορεί να είναι :

- Ένας οργανωμένος και αποτελεσματικός χώρος εργασίας με εξελισσόμενη παραγωγικότητα
- Ένας καθαρότερος χώρος εργασίας με περισσότερη ασφάλεια και λιγότερη αταξία
- Μείωση απογραφών και έξοδα προμηθειών
- Ανάκτηση πολύτιμου χώρου εργασίας και περιορισμός αλόγιστων εξόδων
- Συνεισφορά στην αίσθηση που δημιουργείται στον ασθενή για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών

ΠΡΙΝ
5-S



ΜΕΤΑ
5-S



ΕΙΚΟΝΕΣ 4, 5. (προέλευση εικόνας από τα αρχεία της *Leading Edge Group* εταιρείας που ειδικεύεται στο *Lean Healthcare Services*). Απεικόνιση παρέμβασης τύπου 5S στην αποθήκη κλινικής νοσοκομείου.

18) *Kaizen*: Η τεχνική *Kaizen* είναι και αυτή βασικό εργαλείο στην πορεία για λιτή διαχείριση ενός νοσοκομείου. Η λέξη *Kaizen* είναι ιαπωνική και σε ελεύθερη μετάφραση σημαίνει συνεχής βελτίωση. Σκοπός είναι να πραγματοποιηθεί η εργασία του προσωπικού πιο εύκολα με το να διαχωρίζεται σε ομάδες, να εκπαιδεύεται και να βελτιώνεται. Τελικά αυτό που προσβέυει το εργαλείο *Kaizen* είναι να γίνεται το προσωπικό περισσότερο παραγωγικό με τη βελτίωση του περιβάλλοντος εργασίας και με επικέντρωση στην απευθείας δράση και όχι σε μακροχρόνιες και χρονοβόρες αλλαγές.

Η βελτίωση ξεκινάει με την αποδοχή ότι κάθε οργανισμός – εδώ νοσοκομείο – έχει προβλήματα και αυτά ακριβώς τα προβλήματα προσφέρουν τη δυνατότητα για αλλαγή και εξέλιξη. Η κλασική φιλοσοφία είναι: “αν δεν σπάσει δεν το φτιάχνουμε”. Το *Kaizen* ισχυρίζεται ότι: “δεν θα σπάσει αν το έχουμε ήδη φτιάξει” [36].

Η καλύτερη γνώση προέρχεται από τους ανθρώπους που κάνουν τη δουλειά γνωρίζουν τα προβλήματά της και συχνά και τις λύσεις. Σε ένα Kaizen γεγονός (event) είναι αυτοί που θα προτείνουν τη βελτίωση των διαδικασιών και θα κάνουν και τις φυσικές αλλαγές στις διαδικασίες. Θα υποστηρίξουν και θα εφαρμόσουν τη διαδικασία.

Το Kaizen υποστηρίζει ότι 'αν δεν υπάρχει δράση δεν μπορεί να υπάρξει επιτυχία'. Ο σκοπός είναι όχι μια λύση εκατό τις εκατό που θα έλυσε όλα τα προβλήματα μονομιάς. Αλλά μία λύση εξήντα τις εκατό η οποία θα μπορούσε να εφαρμοστεί, σε ένα χρονικό ορίζοντα μιας εβδομάδας με την προοπτική μιας νέας λύσης στους επόμενους μήνες θα βελτιώνει επιπλέον τις διαδικασίες. Η διαδικασία δεν είναι υποχρεωτικό να είναι άριστη από την πρώτη στιγμή.

Το γρήγορο και απλό είναι καλύτερο από το αργό και πολύπλοκο. Πρέπει οι εμπλεκόμενοι να είναι δημιουργικοί και να κάνουν πράξη τη νέα διαδικασία με την άμεση εφαρμογή της. Το Kaizen event δεν παρέχει την άδεια αλόγιστων εξόδων. Η αίσθηση του Kaizen είναι να γίνονται βελτιώσεις με το υπάρχον ή λιγότερο προσωπικό, μηχανές, υπολογιστές, κ.ο.κ. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα μια οικονομική μέθοδο για τεράστιες βελτιώσεις [37].

Το τυπικό γεγονός (event) Kaizen διαρκεί συνήθως μία εβδομάδα (πίνακας 6). Η ομάδα συνήθως πολυπαραγοντική αποτελείται από οκτώ έως δέκα άτομα. Αυτά είναι άτομα που συμμετέχουν άμεσα στη διαδικασία π.χ: οι γιατροί, οι νοσοκόμοι, το διοικητικό προσωπικό, τα άτομα από άλλα τμήματα που στηρίζουν το event, μπορεί ακόμα να συμπεριληφθούν και οι προμηθευτές [38].

Γεγονός (event): η εκπαίδευση γίνεται στην τάξη το πρωί της πρώτης και της δεύτερης ημέρας. Το απόγευμα τα εργαλεία που διδάχθηκαν το πρωί εφαρμόζονται στον εργασιακό χώρο. Μετρήσεις για την παρούσα διαδικασία γίνονται το πρώτο απόγευμα. Μία αναφορά γίνεται από την ομάδα κάθε απόγευμα για να προτείνει αλλαγές. Το τρίτο απόγευμα η ομάδα συγκεντρώνει όλες τις προτεινόμενες αλλαγές. Οι προτάσεις περιλαμβάνουν νέες μετρήσεις, προτεινόμενη εναλλακτική ροή της διαδικασίας, σχεδιαγράμματα της διαδικασίας, ανάλυση της ροής των παρεχόμενων προϊόντων και υπηρεσιών μέσω διαγραμμάτων τύπου spaghetti. Από τη στιγμή που οι προτάσεις γίνονται αποδεκτές, η ομάδα αρχίζει την εφαρμογή των αλλαγών. Ο σκοπός της πλέον είναι να ολοκληρώσει τις αλλαγές και τη νέα βελτιωμένη διαδικασία έτσι ώστε να μπορεί να εφαρμοστεί από την πρώτη εργάσιμη ημέρα της επόμενης εβδομάδας (συνήθως Δευτέρα). Έτσι ώστε όταν το προσωπικό έρθει τη Δευτέρα η νέα διαδικασία να είναι έτοιμη. (πίνακας 6- τυπικό πλάνο πενταήμερου Kaizen event)

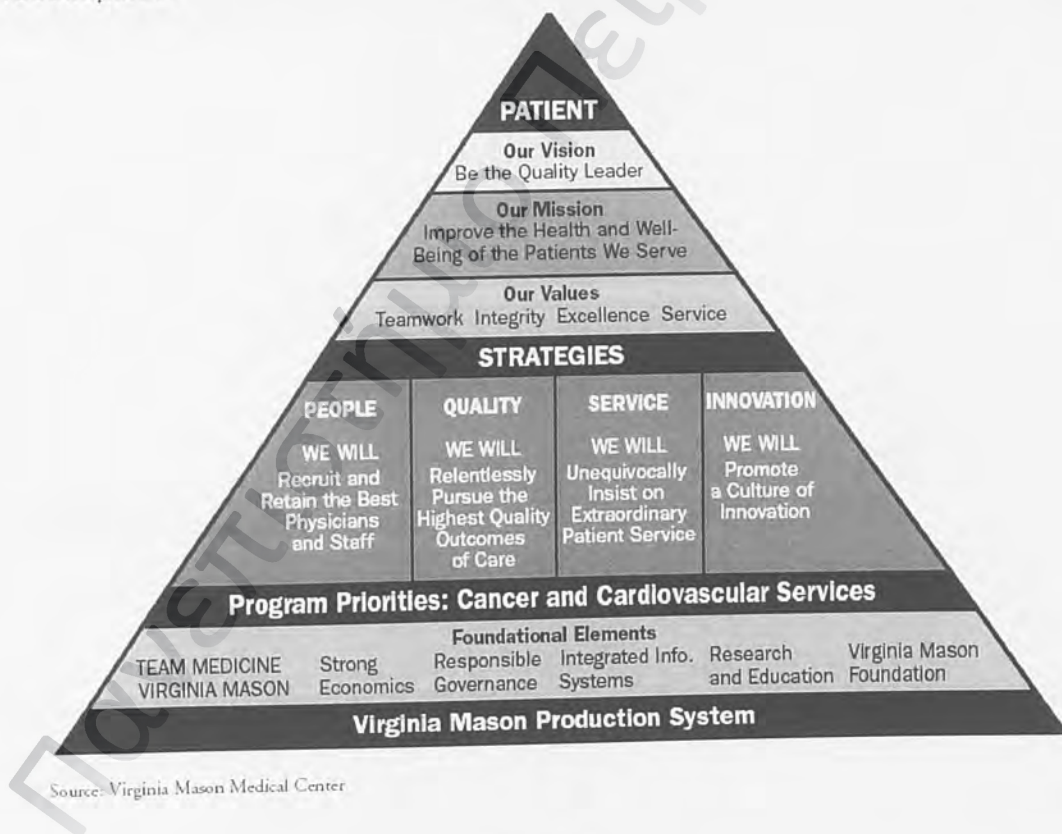
ΗΜΕΡΑ 1	ΗΜΕΡΑ 2	ΗΜΕΡΑ 3	ΗΜΕΡΑ 4	ΗΜΕΡΑ 5
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
-Λιτή φροντίδα υγείας -Γνωριμία -5S,Οπτική επαφή -Διαδικασία ΚΑΙΖΕΝ -Διαδικασία ροής, Ανάλυση παρούσας και μελλοντικής κατάστασης - Πλάνο αξίας ροής - Διαγράμματα spaghetti	-Παρατήρηση διαδικασίας -Χρόνος takt, κυκλικός χρόνος - Προτεινόμενο σχέδιο -Αναφορές ομάδων	-Εξέλιξη του μελλοντικού πλάνου αξίας ροής -Εξέλιξη του πλάνου εφαρμογής	-Ολοκλήρωση Α3 - Δραστηριότητα 5S	-Ολοκλήρωση βελτιώσεων - Προετοιμασία παρουσίασης διαχείρισης -Πλάνο επικοινωνίας -Poster Α3
ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
-Πλάνο αξίας ροής παρούσας κατάστασης -Σχεδιασμός διαδικασίας -Διαδικασία ροής -Ανάλυση -Διαγράμματα spaghetti -Εναρξη βελτίωσης παρούσας κατάστασης	Πληροφόρηση τελικής γραμμής -Εξέλιξη παρούσας κατάστασης -Αναφορές ομάδος για παρούσα κατάσταση	-Εναρξη εφαρμογής - Αναφορές ομάδων βελτιώσεων - Αποδοχή πλάνου	-Βελτιώσεις εφαρμογών	-Παρουσίαση ομαδικής διαχείρισης

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.Τυπικό πλάνου πενταήμερου Kaizen event.

Η παράθεση όλων αυτών των εργαλείων-τεχνικών σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να μας φανεί ένα ανυπέβλητο εμπόδιο. Προφανώς παρουσιάζει κάποιες δυσκολίες ή ίσως να φαίνεται μακριά από τη δική μας πραγματικότητα. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στη λιτή διαχείριση δεν είναι υποχρεωτικό να εφαρμοστούν όλα τα παραπάνω και μάλιστα με ένα συγκεκριμένο τρόπο. Κάθε οργανισμός (στην παρούσα μελέτη νοσοκομείο) προσαρμόζει τη λιτή φιλοσοφία στις δικές του απαιτήσεις, βλέψεις και πραγματικότητα. Τα εργαλεία αυτά αποτελούν μία δυναμική κατάσταση που

προσαρμόζεται ανάλογα με την περίπτωση και επιφέρει συνήθως τα επιθυμητά αποτελέσματα. Ούτως ή άλλως η επιτυχία δεν μπορεί να είναι πάντα απόλυτη.

Υπάρχουν πληθώρα περιπτώσεων νοσοκομείων όπως το Virginia Mason Medical Center στο Seattle ή το Thedacare Inc. στο Wisconsin[9] που αποδεικνύουν ότι οι λιτές διαδικασίες βρίσκουν εφαρμογή και επιτυχία στο τομέα της υγείας. Το Virginia για παράδειγμα ένα νοσοκομείο με 336 κρεβάτια, 400 ιατρούς και 5.000 προσωπικό, το έτος 2000 μετά από μία περίοδο οικονομικών προβλημάτων υιοθέτησε υπό νέα διεύθυνση μια νέα φιλοσοφία λειτουργίας[40]. Ο σκοπός της νέας διεύθυνσης ήταν η σχεδίαση του συστήματος και των διαδικασιών του με επίκεντρο τις ανάγκες του ασθενή (Lean Healthcare) και όχι τις ανάγκες του προσωπικού και των προμηθευτών. Το στρατηγικό πλάνο ήταν αυτό του σχήματος 7, το οποίο μάλιστα αναρτήθηκε σε ορατά σημεία εντός του νοσοκομείου.



ΣΧΗΜΑ 7.

Πυραμίδα απεικόνισης στρατηγικού πλάνου του λιτού νοσοκομείου Virginia Mason Medical Center. Χαρακτηριστική η τοποθέτηση του ασθενή στην κορυφή του ενδιαφέροντος.

Το πλάνο αυτό βρήκε εφαρμογή με την χρήση συγκεκριμένων εργαλείων όπως Kaizen events, τα οποία ελάμβαναν χώρα εβδομαδιαίως και 5-S. Αυτό αποδεικνύει ότι οι τεχνικές είναι ήδη δοκιμασμένες και δεν πρέπει να φοβίζονται τον υποψήφιο χρήστη τους, αλλά να του κεντρίζουν το ενδιαφέρον με τα πιθανά ευεργετικά αποτελέσματά τους. (πίνακας 8). Από τον πίνακα αυτό διαπιστώνεται ότι σε μία διετία στο συγκεκριμένο νοσοκομείο τα αποτελέσματα είναι τουλάχιστον εντυπωσιακά. Για παράδειγμα ο διπλασιασμός του ελεύθερου χώρου στο εργασιακό περιβάλλον και η υποδιπλασιασμός της διανυόμενης απόστασης από το προσωπικό εντός του νοσοκομείου αποδεικνύουν με τον καλύτερο τρόπο τις ευεργετικές επιδράσεις της λιτής διαχείρισης [41].

Category	2004 Results (after 2 years of "lean")	Metric	Change from 2002
Inventory	\$1,350,000	Dollars	Down 53%
Productivity	158	FTEs	36% redeployed to other open positions
Floor Space	22,324	Sq. Ft.	Down 41%
Lead Time	23,082	Hours	Down 65%
People Distance	Traveled 267,793	Feet	Down 44%
Product Distance	Traveled 272,262	Feet	Down 72%
Setup Time	7,744	Hours	Down 82%

Source: Virginia Mason Medical Center

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.

Αποτελέσματα λιτών παρεμβάσεων διετίας στο νοσοκομείο Virginia Mason Medical Center.

1.5 Προσδοκίες-Αποτελέσματα λιτής διαχείρισης

Αν εφαρμοστούν σωστά όλες οι παραπάνω τεχνικές φυσική συνέχεια είναι να επέλθουν οι επιθυμητές βελτιώσεις, οι προσδοκίες και τα ευεργετικά αποτελέσματα της λιτής διαχείρισης. Στη συνέχεια παρατίθενται μερικά από αυτά κάνοντας εκ των προτέρων γνωστό ότι οι λύσεις της λιτής φροντίδας υγείας προϋποθέτουν σωστούς χειρισμούς στα προηγούμενα επίπεδα της λιτής διαχείρισης[61].

1.5.1 Μείωση κόστους λειτουργίας

Τα λειτουργικά έξοδα είναι μια παράμετρος που μπορεί να σημειώσει σημαντική βελτίωση με τον περιορισμό των διαφόρων τύπων καθυστέρησης που παρατηρούνται επί του παρόντος στο σύγχρονο σύστημα υγείας [42].

1.5.1.1 Απογραφές – Καταγραφές

Για παράδειγμα, πολλά προϊόντα στο χώρο της υγείας ελέγχονται από πολλούς αριθμούς και ημερομηνίες λήξεως επειδή όμως το προσωπικό είναι πολύ απασχολημένο η διαχείριση των απογραφών γίνεται μέσα από τις εκτιμώμενες ανάγκες και όχι τις πραγματικές, γεγονός που οδηγεί σε υπερβολικές παραγγελίες που λήγουν προτού χρησιμοποιηθούν [43]. Προφανώς οι επιπλέον παραγγελίες απαιτούν και περισσότερο χρόνο για να αποθηκευτούν ή το νέο εμπόρευμα τοποθετείται πάνω από το παλιό, γεγονός που φέρνει τα παλαιότερα αντικείμενα πίσω – πίσω ώστε να μην χρησιμοποιούνται και τελικά να απομακρύνονται αχρησιμοποίητα προς καταστροφή και διαγραφή. Αυτή η υπέρ-αποθήκευση προϊόντων δημιουργεί οικονομικές πιέσεις – κόστη και επιπλέον αυξάνει τον κίνδυνο χρήσης ενός ληγμένου προϊόντος.

Τι μπορεί να κάνει εδώ η λιτή διαχείριση; Με τον σχεδιασμό ενός συστήματος FIFO (προερχόμενο από τα αρχικά των λέξεων First in – First out) ότι μπαίνει πρώτο να βγαίνει πρώτο σε συνδυασμό με μια JIT (Just in Time) φιλοσοφία θα μπορούσε να επιτευχθεί:

- ⇒ Εξοικονόμηση χρημάτων από τις απογραφές.
- ⇒ Μείωση του κόστους από την αποθήκευση.
- ⇒ Μείωση του χρόνου και της προσπάθειας που απαιτείται για την πραγματοποίηση των απογραφών.
- ⇒ Εξάλειψη ή μείωση της πιθανότητας διανομής ληγμένων προϊόντων.

⇒ Μείωση του πρόσθετου κόστους που δημιουργείται από ζημιές προϊόντων και αντικατάστασή τους με βελτιωμένα.

1.5.1.2 Τυποποίηση

Ένα άλλο παράδειγμα το οποίο μπορεί να δείξει πως η λιτή διαχείριση μπορεί να μειώσει τα λειτουργικά κόστη είναι η εργασία με τυποποιημένες διαδικασίες. Ένα τυποποιημένο σύστημα εξασφαλίζει συνέπεια στη διαδικασία έτσι ώστε όχι μόνο τα σφάλματα αλλά και τα ελαττώματα είναι δύσκολο να γίνουν. Επιπλέον ένα καλά σχεδιασμένο και τυποποιημένο σύστημα ή διαδικασία επιτρέπει την απομόνωση των λαθών και την ευκολότερη αναγνώριση της βαθύτερης αιτίας των σφαλμάτων.

Τα υλικά που χρησιμοποιούνται στο χώρο της υγείας είναι ως επί το πλείστον ακριβά. Επομένως η ενασχόληση με τη διόρθωση λαθών αυξάνει το κόστος για δυο λόγους: πρώτον λόγω της μη χρήσης αυτών των ακριβών υλικών και δεύτερον λόγω της εργασίας και του χρόνου του προσωπικού που απασχολείται για το σκοπό αυτό. Η διόρθωση λαθών κοστίζει και ενισχύει την απογοήτευση του προσωπικού η οποία μειώνει το ηθικό και την παραγωγικότητά του. Αυτό το περιβάλλον οδηγεί σε περισσότερα λάθη και απογοήτευση τόσο του πελάτη όσο και του προσωπικού. Πρέπει επομένως η κατάσταση να ξεφύγει από αυτό το φαύλο κύκλο.

Καθώς παρακολουθούνται οι διαδικασίες και συστηματικά περιορίζονται οι σπατάλες θα παρατηρηθεί ότι η μεγαλύτερη από όλες τις σπατάλες αφορά τους ανθρώπους και τις ιδιαιτερότητές τους. Το σύνολο του χρόνου που το προσωπικό καταναλώνει για τη διόρθωση των λαθών, την αναμονή, το περιττό ενδονοσοκομειακό περπάτημα ή τη διεκπεραίωση άχρηστων αλλά περιστασιακά απαραίτητων θεμάτων ενισχύει την απογοήτευση του προσωπικού που συμμετέχει. Από τη στιγμή επομένως που οι δραστηριότητες χωρίς αξία περιορίζονται ή εξαφανίζονται τότε το προσωπικό επανακτά το αίσθημα περηφάνιας και ικανοποίησης με το τελικό αποτέλεσμα να είναι όλο και καλύτερο και η παρεχόμενη υπηρεσία πιο προσιτή και οικονομική για το τελικό πελάτη δηλαδή τον ασθενή.

1.5.2 Πρόληψη σφαλμάτων

Σύμφωνα με μια αναφορά του Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας) το 2005 σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών περιγράφεται ότι ένα 4% των ασθενών υπέστησαν κάποιου είδους βλάβης εντός του νοσοκομείου. Το 70% εξ αυτών αναφέρεται

σε γεγονότα που προκάλεσαν βραχείας διάρκειας ανικανότητα στους ασθενείς ενώ το 14% των γεγονότων οδήγησε στο θάνατο [21]. Μια άλλη αναφορά περιγράφει ότι περίπου το ένα πέμπτο (21,1%) των κατοίκων της Νέας Υόρκης αναφέρουν ότι έχουν βιώσει οι ίδιοι ή το περιβάλλον τους κάποιου είδους ιατρικό σφάλμα [44].

Τα δυσμενή γεγονότα λόγω ιατρικών λαθών δημιουργούν επιπλέον προβλήματα και στην οικονομική παράμετρο. Για παράδειγμα το συνολικό ετήσιο κόστος για πρόληψη δυσμενών ιατρικών πράξεων στις Η.Π.Α., συμπεριλαμβανομένων των απωλειών εσόδων και ιατρικών εξόδων υπολογίζονται μεταξύ 17 και 29 εκατομμυρίων δολαρίων [45]. Σε αυτό το κόστος θα πρέπει να προστεθεί και η διαταραχή της εμπιστοσύνης και της ικανοποίησης του κοινού απέναντι στους εργαζομένους στο χώρο της υγείας.

Από την στιγμή που τα λάθη στο χώρο της υγείας μπορεί να αποτελούν το πέρασμα από τη ζωή στο θάνατο αποτελεί χρέος όλων να κάνουν ότι είναι δυνατό ώστε να τα αποτρέψουν. Τα λάθη αυτά επιπλέον προκαλούν οικονομικό κόστος καθώς και δυσαρέσκεια στο εργαζόμενο στον χώρο υγείας προσωπικό. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω είναι στρατηγικής σημασίας να σχεδιαστεί μια διαδικασία πρόληψης λαθών. Σε έναν οργανισμό όπως το νοσοκομείο όπου η ανθρώπινη ζωή μπορεί να βρεθεί σε κίνδυνο, η ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας μέχρι και 99% δεν είναι ποτέ αρκετή. Σε άλλους οργανισμούς όπου δεν τίθεται σε κίνδυνο η ανθρώπινη ζωή 99% ποιότητα θα ήταν αρκετή. Τι θα γινόταν όμως εάν μόνο το 99% των γεφυρών παγκοσμίως ήταν σταθερές, ή αν το αυτοκίνητό ξεκινούσε 99 στις 100 φορές, ή αν το τηλέφωνο αποκρινόταν στο 99% των κλήσεων; Το αποτέλεσμα θα ήταν πεσμένες γέφυρες, εξοργισμένοι οδηγοί και πολλές χαμένες τηλεφωνικές κλήσεις.

Ο κυρίαρχος επομένως στόχος στην πρόληψη λαθών είναι ο σχεδιασμός ενός συστήματος το οποίο θα ανιχνεύει και θα εμποδίζει τη δημιουργία λαθών. Οπτική επίβλεψη είναι μια πιθανή μέθοδος αποφυγής λαθών αλλά είναι αποτελεσματική σε ποσοστό 80 – 90% [45]. Υπάρχουν πολλά παραδείγματα σήμερα για πρόληψη λαθών στην καθημερινή μας ζωή όπως αυτόματη διακοπή παροχής σε ηλεκτρικές συσκευές, ηχητική υπενθύμιση για ζώνη ασφαλείας στο αυτοκίνητο. Στις τεχνικές της παραγράφου 1.5 αναφέρθηκε η τεχνική Poka – Yoke. Μια τέτοια εφαρμογή για παράδειγμα αποτελούν τα αυτόματα κιβώτια ταχυτήτων των αυτοκινήτων. Σε αυτά δεν υπάρχει η δυνατότητα να πάρει ο οδηγός τα κλειδιά αν το κιβώτιο δεν είναι στη θέση στάθμευσης (parking). Αυτό εμποδίζει την κίνηση του αυτοκινήτου όταν η μηχανή είναι σβηστή, παρέχοντας με τον τρόπο αυτό ασφάλεια σε οδηγό και συνεπιβάτες.

Όταν επανασχεδιάζονται και τυποποιούνται οι διαδικασίες είναι πολύ σημαντικό σε κάθε βήμα όπου διαπιστώνεται ότι ένα λάθος μπορεί να συμβεί να σχεδιάζεται η τεχνική Poka – Yoke με τον καλύτερο δυνατό τρόπο ώστε να εμποδίζεται η δημιουργία των λαθών αυτών. Η απλή επίβλεψη δεν είναι τόσο αξιόπιστη ώστε να μην μπαίνει σε κίνδυνο η ανθρώπινη ζωή. Πρέπει να σχεδιάζονται στρατηγικές που να εμποδίζουν και να ανιχνεύουν τα λάθη πριν ολοκληρωθεί η διαδικασία.

Κάθε διαδικασία είναι διαφορετική και οι περισσότερες διαδικασίες είναι αρκετά πολύπλοκες. Η πρόκληση που καλείται η λιτή διαχείριση να ξεπεράσει είναι η πολυπλοκότητα έτσι ώστε όλες οι διαδικασίες να γίνουν προβλέψιμες και επαναλήψιμες. Ο ουσιαστικός σκοπός είναι η εξασφάλιση του γεγονότος ότι δεν θα συμβούν λάθη.

Τελικά μια αποτελεσματική πρόληψη είναι ικανή να ανιχνεύει και να προλαμβάνει λάθη συνεχώς χωρίς να επηρεάζεται από το συναίσθημα. Δεν αντικαθιστά την ανάγκη για ανθρώπινη παρέμβαση, αλλά κεντρίζει την προσοχή του προσωπικού στο να μην περάσουν τα λάθη στο επόμενο βήμα της διαδικασίας.

1.5.3 Βελτίωση παραγωγικότητας

Οι περισσότεροι εργαζόμενοι πηγαίνουν στην εργασία τους για να κάνουν καλά τη δουλειά τους. Επιπλέον πιστεύουν ότι δουλεύουν σκληρά και πετυχαίνουν να κάνουν τη δουλειά τους σωστά. Η πραγματικότητα είναι ότι δουλεύουν σκληρά αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι δουλεύουν αποδοτικά ή σε δραστηριότητες που προσδίνουν αξία στον οργανισμό.

Όλες οι διαδικασίες σε έναν οργανισμό – προφανώς και στο νοσοκομείο -, αποτελούνται από δραστηριότητες που προσδίδουν και δεν προσδίδουν αξία στον ασθενή. Το ενδιαφέρον είναι ότι οι περισσότερες δραστηριότητες που καλείται να φέρει εις πέρας το προσωπικό δεν προσθέτουν αξία. Τις περισσότερες φορές η διαδικασία είναι σχεδιασμένη με δραστηριότητες που δεν προσθέτουν αξία, τις οποίες οι εργαζόμενοι δεν έχουν άλλη επιλογή παρά να τις ακολουθήσουν πιστά. . Επομένως δεν είναι οι άνθρωποι αλλά το σύστημα που οδηγεί τους ανθρώπους στις διαδικασίες χωρίς αξία.

Η πραγματικότητα σήμερα με την αυξανόμενη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, την έλλειψη προσωπικού και την έλλειψη επενδύσεων και κεφαλαίου στο χώρο υγείας καθιστά επιτακτική τη φροντίδα και την προστασία του υπάρχοντος ανθρώπινου δυναμικού, την μείωση της σωματικής και ψυχικής κόπωσης στον εργασιακό χώρο και την αύξηση της παραγωγικότητας και της υπερηφάνειας για την εργασία τους [46]. Αυτή η πρόκληση ίσως να φαντάζει ανέφικτη αλλά υιοθετώντας, χρησιμοποιώντας και

εφαρμόζοντας κατάλληλα την λιτή διαχείριση μπορούν να επιτευχθούν οι προσδοκώμενοι στόχοι.

Η λιτή διαχείριση σημαίνει να γίνονται περισσότερα χρησιμοποιώντας λιγότερα. Ταυτόχρονα εξελίσσεται η ποιότητα, η ικανοποίηση του πελάτη και η άμεση ανταπόκριση στις απαιτήσεις του ασθενή. Η λιτή διαχείριση όταν εφαρμόζεται σωστά και με ιδανική τεχνική επιτρέπει σε κάθε οργανισμό στο χώρο της υγείας να προσφέρει καλύτερη εξυπηρέτηση στους ασθενείς χωρίς αύξηση του κόστους, του χώρου ή προσθέτοντας περιττό εξοπλισμό. Με τη λιτή φιλοσοφία όλη η ομάδα δράσης αντιλαμβάνεται τι σημαίνει αξία και τι όχι, από την οπτική γωνία του πελάτη, και γνωρίζει ακριβώς πώς να απομακρύνει τις δραστηριότητες που δεν προσφέρουν αξία για να δημιουργήσει τελικά μια μελλοντική κατάσταση με πραγματική αξία. Από τη στιγμή που οι δραστηριότητες χωρίς αξία απομακρύνονται ή μειώνονται τότε το προσωπικό θα μπορέσει να κάνει περισσότερα από αυτά που είναι καταρτισμένο να κάνει να θεραπεύει δηλαδή και να βοηθά τους ασθενείς. Η επιπλέον βελτίωση είναι η μείωση του άγχους του προσωπικού και η συνεργασία μεταξύ τους για ένα κοινό σκοπό – πλάνο.

Για παράδειγμα όταν τυποποιείται μια διαδικασία και περιορίζονται οι καθυστερήσεις από αυτή, τότε η διαδικασία αυτή γίνεται γρηγορότερη, προβλέψιμη και λιγότερο χαοτική. Αντί να βιώνεται η συνηθισμένη πραγματικότητα όπου από τη μια το προσωπικό δρα γρήγορα για να ακολουθήσει στη συνέχεια καθυστέρηση, η συνεχόμενη ροή χωρίς διακοπές δημιουργεί μία ήρεμη ατμόσφαιρα στον εργασιακό χώρο. Στο περιβάλλον αυτό δηλαδή το προσωπικό γίνεται περισσότερο παραγωγικό χωρίς να δουλεύει σκληρότερα. Αλλά κάνει πράγματα που προσδίδουν αξία και δεν καθυστερεί με ανούσιες καταστάσεις.

1.5.4 Βελτίωση της εσωτερικής μετακίνησης του ασθενή

Είτε πρόκειται για απεικονιστικούς ελέγχους (ακτινογραφίες, αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες), είτε για κλινικά εργαστήρια (μικροβιολογικό, κυτταρολογικό), είτε για ιατρικές αναφορές (συνταγές, γνωματεύσεις) η μείωση του χρόνου μετακίνησης του ασθενούς δεν μπορεί να έχει παρά μόνο θετικά αποτελέσματα τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για τον επαγγελματία του χώρου υγείας που περιμένει την πληροφόρηση ή τα αποτελέσματα.

Με τη λιτή διαχείριση μπορεί να καταστρωθεί ένα πρόγραμμα μελλοντικής δράσης που θα επιτρέπει τον προσδιορισμό των απαραίτητων εργαλείων για να απομακρυνθεί η καθυστέρηση από το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας. Εργαλεία

λιτής διαχείρισης όπως το 5-S, η τυποποίηση της εργασίας, η πρόβλεψη λαθών, η συνεχής ροή, η Poka – Yoke, μπορούν να βοηθήσουν να αντιμετωπιστεί με επιτυχία το πρόβλημα και να μειωθεί δραματικά η άσκοπη και χρονοβόρα εσωτερική μετακίνηση των ασθενών.

Αυτή η βελτίωση επιδρά στον ασθενή γιατί το προσωπικό λαμβάνει την ακριβή πληροφόρηση για τη φροντίδα του ασθενή στο σωστό χρόνο, επιτρέποντας ταυτόχρονα στον ασθενή να λαμβάνει τη φροντίδα που επιθυμεί συντομότερα. Άλλα οφέλη αποτελούν η μείωση των προβλημάτων από τη γρήγορη πληροφόρηση και την μειωμένη καθυστέρηση καθώς επίσης και η δυνατότητα συχνής και πολλαπλής χρήσης ενός δωματίου ή μιας υπηρεσίας από πολλούς ασθενείς γρηγορότερα.

1.5.5 Μείωση του χρόνου αναμονής

Ένας τομέας που έρχεται στο προσκήνιο τελευταία και κατέχει κεντρική θέση στο τομέα υγείας είναι οι χρόνοι αναμονής των ασθενών [21]. Δεν είναι μόνο οι πιθανοί κίνδυνοι που ανακύπτουν για τη ζωή του ασθενή από μια καθυστέρηση στην παροχή φροντίδας υγείας, αλλά επιπλέον το γεγονός ότι η κατάσταση του ασθενούς μπορεί να έχει αλλάξει – συνήθως επιδεινωθεί τη στιγμή που είναι διαθέσιμη η φροντίδα, με αποτέλεσμα μεγαλύτερη διάρκεια φροντίδας ή επιπρόσθετες ιατρικές πράξεις. Δημιουργείται έτσι ένας φαύλος κύκλος όπου η καθυστέρηση και ο χρόνος αναμονής του ενός ασθενή δρα αθροιστικά στον επόμενο [47].

Σχεδιάζοντας και κατανοώντας τις διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα στην παροχή υπηρεσιών υγείας θα αναγνωριστούν και θα περιοριστούν οι καθυστερήσεις που προκαλούν τη μεγάλη αναμονή. Συλλέγοντας μετρήσεις δημιουργείται μια βάση αναφορών όπου φαίνεται πού ακριβώς εντοπίζεται πρόβλημα και πώς οι επερχόμενες αλλαγές θα επιδρούν στις μετρήσεις. Φυσικά και εδώ η λιτή διαχείριση χρησιμοποιεί τα κατάλληλα εργαλεία για την εφαρμογή της [54]. Χρησιμοποιώντας για παράδειγμα την τυποποιημένη εργασία και το γρήγορο καθαρισμό ενός δωματίου, είτε είναι στο χειρουργείο, είτε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) ή οπουδήποτε αλλού, το δωμάτιο αυτό θα είναι έτοιμο για τον επόμενο ασθενή πολύ πιο γρήγορα. Με το 5-S το προσωπικό θα σπαταλά λιγότερο χρόνο αναζητώντας τα απαραίτητα φάρμακα, τα εργαλεία και τα αντικείμενα που απαιτούνται για τη φροντίδα του ασθενούς και θα έχει περισσότερο χρόνο να αφιερώσει στη φροντίδα αυτή καθαυτή.

1.5.6 Γρήγορη τακτοποίηση των χώρων παροχής υπηρεσιών υγείας

Αν περπατήσει κάποιος μέσα σε ένα νοσοκομείο παρατηρεί συχνά δωμάτια χωρίς ασθενείς. Από την άλλη καθημερινά βλέπουν το φως της δημοσιότητας ειδήσεις σχετικές με την έλλειψη κρεβατιών και με τους μεγάλους χρόνους αναμονής των ασθενών περιμένοντας ένα κενό κρεβάτι. Κατάσταση οξύμωρη αλλά πραγματική. Αυτά τα δωμάτια είτε είναι στα επείγοντα, είτε στο χειρουργείο ή σε οποιοδήποτε άλλο τομέα, συνήθως περιμένουν να καθαριστούν και να ανεφοδιαστούν.

Αρχικά παρατηρώντας και στη συνέχεια δημιουργώντας μια λεπτομερή ανάλυση για την παρούσα «τακτοποίηση και επαναδιάθεση» των χώρων του νοσοκομείου, μπορεί να σχεδιαστεί ένα τυποποιημένο σύστημα το οποίο όχι μόνο μειώνει το συνολικό χρόνο αλλά εξασφαλίζει ότι τα δωμάτια είναι σωστά τακτοποιημένα σύμφωνα με τις υπάρχουσες ανάγκες. Αυτό γίνεται χρησιμοποιώντας εργαλεία γρήγορης επαναδιάθεσης, τεχνικές οπτικής διαχείρισης, αποφυγής λαθών, 5-S.

Μέσω μιας τυποποιημένης διαδικασίας τακτοποίησης και επαναδιάθεσης τωνωματίων θα είσαι σαφές και ξεκάθαρο ποιος είναι υπεύθυνος και για ποιους τομείς, ποιες τεχνικές και εργαλεία απαιτούνται και που πρέπει να εφαρμοστούν, τι παραγγελίες πρέπει να γίνουν και πως θα γίνουν, πως θα ενημερώνονται οι αρμόδιοι για το πότε πρέπει να επέμβουν ή πότε ολοκληρώνεται η διαδικασία. Μια τέτοια φιλοσοφία αν εγκατασταθεί τότε το προσωπικό θα εναρμονιστεί με τον ρόλο του και οι χώροι θα είναι έτοιμοι προς χρήση σε πολύ μικρότερο χρόνο. Αυτό ο χρόνος θα επιτρέπει στον επόμενο ασθενή να εξεταστεί πιο γρήγορα και με λιγότερο χρόνο αναμονής.

1.5.7 Απολογισμός και η αλήθεια των αριθμών

Είναι δυνατόν να απαριθμηθούν δεκάδες ακόμη βελτιώσεις ή προσδοκίες που μπορεί να ικανοποιήσει η λιτή διαχείριση. Βελτιώσεις που αφορούν βασικά τον ασθενή, αλλά και το προσωπικό, το νοσοκομείο, το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, το κράτος, την οικονομία. Η ικανοποίηση του πελάτη, το αίσθημα ασφάλειας, η μείωση των χρόνων αναμονής, η εξάλειψη της γραφειοκρατίας, η βελτίωση των συνθηκών παροχής υπηρεσιών υγείας και για τον ασθενή και για το προσωπικό, το ανθρώπινο περιβάλλον, η μείωση του κόστους, η άμεση ανταπόκριση στις ανάγκες του πελάτη – ασθενή, η βελτίωση της ποικιλίας υπηρεσιών περίθαλψης, η μείωση των αναλώσιμων υλικών. Και επιπλέον η μείωση των επιπτώσεων στο περιβάλλον και η μείωση της κατανάλωσης ενέργειας.

Παρακάτω παρουσιάζονται αποτελέσματα των μετρήσεων από τρία νοσοκομεία στα οποία εφαρμόστηκε η λιτή διαχείριση και στα οποία τα αποτελέσματα ήταν τουλάχιστον εντυπωσιακά. Η παράθεση αυτή αφορά αποκλειστικά την πραγματικότητα με αριθμούς της λιτής διαχείρισης. Η μεθοδολογία μέσω της οποίας πραγματοποιήθηκαν οι βελτιώσεις που θα αναφερθούν στη συνέχεια παραβλέπονται στο συγκεκριμένο κεφάλαιο. Στο εδάφιο αυτό δόθηκε βάρος αποκλειστικά στο αριθμητικό κομμάτι της λιτής πραγματικότητας. Πρέπει να τονιστεί ότι πολλά από τα ευεργετικά αποτελέσματα της λιτής διαχείρισης στο χώρο της υγείας δεν έχουν νόημα να μετρηθούν με βάση το οικονομικό όφελος. Συγκεκριμένη αναφορά στη μεθοδολογία των λιτών εφαρμογών που έχουν εφαρμοστεί στο χώρο της υγείας κάποιοι οργανισμοί σε παγκόσμια κλίμακα. Θα γίνει στο κεφάλαιο 3, ενότητα 3.5.

Η πρώτη περίπτωση αφορά το νοσοκομείο Virginia Mason στο Seattle των Η.Π.Α το οποίο μέσα σε δύο χρόνια εφαρμογής λιτής διαχείρισης εμφάνισε τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον πίνακα 8 (παρ.1.4). Η δεύτερη περίπτωση αφορά τον οργανισμό υγείας ThedaCare [40] ο οποίος διαθέτει τρία νοσοκομεία, εικοσιπέντε κλινικές, πέντε χιλιάδες εργαζομένους και έχει ένα πρόγραμμα υγείας για την εξυπηρέτηση τριακοσίων χιλιάδων ασθενών. Όπως και στην προηγούμενη περίπτωση

Οργανισμός υγείας ThedaCare

Εξοικονόμηση 3.3 εκατομμυρίων δολαρίων το 2004

Εξοικονόμηση 154.000 δολαρίων στο εργαστήριο καθετηριασμών μέσω παρεμβάσεων στις διαδικασίες εφοδιασμού.

Ο χρόνος αποπληρωμής των λογαριασμών των ασθενών μειώθηκε από τις 56 στις 44 ημέρες γεγονός που έφερε 12 εκατομμύρια δολάρια κεφάλαιο κίνησης.

Μείωση του χρόνου αναμονής στο τηλέφωνο για προγραμματισμό ραντεβού από τα 89 στα 58 δευτερόλεπτα.

Μείωση στο 50% του χρόνου για γραφειοκρατικές διαδικασίες κατά την άφιξη των ασθενών.

Μείωση του ποσοστού εγκατάλειψης της επικοινωνίας με το νοσοκομείο λόγω κατελειμμένων τηλεφωνικών γραμμών κατά 48%(από 11,6% σε 6%)

Πηγή: Institute for Healthcare Improvements, January/February 2005
ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Αποτελέσματα λιτών παρεμβάσεων στον οργανισμό υγείας ThedaCare

έτσι και εδώ η λιτή διαχείριση έφερε σύντομα εντυπωσιακά αποτελέσματα.(πίνακας 9)

Τελευταία περίπτωση αποτελεί το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο στην Μισούλα-Μοντάνα των Η.Π.Α [11] που υιοθέτησε πρακτικές λιτού management. Τα αποτελέσματα της παρέμβασης αυτής συνοψίζονται στον πίνακα 2 και είναι όντως άξια μνημόνευσης και περαιτέρω μελέτης.

Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Μισούλα

Μείωση χρόνου θεραπείας από 4 ώρες σε 12 λεπτά.

Μείωση χρόνου ελέγχου σακχάρου από 17 λεπτά σε 4 λεπτά.

Μείωση καθυστερήσεων στους χρόνους θεραπείας από 43 λεπτά στα 10 λεπτά.

Εξοικονόμηση 849.000 δολάρια από την εγκατάσταση συστήματος ηλεκτρονικών πληρωμών.

Εξοικονόμηση 125.000 δολάρια από έξοδα ταχυδρομείου.

Μείωση εσωτερικών μετακινήσεων για τον φαρμακευτικό ανεφοδιασμό.

Πηγή: Joint commission Journal on Quality and Safety 6/28/04

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Αποτελέσματα λιτών παρεμβάσεων στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Μισούλα-Μοντάνα.

Το γενικό συμπέρασμα από τους παραπάνω πίνακες είναι ότι η λιτή διαχείριση είναι ένα μέσο που μπορεί πραγματικά να βοηθήσει. Η βελτίωση που μπορεί να φέρει ποικίλλει όπως δείχνουν οι αριθμοί και εξαρτάται πάντα από τις ιδιαίτερες περιστάσεις στις οποίες εφαρμόζεται. Αυτό που πρέπει όμως να γίνει σαφές είναι ότι σίγουρα αξίζει η κατανόηση αυτού του τρόπου διαχείρισης ο οποίος είναι άγνωστος στους περισσότερους τομείς υγείας στην Ελλάδα..

Ο δρόμος προς τη λιτή διαχείριση από τα σχέδια και τη θεωρία μέχρι την εφαρμογή και την πράξη περνάει μέσα από σειρά από δυσκολίες αλλά είναι εφικτός. Θα επιχειρηθεί η ανάδειξη και η περιγραφή αυτών των δυσκολιών ώστε τελικά να διαμορφωθεί μία όσο το δυνατό περισσότερο εμπειριστατωμένη γνώμη για το λιτό νοσοκομείο σήμερα.

1.6 Προϋποθέσεις στην εφαρμογή της λιτής διαχείρισης

Παραπάνω περιγράφηκαν οι τεχνικές που θα βοηθήσουν στην εφαρμογή της λιτής φροντίδας υγείας με αιώτερο σκοπό την καλύτερη και πλέον παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας . Κάθε κατάσταση θα αντιμετωπιστεί με το κατάλληλο εργαλείο. Δεν υπάρχει μία χρυσή συνταγή που να επιλύει οτιδήποτε αποτελεί τροχοπέδη στην ιδανική και εύρυθμη λειτουργία των οργανισμών υγείας. Είναι δεδομένο ότι εμπόδια στην εφαρμογή

της λιτής σκέψης σαφώς και υπάρχουν. Αν μάλιστα επιχειρηθεί μια ομαδοποίησή τους μπορούν να χωριστούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

α) στα εμπόδια που πηγάζουν από την ιδιαιτερότητα του χώρου της υγείας αυτού καθ'αυτού και

β) στα εμπόδια λόγω της επιφυλακτικότητας για την άγνωστη στο χώρο της υγείας λιτής διαχείρισης.

1.6.1 Εμπόδια λόγω της ιδιαιτερότητας του χώρου υγείας

Οι ιδιαιτερότητες του χώρου της υγείας και πιο συγκεκριμένα ενός Νοσοκομείου είναι πολλές. Πρώτα από όλα ο σκοπός του Νοσοκομείου το κάνει να διαφέρει από οποιαδήποτε άλλη όχι βιομηχανία αλλά και οργανισμό παροχής υπηρεσιών. Η υπηρεσία υγείας, η εξασφάλιση δηλαδή κατά τον Π.Ο.Υ [1] όχι μόνο απουσία ασθένειας αλλά η σωματική και ψυχική υγεία του ασθενή την τοποθετεί αυτομάτως στην κορυφή των υπηρεσιών από άποψη αξίας, σημαντικότητας, προσδοκιών και κύρους. Ο ασθενής που εμπιστεύεται τον γιατρό, τον νοσηλευτή και το νοσοκομείο είναι προφανές ότι αναμένει το καλύτερο. Καθ' όλα λογικό γιατί τους εμπιστεύεται ότι πιο πολύτιμο έχει, την υγεία του ή την υγεία των οικείων του, την υγεία της οικογένειάς του και των αγαπημένων του προσώπων. Η συνειδητοποίηση της πραγματικότητας αυτής οφείλει να κινητοποιήσει τους απασχολούμενους με το χώρο υγείας, από οποιαδήποτε θέση και αν βρίσκονται αυτοί, έτσι ώστε να ασκούν τα καθήκοντά τους σωστά, να έχουν την αντίστοιχη κατάρτιση, την γνώση, την μέριμνα και την αντίληψη ότι δεν πρόκειται για μια απλή εργασία αλλά για ένα λειτούργημα έχοντας κατά νου τις οδυνηρές πιθανώς συνέπειες από μια πλημμελή ή λανθασμένη παροχή υπηρεσίας. Το νοσοκομείο εξ ορισμού είναι ένας χώρος ιδιαίτερος με τα δικά του προβλήματα [48].

Το νοσοκομείο επιπλέον χαρακτηρίζεται από ένα μοναδικό συνδυασμό εσωτερικού και εξωτερικού πελάτη. Γιατροί και νοσοκόμοι είναι συγχρόνως εσωτερικοί πελάτες ως υπάλληλοι του νοσοκομείου που συμμετέχουν καθημερινά στις επιλογές για παροχές υπηρεσιών υγείας αλλά και εξωτερικοί πελάτες που ανήκουν προσωρινά στο προσωπικό του νοσοκομείου. Ο ασθενής φυσικά είναι ο τελικός πελάτης. Η απουσία σαφούς οριοθέτησης μεταξύ εσωτερικού και εξωτερικού πελάτη περιπλέκει το χώρο του νοσοκομείου και του συστήματος των νοσοκομείων, κάτι που το διαφοροποιεί από πολλούς άλλους οργανισμούς.

Άλλη μοναδικότητα στην πραγματικότητα ενός νοσοκομείου είναι ο καθοριστικός ρόλος που διαδραματίζει ο γιατρός εντός αυτού [49]. Στους περισσότερους

τομείς οικονομίας αποφασίζουν πολύ λίγα άτομα για την αγορά των υλικών ή τον καθορισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών. Μόλις ορισθούν αυτά (προϊόν ή υπηρεσία) επιδιώκεται η προτυποποίησή τους και βρίσκονται υπό τον έλεγχο των αρμόδιων τμημάτων. Αντίθετα τα νοσοκομεία έχουν χιλιάδες γιατρούς που εξυπηρετούν τις ανάγκες πολλών χιλιάδων ασθενών. Οι γιατροί διαγιγνώσκουν και αποφασίζουν μέσα στα πλαίσια αποδεκτών παραμέτρων πώς να πλησιάσουν την περίθαλψη των ασθενών τους. Η ζήτηση ή το stress που θα επιβάλλει ένας ασθενής στο προϊόν ή την υπηρεσία είναι η κύρια αιτία της μεγάλης μεταβλητότητας στην επιλογή του προϊόντος ή της υπηρεσίας αυτής. Πιο απλά ασθενείς με το ίδιο πρόβλημα ή αλλιώς με όμοια χαρακτηριστικά ζήτησης είναι σχεδόν σίγουρο ότι δεν θα λάβουν 100% την ίδια υπηρεσία ή θα καταναλώσουν τα ίδια προϊόντα.

Πιο πάνω αναφέρθηκε η προτυποποίηση σε άλλους οργανισμούς. Η έλλειψη προτυποποίησης στα νοσοκομεία οδηγεί στην αποθήκευση πολλών διαφορετικών βασικών προϊόντων όπως χειρουργικά ράμματα, επίδεσμοι, φάρμακα, τρόφιμα. Είναι προφανές ότι οι αποφάσεις των γιατρών επηρεάζουν τη διαχείριση του νοσοκομείου. Αν για παράδειγμα ένας γιατρός αποφασίσει για την παράταση της παραμονής νοσηλείας ενός ασθενούς είναι αντιληπτό ότι επηρεάζει άμεσα την κατανάλωση υλικών και πόρων του νοσοκομείου.

Η στάση αυτή των γιατρών μπορεί να δικαιολογηθεί ως ένα σημείο και βέβαια αυτό γίνεται όχι από έκφραση συναδερφικής αλληλεγγύης στην παρούσα μελέτη. Η νόσος έχει άγνωστη εξέλιξη η οποία χαρακτηρίζεται κυρίως από την αλλαγή και όχι από τη σταθερότητά της και επομένως η περίθαλψη χρειάζεται τη διαθεσιμότητα πολύ περισσότερων προϊόντων για την αντιμετώπιση αυτών των μεταβαλλόμενων αναγκών. Επιπλέον οι γιατροί έχουν, από την εμπειρία τους και στην πορεία τους, μακροχρόνιες σχέσεις με προμηθευτές καθώς και προτιμήσεις για κάποια προϊόντα. Εκπαιδεύονται σε συγκεκριμένα προϊόντα και κατά καιρούς επιμορφώνονται σε αλλαγές. Επομένως είναι δύσκολο να αλλάξουν κάτι που κατέχουν καλά. Άλλη μία παράμετρος είναι ότι λόγω συνεχούς έρευνας υπάρχει δημιουργία καινούργιων προϊόντων και επομένως διαφοροποιημένων υπηρεσιών. Το γεγονός αυτό περιπλέκει ακόμη περισσότερο την κατάσταση. Τελικά αυτοί που παίρνουν τις αποφάσεις θα πρέπει να εκτιμούν τις προτιμήσεις των γιατρών σε σχέση πάντα με την ανάγκη του οργανισμού για βελτίωση και αλλαγή.

Μία άλλη πηγή δυσκολιών αποτελεί η χαρακτηριστικά μεταβαλλόμενη ταχύτητα του νοσοκομείου. Τα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου δεν λειτουργούν με τον ίδιο

ρυθμό εξέλιξης όσον αφορά υπηρεσίες και προϊόντα. Σε τμήματα που έχουν χαμηλή εισαγωγή καινούργιας τεχνολογίας όπως μια ψυχιατρική κλινική, ο ρυθμός είναι χαμηλός. Αντιθέτως τμήματα με διαρκή εξέλιξη όπως για παράδειγμα μια καρδιοχειρουργική κλινική όπου νέες τεχνολογίες, προϊόντα, εργαλεία εισέρχονται συνεχώς, τότε η διεργασία των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας οφείλει να προσαρμόζεται συνέχεια στις μεταβαλλόμενες προσδοκίες των ασθενών, των γιατρών και του υπόλοιπου προσωπικού [50]. Ο ρόλος του νοσοκομείου σε αυτή την κατάσταση είναι να παρέχει μια υψηλού επιπέδου οργανωτική δομή και προσπάθεια, ώστε να γίνουν πράξη οι νέες τεχνολογίες. Οι καινοτομίες αυτές μπορούν να επιδράσουν ποικιλοτρόπως στις σχέσεις ασθενών – ιατρών, ιατρών – νοσηλευτών, διοίκησης – υγειονομικού προσωπικού. Τα προβλήματα που ανακύπτουν από τις επιδράσεις αυτές προσθέτουν ακόμη μία διάσταση στην ιδιαιτερότητα της περίπτωσης του νοσοκομείου.

Και δεν είναι μόνο τα παραπάνω. Είναι γνωστό ότι γενικά οι δημόσιοι οργανισμοί υγείας όπως ένα δημόσιο νοσοκομείο αντιμετωπίζουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα. Αν και η ανάλυση των οικονομικών προβλημάτων της υγείας μπορεί εν μέρει να ξεφεύγει από τα πλαίσια αυτής της εργασίας, μια απλή αναφορά σε αυτά αποδεικνύει περίτρανα ότι τα οικονομικά της υγείας διαμορφώνουν και τα χαρακτηριστικά των οργανισμών της. Καταστάσεις όπως περιορισμένοι πόροι σε εργασία, κεφάλαιο, φυσικές πηγές και επιχειρηματικότητα, προβλήματα με το μισθολόγιο των εργαζομένων και τις συνθήκες εργασίας τους, βασικές ελλείψεις σε προσωπικό και ιατροφαρμακευτικό εξοπλισμό, η βαθμιαία απαξίωση της δημόσιας υγείας και η στροφή προς τον ιδιωτικό τομέα, (πίνακας 11) [51], η κατανομή των κονδυλίων του κρατικού προϋπολογισμού για θέματα υγείας, ο καθορισμός του ποσοστού του ΑΕΠ (%) για τον τομέα υγείας (πίνακας 12) [51], το αυξανόμενο κόστος λόγω αύξησης της ζήτησης και της τιμής των υπηρεσιών υγείας, τα ασφαλιστικά προβλήματα με καλύψεις και αποζημιώσεις [52], τα θέματα ηθικού κινδύνου, ασύμμετρης πληροφόρησης και προκλητής ζήτησης καθώς και τα ζητήματα που προκαλούνται μετά από κρατικές παρεμβάσεις και ένεκα του δημόσιου χαρακτήρα των υγειονομικών υπηρεσιών.

Στόχος είναι να αναδειχθούν τα προβλήματα, να έρθουν στην επιφάνεια και να γίνει στη συνέχεια μία προσπάθεια επίλυσης των μέσω της λιτής διαχείρισης. Από την έρευνα που έγινε διαπιστώθηκε ότι στην Ελλάδα δεν έχουν γίνει ακόμη προσπάθειες εφαρμογής της λιτής διαχείρισης, επομένως δεν υπάρχουν και σχετικά αποτελέσματα επιτυχίας ή αποτυχίας του τρόπου αυτού διαχείρισης. Αλλά και πολλές άλλες μέθοδοι

και τεχνικές που είχαν επιτυχία σε άλλους τομείς και θεωρήθηκαν εφαρμόσιμοι στον κλάδο υγείας όπως η Διαχείριση Ολικής Ποιότητας (TQM), το reengineering και διάφοροι άλλοι απέτυχαν στην εφαρμογή τους στο νοσοκομείο. Άρθρα που αναφέρονται στην στρατηγική διαχείριση η οποία εφαρμόζεται στην περίθαλψη τονίζουν ότι την προηγούμενη δεκαετία δημιουργήθηκαν μη ρεαλιστικές προσδοκίες που τελικά δεν επιτεύχθηκαν. Ίσως γιατί οι τεχνικές δεν προσαρμόστηκαν στις ειδικές ανάγκες και την ποικιλία των οργανισμών του κλάδου της υγείας.

Συνολική Δαπάνη για Υγεία ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ								
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Αυστρία	8,2	8,3	7,6	7,7	7,8	7,7	7,6	7,7
Βέλγιο	8,7	8,9	8,6	8,6	8,7	8,8	9	9,1
Δανία	8,2	8,3	8,2	8,4	8,5	8,4	8,6	8,8
Φινλανδία	7,5	7,6	7,3	6,9	6,9	6,7	7,0	7,3
Γαλλία	9,5	9,5	9,4	9,3	9,3	9,3	9,4	9,7
Γερμανία	10,6	10,9	10,7	10,6	10,6	10,6	10,8	10,9
Ελλάδα	9,6	9,6	9,4	9,4	9,6	9,7	9,9	9,5
Ιρλανδία	6,8	6,6	6,4	6,2	6,3	6,4	6,9	7,3
Ιταλία	7,4	7,5	7,7	7,7	7,8	8,1	8,3	8,5
Λουξεμβούργο	6,4	6,4	5,9	5,8	6,2	5,5	5,9	6,2
Ολλανδία	8,4	8,3	8,2	8,1	8,2	8,2	8,5	9,1
Πορτογαλία	8,2	8,4	8,5	8,4	8,7	9,2	9,3	9,3
Ισπανία	7,6	7,6	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,6
Σουηδία	8,1	8,4	8,2	8,3	8,4	8,4	8,8	9,2
Ηνωμένο Βασίλειο	7,0	7,0	6,8	6,9	7,2	7,3	7,5	7,7
Σταθμισμένος μ.ό. ΕΕ 15	8,8	8,9	8,7	8,6	8,7	8,7	8,9	9,1

Πηγή : OECD HEALTH DATA, 2004

ΠΙΝΑΚΑΣ 11.

Συνολική για υγεία ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ για τα έτη 1995-2002

Διαπιστώνουμε ότι η συνολική δαπάνη ως ποσοστό του επί τις % του ΑΕΠ την οκταετία 1995-2002 παραμένει περίπου αμετάβλητη και λίγο πάνω από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ιδιωτική Δαπάνη για Υγεία ως ποσοστό (%) της Συνολικής Δαπάνης για Υγεία								
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Αυστρία	29,1	30,3	30	30,3	30,4	30,4	31,5	30,1
Βέλγιο	30,5	28,9	30,2	29,8	29,4	29,5	28,6	28,8
Δανία	17,5	17,6	17,7	18	17,8	17,5	17,4	16,9
Φινλανδία	24,4	24,2	23,9	23,7	24,7	24,9	24,5	24,3
Γαλλία	23,7	23,9	23,8	24	24	24,2	24,1	24
Γερμανία	19,5	19,4	20,9	21,4	21,4	21,2	21,4	21,5
Ελλάδα	48,0	47,1	47,2	47,9	46,6	46,1	44,6	47,1
Ιρλανδία	28,4	28,6	25,4	23,5	27,2	26,7	24,4	24,8
Ιταλία	27,8	28,2	27,8	28,2	27,7	26,3	24	24,4
Λουξεμβούργο	7,6	7,2	7,6	7,7	10,2	10,3	10,2	14,6
Πορτογαλία	37,4	34,7	34,3	32,9	32,4	30,5	29,4	29,5
Ισπανία	27,8	27,6	27,5	27,8	28	28,4	28,7	28,6
Σουηδία	13,4	13,1	14,2	14,2	14,3	15,1	15,1	14,7
Ηνωμένο Βασίλειο	16,1	17,1	19,6	19,6	19,4	19,1	17	16,6
Σταθμισμένος μ.ό. ΕΕ 15*	22,6	22,7	23,5	23,7	23,6	23,4	22,8	22,8

Πηγή : OECD HEALTH DATA, 2004
*Δεν περιλαμβάνεται η Ολλανδία λόγω έλλειψης στοιχείων για την περίοδο 1998-2002

ΠΙΝΑΚΑΣ 12.

Ιδιωτική δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό (%) της συνολικής δαπάνης για την Υγεία για τα έτη 1995-2002

Διαπιστώνουμε ότι το ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία σε σχέση με τη συνολική δαπάνη είναι σχεδόν σταθερό την οκταετία 1995-2002 και περί τα 47%, αλλά συγχρόνως πολύ μεγάλο στην τιμή του και σχεδόν διπλάσιο από τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο.

1.6.2 Εμπόδια προερχόμενα από την ελλιπή γνώση της λιτής διαχείρισης

Η δεύτερη ομάδα εμποδίων έχει να κάνει με την επιφυλακτικότητα και την διστακτικότητα για την άγνωστη λιτή φροντίδα. Είναι εύλογο ότι διαβάζοντας ο αναγνώστης και γνωρίζοντας τη λιτή σκέψη, του προκαλούνται διάφορες απορίες. Οι απορίες αυτές περιγράφονται στη συνέχεια με τη μορφή ερωτήσεων [55] στο πλαίσιο μιας περισσότερο ρεαλιστικής προσέγγισης.

1.6.2.1 Ποια είναι η διαδικασία έναρξης της λιτής διαχείρισης;

Κάθε επιχείρηση ή οργανισμός που επιχειρεί λιτή διαχείριση αντιμετωπίζει διαφορετικές προκλήσεις ανάλογα με τις καταστάσεις, με την ποικιλία σημαντικών σημείων αναφοράς και πρέπει να βοηθηθεί στο να μειώσει τις αντιστάσεις των

εμπλεκόμενων, να εκπαιδεύσει σωστά το προσωπικό του και να εφαρμόσει τελικά την ιδανική μορφή λιτής διαχείρισης. Πρέπει επομένως να δημιουργηθεί ένα πρόγραμμα δράσης. Τα βασικά σημεία του προγράμματος αυτού είναι :

1) *Εύρεση ενός διαχειριστή της αλλαγής* Το κλειδί είναι ότι αυτός ο διαχειριστής πρέπει να είναι ένας ηγέτης που θα αναλάβει την προσωπική ευθύνη για τη λιτή μεταμόρφωση.

2) *Απόκτηση λιτής γνώσης.* Είναι σημαντικό ο σχεδιασμός να ξεκινήσει από μια πραγματική και λεπτομερή πηγή λιτής διαχείρισης, όπως από κάποιο εκπρόσωπο της ΤΟΥΤΑ ή μια άλλη φημισμένη και αξιόλογη πηγή έτσι ώστε οι εσωτερικοί εκπρόσωποι της αλλαγής να κάνουν τη λιτή σκέψη δεύτερη φύση τους. Και πάντα η εφαρμογή λιτών τεχνικών να είναι μέρος ενός γενικού συστήματος και όχι μεμονωμένα προγράμματα.

3) *Ανακάλυψη του προβλήματος ή της κρίσης.* Δυστυχώς πάρα πολύ λίγοι οργανισμοί θα κάνουν τα αναγκαία βήματα για να υιοθετήσουν τη λιτή σκέψη αν δεν αντιμετωπίσουν προηγουμένως κάποιο συνήθως σοβαρό πρόβλημα.

4) *Η εκκίνηση γίνεται πάντα με στόχο τον περιορισμό των σπαταλών (muda)*

5) *Πραγματοποίηση του σχεδιασμού ροής της αξίας.* Δημιουργείται ένα πρόγραμμα για το πώς λειτουργεί η κατάσταση τώρα, πώς ρέουν τα υλικά και οι πληροφορίες και εν συνεχεία σχεδιάζεται ένα λιτό μελλοντικό πλάνο για το πώς θα ήταν καλύτερα να ρέουν οι διαδικασίες με τη δημιουργία ενός προγράμματος εφαρμογής με κάποιο σχετικό χρονικό προγραμματισμό.

6) *Εκκίνηση όσο το δυνατό γρηγορότερα με μια σημαντική και ορατή δραστηριότητα.*

7) *Απαίτηση για άμεσα αποτελέσματα.*

8) *Μόλις συνειδητοποιηθεί ότι είναι η κατάλληλη στιγμή, επεκτείνονται οι σκοποί του προγράμματος. Γίνονται οι βελτιώσεις στην ροή της αξίας και επεκτείνονται οι λιτές εφαρμογές από τις πιο απλές στις πιο σύνθετες διαδικασίες.*

1.6.2.2 Ποια είναι η ακολουθία δραστηριοτήτων για την εκτέλεση της λιτής διαχείρισης;

Πέντε βήματα είναι απαραίτητα για την εφαρμογή της λιτής διαχείρισης και είναι τα ακόλουθα [56] :

1) αναγνώριση της αξίας

2) σχεδιασμός της αξίας ροής,

3) ροή των υπόλοιπων βημάτων της διαδικασίας,

4) Ο πελάτης έλκει τα προϊόντα ή τις υπηρεσίες και κατόπιν

5) επιδίωξη της τελειότητας.

Για παράδειγμα το πρώτο βήμα μπορεί να αποτελέσει μια απλή βόλτα στους χώρους εργασίας δίνοντας προσοχή στον τρόπο με τον οποίο το προσωπικό εργάζεται [56]. Είναι κάτι που μπορεί με ελάχιστο κόπο και κόστος να δώσει υπερπολύτιμες πληροφορίες για τη νέα αρχή που επιδιώκεται να εφαρμοστεί.

1.6.2.3 Εφαρμόζεται η λιτή διαχείριση σε μη βιομηχανικούς οργανισμούς με την ίδια επιτυχία;

Κάθε λιτή διαδικασία μπορεί να βρει εφαρμογή όχι μόνο στη βιομηχανία παραγωγής αλλά ακόμη περισσότερο στην παροχή υπηρεσιών, στην υγεία, στις κρατικές υπηρεσίες. Αν οι οργανισμοί βελτιώσουν τις διαδικασίες τους θα είναι σε θέση να κάνουν ανακατανομή των παραγωγικών πόρων με μια νέα και πιο δημιουργική εργασία.

Μια άλλη σημαντική κατάσταση είναι η αποφυγή εξ αρχής της προώθησης και εφαρμογής ανεξάρτητων λιτών τεχνικών χωρίς προηγουμένως να υπάρχει πλήρης κατανόηση του συστήματος στο σύνολό του και πού ακριβώς οι τεχνικές αυτές ταιριάζουν. Εξετάζεται δηλαδή το πρόβλημα στο σύνολό του και δεν εφαρμόζονται ανεξέλεγκτα εργαλεία και τεχνικές.

Αυτοί που ξεκινούν τη λιτή διαχείριση θα πρέπει να έχουν σταδιακούς στόχους στο σχεδιασμό τους έτσι ώστε να μπορούν να διασφαλίσουν με κάποιο τρόπο την επιτυχία σταδιακά και να είναι σίγουροι ότι οι υφιστάμενοί τους έχουν βαθιά γνώση του αντικειμένου. Θα πρέπει να παρατηρούν την εργασία τους συνεχώς και ποτέ να μην επαναπαύονται από τις προσπάθειές τους. Τα πρώτα θετικά αποτελέσματα δεν πρέπει να τους κάνουν να σταματήσουν. Αντίθετα μια από τις προκλήσεις που θα αντιμετωπίσουν είναι πώς με τη χρήση των ανεξάρτητων λιτών τεχνικών θα καταφέρουν να αποκαλύψουν νέα προβλήματα και μεγαλύτερες προκλήσεις.

1.6.2.4 Πώς θα πειστούν προϊστάμενοι, υφιστάμενοι και συνεργάτες να επιχειρήσουν τη λιτή διαχείριση;

Το ερώτημα αυτό ουσιαστικά αποτελεί την κολοσσιαία πρόκληση της λιτής σκέψης. Οι Michael και Freddy Bulle στο βιβλίο τους Gold Mine [56] γράφουν :

“Βρίσκουμε δύσκολο να ξεχωρίσουμε τα τεχνικά ζητήματα από τα ανθρώπινα. Αντιθέτως αυτά τα δύο δεν μπορούν να διαχωριστούν. Η πραγματική επομένως ερώτηση είναι τι χρειάζεται για να γίνει η λιτή σκέψη μέρος της κουλτούρας μιας επιχείρησης. Η απάντηση είναι: η παρουσία ενός σημαντικού αριθμού ανθρώπων που σκέφτονται και

πράττουν λιτά. Η πληθώρα δημοσιεύσεων και άρθρων που έχουν κοινοποιηθεί αποδεικνύουν ότι η λιτή σκέψη δεν είναι τόσο προφανής. Πολλοί άνθρωποι που χρησιμοποιούν λιτή σκέψη στις διεργασίες τους και κατέχουν το πλάνο της λιτής διαχείρισης, ωστόσο συχνά συμβαίνει να μην ταιριάζει σε συγκεκριμένες καταστάσεις. Χρειάζεται βοήθεια για να δουν τη σύνδεση της λιτής διαχείρισης με την εκάστοτε κατάσταση”.

Κατά τους Womack και Jones [16],[17]:

“Η λιτή σκέψη δεν είναι ένα κουτί με εργαλεία, αλλά μια ολόκληρη προοπτική. Ένας κλασικός manager προσδιορίζει τυπικά το πρόβλημα, αγωνίζεται για να φτάσει στα επιθυμητά νούμερα, συντηρεί τις λειτουργίες της επιχείρησης και αποφεύγει την ενασχόληση με τα προβλήματα του πελάτη. Αυτό τελικά τον οδηγεί να παραμείνει κλεισμένος στο γραφείο του, να διαχειρίζεται μέσω των αριθμών, να τρέχει μεγάλες παραγγελίες, κ.ο.κ. Η λιτή προσέγγιση επαναπροσδιορίζει το πρόβλημα ολοκληρωτικά. Οι νέοι στόχοι θα είναι: παραγωγή μόνο όσης ποσότητας απαιτείται ή παραγγέλλεται. Ποτέ δεν αφήνεται ένα πρόβλημα στη τύχη του χωρίς να επιδιώκεται η λύση του. Ούτε αφήνουμε τους άλλους να λύσουν μόνοι τους το πρόβλημα. Πρέπει να υπάρχει συνεχής βελτίωση όλων των διαδικασιών. Ο μόνος τρόπος να λύνεις προβλήματα στη λιτή πραγματικότητα είναι η αφιέρωση χρόνου στον εργασιακό χώρο, είτε είναι η γραμμή παραγωγής είτε ο χώρος παροχής υπηρεσιών υγείας για την καλύτερη κατανόηση της πραγματικότητας και εν συνεχεία η πρόσκληση στις εργασιακές ομάδες να είναι πιο προσεκτικές και να βελτιώνουν τις λειτουργίες τους”.

Επομένως το πραγματικό εμπόδιο στην εφαρμογή της λιτής διαχείρισης αφορά σε τεχνικές και ανθρώπινες προκλήσεις. Η αλλαγή αρχίζει σημειώνοντας το πρόβλημα που αναγνωρίζεται στον οργανισμό μέσα από τη λιτή διαδικασία.

Η πραγματικότητα πιθανώς είναι ότι δυστυχώς λίγοι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας νοιάζονται για τα πλεονεκτήματα της λιτής φροντίδας υγείας. Και αυτό είτε λόγω της έλλειψης ενημέρωσης είτε λόγω των πολυάσχολων προγραμμάτων τους. Γιατροί και νοσηλευτές σπάνια ασχολούνται με λιτές εφαρμογές στα νοσοκομεία που εργάζονται. Αλλά όταν το επιχειρήσουν και γευθούν τα πλεονεκτήματα γίνονται φανατικοί θιασώτες του λιτού συστήματος.

Ένας τρόπος για να προσελκυστούν οι γιατροί είναι να γίνουν αντιληπτές οι επιθυμίες τους. Κανένας δεν θα αρνούταν ένα σύστημα που θα του έκανε τη ζωή ευκολότερη και τους ασθενείς του πιο ευτυχισμένους. Πατροπαράδοτα για να γίνει αυτό έπρεπε το κόστος να μειωθεί, κάτι που μπορεί να στραφεί σε βάρος της ποιότητας στην

φροντίδα. Αντίθετα η λιτή φροντίδα αυξάνει την αποδοτικότητα, προωθεί την ποιότητα και επικεντρώνεται στη φροντίδα του ασθενή. Η λιτή σκέψη δεν αδιαφορεί για το κόστος αλλά από την άλλη το κόστος δεν αποτελεί αυτοσκοπό της. Αν όλα λειτουργήσουν λιτά είναι επόμενο ότι και το κόστος θα μειωθεί. Τα αποτελέσματα από νοσοκομεία που εφάρμοσαν λιτές πρακτικές είναι πολλά και εντυπωσιακά. Είναι σίγουρο ότι αν οι γιατροί το γνωρίσουν γρήγορα θα απομακρύνουν κάθε τους επιφύλαξη για την αποτελεσματικότητά του.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ

Εισαγωγή – Γενικά στοιχεία νοσοκομειακής μονάδας

Το νοσοκομείο αποτελεί μια οντότητα με τα δικά της χαρακτηριστικά και στοιχεία, η οποία είναι σε συνεχή αλληλεπίδραση με το εξωτερικό περιβάλλον, έτσι ώστε η κατάσταση η οποία επικρατεί στην περιοχή και στον πληθυσμό ευθύνος να επιδρά στη λειτουργία του νοσοκομείου και αντίστροφα. Μέσω της αξιολόγησης της εξέλιξης του οργανισμού σκιαγραφείται η σχέση αυτή και αναλύονται τα επιμέρους στοιχεία και χαρακτηριστικά τα οποία επηρεάζουν και επηρεάζονται. Εν συνεχεία, σε συνδυασμό με την αποτύπωση της τωρινής κατάστασης που επικρατεί τόσο στη νοσοκομειακή μονάδα, όσο και στο εξωτερικό περιβάλλον θα καθοριστούν οι μελλοντικές δυνατότητες και η πορεία που αφενός κρίνεται ως αναγκαία και αφετέρου είναι εφικτό να ακολουθηθεί.

2.1 : Ταυτότητα και σύντομο ιστορικό του νοσοκομείου

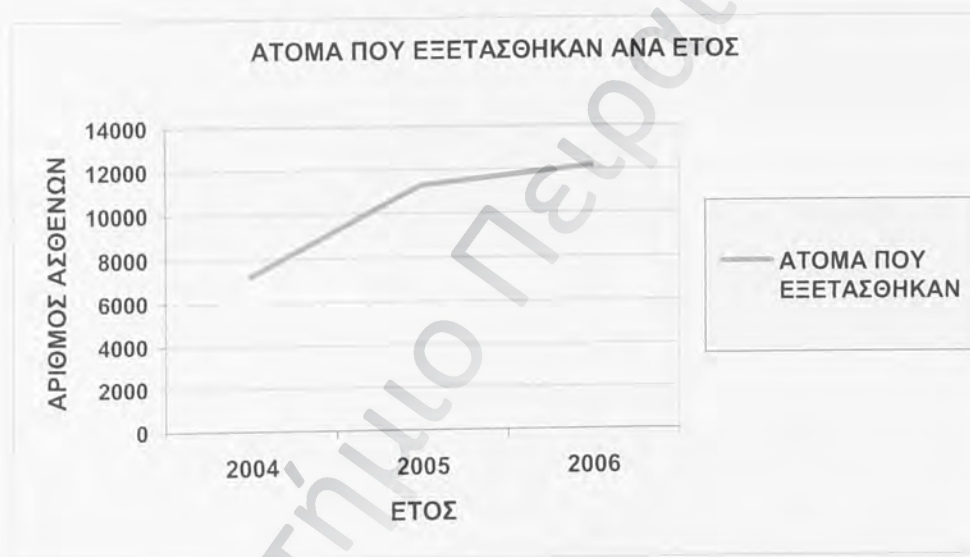
Το νοσοκομείο της Σπάρτης ακολουθεί την ιστορία της περιοχής και επηρεάζεται αισθητά από αυτή. Το γενικό νοσοκομείο Σπάρτης συστάθηκε με τον αναγκαστικό νόμο 713/37 και μετά από δωρεά της Αικατερίνης Γρηγορίου. Αρχισε να κτίζεται το 1939 σε ένα χώρο 70.000 τ.μ. και λειτούργησε για πρώτη φορά το 1953 ως σανατόριο. Σταθμοί στην ιστορία και εξέλιξη του σανατορίου και μετέπειτα νοσοκομείου Σπάρτης υπήρξαν γενικά οι ακόλουθοι: Το 1962 το θεραπευτήριο σανατόριο μετατρέπεται σε Γενικό Νοσοκομείο. Το 1984 εκπονείται η μελέτη επέκτασης του νοσοκομείου, ενώ το 1988 άρχισε η υλοποίηση της μελέτης με την κατασκευή των εργαστηρίων. Το 1997 συνεχίζεται η υλοποίηση της μελέτης με την κατασκευή της νέας πτέρυγας του νοσοκομείου και του κέντρου ενέργειας[57].

Σήμερα αποτελείται από 21 τμήματα, εκ των οποίων 7 εργαστήρια και την υπερσύγχρονη μονάδα τεχνητού νεφρού. Έχει υπό την αρμοδιότητά του 4 κέντρα υγείας και 27 περιφερειακά ιατρεία και απασχολεί 382 άτομα προσωπικό σε 582 οργανικές θέσεις. Η διαφορά των διακοσίων αυτών θέσεων αποτελεί τις μη κατειλημμένες οργανικές θέσεις του νοσοκομείου τουλάχιστον μέχρι την ημερομηνία συλλογής των δεδομένων της εργασίας (30/10/2007).

Στο τμήμα επειγόντων περιστατικών εξετάστηκαν το έτος 2004 7.217 άτομα, το έτος 2005 11.269 άτομα και το έτος 2006 12.134 άτομα. Αναφερόμαστε στο χειρουργικό ιατρείο διότι από το τμήμα αυτό υπήρχε δυνατότητα πρόσβασης σε περισσότερο (στα

πλαίσια παλαιότερης εργασίας της κλινικής των ιατρών κ. Καπτανή Σ. και κ. Γιαννούλη Γ.) αξιόπιστα δεδομένα [58]. Η καταγραφή τους έγινε από το βιβλίο των ασθενών το οποίο βρίσκεται και συμπληρώνεται εντός του ιατρείου από τον εφημερεύοντα ιατρό κατά την αντιμετώπιση των ασθενών.

Τα αριθμητικά δεδομένα των περιστατικών αυτών δείχνουν μια βαθμιαία αύξηση των αντιμετωπιζόμενων περιστατικών στο χειρουργικό ιατρείο του τμήματος επειγόντων περιστατικών, για την καλύτερη κατανόηση του οποίου δημιουργήθηκε το ακόλουθο γράφημα (διάγραμμα 13).



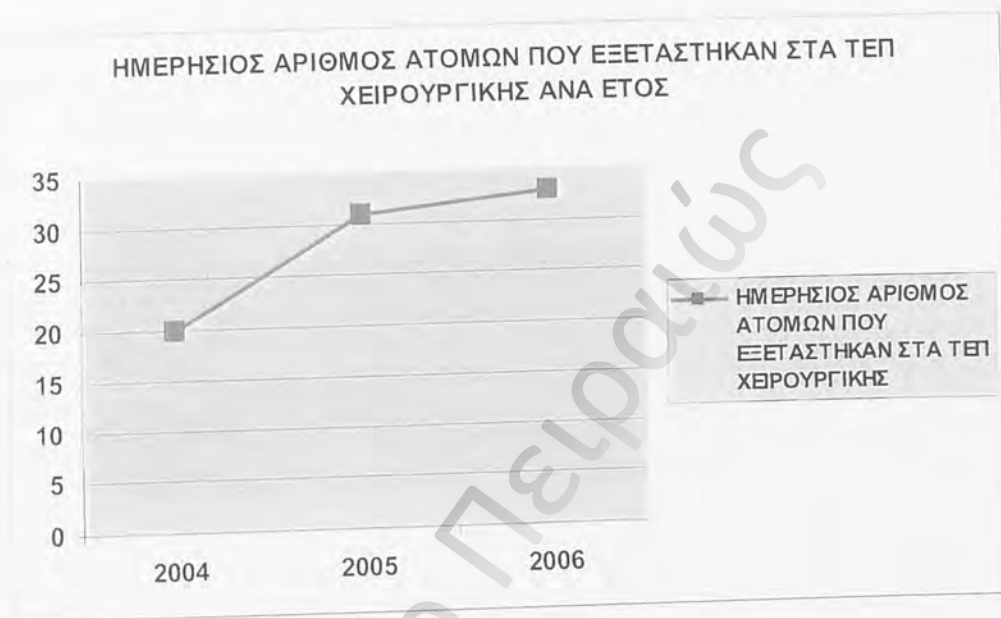
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13

Κατανομή αριθμού ασθενών ανά έτος

Σύμφωνα με τα παραπάνω διαπιστώνουμε μια σταθερότητα όσον αφορά τα περιστατικά τα έτη 2005-2006 και μια αύξηση των περιστατικών αυτών σε σχέση με το προηγούμενο έτος (2004). Η αναζήτηση αιτιών που δικαιολογούν αυτά τα στατιστικά στοιχεία προφανώς ξεφεύγουν από τα δεδομένα της μελέτης αυτής αλλά ενδεικτικά μπορούν να αναφερθούν μερικών από αυτές όπως θέματα ανακατανομής του πληθυσμού, οι πληθυσμιακές μετακινήσεις το Ολυμπιακό έτος 2004, η είσοδος των οικονομικών μεταναστών, η δημιουργία του Πανεπιστημίου της Σπάρτης και πολλά άλλα.

Ίσως ένα χρησιμότερο συμπέρασμα από τα δεδομένα των μετρήσεων αυτών αποτελεί η αναλογία των περιστατικών ανά ημέρα στο χειρουργικό τμήμα των επειγόντων περιστατικών. Λαμβάνοντας υπόψη την καθημερινή εφημερία του νοσοκομείου διαπιστώνεται ότι για το έτος 2004 πέρασαν από τα επείγοντα $7217/365=20$

περίπου άτομα κατά μέσο όρο την ημέρα, το έτος 2005, $11269/365=31$ περίπου άτομα κατά μέσο όρο ημερησίως και το έτος 2006, $12134/365=33$ περίπου άτομα ημερησίως(διάγραμμα 14).



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14

Κατανομή ημερήσιου αριθμού ασθενών ανά έτος

Τα αποτελέσματα αυτά είναι πολύ χρήσιμα στα πλαίσια του θέματος που μελετάται επειδή προκύπτουν συμπεράσματα, ερωτήματα και προβληματισμοί που αφορούν εκτός των άλλων και χαρακτηριστικά ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Με δεδομένο το γεγονός ότι ένας μόνο γιατρός εφημερεύει στα επείγοντα, δημιουργούνται ερωτήματα για τις συνέπειες που θα έχει στο χρόνο αναμονής των ασθενών η αύξηση του ημερήσιου αριθμού των εξεταζόμενων ατόμων από 20 σε 33 άτομα μέσα σε μια διετία. Δηλαδή τίθεται το ερώτημα εάν η αύξηση αυτή του φόρτου εργασίας του ιατρικού προσωπικού κατά 50% θα σημάνει και την αντίστοιχη ή σχετική αύξηση του χρόνου αναμονής; Αν η απάντηση είναι θετική πως μπορεί να αντιμετωπιστεί; Πώς θα μπορέσει ο γιατρός να αντεπεξέλθει ψυχοσωματικά στο διαρκώς προστιθέμενο φόρτο εργασίας;

Τα ερωτήματα αυτά προσεγγίζονται στο τρίτο κεφάλαιο με την ανάλυση αντίστοιχων καταστάσεων με απώτερο σκοπό την ανάδειξη της λιτής διαχείρισης ως μέσο αντιμετώπισης και πιθανής επίλυσή τους. Με απώτερο σκοπό τη διαμόρφωση μιας όσο το δυνατό πληρέστερης εικόνας για την ταυτότητα και τη δυναμική του Γενικού

Νοσοκομείου Σπάρτης παρατίθενται στη συνέχεια πίνακες σχετικοί με το δυναμολόγιο του Νοσοκομείου(πίνακες 15,16,17,18,19). Στόχος είναι με βάση τις μετρήσεις πληρότητας του νοσοκομείου και εν συνεχεία με την στατιστική επεξεργασία τους να βγουν συμπεράσματα για την παρούσα κατάσταση. Μόνο αν γίνουν γνωστά τα προβλήματα του παρόντος, θα μπορέσουν να εντοπιστούν οι σημερινές ανάγκες έτσι ώστε στη συνέχεια να γίνουν πραγματικότητα οι απαραίτητες αλλαγές και βελτιώσεις.

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ			
ΚΛΑΔΟΣ-ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ	ΚΑΤΕΙΛΗΜΜΕΝΕΣ	ΠΡΟΣΩΡΙΝΕΣ
ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ	1	1	0
ΠΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ-ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΥ	7	1	0
ΠΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ	2	1	0
ΠΕ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΟΝΟΜΙΑΣ	1	0	0
ΠΕ ΔΙΚΗΓΟΡΟΣ	1	1	0
ΤΕ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	4	3	0
ΤΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ-ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΥ	4	4	0
ΤΕ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΟΝΟΜΙΑΣ	1	0	0
ΤΕ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	1	0	0
ΤΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ	1	0	0
ΔΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Η/Υ	4	3	0
ΔΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ-ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΥ	31		
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ-ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΥ		21	0
ΔΕ ΔΑΚΤΥΛΟΓΡΑΦΩΝ	1	1	0
ΣΥΝΟΛΟ	59	36	0

ΠΙΝΑΚΑΣ 15. Δυναμολόγιο απασχολούμενων στις διοικητικές υπηρεσίες του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης

ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ			
ΚΛΑΔΟΣ-ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ	ΚΑΤΕΙΛΗΜΜΕΝΕΣ	ΠΡΟΣΩΡΙΝΕΣ
ΠΕ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ	2	0	0
ΠΕ ΧΗΜΕΙΑΣ	1	0	0
ΠΕ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ	1	0	0
ΠΕ ΝΗΠΙΑΓΩΓΩΝ	1	0	0
ΤΕ ΡΑΔΙΟΛΟΓΙΑΣ-ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ	5	1	0
ΤΕ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	2	2	0
ΤΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	3	1	0
ΤΕ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ	7	4	0
ΔΕ ΒΟΗΘΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡ	12	11	2
ΔΕ ΧΕΙΡΙΣΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΣΚΕΥΩΝ (ΧΕΙΡΙΣΤΩΝ-ΕΝ	7	6	0
ΔΕ ΒΟΗΘΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ	4	2	0
ΣΥΝΟΛΟ	45	27	2

ΠΙΝΑΚΑΣ 16. Δυναμολόγιο εργαζομένων(πλην ιατρών) στις ιατρικές υπηρεσίες του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ			
ΚΛΑΔΟΣ-ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ	ΚΑΤΕΙΛΗΜΜΕΝΕΣ	ΠΡΟΣΩΡΙΝΕΣ
ΠΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	5	3	0
ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	113	69	0
ΤΕ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ	10	7	0
ΤΕ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	4	1	0
ΔΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	95	67	0
ΔΕ ΒΡΕΦΟΚΟΜΩΝ	2	0	0
ΔΕ ΑΡΡΕΝΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ	0	0	4
ΔΕ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ	0	0	10
ΥΕ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΟΝ. ΠΡΟΣΩΠ.	41		
	ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ	0	6
	ΜΕΤΑΦΟΡΕΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	0	12
	ΒΟΗΘΩΝ ΘΑΛΑΜΟΥ	0	2
	ΣΒΑΝΩΤΩΝ-ΝΕΚΡΟΤΟΜΩΝ	0	1
ΣΥΝΟΛΟ	270	168	14

ΠΙΝΑΚΑΣ 17

Νοσηλευτικό προσωπικό Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης

ΘΕΣΗ-ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ	ΚΑΤΕΙΛΗΜΜΕΝΕΣ	ΑΠΟΣΠΑΣΗ ΣΤΟ
ΙΑΤΡΟΙ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ, ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΠΑΡΑΤΑΣΗ, ΥΨΥ ΤΡΙΜΗΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ			
ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ	2	2	0
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ	2	1	0
ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	7	8	0
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ	1	0	0
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ	1	0	0
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ	2	2	0
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ	1	1	0
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ	1	0	0
ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ	6	5	0
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	4	2	0
ΥΨΥ ΤΡΙΜΗΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ		4	0
ΣΥΝΟΛΟ	27	25	0

ΠΙΝΑΚΑΣ 18

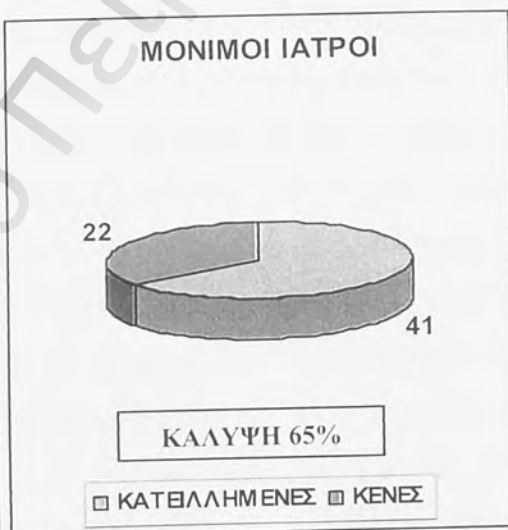
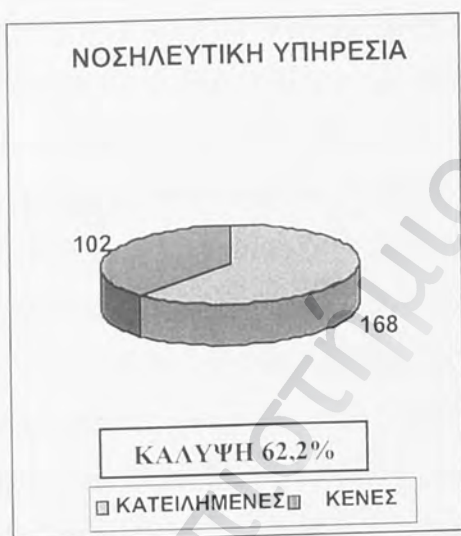
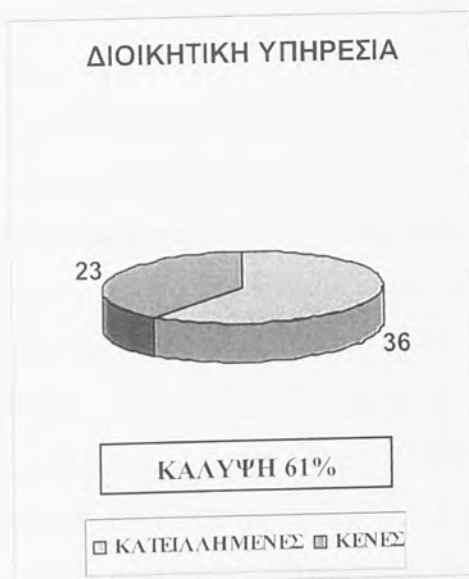
Δυναμολόγιο μη μόνιμων ιατρών Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης

ΙΑΤΡΟΙ ΜΟΝΙΜΟΙ & ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΙ

ΘΕΣΗ-ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ	ΚΑΤΕΙΛΗΜΜΕΝΕΣ	ΠΡΟΣΩΡΙΝΕΣ
Δ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ	1	1	0
ΕΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ	2	2	0
ΕΒ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ	2	2	0
Δ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ	1	1	0
ΕΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ	1	0	0
ΕΑ Ή ΕΒ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ	1	1	0
ΕΒ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ	1	1	0
Δ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ	1	1	0
ΕΑ Ή ΕΒ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ	1	0	0
ΕΒ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ	1	0	0
Δ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ	1	1	0
ΕΑ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ	1	1	0
ΕΒ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ	1	1	0
Δ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ	1	1	1
Δ Ή Ε ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ	1	1	0
Δ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	1	1	1
ΕΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	2	2	0
ΕΒ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	1	1	0
Δ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ	1	1	0
ΕΑ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ	2	1	0
ΕΒ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ	1	1	0
Δ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ	1	0	0
ΕΑ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ	1	0	0
ΕΒ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ	1	1	0
Δ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ	1	1	0
ΕΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ	1	1	0
ΕΑ Ή ΕΒ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ-ΓΥΝΑΙΚ	1	0	0
ΕΒ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ-ΓΥΝΑΙΚΟΛ	1	0	0
Δ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ	1	0	0
ΕΑ Ή ΕΒ ΩΡΛ	1	1	0
ΕΒ ΩΡΛ	1	0	0
Δ ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ	1	1	0
ΕΑ Ή ΕΒ ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ	1	1	0
Δ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ	1	1	0
ΕΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ	1	1	0
ΕΒ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ	1	0	0
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Μ.Ε.Θ.	29/11/2007	0	0
ΕΑ Μ.Ε.Θ.	2	0	0

ΕΒ Μ.Ε.Θ.	3	1	0
ΕΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ	0	0	1
ΕΒ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ	1	1	0
ΕΑ Ή ΕΒ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ	1	0	0
ΕΑ Ή ΕΒ ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΑΣ	1	0	0
ΕΑ Ή ΕΒ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑΣ	1	1	0
ΕΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ	1	1	0
Δ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑΣ	1	1	0
ΕΑ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑΣ	1	0	0
ΕΒ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑΣ	1	1	0
Δ ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ	1	1	0
ΕΑ ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ	1	1	0
ΕΑ Ή ΕΒ ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ	1	0	0
ΕΒ ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ	1	1	0
Δ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	1	1	0
ΕΠΙΜ. Α ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ	1	0	0
Δ ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΑΣ	1	1	0
ΕΒ ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΑΣ	1	1	0
ΕΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ	1	1	0
ΥΥΥ	0	0	0
ΕΒ ΣΕ ΘΕΣΗ ΑΓΡΟΤΙΚΟΥ			
ΣΥΝΟΛΟ	63	41	3

ΠΙΝΑΚΑΣ 19. Αριθμός μόνιμων και επικουρικών ιατρών Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ 20,21,22,23,24,25. Ποσοστά κάλυψης στους διάφορους τομείς δραστηριοτήτων του Νοσοκομείου Σπάρτης.

Το σχόλιο που προκύπτει από τα παραπάνω διαγράμματα σχετικά με την αναλογία μεταξύ προβλεπόμενων οργανικών θέσεων και κατειλημμένων θέσεων του νοσοκομείου (διαγράμματα 20,21,22,23,24) που αφορούν ουσιαστικά στην πληρότητά του, θα διαπιστωνόταν ότι αυτή κυμαίνεται σε ένα ποσοστό γύρω στα 65% (διάγραμμα 25). Σε απόλυτα νούμερα υπολείπονται περίπου στα διακόσια άτομα (382 αντί 582) που θα έπρεπε να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο νοσοκομείο. Μόνο αυτό το γεγονός αποτελεί τον πρώτο και βασικό παράγοντα προβληματικής παροχής υπηρεσιών υγείας στον ασθενή. Επίσης με εξαίρεση την κατηγορία των νέων γιατρών με ποσοστό κάλυψης των θέσεων περί τα 95% (διάγραμμα 24) στις υπόλοιπες κατηγορίες εργαζομένων του νοσοκομείου τα ποσοστά κάλυψης κυμαίνονται γύρω στο 65%, ποσοστό που συμπίπτει με τα συνολικά ποσοστά πληρότητας του νοσοκομείου.

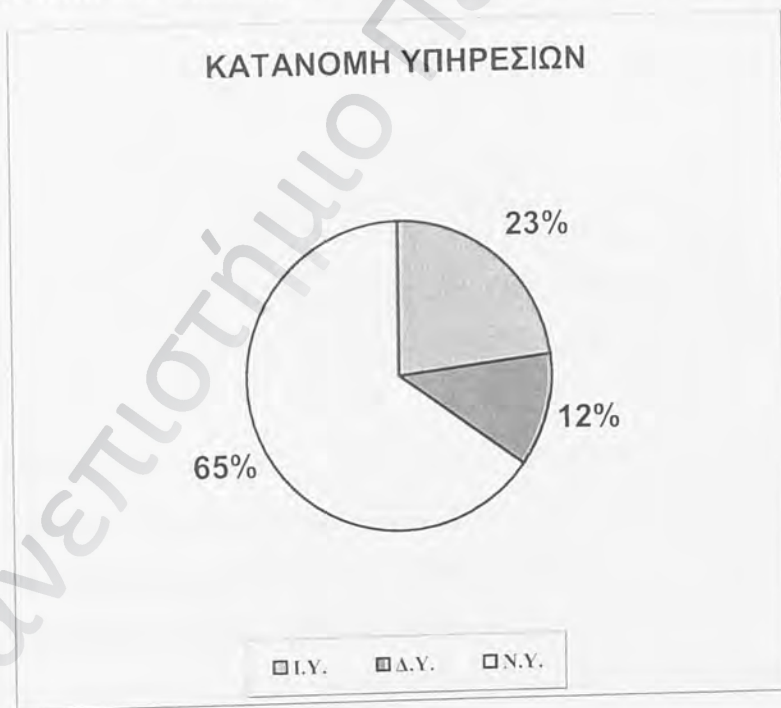
Θα αναρωτιόταν κάποιος γιατί να είναι χειρότερη η φροντίδα υγείας αν υπάρχει ένας μάγειρας ή ένας υδραυλικός λιγότερος; Η απάντηση είναι ότι όλοι οι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο διαδραματίζουν το δικό τους κατά περίπτωση σημαντικό ρόλο και βάζουν το δικό τους λιθαράκι στην παροχή της υγείας. Είναι σίγουρο πως για παράδειγμα, η καθυστερημένη σίτιση ή το γεύμα χαμηλής ποιότητας των ασθενών από την έλλειψη ενός μάγειρα, ή η καθυστερημένη διόρθωση μιας σπασμένης βρύσης στο δωμάτιο των ασθενών που οφείλεται στην έλλειψη ενός υδραυλικού, δεν θα αρέσει στον ασθενή. Θα του δημιουργήσει δυσαρέσκεια και αυτή ακριβώς η δυσαρέσκεια εντός του νοσοκομείου περιλαμβάνεται στην ευρύτερη αρνητική εικόνα που θα δημιουργηθεί στον ασθενή για την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Ο ασθενής πρέπει να λάβει όλες εκείνες τις υπηρεσίες και παροχές που θα τον ευχαριστήσουν και θα τον βοηθήσουν με τον τρόπο τους να λάβει το υψηλότερο επίπεδο φροντίδα υγείας.

Το υψηλό επίπεδο κάλυψης των θέσεων των νέων ιατρών (αγροτικών και ειδικευομένων) πιθανώς αποκαλύπτει ένα άλλο φαινόμενο της σύγχρονης πραγματικότητας. Τα υψηλά ποσοστά ανεργίας στα μεγάλα αστικά κέντρα ωθούν τους νέους ιατρούς στην περιφέρεια. Από την άλλη οι χρόνοι αναμονής για την έναρξη ειδικότητας στα μεγάλα αστικά κέντρα έχουν αυξηθεί κατακόρυφα με αποτέλεσμα οι νέοι ιατροί να ζητούν εναλλακτικές λύσεις σε περιφερειακά νοσοκομεία με σκοπό την ταχύτερη ένταξη τους στην αγορά εργασίας.

Ένα ενδιαφέρον στατιστικό στοιχείο από το οποίο μπορούν να αντληθούν πολύτιμα συμπεράσματα αποτελεί η κατανομή των τριών βασικών υπηρεσιών κάθε Νοσοκομείου. Δηλαδή η ιατρική, η νοσηλευτική και η διοικητική υπηρεσία. Από τα αριθμητικά δεδομένα του Νοσοκομείου Σπάρτης προκύπτει ότι τα ποσοστά των

κατελιημμένων θέσεων είναι 12%, 23% και 65% αντίστοιχα για τη διοικητική, την ιατρική και τη νοσηλευτική υπηρεσία (διάγραμμα 26). Κατά τον υπολογισμό των παραπάνω ποσοστών σημειώνεται ότι στη νοσηλευτική υπηρεσία συμπεριλήφθηκαν και οι εργαζόμενοι της κατηγορίας ιατρική υπηρεσία (πίνακας 16, διάγραμμα 21). Και αυτό γιατί ουσιαστικά πρόκειται για παραϊατρικό προσωπικό και όχι για αμιγώς ιατρικό προσωπικό.

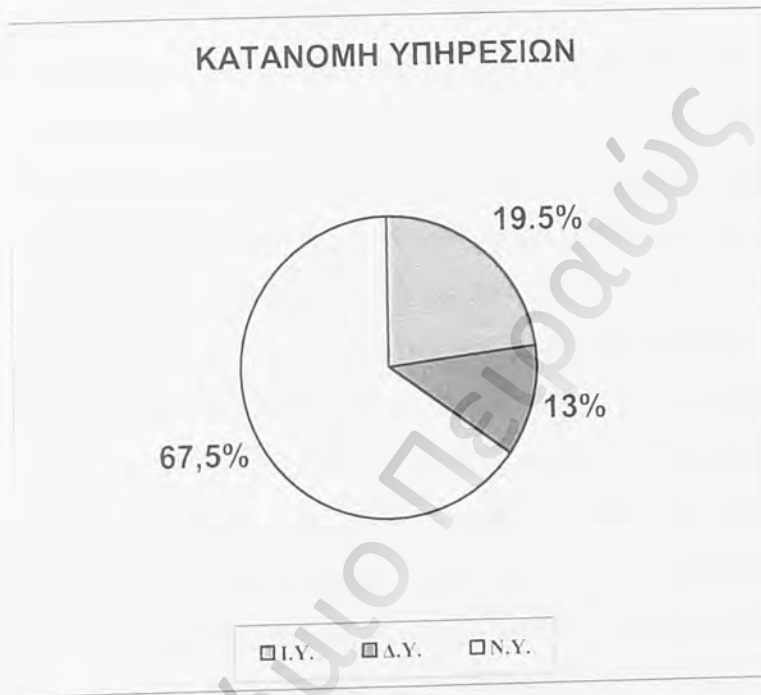
Μια άλλη εξίσου ενδιαφέρουσα προσέγγιση της κατανομής των τριών υπηρεσιών αποτελεί η αναζήτηση των αντίστοιχων ποσοστών τους, που προκύπτουν με κριτήριο αυτή τη φορά όχι τις κατελιημμένες θέσεις αλλά με βάση τις προβλεπόμενες οργανικές θέσεις (διάγραμμα 27). Τα ποσοστά στην περίπτωση αυτή είναι 13%, 19,5% και 67,5% αντίστοιχα για τη διοικητική, την ιατρική και τη νοσηλευτική υπηρεσία αντίστοιχα. Παρατηρείται μια πολύ μικρή διαφορά επομένως των ποσοστών αυτών σε σύγκριση με τα αντίστοιχα ποσοστά των κατελιημμένων θέσεων της προηγούμενης παραγράφου.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 26. Σχέσεις μεταξύ των τριών υπηρεσιών (ιατρικής-Ι.Υ., διοικητικής-Δ.Υ., και νοσηλευτικής-Ν.Υ.) βάσει των κατελιημμένων θέσεων.

Το γενικό σχόλιο που μπορεί να γίνει αφορά τη σχετικά μεγάλη αναλογία των διοικητικών υπαλλήλων συγκρινόμενη με την αναλογία των ιατρών. Χωρίς να υποβιβάζεται η αναγκαιότητα και η σημασία του έργου των διοικητικών υπαλλήλων κρίνεται μεγάλος ο αριθμός τους συγκρινόμενος με εκείνον των ιατρών. Μια διαφορά μόλις 6,5% στα ποσοστά μεταξύ ιατρών και διοικητικών είτε σημαίνει υπερπληθώρα

διοικητικών είτε έλλειψη ιατρών. Όποιο και από τα δυο να ισχύει το τελικό αποτέλεσμα είναι το ίδιο δυσοίωνα για τη λειτουργία του Νοσοκομείου. Ουσιαστικά σημαίνει προβλήματα στην ποιότητα αλλά και στην ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 27. Σχέσεις μεταξύ των τριών υπηρεσιών (ιατρικής-Ι.Υ., διοικητικής-Δ.Υ., και νοσηλευτικής-Ν.Υ.) βάσει των οργανικών θέσεων.

Διαπιστώνεται επιπλέον ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό (περί τα 65%) της νοσηλευτικής υπηρεσίας συγκρινόμενη με εκείνη των ιατρών (23%). Το ποσοστό αυτό είναι σχεδόν τριπλάσιο, σε μια αναλογία δηλαδή περίπου 3:1. Είναι γνωστό ότι οι ανάγκες σε νοσηλευτικό προσωπικό είναι μεγάλες και συνεχώς αυξανόμενες στα πλαίσια λειτουργίας ενός οποιουδήποτε νοσηλευτικού ιδρύματος και σίγουρα μεγαλύτερες από τις αντίστοιχες ανάγκες σε ιατρικό προσωπικό. Συνεπώς οι νοσηλευτές πρέπει να υπερτερούν σε αριθμό σε σχέση με τους ιατρούς, αλλά όχι στα επίπεδα που παρατηρούνται στο Νοσοκομείο αναφοράς. Μια αναλογία της τάξεως του 2:1 ή ακόμη και 1:1 μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών θα ήταν ιδανική για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς θα ήταν σύμφωνη με τον πανελλήνιο μέσο όρο και με το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης [59].

2.2 : Αποστολή και ρόλος του Νοσοκομείου

Το Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης είναι ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της διοικητικής περιφέρειας Πελοποννήσου, μαζί με τα νοσοκομεία της Τρίπολης, της Κορίνθου και της Καλαμάτας. Ο σκοπός και ο ρόλος του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης είναι η οργανωμένη παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας γενικής ιατρικής, στα πλαίσια της ισότητας στην πρόσβαση και τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών του, δεδομένου ότι η υγεία αποτελεί αγαθό συνταγματικά θεσμοθετημένο και προστατευόμενο.

Κύρια αποστολή του νοσοκομείου είναι η παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης ισότιμα για κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, την κοινωνική και την επαγγελματική του κατάσταση. Η διαμόρφωση όσο το δυνατόν φιλικότερου περιβάλλοντος με άμεση και ποιοτική εξυπηρέτηση, η ενημέρωση και ο σεβασμός στις ανάγκες των πολιτών είναι στις πρώτες προτεραιότητες του νοσοκομείου [57]. Το Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης όπως προαναφέρθηκε λειτούργησε για πρώτη φορά ως σανατόριο. Από το 1962 και ύστερα, το νοσοκομείο αποτελεί το σημαντικότερο φορέα παροχής δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο νομού. Σε συντομία αντικατοπτρίζεται η ανάγκη της συνεχούς ρύθμισης στις εξελίξεις με σκοπό την ταυτόχρονη πορεία του οργανισμού με τους παράγοντες που οριοθετούν και προωθούν τη λειτουργία του, καθώς και η διεύρυνση των γνώσεων των υπαλλήλων για τη βέλτιστη παροχή υπηρεσιών.

2.3 : Διαχρονική εξέλιξη του ρόλου του Νοσοκομείου

Η ιστορική αναδρομή του νοσοκομείου παρέχει πληροφορίες για τις συνθήκες και τη διαχρονική εξέλιξη του ρόλου το νοσοκομείου. Υπάρχουν πολύ λίγα στοιχεία σχετικά με την πορεία του οργανισμού τα οποία περιορίζονται σε κάποια συμβόλαια και ΦΕΚ (Πίνακας 28), δηλαδή έγγραφα νομικού περιεχομένου τα οποία δεν δύνανται να παρουσιάσουν τις ανάγκες ή τις επιλογές οι οποίες ώθησαν σε μεταρρυθμίσεις. Υπό αυτές τις συνθήκες θεωρείται αδύνατη η παρουσίαση της διαχρονικής εξέλιξης του ρόλου του νοσοκομείου.

Το Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης συστάθηκε με τον Αναγκαστικό Νόμο 713/37 (ΦΕΚ 218/Α/37), με την επωνυμία «Θεραπευτήριον Σανατόριον Ιωάννου και Αικατερίνης Γρηγορίου».

Στο αριθμό 340/Α/3-11-1953 ΦΕΚ δημοσιεύθηκε ο οργανισμός του και άρχισε να λειτουργεί το έτος 1954.

Με το 4268/12-11-1962 Νομοθετικό Διάταγμα (ΦΕΚ 187/Α/62) το Θεραπευτήριο – Σανατόριο Σπάρτης μετατράπηκε σε Γενικό Νοσοκομείο.

Με το Π.Δ. 629/75 (ΦΕΚ 205/Α/1975) τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε ο Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης

Με το Π.Δ. 968/76 (ΦΕΚ 359/Α/1976) τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε ο Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης

Με το Π.Δ. 1165/81 (ΦΕΚ 285/Α/1981) τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε ο Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης

Με την αρ. Α3β/οικ. 17967/17-10-1986 Υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 811/Β/86) έγινε αναμόρφωση οργανισμού του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης «Ιωάννου και Αικατερίνης Γρηγορίου»

Με την αρ. Α3β/1232/6-3-1989 Υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 187/Β/89) έγινε αναμόρφωση οργανισμού του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης «Ιωάννου και Αικατερίνης Γρηγορίου»

Με την αρ. Α3β/οικ.4438/12-3-1990 (ΦΕΚ 185/Β/90) τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε ο οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης.

Στο ΦΕΚ 416/Β/1990 Δημοσιεύθηκε διόρθωση σφάλματος της Α3β/οικ.4438/12-3-1990 (ΦΕΚ 185/Β/90) απόφασης

Με την αρ. Υ4α/2685/3-7-1997 (ΦΕΚ 625/Β/97)κοινή απόφαση τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε ο οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης.

Στο ΦΕΚ 859/Β/1997 Δημοσιεύθηκε διόρθωση σφάλματος της Υ4α/2685/3-7-1997 (ΦΕΚ 625/Β/97)κοινή απόφαση

Με την αρ. Υ4α/34428/06/18-9-2006 (ΦΕΚ 1478/Β/2006) κοινή απόφαση τροποποιήθηκε ο οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης και ισχύει μέχρι σήμερα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28. Διαχρονική εξέλιξη και ΦΕΚ του Νοσοκομείου Σπάρτης.

2.4 : Δραστηριότητες και παρεχόμενες υπηρεσίες

Στο πλαίσιο κατανόησης της λειτουργίας του νοσοκομείου θεωρείται απαραίτητη μια σύντομη ανάλυση των εσωτερικών δομών και κατ'επέκταση των παροχών με όλες τις παραμέτρους τους. Όπως ήταν αναμενόμενο, παρατηρήθηκε μια εξέλιξη των δραστηριοτήτων του νοσοκομείου η οποία πραγματοποιήθηκε με γνώμονα τη βέλτιστη κάλυψη των αναγκών και την ικανοποίηση των ασθενών με τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Για την πλήρη κατανόηση της λειτουργίας του νοσοκομείου αναλύθηκε το ιστορικό

εξέλιξης των τομέων δραστηριοποίησης και η ποιοτική και ποσοτική παρουσίαση των παρεχόμενων υπηρεσιών κάθε τμήματος, ώστε να ορισθεί ο τρόπος με τον οποίο προσαρμόστηκαν οι τομείς παροχής ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών.

2.4.1 Ιστορικό της εξέλιξης των τομέων του Νοσοκομείου

Το 1962, το νοσοκομείο της Σπάρτης ξεκινά την λειτουργία του ως νοσοκομείο. Έκτοτε ορίστηκαν οι υπηρεσίες και η διάρθρωσή τους, καθώς και ο πλήρης καθορισμός του τρόπου λειτουργίας και των αρμοδιοτήτων της κάθε υπηρεσίας αλλά και η στελέχωσή τους.

Συγκεκριμένα το νοσοκομείο σήμερα απαρτίζεται από 3 υπηρεσίες :1) Ιατρική, 2) Νοσηλευτική, 3) Διοικητική.

1) Η Ιατρική υπηρεσία αποτελείται από τους ακόλουθους τομείς :

➤ Παθολογικό Τομέα που απαρτίζεται από τα ακόλουθα τμήματα:

1. Παθολογικό
2. Παιδιατρικό
3. Καρδιολογικό
4. Τεχνητού νεφρού
5. Πνευμονολογικό

➤ Χειρουργικό Τομέα που απαρτίζεται από τα ακόλουθα τμήματα:

1. Χειρουργικό
2. Οφθαλμολογικό
3. Ωτορινολαρυγγολογικό
4. Μαιευτικό – Γυναικολογικό
5. Αναισθησιολογικό
6. Ουρολογικό
7. Ορθοπαιδικό
8. Οδοντιατρικό
9. Εντατική θεραπεία

➤ Εργαστηριακό Τομέα που απαρτίζεται από τα ακόλουθα τμήματα:

1. Μικροβιολογικό – Βιοχημικό

2. Ακτινοδιαγνωστικό
3. Αιματολογικό
4. Φαρμακευτικό
5. Αιμοδοσία
6. Κυτταρολογικό

2) Η Νοσηλευτική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε δύο τομείς 1^ο και 2^ο, που ο καθένας διαρθρώνεται σε νοσηλευτικά τμήματα ως ακολούθως:

- Ο 1^{ος} τομέας σε τέσσερα τμήματα που καλύπτουν τον Παθολογικό και Χειρουργικό Τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας
- Ο 2^{ος} τομέας σε ένα τμήμα που καλύπτει τον Εργαστηριακό τομέα, τα διατομεακά τμήματα, τα εξωτερικά ιατρεία και τα χειρουργεία της Ιατρικής Υπηρεσίας.

3) Η Διοικητική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε τμήματα.

Συγκεκριμένα:

- Τα τμήματα:
 1. Προσωπικού
 2. Γραμματείας
 3. Οικονομικού
 4. Πληροφορικής – Οργάνωσης

- και τα αυτοτελή γραφεία
 1. Κίνησης ασθενών
 2. Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων
 3. Κοινωνικής Υπηρεσίας
 4. Επιστασίας
 5. Ιματισμού

2.4.2: Παρεχόμενες υπηρεσίες κάθε τμήματος

Όπως προαναφέρθηκε, το Νοσοκομείο απαρτίζεται από τις υπηρεσίες:

- ✦ Ιατρική
- ✦ Νοσηλευτική
- ✦ Διοικητική

οι οποίες είναι μεταξύ τους ισότιμες και υπάγονται ιεραρχικά στο Συμβούλιο Διοίκησης του Νοσοκομείου και τον Διοικητή του. Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση.

✦ Ιατρική Υπηρεσία

Η κύρια αρμοδιότητα της Ιατρικής Υπηρεσίας είναι η προώθηση και προαγωγή της Υγείας, της έρευνας και της εκπαίδευσης, η παροχή υπηρεσιών Υγείας και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αποτελείται από 2 διατομεακά τμήματα (επειγόντων Περιστατικών και Ημερήσιας Νοσηλείας) και τους ακόλουθους τομείς:

➤ Παθολογικό Τομέα, που απαρτίζεται από τα ακόλουθα τμήματα:

1. Παθολογικό
2. Παιδιατρικό
3. Καρδιολογικό
4. Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
5. Πνευμονολογικό

➤ Χειρουργικό Τομέα, που απαρτίζεται από τα ακόλουθα τμήματα:

1. Χειρουργικό
2. Οφθαλμολογικό
3. Ωτορινολαρυγγολογικό
4. Μαιευτικό – Γυναικολογικό
5. Αναισθησιολογικό
6. Ορθοπαιδικό
7. Ουρολογικό
8. Οδοντιατρικό
9. Εντατική Θεραπεία

➤ Εργαστηριακό Τομέα

που απαρτίζεται από τα ακόλουθα τμήματα:

1. Μικροβιολογικό – Βιοχημικό

2. Ακτινοδιαγνωστικό
3. Αιματολογικό - Αιμοδοσίας
4. Φαρμακευτικό
5. Κυτταρολογικό

Το Φαρμακευτικό Τμήμα φέρει την ευθύνη για τον προγραμματισμό προμηθειών, την φύλαξη, την ταξινόμηση, την παρασκευή ιδιοσκευασμάτων, τον έλεγχο, τη χορήγηση, τη διανομή, τη διακίνηση και διαχείριση του φαρμακευτικού και λοιπού υλικού αρμοδιότητας του Ε.Ο.Φ. Ακόμη έχει την ευθύνη του επιστημονικού ελέγχου του συνταγολογίου, της εκτέλεσης οποιασδήποτε συνταγής που θα ζητήσει το ιατρικό τμήμα, καθώς και του ελέγχου των προς εκτέλεση συνταγών.

✦ Νοσηλευτική Υπηρεσία

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία έχει ως αρμοδιότητες την παροχή νοσηλείας στους αρρώστους, σύμφωνα με τα διδάγματα της νοσηλευτικής και στο πλαίσιο των κατευθύνσεων των υπευθύνων σε κάθε περίπτωση γιατρών, η προώθηση και προαγωγή της νοσηλευτικής και της εκπαίδευσης στον τομέα αυτό και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Διαρθρώνεται σε δύο τομείς 1^ο και 2^ο, που ο καθένας με τη σειρά του διαρθρώνεται σε νοσηλευτικά τμήματα ως ακολούθως:

- Ο 1^{ος} τομέας σε τέσσερα τμήματα που καλύπτουν τον Παθολογικό και Χειρουργικό Τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας
- Ο 2^{ος} τομέας σε ένα τμήμα που καλύπτει τον Εργαστηριακό τομέα, τα διατομεακά τμήματα, τα εξωτερικά ιατρεία και τα χειρουργεία της Ιατρικής Υπηρεσίας.

Στο Νοσοκομείο συνιστάται Νοσηλευτική Επιτροπή που αποτελείται από τον Διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ως πρόεδρο, ένα προϊστάμενο τμήματος από κάθε τομέα και ένα διπλωματούχο τμήματος από κάθε τομέα. Η Νοσηλευτική Επιτροπή γνωμοδοτεί για κάθε θέμα που αφορά την οργάνωση και λειτουργία της Νοσηλευτικής Επιτροπής και εισηγείται σχετικά με τον Πρόεδρό της στα αρμόδια όργανα του Νοσοκομείου.

✦ Διοικητική Υπηρεσία

Η Διοικητική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε τμήματα και αυτοτελή γραφεία. Συγκεκριμένα:

- Τα τμήματα:

1. Το Τμήμα Προσωπικού που φροντίζει για κάθε που έχει σχέση με την υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού του Νοσοκομείου καθώς και την εποπτεία και τον έλεγχο του προσωπικού όλων των υπηρεσιών του Νοσοκομείου.
2. Το Τμήμα Γραμματείας που φροντίζει για κάθε που έχει σχέση με την οργάνωση της γραμματειακής στήριξης σύμφωνα με τις αποφάσεις της Διοίκησης και των άλλων υπηρεσιών του Νοσοκομείου, την τήρηση του γενικού πρωτοκόλλου, την διακίνηση της αλληλογραφίας και την αντιμετώπιση κάθε προβλήματος για την διεκπεραίωση του έργου του Νοσοκομείου.
3. Το Τμήμα Οικονομικού του οποίου κύρια φροντίδα είναι η μελέτη των οικονομικών αναγκών του Ιδρύματος και η εισήγηση για την έγκαιρη επεξεργασία των προτάσεων για την κατάρτιση του προϋπολογισμού του Νοσοκομείου, η πραγματοποίηση των δαπανών, η εκκαθάριση των αποδοχών προσωπικού και λοιπών αποζημιώσεων, η προμήθεια, η διαχείριση και φύλαξη των εφοδίων και υλικών που χρειάζονται για την λειτουργία του Νοσοκομείου, η κατάρτιση του ισολογισμού και απολογισμού, η τήρηση των λογιστικών βιβλίων καθώς και η είσπραξη των εσόδων του Νοσοκομείου, η ευθύνη για τη διαφύλαξη της περιουσίας του Ιδρύματος και η τήρηση των οικονομικών στατιστικών στοιχείων.
4. Το Τμήμα Τεχνικού που έχει την ευθύνη για τον προγραμματισμό και την εισήγηση της εκτέλεσης των απαραίτητων έργων ανάπτυξης, συντήρησης, ανανέωσης και διαρκούς βελτίωσης των κτιριακών και μηχανολογικών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου και για την προμήθεια του απαραίτητου εξοπλισμού. Καταρτίζει μελέτες για την εκτέλεση έργων, επιβλέπει την εκτέλεσή τους και έχει τη φροντίδα για την ποιοτική και ποσοτική παραλαβή τους. Η ευθύνη για την ομαλή λειτουργία των ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων, των εγκαταστάσεων παροχής αερίων, των εγκαταστάσεων παροχής νάρκωσης στα χειρουργεία και γενικά για την ομαλή λειτουργία των τεχνολογικών εγκαταστάσεων. Φροντίζει για την συντήρηση και κανονική λειτουργία του επιστημονικού και τεχνολογικού εξοπλισμού, καθώς και των οχημάτων του Νοσοκομείου.
5. Το Τμήμα Πληροφορικής – Οργάνωσης που φέρει την ευθύνη για την οργάνωση και λειτουργία της μηχανογράφησης, την επεξεργασία και τήρηση

μηχανογραφικών στατιστικών στοιχείων, την παροχή και διακίνηση πληροφοριών στις υπηρεσίες του Νοσοκομείου, στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και στους άλλους αρμόδιους φορείς και σε κάθε άλλη συναφή εργασία.

6. Το Γραφείο Κίνησης αρρώστων που φροντίζει για την έκδοση εισιτηρίων για την εισαγωγή των αρρώστων, την έκδοση των εξιτηρίων και την τήρηση καταλόγου αναμονής εισαγωγής. Τηρεί βιβλίο κενών κάθε φορά κρεβατιών και ενημερώνει τους αρρώστους για την εισαγωγή τους σύμφωνα με τη σειρά στον κατάλογο αναμονής. Φροντίζει για τη λογιστική παρακολούθηση της μερίδας των νοσηλευόμενων, την χρέωση δαπανών νοσηλείας και την έκδοση παροχής υπηρεσιών. Τηρεί λεπτομερή στατιστικά στοιχεία της νοσηλευτικής κίνησης καθώς και βιβλίο ασθενών και παρέχει κάθε πληροφορία γι' αυτούς.

➤ και τα αυτοτελή γραφεία:

1. Το Γραφείο Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων που φέρει την ευθύνη και φροντίδα για τη γραμματειακή υποστήριξη των τακτικών εξωτερικών ιατρείων, την υποδοχή και εξυπηρέτηση των προσερχόμενων σ' αυτά ασθενών. Τηρεί τα αρχεία και τα βιβλία κίνησης των εξωτερικών ιατρείων. Ρυθμίζει τη σειρά προσέλευσης των αρρώστων και προγραμματίζει την επανεξέτασή τους με προσυνεννόηση.
2. Το Γραφείο Κοινωνικής Υπηρεσίας του οποίου κύρια δραστηριότητα είναι η ευθύνη και η φροντίδα για τη συμπαράσταση στους νοσηλευόμενους στο Νοσοκομείο για κάθε κοινωνικό τους πρόβλημα, την αναζήτηση και διερεύνηση των αιτιών που προκαλούν τα προβλήματα αυτά κατά περίπτωση και γενικά φροντίζει για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αυτών προβλημάτων στο πλαίσιο της γενικότερης Κοινωνική Πολιτικής της Πολιτείας.
3. Το Γραφείο Επιστάσις που φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την καθαριότητα των χώρων του Νοσοκομείου και την εποπτεία των γενικών εργασιών και μεταφορών.
4. Το Γραφείο Ιματισμού που είναι υπεύθυνο για τη φύλαξη, τη διανομή, τη επιδιόρθωση και καθαριότητα του ιματισμού του προσωπικού του Νοσοκομείου καθώς και του ιματισμού για εξυπηρέτηση των νοσηλευόμενων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ. ΜΕΛΕΤΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΛΙΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ.

Αφού διαμορφώθηκε μια όσο το δυνατό περισσότερο περιεκτική εικόνα για τη λιτή φροντίδα υγείας στο πρώτο κεφάλαιο και για το πλαίσιο λειτουργίας του γενικού νοσοκομείου Σπάρτης στο δεύτερο κεφάλαιο, στο κεφάλαιο αυτό επιχειρείται πέρασμα από τη θεωρία στη πράξη. Γίνεται δηλαδή μια μελέτη προσέγγισης της λειτουργίας του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης με βάση τις αρχές της λιτής διαχείρισης.

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης σχετικά με μια πιλοτική εφαρμογή λιτών πρακτικών επιλέχθηκαν τέσσερις βασικές και σημαντικές διαδικασίες για την λειτουργία κάθε νοσοκομείου. Οι διαδικασίες αυτές είναι οι ακόλουθες:

- α) Ο προεγχειρητικός έλεγχος
- β) Η παροχή υπηρεσιών στο σπητικό χειρουργείο
- γ) Η μεταφορά των ασθενών στο χειρουργείο
- δ) Η παροχή υπηρεσιών στο τμήμα επειγόντων περιστατικών

Αντίθετα μπορούμε να επιχειρηματολογήσουμε για ένα τέτοιο ενδεχόμενο. (η προηγούμενη πρόταση δεν βλέπω πως συνδέεται με το υπόλοιπο κείμενο) Η εντόπιση ενός προβλήματος στον ευαίσθητο χώρο της υγείας εξαρτάται κατά βάση από τους αισθητήρες των εμπλεκόμενων προσώπων. Έτσι την ίδια κατάσταση ή πρόβλημα αλλιώς θα την αξιολογήσει ο γιατρός, αλλιώς ο νοσηλευτής, αλλιώς ένας διοικητικός υπάλληλος και σίγουρα αλλιώς ο ασθενής. Δεν θα γίνει επέκταση σε παραμέτρους που αφορούν στις ιδιαιτερότητες της προσωπικότητας του κάθε ατόμου όπως αυτή διαμορφώνεται στα πλαίσια της παιδείας του, της κοινωνικοοικονομικής του τάξης, της ηλικίας του, της εθνικότητας του, του επαγγέλματός του κ.ο.κ. Για παράδειγμα οι πολλές εσωτερικές μετακινήσεις εντός του νοσοκομείου είναι πιθανόν να δημιουργούν μεγαλύτερο πρόβλημα σε έναν ηλικιωμένο παρά για ένα άτομο νεαρότερης ηλικίας. Η ιεράρχηση δηλαδή των προβλημάτων είναι δυναμική. Ανεξαρτήτως βέβαια της σειράς τους στην ιεράρχηση τα προβλήματα αυτά είναι υπαρκτά και απασχολούν ασθενείς και υγειονομικό προσωπικό. Οι λόγοι για τους οποίους επελέγησαν οι συγκεκριμένες διαδικασίες μπορούν να τοποθετηθούν σε τρεις βασικούς πυλώνες:

- α) Λόγοι προσωπικής εμπειρίας και γνώσης των συγκεκριμένων καταστάσεων.

β) Αμεσότερη πρόσβαση σε άτομα και χώρους που εμπλέκονται στις αναφερόμενες διαδικασίες.

γ) Κατόπιν βιβλιογραφικής αναζήτησης εφαρμογών σε λιτά νοσοκομεία συμπεράναμε ότι πολύ συχνά οι περιγραφόμενες διαδικασίες αποτελούν πόλο έλξης για την εφαρμογή λιτής διαχείρισης.

Με αφορμή το τελευταίο λόγο προστέθηκε η τελευταία υποενότητα (3.5) του τρίτου κεφαλαίου. Σκοπός είναι να παρουσιαστούν και να εκτιμηθούν νοσοκομεία σε παγκόσμια κλίμακα που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα και εφαρμόζουν συγκεκριμένες λιτές τεχνικές για να πετύχουν την ύφεση τους.

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε προκειμένου να ολοκληρωθεί η μελέτη της πιλοτικής εφαρμογής στο νοσοκομείο αναφοράς ήταν κατά βάση η κατάθεση της προσωπικής εμπειρίας του συγγραφέα, οι συνεντεύξεις και οι ανταλλαγές απόψεων επί του θέματος με συναδέλφους ιατρούς καθώς και με το νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό και τέλος οι μετρήσεις σε διάφορους χώρους εντός και εκτός νοσοκομείου. Οι μετρήσεις αυτές αφορούν κυρίως χρόνους διεκπεραίωσης των διαδικασιών που μελετώνται αλλά και μετρήσεις χώρων, μετρήσεις διανυόμενων αποστάσεων κ.λπ. Διαδικασία σχετικά επίπονη και όχι απόλυτα αντικειμενική. Στόχος είναι η αποκάλυψη προβλημάτων, η συνειδητοποίηση της σοβαρότητας τους, η δυνατότητα εύρεσης λύσεων και τελικά την επίλυσή τους και όχι η στείρα ανάδειξη αριθμητικών μετρήσεων.

Στις διαδικασίες που περιγράφονται γίνεται διεξοδικότερη ανάλυση της πρώτης περίπτωσης αυτής δηλαδή της διαδικασίας του προεγχειρητικού ελέγχου. Για τις υπόλοιπες τρεις περιπτώσεις γίνεται σχετική ανάλυση. Σχετικά με το ποια τεχνική θα εφαρμοστεί είναι ελάσσονος σημασίας μπροστά στο μείζον θέμα της συνειδητοποίησης της ύπαρξης ανάγκης για άμεση παρέμβαση.

3.1. Διαδικασία προεγχειρητικού ελέγχου στο Δημόσιο Νοσοκομείο Σπάρτης

3.1.1 Περιγραφή διαδικασίας προεγχειρητικού ελέγχου

Η επιλογή της διαδικασίας που έχει γίνει αφορά τον προεγχειρητικό έλεγχο που γίνεται σε ένα τυπικό δημόσιο νοσοκομείο. Πρέπει να σημειωθεί ότι η διαδικασία που θα περιγραφεί αφορά τα λεγόμενα “ψυχρά” χειρουργεία. Δηλαδή ασθενείς με κάποιο χρόνιο πρόβλημα π.χ. βουβωνοκήλη, χολολιθίαση, κ.λ.π., οι οποίοι εκ των προτέρων κατόπιν συνεννοήσεως με τον θεράποντα ιατρό γνωρίζουν ακριβώς την ημερομηνία που θα χειρουργηθούν. Επίσης να σημειωθεί ότι ο έλεγχος αυτός γίνεται την προηγούμενη ημέρα από την επέμβαση και μάλιστα μετά την πραγματοποίηση όλων των απαιτούμενων μικροβιολογικών απεικονιστικών – κλινικών εξετάσεων και εφόσον δεν τίθεται ιατρικός λόγος ο ασθενής εάν το επιθυμεί δύναται να αποχωρήσει στην οικία του και να επανέλθει την ημέρα της επεμβάσεως. Το τελευταίο είναι προφανές ότι δρα πολύ θετικά στην ψυχολογία του ασθενούς, ο οποίος προτιμά την παραμονή του στο οικείο οικογενειακό περιβάλλον παρά στο νοσοκομείο.

Πως πραγματοποιείται η διαδικασία του προεγχειρητικού ελέγχου;

Ο έλεγχος περιλαμβάνει κάποια συγκεκριμένα στάδια ενεργειών με κατά μέσο όρο κάποια συγκεκριμένη χρονική διάρκεια (εντός των παρενθέσεων αναγράφεται η ελάχιστη και μέγιστη διάρκεια κάθε σταδίου). Αυτά είναι τα ακόλουθα :

1. Αιμοληψία (3-5 λεπτά)
2. Αποστολή φιαλιδίων αιμοληψίας (2-3 λεπτά)
3. Η.Κ.Γ. – Ηλεκτροκαρδιογράφημα και Α.Π. - Αρτηριακή πίεση (7-8 λεπτά)
4. Συμπλήρωση φακέλου ασθενούς–παραπεμπτικών (Ακτινογραφιών-αιμοδοσίας) (7-9 λεπτά)
5. Λήψη ιστορικού – Κλινική εξέταση (15-17 λεπτά)
6. Επικύρωση εισιτηρίου ασθενούς στο γραφείο κινήσεως (3-10λεπτά)
7. Τοποθέτηση ασθενούς στην κλίνη του (5-10 λεπτά)
8. Εκτίμηση ασθενούς από καρδιολόγο και αναισθησιολόγο (15-25 λεπτά)
9. Ακτινογραφία θώρακος (5-15 λεπτά)

Αν αθροιστούν οι μέσες διάρκειες των ανωτέρω πράξεων βλέπουμε ότι η όλη διαδικασία διαρκεί από 62 λεπτά μέχρι και 102 λεπτά. Ο μέσος όρος της διαδικασίας είναι 82 λεπτά για την περάτωση του ποεγχειρητικού ελέγχου με μεγάλες διακυμάνσεις του τελικού

χρόνου στην πραγματικότητα.. Ακολουθεί η περιγραφή της διαδικασίας από τη στιγμή της άφιξης του ασθενή μέχρι την ολοκλήρωση όλων των απαραίτητων εξετάσεων.

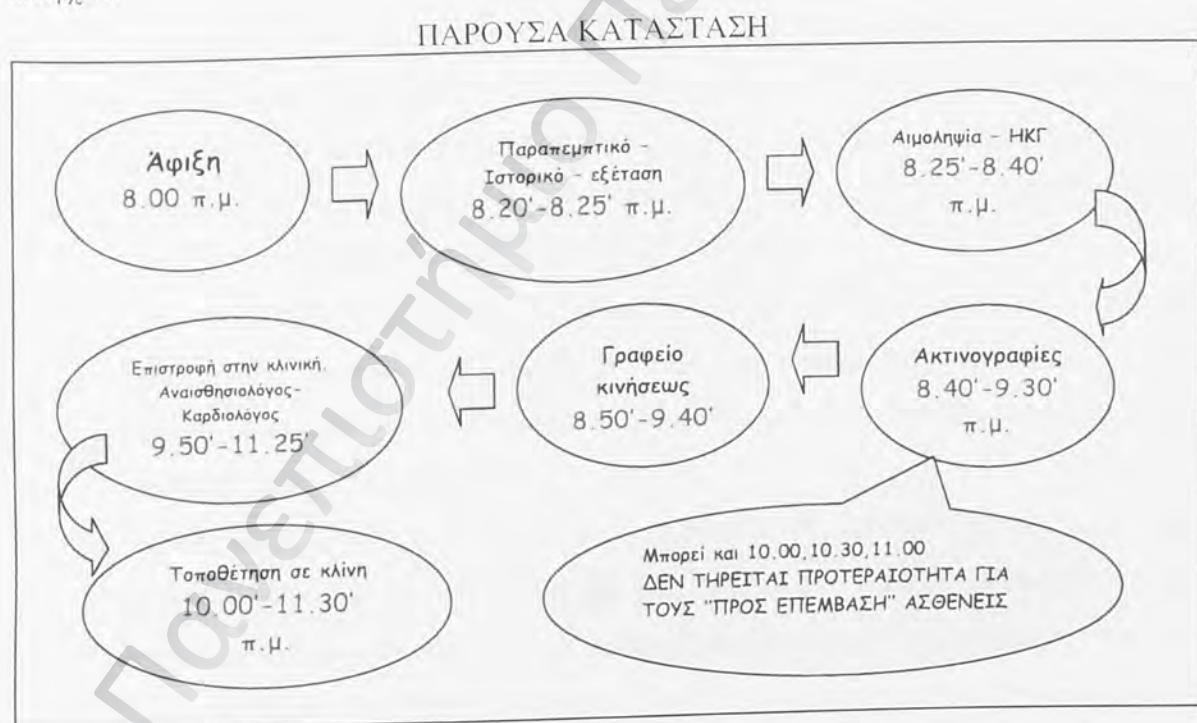
Να σημειωθεί ότι :

- Ο μέσος όρος του αριθμού των χειρουργηθέντων ασθενών είναι τέσσερα έως έξι άτομα
- Δεν υπάρχει χώρος αποκλειστικά για τον προεγχειρητικό έλεγχο, αυτός γίνεται σε ένα χώρο με ένα κρεβάτι όπου εκτελούνται και άλλες ιατρικές πράξεις όπως για παράδειγμα αλλαγές τραυμάτων, αφαίρεση ραμμάτων, αιμοληψίες.
- Το έργο της διαδικασίας του προεγχειρητικού ελέγχου το επωμίζονται οι ειδικευόμενοι ιατροί (οι οποίοι είναι συνήθως τέσσερις στον αριθμό) .

Περιγράφεται η διαδικασία με τον τρόπο που γίνεται σήμερα. Άφιξη των όλων των ασθενών περί τις 8.00π.μ στη χειρουργική κλινική. Οι ασθενείς αυτοί υπενθυμίζεται ότι είναι συνήθως τέσσερις με έξι στον αριθμό. Ο πρώτος εξ αυτών, που μπορεί να χαρακτηριστεί και τυχερός, τοποθετείται στο δωμάτιο όπου γίνεται η συμπλήρωση των παραπεμπτικών, το Ηλεκτροκαρδιογράφημα (Η.Κ.Γ), η αιμοληψία και η κλινική εξέταση. Δηλαδή εκτελούνται οι διαδικασίες 1, 2, 3, και 4 που σημαίνει ότι περί τις 8.30 π.μ. με 8.45 π.μ. έχει τελειώσει ο ασθενής από αυτές και παραπέμπεται στο ακτινολογικό εργαστήριο και στο γραφείο κινήσεως για τα στάδια 6 και 9. Έστω ότι ο ασθενής φτάνει στο ακτινολογικό. Εκεί η αναμονή μπορεί να είναι από 15 λεπτά μέχρι μερικές φορές και 30-60 λεπτά. Τελειώνοντας από εκεί κατευθύνεται στο γραφείο κινήσεως (και αυτό στο υπόγειο) όπου μετά από μία αναμονή 1-10 λεπτών ολοκληρώνει και αυτό το βήμα της διαδικασίας. Η ύπαρξη συγγενών μπορεί να απαλλάξει τον ασθενή από αυτό το βήμα εξοικονομώντας του χρόνο και επομένως καθυστέρηση από τον προεγχειρητικό έλεγχο. Κατόπιν ο ασθενής επιστρέφει στη κλινική. Η ώρα έχει ήδη φτάσει αισιόδοξα 9.15 π.μ. αλλά συνήθως 10.15 με 10.30. Εν συνεχεία περιμένει την εκτίμηση από τον καρδιολόγο και τον αναισθησιολόγο. Ενώ χρονικά σαν ιατρική πράξη είναι σύντομη, οι ανωτέρω γιατροί επιθυμούν την ομαδική-ταυτόχρονη εξέταση των προς χειρουργείο ασθενών και αυτό γιατί δεν μπορούν να απουσιάζουν πολύ ώρα από την κλινική τους. Άρα ενώ ο πρώτος έχει ολοκληρώσει τις προηγούμενες διαδικασίες από τις 9.15, πρέπει περιμένει να τελειώσει και ο τελευταίος, κάτι που μπορεί να γίνει και μετά τις 12.00 το μεσημέρι. Άρα η ώρα κατά την οποία τελικά οι κατά μέσο όρο 4 με 6 ασθενείς φθάνουν στο κρεβάτι τους είναι 13.00 με 14.00 το μεσημέρι. Εκεί υπάρχει μία πρόσθετη καθυστέρηση γιατί η προϊσταμένη δεν έχει προηγουμένως προγραμματίσει που θα τους τοποθετήσει

λαμβάνοντας υπόψη κάποια χαρακτηριστικά των ασθενών όπως το φύλο τους, την ηλικία τους, το ασφαλιστικό τους ταμείο, το είδος της επεμβάσεως που πρόκειται να υποβληθούν.

Αναφέρθηκε και παραπάνω ότι οι ασθενείς είναι 4 με 6 στον αριθμό. Τα ανωτέρω ισχύουν για τους δύο πρώτους. Ο τρίτος και ο τέταρτος στη σειρά μέχρι να ξεκινήσουν την διαδικασία του ελέγχου τους, μπορεί να έχουν ήδη αναμείνει μία με μιάμιση ώρα δηλαδή να ξεκινήσουν μετά τις 9.00. Σε αυτό έχει μερίδιο ευθύνης και ο γιατρός που τους συνωστίζει από τις 8.00 το πρωί, ενώ ξέρει πως δεν είναι δυνατή η ταυτόχρονη εξυπηρέτησή τους. Πολλές φορές γίνονται κάποιοι χειρισμοί για να μειωθεί αυτή η αναμονή. Για παράδειγμα παραπέμπονται πρώτα για ακτινογραφία δηλαδή ουσιαστικά αντιστρέφεται η σειρά της διαδικασίας. Το τελικό όμως αποτέλεσμα δεν αλλάζει. Στο διάγραμμα 29 αποτυπώνεται η ροή της αξίας στην διαδικασία του προεγχειρητικού ελέγχου.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 29. Σχηματική απεικόνιση παρούσας κατάστασης προεγχειρητικού ελέγχου

Από τα παραπάνω παρατηρούμε ότι ιδανικά ο πρώτος ασθενής μπορεί να τελειώσει και στις 10.00π.μ, για τους υπόλοιπους όμως πρέπει να προστεθεί τουλάχιστον μισή ώρα από ασθενή σε ασθενή. Σημειώνεται ότι για τις εξετάσεις ο ασθενής θα πρέπει να είναι νηστικός. Ένας υπερήλικας πως θα αντέξει τρεις με τέσσερις ώρες νηστικός;

3.1.2 Εφαρμογή λιτής φροντίδας υγείας στη διαδικασία προεγχειρητικού ελέγχου.

Η διαπίστωση ότι υπάρχει πρόβλημα είναι προφανής. Το ερώτημα που τίθεται επιτακτικά είναι αν και κατά πόσο μπορεί να βρει εφαρμογή η λιτή διαχείριση στην διαδικασία περάτωσης του προεγχειρητικού ελέγχου. Μερικές σκέψεις για την περίπτωση αυτή είναι οι παρακάτω:

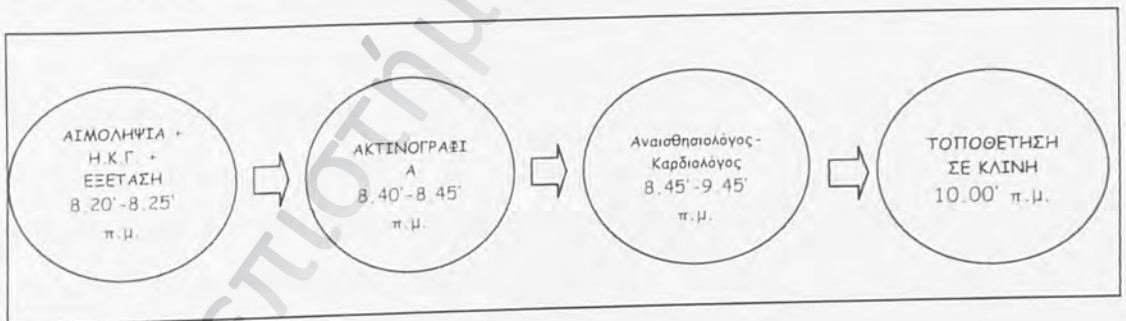
- 1) Αφού είναι γνωστή η ημερομηνία άφιξης των ασθενών μπορεί να γίνεται μια προετοιμασία του προσωπικού από την προηγούμενη ημέρα, δηλαδή:
 - α) η συμπλήρωση των παραπεμπτικών, εισιτηρίων, την προηγούμενη ημέρα από τον εφημερεύοντα ιατρό (εξοικονόμηση 5-10λεπτά),
 - β) μέριμνα της προϊσταμένης κατάρτισης πλάνου για την τοποθέτηση των ασθενών σε κλίνες (εξοικονόμηση 3-5λεπτά) και
 - γ) ενημέρωση μικροβιολογικού και ακτινολογικού εργαστηρίου για το πλήθος των ασθενών που αναμένονται για υποβληθούν σε προεγχειρητικό έλεγχο.
- 2) α) Δημιουργία ειδικού χώρου αίθουσας ή δωματίου αφενός μεν πλησίον του ακτινολογικού εργαστηρίου για την αποφυγή των άσκοπων μετακινήσεων των ασθενών, αφετέρου η ταυτόχρονη ύπαρξη δύο κλινών με ειδικό χώρισμα μεταξύ τους για την ταυτόχρονη εξυπηρέτηση δύο ασθενών. Αυτό μειώνει αυτόματα την αναμονή των υπόλοιπων ασθενών στο μισό χρόνο.
 - β) Εναλλακτικά όση ώρα εξετάζονται οι δύο ασθενείς, οι άλλοι δύο που περιμένουν μπορούν να παραπέμπονται για ακτινογραφίες. Μόλις αυτοί επιστρέψουν για να υποβληθούν στην κλινική εξέταση, θα παραπέμπονται για ακτινογραφίες οι δύο πρώτοι.
 - γ) Μια άλλη προτεινόμενη λύση είναι η δημιουργία πλάνου για την άφιξη των ασθενών στην κλινική σε ομάδες των δύο ατόμων. Για παράδειγμα οι δύο πρώτοι ασθενείς να προσέρχονται για τον προεγχειρητικό έλεγχο στις 8.00 το πρωί, οι επόμενοι δύο στις 9.00 και οι τελευταίοι δύο στις 10.00π.μ. Έτσι οι ασθενείς θα ολοκληρώνουν απευθείας τη διαδικασία έλεγχου και δεν θα παρατηρείται το φαινόμενο οι επόμενοι ασθενείς να αναμένουν τους προηγούμενους να ολοκληρώσουν τη διαδικασία.
- 3) α) Το ακτινολογικό εργαστήριο μπορεί διαμορφώσει ένα σχέδιο εξυπηρέτησης των προς επέμβαση ασθενών κατά προτεραιότητα σε ένα συγκεκριμένο ωράριο (π.χ 8.00πμ - 10.00πμ).
 - β) Αφού υπάρχουν δύο μηχανήματα ακτινοσκόπησης το ένα από αυτά θα μπορούσε να χρησιμοποιείται τις συγκεκριμένες ημέρες και ώρες αποκλειστικά

για τους ασθενείς αυτούς. (εξοικονόμηση από 15 λεπτά έως και δύο ώρες σε κάποιες περιπτώσεις).

- 4) Η προϊσταμένη μπορεί να συγκεντρώνει τα εισιτήρια εισαγωγής και να τα αποστέλλει συγκεντρωτικά στο τέλος της ημέρας στο γραφείο κινήσεως προλαμβάνοντας έτσι πληθώρα άσκοπων εσωτερικών μετακινήσεων των ασθενών και απαλλάσσοντας τους ασθενείς από αυτή τη διαδικασία.
- 5) Με τα παραπάνω το πολύ σε μία με μιάμιση ώρα έχουν ολοκληρωθεί όλες οι διαδικασίες για όλους τους ασθενείς. Άρα μπορεί να οριστεί μια συγκεκριμένη ώρα για την εκτίμηση από τον καρδιολόγο και τον αναισθησιολόγο. Σχηματικά προτείνεται η ακόλουθη σειρά βημάτων στην διαδικασία του προεγχειρητικού ελέγχου η οποία μάλιστα μπορεί να παρουσιαστεί σε αντιπαραβολή με το προηγούμενο σχεδιάγραμμα της παρούσας κατάστασης :

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

1⁰⁵ – 2⁰⁵ ΑΣΘΕΝΗΣ



3⁰⁵ – 4⁰⁵ ΑΣΘΕΝΗΣ



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 30. Σχηματική απεικόνιση βημάτων προτεινόμενου μοντέλου περάτωσης του προεγχειρητικού ελέγχου

Μέχρι στιγμής έγινε μία περισσότερο θεωρητική προσέγγιση εύρεσης λύσεων στα προβλήματα που διέπουν την διαδικασία του προεγχειρητικού ελέγχου. Επειδή όμως γίνεται λόγος για λιτή διαχείριση καλό είναι εκτιμηθεί περισσότερο χειροπιαστά με συγκεκριμένες εφαρμογές, τεχνικές και διαγράμματα για τη διαμόρφωση μιας όσο το δυνατό πιο ολοκληρωμένης εικόνας της λιτής πραγματικότητας.

Η πρώτη τεχνική που χρησιμοποιήθηκε είναι ο σχεδιασμός πλάνου ροής της αξίας (Value Stream Mapping-VSM). Δημιουργήθηκε δηλαδή ένα σχέδιο όπου απεικονίζονται όλα τα στάδια της διαδικασίας, η χρονική τους διάρκεια καθώς και ο διαχωρισμός των σταδίων που προσφέρουν αξία από αυτά που δεν προσφέρουν αξία. Το πλάνο αυτό απεικονίζεται σε ένα απλό φύλλο χαρτί (σχέδιο 31) και οι υποψήφιοι δημιουργοί του μπορεί να είναι οποιαδήποτε από τα εμπλεκόμενα στην διαδικασία πρόσωπα. Στην περίπτωση μας μπορεί να είναι ένας γιατρός, ένας νοσηλεύτης ή κάποιος διοικητικός υπάλληλος. Αυτό που έχει σημασία δεν είναι ποιος καταστρώνει το πλάνο αλλά ο τρόπος με τον οποίο αυτό πραγματοποιείται. Δηλαδή με βάση τις αρχές της λιτής διαχείρισης αυτό που καθορίζει όλες τις πραγματοποιούμενες ενέργειες είναι οι επιθυμίες του ασθενή

Στο πλάνο του V.S.M(σχέδια 31,32) που δημιουργήθηκε διαχωρίστηκαν τα πέντε βασικά βήματα της διαδικασίας του προεγχειρητικού ελέγχου που είναι:

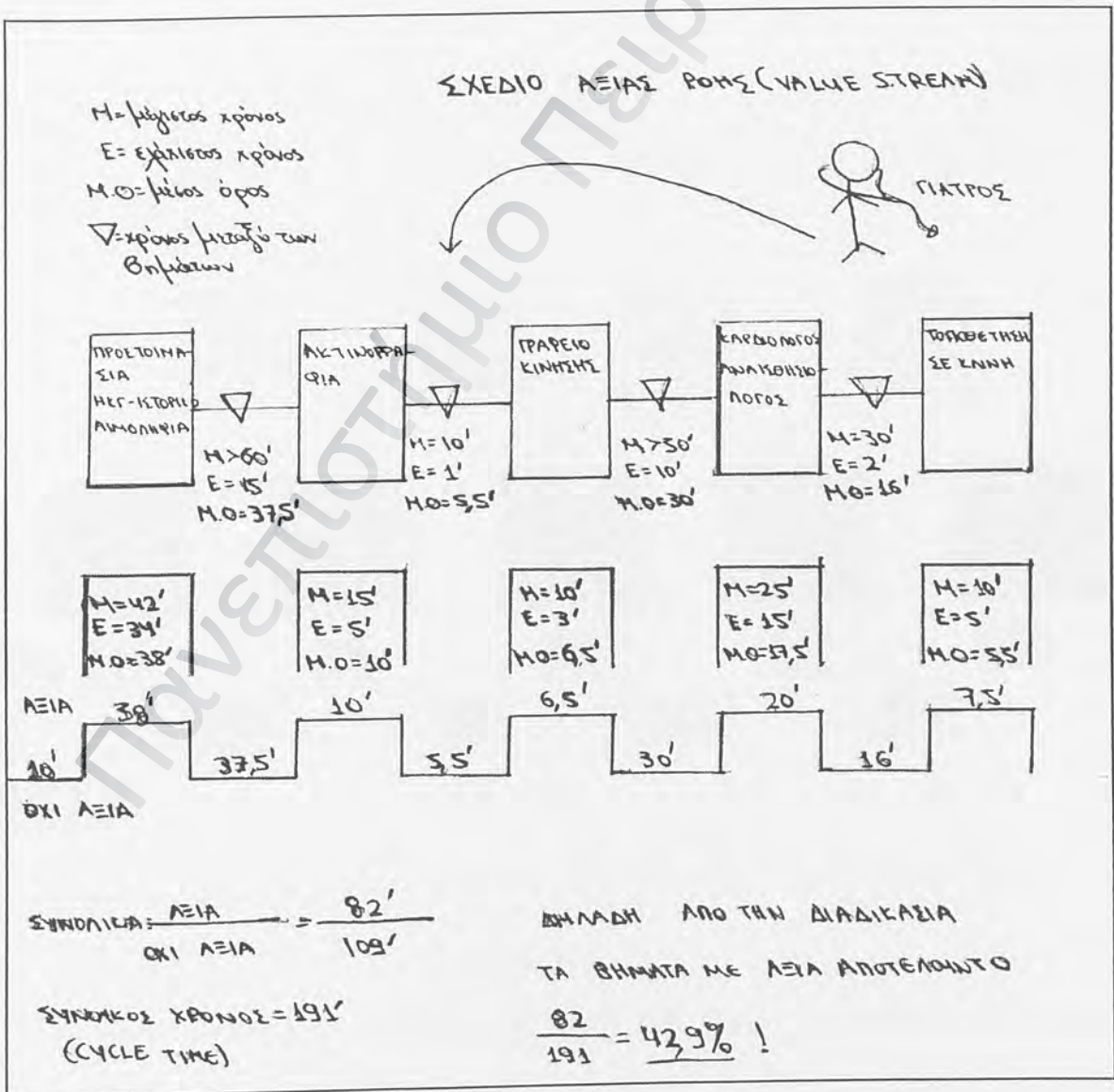
- α) η προετοιμασία (στάδια 1 έως 5)
- β) οι ακτινογραφίες(στάδιο 9)
- γ) το γραφείο κίνησης(στάδιο 6)
- δ) η εξέταση από τον καρδιολόγο και τον αναισθησιολόγο(στάδιο 8) και
- ε) η τοποθέτηση του ασθενή στην κλίνη (στάδιο 7).

(στις παρενθέσεις αναγράφονται τα στάδια της διαδικασίας όπως αυτά περιγράφηκαν στην παράγραφο 3.1.1.)

Στη συνέχεια προσδιορίστηκε ο μέγιστος, ο ελάχιστος και ο μέσος χρόνος όχι μόνο των προαναφερόμενων βημάτων αλλά και των διαδικασιών που μεσολαβούν μεταξύ των βημάτων αυτών. Ακολούθησε ο προσδιορισμός του αθροίσματος των μέσων χρόνων όλων βημάτων, τόσο αυτών που προσδίδουν αξία όσο και αυτών που δεν προσδίδουν αξία στον προεγχειρητικό έλεγχο. Διαπιστώνεται ότι τα στάδια με αξία διαρκούν 82 λεπτά ενώ αυτά χωρίς αξία 109 λεπτά. Με βάση τα δεδομένα αυτά μπορεί τώρα να υπολογιστεί και ο συνολικός κυκλικός χρόνος (Cycle Time) της διαδικασίας που φτάνει τα 191 λεπτά (82+109). Υπενθυμίζεται ότι ο κυκλικός χρόνος αποτελεί ένα επιπλέον εργαλείο της λιτής διαχείρισης. Τελικό συμπέρασμα είναι ότι τα στάδια που έχουν αξία για την εξυπηρέτηση των ασθενών αποτελούν μόλις το 42.9% του συνολικού

χρόνου της διαδικασίας. Δηλαδή οι καθυστερήσεις αποτελούν παραπάνω από τη μισή διαδικασία του προεγχειρητικού χρόνου. Αυτές ακριβώς τις σπατάλες σε χρόνο επιδιώκει να εντοπίσει και να εξαλείψει η λιτή προσέγγιση.

Με στόχο να παρουσιαστεί μία εικόνα όσο το δυνατό πιο κοντά στις πραγματικές συνθήκες κάτω από τις οποίες λαμβάνουν χώρα τα λιτά γεγονότα παρατίθεται το σχέδιο αξίας ροής (σχεδιο31) όπως ακριβώς αυτό μπορεί να φτιαχτεί με χαρτί και στυλό σε ένα οποιαδήποτε νοσοκομειακό περιβάλλον. Σημασία έχει τι θα απεικονιστεί και όχι το πώς θα απεικονιστεί. Αν αναζητηθούν πολύπλοκες μέθοδοι είναι πολύ πιθανό να χαθεί η ουσία, η ανάδειξη των προβλημάτων και τελικά η μετέπειτα προώθηση των λύσεων.



ΣΧΕΔΙΟ 31. Ρεαλιστική απεικόνιση ενός πλάνου αξίας ροής (value stream mapping) για τον προεγχειρητικό έλεγχο.

ΣΧΕΔΙΟ ΑΞΙΑΣ ΡΟΗΣ (VALUE STREAM)

ΓΙΑΤΡΟΣ

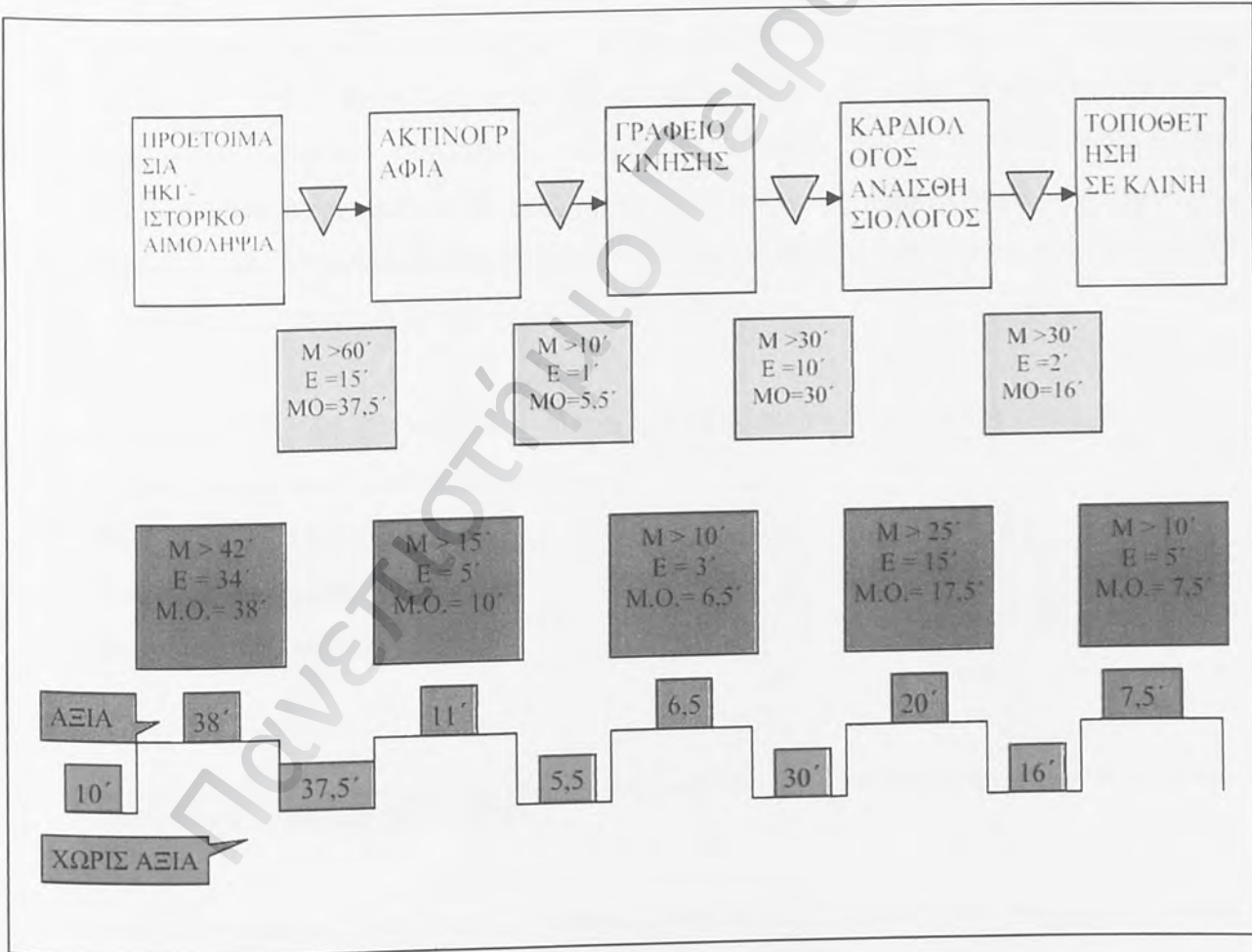


M = μέγιστος χρόνος

E = ελάχιστος χρόνος

M.O. = μέσος όρος

▽ = χρόνος μεταξύ των βημάτων



ΣΧΕΔΙΟ 32

Απεικόνιση του value stream mapping στη διαδικασία του προεγχειρητικού ελέγχου.

Από τα δεδομένα του παραπάνω σχεδίου προκύπτουν οι ακόλουθες σχέσεις:

ΣΥΝΟΛΙΚΑ = ΑΞΙΑ / ΟΧΙ ΑΞΙΑ = 82' / 109' (σχέση 1)

ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΧΡΟΝΟΣ = 191' (CYCLE TIME) (σχέση 2)

ΔΗΛΑΔΗ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΑ ΒΗΜΑΤΑ ΜΕ ΑΞΙΑ ΑΠΟΤΕΛΟΥΝ

ΤΟ: $82 / 191 = 42,9\%$ (σχέση 3)

Η επόμενη τεχνική που έγινε προσπάθεια πιλοτικής της εφαρμογής στην περίπτωση της διαδικασίας του προεγχειρητικού ελέγχου είναι η αναφορά τύπου Α3. Η αναφορά τύπου Α3 (ενότητα 1.4) είναι θεμελιώδους σημασίας και για τη δημιουργία πλάνου ροής της αξίας (VSM) αλλά και για όλο το οικοδόμημα της λιτής διαχείρισης. Όπως έχει ήδη αναφερθεί η αναφορά Α3 απαρτίζεται από οκτώ βασικά σημεία: θέμα, υπόβαθρο, παρούσα κατάσταση, κατάσταση στόχου, σχέδιο δράσης, κόστη και παρακολούθηση, τα οποία στην του προεγχειρητικού ελέγχου μπορούν να διαμορφωθούν σύμφωνα με τα ακόλουθα (παρατίθενται με την ακριβή μορφή μια τυπικής αναφοράς τύπου Α3 προσαρμοσμένα στα δεδομένα της μελέτης) :

ΘΕΜΑ (THEME): Οι καθυστερήσεις στη διαδικασία προεγχειρητικού ελέγχου προκαλούν τη δυσαρέσκεια των ασθενών.

Προς(To): Διευθυντή χειρουργικής

Από(By): Θεοχαράκης Στυλιανός

Ημερομηνία(Date): 10/4/2008

ΥΠΟΒΑΘΡΟ(BACKGROUND)

Από την στιγμή της άφιξης ενός ασθενή που πρόκειται να χειρουργηθεί στην χειρουργική κλινική μέχρι να τοποθετηθεί τελικά στο κρεβάτι του συνήθως περνάει μεγάλο χρονικό διάστημα , κατάσταση που σίγουρα προκαλεί δυσαρέσκεια στον ασθενή.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ(CURRENT CONDITION)

Αναμονή για
αποτελέσματα.
Απογοήτευση

- Πόσοι θα χειρουργηθούν;
- Υπάρχουν άδεια κρεβάτια;
- Είναι έτοιμα;
- Αυτοί που πήραν εξιτήριο έχουν αναχωρήσει;
- Σε τι δωμάτιο πρέπει να μπουν; (δίκλινο, τρίκλινο, εξάκλινο;)
- Τι ασφάλεια έχουν;

- Πότε θα με εξετάσουν;
- Που είναι ο καρδιολόγος και ο αναισθησιολόγος;
- Περιμένα μισή ώρα το ανασπέρ.
- Είμαι εδώ έξι ώρες
- Πεινάω!!!



Γιατρός



Νοσηλεύτρια



Ασθενής

Αναμονή μέχρι να
εξεταστούν το πρωί

Καθυστερήσεις στις
ενδονοσοκομειακές
μετακινήσεις (ένας μόνο
ανελκυστήρας)

Αναμονή (ακόμη και 2
ώρες) στο ακτινολογικό

Αναμονή για τοποθέτηση
στο κρεβάτι από τη
νοσοκόμα

Πρόβλημα : καθυστέρηση το πρωί μέχρι να εξετασθούν όλοι

Γιατί; Γιατί εκείνη την ώρα εξετάζεται άλλος.

Γιατί; Γιατί υπάρχει μόνο ένα δωμάτιο για τις ιατρικές πράξεις.

Γιατί; Γιατί ακόμη και στο δωμάτιο αυτό υπάρχει μόνο ένα εξεταστικό κρεβάτι.

Πρόβλημα : καθυστερήσεις στις μετακινήσεις εντός του νοσοκομείου

Γιατί; Γιατί αλλού γίνεται η εξέταση (1^{ος} όροφος) και αλλού η ακτινογραφία (υπόγειο).

Γιατί; Γιατί υπάρχει ένας μόνο ανελκυστήρας.

Γιατί; Γιατί συνήθως πρόκειται για ηλικιωμένους ασθενείς που ούτως ή άλλως δυσκολεύονται στις μετακινήσεις τους.

Πρόβλημα : αναμονή στο ακτινολογικό

Γιατί; Γιατί είναι ώρα αιχμής.

Γιατί; Γιατί ενώ υπάρχουν δύο μηχανήματα λειτουργεί μόνο το ένα.

Γιατί; Γιατί παρεμβάλλονται τα επείγοντα περιστατικά που αυξάνουν την αναμονή.

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΟΧΟΥ (ROOT CAUSE ANALYSIS):

- ✓ Αναδιαμόρφωση του χώρου που γίνεται ο προεγχειρητικός έλεγχος η μεταφορά του δίπλα στο ακτινολογικό.
- ✓ Ενεργοποίηση του δεύτερου ακτινολογικού μηχανισμού για την εξυπηρέτηση των ασθενών αυτών.
- ✓ Προγραμματισμός κλινών από προϊσταμένη νοσοκόμα και κατάρτιση πλάνου.

ΣΤΟΧΟΣ (TARGET CONDITION):

- Ταυτόχρονη εξέταση δύο ασθενών σε ειδικό χώρο.
- Προγραμματισμός κλινών.
- Ακτινολογικός έλεγχος και ιατρική εξέταση στον ίδιο όροφο.
- Στο ίδιο χρονικό διάστημα δύο ασθενείς να εξετάζονται και άλλοι δύο να βρίσκονται στο ακτινολογικό.

ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ (IMPLEMENTATION PLAN):

ΤΙ;	ΠΟΙΟΣ;	ΠΟΤΕ;	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
ΑΙΘΟΥΣΑ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ	ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	11/4	ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΑΣΘΕΝΗ
2 ^ο ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ	ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΥ	21/4	ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΜΟΝΗ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ	ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	11/4	ΓΡΗΓΟΡΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ ΤΟΥΣ
ΚΟΣΤΗ: ΕΞΟΔΑ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ Ή ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΑΙΘΟΥΣΑΣ ΕΛΕΓΧΟΥ		1.000,00 ΕΩΣ 3.000,00 €	
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΙ 2 ^ο ΜΗΧΑΝΗΜΑ		ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΚΟΣΤΟΣ	
ΚΕΡΔΗ ΣΕ 2 ΤΟ ΠΟΛΥ ΩΡΕΣ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΘΑ ΕΧΟΥΝ ΤΕΛΕΙΩΣΕΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΙ – ΤΟ ΙΔΙΟ ΚΑΙ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.			

FOLLOW-UP:

Σε ένα μήνα μετράται ο χρόνος από τη στιγμή της άφιξης του ασθενούς μέχρι την τοποθέτηση στο κρεβάτι. Αν είναι 2 με 2,5 ώρες τότε μπορεί να θεωρηθεί ότι η παρέμβαση είναι επιτυχής. Θα ακολουθήσει νέο follow-up σε χρόνο που θα καθοριστεί τότε.

Μια τελευταία λιτή προσέγγιση της περιγραφόμενης διαδικασίας που βοηθάει στην κατανόηση της παρούσας κατάστασης αποτελεί ο προσδιορισμός του χρόνου takt (takt time). Ο χρόνος αυτός εκφράζει τον ρυθμό με τον οποίο η γραμμή παραγωγής θα πρέπει να παρέχει την υπηρεσία σε έναν ασθενή. Ουσιαστικά δείχνει την ζήτηση που καλείται η

γραμμή να ικανοποιήσει. Προσδιορίζεται από το πηλίκο του χρόνου (σε λεπτά) που είναι διαθέσιμος για την εκτέλεση της εκάστοτε διαδικασίας προς τον αριθμό των ασθενών που πρέπει να λάβουν τη φροντίδα υγείας.

$$\text{TAKT TIME} = \text{ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΣ ΧΡΟΝΟΣ} / \text{ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ} \text{ (σχέση 4)}$$

Ο διαθέσιμος χρόνος (ΔΧ) είναι ο χρόνος για τον οποίο διατίθενται οι πόροι για την εκτέλεση της διαδικασίας ημερησίως. Αν δηλαδή το προσωπικό εργάζεται για οκτώ ώρες ημερησίως τότε ο ΔΧ είναι οκτώ ώρες ή αλλιώς 480 λεπτά. Στην περίπτωση του προεγχειρητικού ελέγχου (ΠΕ) πρέπει να οριστεί ως ΔΧ η διάρκεια του χρόνου που έχει οριστεί για την πραγματοποίηση του ΠΕ.. Άρα αν για παράδειγμα ο ΠΕ γίνεται μόνο το πρωί και μόνο για 4 ώρες, τότε το Takt Time της διεργασίας του προεγχειρητικού ελέγχου υπολογίζεται ως εξής:

$$\text{TAKT TIME} = \text{ΔΧ} / \text{ΑΣΘΕΝΕΙΣ} = 4 * 60 / 6 = 40 \text{λεπτά/ασθενή} \text{ (σχέση 5)}$$

Υπενθυμίζεται ότι ο χρόνος TAKT χαρακτηρίζει τη διαδικασία και όχι κάθε βήμα της. Έτσι ο ΠΕ έχει το δικό του TAKT. Στην περίπτωση που μελετάται οι δυνατότητες του Νοσοκομείου από τη μια και η ζήτηση των ασθενών από την άλλη κατευθύνουν την ολοκλήρωση του ΠΕ σε χρόνο σαράντα λεπτών ανά ασθενή.

Και για να υπολογιστεί ο αριθμός των ανθρώπινων πόρων (ΑΝΠ) που χρειάζονται για την διαδικασία τότε έχουμε:

$$\text{ΑΝΠ} = \text{Χρόνος διαδικασίας} / \text{TAKT} = 82 / 40 = 2,05 \text{ άτομα περίπου 2. (σχέση 6)}$$

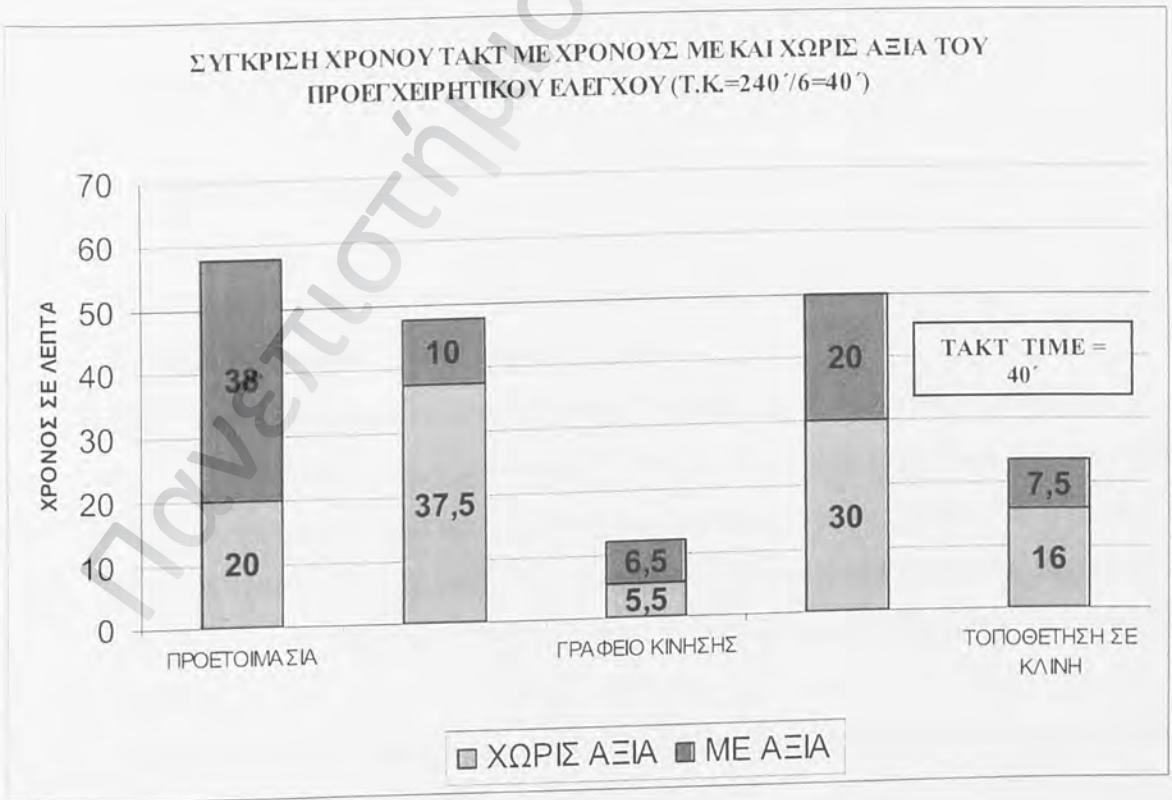
Δηλαδή με βάση το διαθέσιμο χρόνο για την πραγματοποίηση της διαδικασίας, τον αριθμό των ασθενών και το χρόνο της διαδικασίας (όπου εδώ υπολογίστηκε με βάση τα βήματα που προσθέτουν αξία) συμπεραίνεται ότι για τη διαδικασία του ΠΕ απαιτούνται 2 άτομα (ανθρώπινοι πόροι).

Μερικά συμπεράσματα που προκύπτουν από τη λιτή προσέγγιση του ΠΕ μέσω της τεχνικής μέτρησης του χρόνου TAKT συνοψίζονται στα ακόλουθα:

1) Ο χρόνος TAKT της διαδικασίας του ΠΕ είναι περί τα 40 λεπτά/ασθενή. Αυτό με απλά λόγια σημαίνει ότι ο χρόνος που πρέπει να αφιερώνεται σε καθένα από τους έξι ασθενείς είναι 40 λεπτά για την διεκπεραίωση της διαδικασίας του ΠΕ.

2) Ο υπολογισμός των ανθρώπινων πόρων καταδεικνύει το προσωπικό που θα πρέπει να απασχοληθεί για να επιτευχθεί ο προσδιοριζόμενος χρόνος ΤΑΚΤ(εδώ 40 λεπτά). Στην περίπτωση που μελετάται οι ΑΝΠ είναι 2 άτομα (γιατροί, νοσηλευτές, διοικητικοί υπάλληλοι). Αριθμός που όπως αναφέρθηκε στην ενότητα 3.1.1 είναι σε θέση να διαθέσει το νοσοκομείο για τον ΠΕ.

3) Το διάγραμμα 33 δείχνει τη σχέση του χρόνου ΤΑΚΤ με τους χρόνους (με και χωρίς αξία) κάθε βήματος της διαδικασίας του ΠΕ. Ουσιαστικά δείχνει πού υπάρχει πρόβλημα. Ιστογράμματα των οποίων ο συνολικός χρόνος (με και χωρίς αξία) ξεπερνά το χρόνο ΤΑΚΤ υποδηλώνουν ότι υπάρχει πρόβλημα. Στην περίπτωση του ΠΕ το 1^ο, το 2^ο και το 4^ο βήμα της διαδικασίας(προετοιμασία, ακτινολογικό, καρδιολόγος και αναισθησιολόγος) ξεπερνούν το χρόνο ΤΑΚΤ. Άρα στα βήματα αυτά υπάρχει πρόβλημα. Αντίθετα το 3^ο και το 5^ο είναι τα βήματα εκείνα του ΠΕ(γραφείο κίνησης και τοποθέτηση σε κλίνη) που είναι κάτω από το χρόνο ΤΑΚΤ και επομένως είναι χωρίς πρόβλημα.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 33. Γραφική παράσταση των χρόνων όλων των διαδικασιών-ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΑΞΙΑ- και σύγκριση τους με τον χρόνο ΤΑΚΤ.

4) Αφού μελετήθηκε το διάγραμμα 33 και εντοπίστηκαν ακριβώς τα βήματα που παρουσιάζουν πρόβλημα, ξεκινάει η προσπάθεια επίλυσής τους σε δύο πυλώνες. Ο πρώτος αφορά στη στροφή των βημάτων που έχουν πρόβλημα (1^ο,2^ο,4^ο) προς τα βήματα που δεν έχουν πρόβλημα (3^ο,5^ο). Απλουστεύοντας θα έλεγε κανείς ότι μελετάται η περίπτωση να μεταφερθούν οι διαδικασίες των «προβληματικών» βημάτων στα μη προβληματικά (κάτω από το χρόνο TAKT) με στόχο τη μείωση του συνολικού τους χρόνου. Ο δεύτερος πυλώνας λύσεων ουσιαστικά προσαρμόζεται στους γενικότερους σκοπούς της λιτής διαχείρισης. Δηλαδή αφού τα στάδια 1,2,4 έχουν πρόβλημα τότε θα πρέπει να γίνει προσπάθεια μείωσης των χρόνων που δεν προσθέτουν αξία στη διαδικασία. Για παράδειγμα το 1^ο βήμα του ΠΕ αυτό της προετοιμασίας διαρκεί συνολικά 58 λεπτά δηλαδή πάνω από το χρόνο TAKT. Από τα 58 αυτά λεπτά τα 38 δεν προσφέρουν αξία στη διαδικασία. Αυτό σημαίνει πως αν βρεθεί τρόπος μείωσης ή ακόμη και εξάλειψής τους, τότε το 1^ο βήμα θα διαρκεί κάτω από το όριο του χρόνου TAKT. Από το ιστόγραμμα φαίνεται ότι μία τέτοια παρέμβαση ουσιαστικά θα έκανε όλα τα βήματα να βρίσκονται πολύ πιο κάτω από τον υπολογιζόμενο χρόνο TAKT, κάτι που θα σήμαινε ταυτόχρονα και την ανταπόκριση στη ζήτηση του ασθενή που καλείται να ικανοποιηθεί στην συγκεκριμένη περίπτωση του ΠΕ.

3.1.3 Αποτελέσματα-Συμπεράσματα

Μια σύνοψη των πιθανών αποτελεσμάτων μιας λιτής παρέμβασης στα πλαίσια του προεγχειρητικού ελέγχου έχει ως εξής:

- 1) Ελάττωση του χρόνου αναμονής κατά 30 λεπτά έως 3 ώρες. Με δεδομένο ότι ο συνολικός χρόνος (με και χωρίς αξία) του ΠΕ είναι 191 λεπτά αυτό σημαίνει ότι μπορούν να γίνουν εφικτές μειώσεις στο χρόνο αναμονής από 15% έως 94%. Αυτό είναι καλό για τον ασθενή, τον κουράζει λιγότερο σωματικά και ψυχικά και του δημιουργεί καλύτερη εικόνα για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.
- 2) Ο χρόνος που εξοικονομείται μπορεί να αξιοποιηθεί κάπου πιο δημιουργικά από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.
- 3) Συμβολή στην καλύτερη και εύρυθμη λειτουργία κλινικής και κατά συνέπεια του νοσοκομείου.
- 4) Παρατηρούνται σημαντικές διαφορές με μικρό κόστος και ουσιαστικά είναι ζήτημα ενός απλού προγραμματισμού.

- 5) Τα στάδια που δεν προσφέρουν αξία αφορούν χρονικά πάνω από το 50% της διαδικασίας. Η αναμονή δεν προσφέρει αξία.
- 6) Απαιτούνται λιγότεροι ανθρώπινοι πόροι και ειδικά εξειδικευμένο προσωπικό για την συγκεκριμένη διαδικασία. Αυτό με τη σειρά του σημαίνει μικρότερα κόστη και επιτάχυνση στο χρόνο των σταδίων του προεγχειρητικού ελέγχου.

3.2 Σηπτικά χειρουργεία-Χειρουργεία μιας ημέρας

3.2.1. Διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας στο σηπτικό χειρουργείο.

Όταν γίνεται λόγος για σηπτικά χειρουργεία εννοούνται διάφορες προγραμματισμένες μικροεπεμβάσεις (αφαιρέσεις σπύλων, λιπωμάτων, σύνδρομα καρπιαίου σωλήνα κ. λ. π) τα λεγόμενα «ψυχρά χειρουργεία» των οποίων η διάρκεια συνήθως δεν ξεπερνά τα 20 με 30 λεπτά και στις οποίες οι ασθενείς αναχωρούν την ίδια ημέρα. Επιπλέον ονομάζονται σηπτικά γιατί πραγματοποιούνται σε ειδική αίθουσα του χειρουργείου ξεχωριστή από τις υπόλοιπες αίθουσες για λόγους αντισηψίας και αποστείρωσης.

Ακολουθεί η περιγραφή της διαδικασίας μιας επέμβασης που λαμβάνει χώρα στο σηπτικό χειρουργείο ,αναλύοντας τα επιμέρους βήματα, μετρώντας τους χρόνους, αναγνωρίζοντας τις πιθανές καθυστερήσεις και τελικά προτείνοντας μέσω της λιτής σκέψης έναν πιο αποτελεσματικό και καλύτερα αποδεκτό από τον ασθενή τρόπο προσέγγισης.

Οι συγκεκριμένες επεμβάσεις πραγματοποιούνται συγκεκριμένη ημέρα της εβδομάδας (Παρασκευή) και συγκεκριμένη ώρα από τις εννιά μέχρι τις δύο το μεσημέρι. Επίσης οι εμπλεκόμενοι ιατροί έχουν την ειδικότητα του γενικού χειρουργού και είναι τέσσερις στον αριθμό (στο διάστημα που έγινε η λήψη των στοιχείων από το νοσοκομείο). Το πρόγραμμα των προς επέμβαση ασθενών καταρτίζεται την παραμονή της ημέρας επέμβασης και αφορά μόνο την ονομαστική αναφορά των ασθενών και το είδος της επέμβασης .Στο πρόγραμμα δεν υπάρχουν πληροφορίες σχετικά με την ώρα της επέμβασης και την σειρά προτεραιότητας. Ο συνήθης αριθμός ασθενών είναι έξι με δέκα άτομα, δηλαδή ένας μέσος όρος οκτώ ασθενών κάθε φορά.

Στη διαδικασία των σηπτικών επεμβάσεων διαπιστώνονται δύο βασικοί τύποι σπατάλης. Ο πρώτος αφορά τις πολλές εσωτερικές και άσκοπες μετακινήσεις ασθενών και προσωπικού ενώ ο δεύτερος την αναμονή των προς επέμβαση ασθενών. Στο

συγκεκριμένο σημείο γίνεται αναφορά στο πρώτο είδος σπατάλης. Ο δεύτερος τύπος σπατάλης παρουσιάζει πολλά κοινά σημεία με τις καταστάσεις που περιγράφηκαν στην προηγούμενη ενότητα για τον προεγχειρητικό έλεγχο και δεν θα περιγραφεί περαιτέρω στην ενότητα αυτή.

Ο ασθενής προσέρχεται το πρωί περί τις οκτώμισι με εννιά, σύμφωνα με τις οδηγίες του θεράποντα ιατρού στο χώρο της χειρουργικής κλινικής η οποία βρίσκεται στον πρώτο όροφο του νοσοκομείου (υπενθυμίζεται ότι υπάρχει μόνο ένας ανελκυστήρας). Εκεί αφού συναντήσουν τον θεράποντα ιατρό, λαμβάνουν την οδηγία να κατευθυνθούν στο χώρο αναμονής που βρίσκεται στον προθάλαμο του σηπτικού χειρουργείου στο ισόγειο του νοσοκομείου. Εκεί συνήθως δεν συνωστίζονται ιδιαίτερα επειδή κάθε χειρουργός καθορίζει διαφορετική ώρα προσέλευσης για τους ασθενείς του. Μόλις φτάσει ο θεράπων ιατρός με το βοηθό του, συνήθως ειδικευόμενο ιατρό, συνεχίζεται η διαδικασία με την συμπλήρωση των απαραίτητων εγγράφων όπως φύλλο νοσηλείας, εισιτήριο, έντυπο βιοψίας όποτε αυτή πραγματοποιείται. Στη συνέχεια ο ασθενής φοράει το ανάλογο αποστειρωμένο ένδυμα και κατευθύνεται στην χειρουργική αίθουσα. Ακολουθεί η χειρουργική επέμβαση μέσης διάρκειας είκοσι με εικοσιπέντε λεπτών. Αφού ολοκληρωθεί η διαδικασία ο βοηθός του χειρουργού δίνει τις περαιτέρω οδηγίες, συνταγογραφεί την προβλεπόμενη αγωγή και κατευθύνει τον ασθενή στην χειρουργική κλινική για να ολοκληρώσει την γραφειοκρατική διαδικασία. Ο ασθενής πηγαίνει στην χειρουργική κλινική που βρίσκεται στον 1ο όροφο όπου παραδίδει το φύλλο νοσηλείας, το φιαλίδιο με την βιοψία, εφόσον έγινε, και το εισιτήριο εισαγωγής. Στην συνέχεια πηγαίνει να σφραγίσει το εισιτήριο στο υπόγειο του νοσοκομείου, να ξαναεπιστρέψει στην κλινική για να το παραδώσει και τελικά στη συνέχεια να αποχωρήσει. Σε χρονική σειρά τα βήματα της διαδικασίας είναι συνοπτικά τα εξής (σχέδιο 34):

1. Άφιξη ασθενούς από την χειρουργική κλινική (1ος όροφος)
2. Αναμονή στον προθάλαμο του χειρουργείου(ισόγειο) -Συμπλήρωση των παραπεμπτικών και εγγράφων.
3. Χειρουργική επέμβαση (ισόγειο)
4. Επαναφορά στην χειρουργική κλινική για παράδοση των παραπεμπτικών (1ος όροφος).
5. Επικύρωση του εισιτηρίου εισαγωγής (υπόγειο).
6. Επαναφορά και πάλι στην χειρουργική κλινική για την παράδοση του επικυρωμένου εισιτηρίου (1ος όροφος)
7. Αναχώρηση από το νοσοκομείο(ισόγειο).

3.2.2. Μελέτη πρότασης εφαρμογής λιτής φροντίδας υγείας στο σηπτικό χειρουργείο.

Αναφέρθηκε επανειλημμένως ότι σκοπός της λιτής φροντίδας υγείας είναι η κατάργηση σταδίων που δεν προσδίδουν αξία στην διαδικασία και αφαιρούν τις σπατάλες. Μια πρόταση για την περίπτωση που μελετάται θα μπορούσε να ήταν η ακόλουθη.

Η απευθείας άφιξη των ασθενών στο ισόγειο – προθάλαμος του χειρουργείου. Η συμπλήρωση των παραπεμπτικών εκεί. Η επέμβαση να ακολουθεί. Και μετά το πέρας της επεμβάσεως η συγκέντρωση των παραπεμπτικών όλων των ασθενών από τον βοηθό του χειρουργού, τα οποία θα πάει ο ίδιος όλα μαζί στην κλινική μετά το πέρας όλων των χειρουργικών επεμβάσεων. Έτσι δεν είναι ανάγκη ο ασθενής να ξαναπάει στην χειρουργική κλινική. Τέλος πριν την αναχώρησή του ο ασθενής θα περάσει από το γραφείο κίνησης να επικυρώσει το εισιτήριο του και τελικά να αναχωρήσει. Τα εισιτήρια θα στέλνονται στο τέλος της ημέρας από το γραφείο κίνησης στην κλινική.

Επομένως σχηματικά για το προτεινόμενο μοντέλο θα ισχύει:

1. Ισόγειο-άφιξη ασθενούς, συμπλήρωση παραπεμπτικών, επέμβαση.
2. Υπόγειο-επικύρωση εισιτηρίου, αναχώρηση(σχέδιο 34).

Η τεχνική επομένως που θα μπορούσε να γίνει πράξη στη διαδικασία του σηπτικού χειρουργείου είναι η φιλοσοφία της λιτής οργάνωσης των εγκαταστάσεων του νοσοκομείου ή αλλιώς η δημιουργία ενός λιτού κτιρίου.

3.2.3 Αποτελέσματα –Συμπεράσματα

Είναι προφανές ότι το προτεινόμενο μοντέλο διαχείρισης της περίπτωσης των σηπτικών επεμβάσεων ελαττώνει κατά πολύ τις ενδονοσοκομειακές μετακινήσεις των ασθενών. Το τελευταίο αποκτά ακόμη μεγαλύτερη σημασία αν ληφθεί υπόψη ότι το εν λόγω νοσοκομείο διαθέτει έναν μόνο ανελκυστήρα και ότι οι ασθενείς είναι συνήθως ηλικιωμένοι και επομένως οι πολλές μετακινήσεις δεν είναι ευχάριστες ούτε για τους ίδιους ούτε για το περιβάλλον τους. Και αυτό αναφέρεται γιατί υπενθυμίζεται ότι επίκεντρο της λιτής διαχείρισης είναι ο πελάτης-ασθενής και η ικανοποίησή του από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Επίσης θα μπορούσε κάποιος να επικαλεστεί ότι με αυτό τον τρόπο το προσωπικό επιφορτίζεται και με άλλα καθήκοντα τα όποια δεν είχε πριν. Για παράδειγμα ο βοηθός του χειρουργού αναλαμβάνει την συγκέντρωση και μεταφορά των παραπεμπτικών στην κλινική. Αυτό μέχρι κάποιο σημείο μπορεί να ισχύσει. Αντιθέτως είναι δυνατόν να

αντιταχθούν αρκετά επιχειρήματα που κάνουν τη λιτή φιλοσοφία να κερδίζει έδαφος. Για παράδειγμα:

- 1) η αποσυμφόρηση της χειρουργικής κλινικής από την παρουσία των προς επέμβαση ασθενών και συγγενών τους
- 2) η αποσυμφόρηση του νοσοκομείου από τις άσκοπες μετακινήσεις ασθενών και ιατρών εντός αυτού και
- 3) η απελευθέρωση του μοναδικού ανελκυστήρα από περιττές μετακινήσεις.

Όλα αυτά τα απολαμβάνει όχι μόνο ο ασθενής αλλά και το προσωπικό που εργάζεται στο χώρο αυτό κάνοντας την καθημερινότητά του πιο εύκολη και πιο ευχάριστη. Και είναι σχεδόν βέβαιο ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων θα προτιμούσε ένα ευχάριστο περιβάλλον εργασίας έστω και αν θα έπρεπε να επωμιστούν και κάποια επιπλέον αρμοδιότητα. Σχηματικά η παρούσα και η προτεινόμενη οργάνωση απεικονίζονται στο διάγραμμα 34.

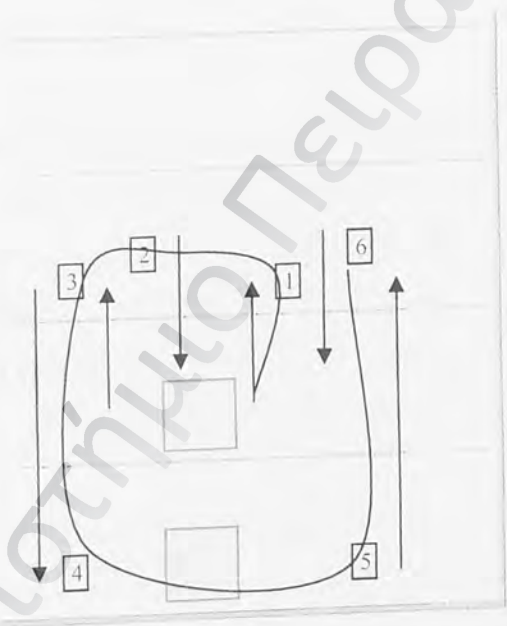


ΣΧΕΔΙΟ 34. Σχηματική παράσταση μετακινήσεων εντός του νοσοκομείου πριν και μετά τη λιτή παρέμβαση.

Οι αριθμοί δηλώνουν τις εσωτερικές μετακινήσεις του ασθενή.

1. Άφιξη
2. Αναμονή στον προθάλαμο-επέμβαση
3. Επαναφορά στην χειρουργική κλινική
4. Γραφείο κίνησης
5. Επαναφορά στην χειρουργική κλινική
6. Αναχώρηση

Τα στάδια 1,3,5 πραγματοποιούνται στον 1^ο όροφο. Τα 2,6 στο ισόγειο και το στάδιο 4 στο υπόγειο του νοσοκομείου.



ΣΧΕΔΙΟ 35. Σχηματική παράσταση τύπου spaghetti μετακινήσεων εντός του νοσοκομείου.

Στο παραπάνω διαγράμματα καθώς και στο διάγραμμα spaghetti (σχέδιο 35) έγινε μια γραφική απεικόνιση των μετακινήσεων με τον τρόπο που συμβαίνουν σήμερα και μια θεωρητική απεικόνιση για το πώς θα μπορούσε να μεταμορφωθεί η κατάσταση υπό το λιτό πρίσμα. Ακόμη και με την πρώτη ματιά οι διαφορές είναι εντυπωσιακές. Ενώ τώρα η κατάσταση είναι σχετικά πολύπλοκη και χρονοβόρα-διεκπεριαιώνεται με έξι τουλάχιστον μετακινήσεις – θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί τελικά με δύο μόνο μετακινήσεις. Ουσιαστικά δεν άλλαξε κάτι στη διαδικασία εκτέλεσης του σηπτικού χειρουργείου. Απλά προσπάθεια οργάνωσης των διαδικασιών (των μετακινήσεων για την ακρίβεια) με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτευχθεί μια όσο το δυνατό πιο ορθολογική κατανομή των παρεχόμενων

υπηρεσιών με όσο το δυνατό λιγότερες μετακινήσεις δίχως αυτό βέβαια να στρέφεται σε βάρος της ποιότητας των υπηρεσιών αυτών και της ευχαρίστησης του ασθενή-πελάτη.

3.3 Διαδικασία μεταφοράς ασθενούς από και προς το χειρουργείο

Στην εισαγωγή αναφέρθηκε ότι στον λιτό τρόπο διαχείρισης οι επερχόμενες αλλαγές μπορούν να συμβούν σε οποιαδήποτε τομέα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η υπηρεσία που επιλέχθηκε στο συγκεκριμένο εδάφιο αφορά την μεταφορά τον προς επέμβαση ασθενών και των χειρουργημένων προς και από το χειρουργείο αντίστοιχα. Η επιλογή αυτή μπορεί να δώσει την αρχική αίσθηση πως σε μια τέτοια τυπική και απλή διαδικασία οι δυνατότητες για βελτίωση να είναι περιορισμένες. Η απάντηση θα δοθεί στις επόμενες γραμμές.

3.3.1 Περιγραφή της διαδικασίας μεταφοράς των ασθενών σήμερα

Η διαδικασία μεταφοράς του ασθενούς που πρόκειται να χειρουργηθεί είναι μια διαδικασία καθημερινή που λαμβάνει χώρα δεκάδες φορές στην πραγματικότητα ενός νοσοκομείου. Είναι δεδομένο ότι δεν αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία, εν τούτοις πολλά βήματα στην πραγματοποίηση της δύνανται να βελτιωθούν για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών σε πρώτη προτεραιότητα και του προσωπικού κατά δεύτερο λόγο.

Η διαδικασία αυτή είναι η ακόλουθη: Οι ασθενείς που πρόκειται να χειρουργηθούν βρίσκονται είτε στο ισόγειο (ορθοπαιδικό-ουρολογικό τμήμα), είτε στον πρώτο όροφο (οφθαλμολογικό-χειρουργικό τμήμα), είτε στο δεύτερο όροφο (μαιευτικό-γυναικολογικό τμήμα) στις αντίστοιχες κλινικές ανάλογα με τη φύση του προβλήματος που αντιμετωπίζουν. Ο ανελκυστήρας είναι μόνο ένας και μάλιστα είναι ο ίδιος για το κοινό, για το προσωπικό, για τους ασθενείς και για τα φορεία. Περισσότερο δύσκολη κάνει την κατάσταση το γεγονός ότι ο ίδιος ανελκυστήρας (ως μοναδικός) εξυπηρετεί και τα φορεία ή γενικά τους ασθενείς του τμήματος των επειγόντων περιστατικών, τμήμα το οποίο βρίσκεται στο υπόγειο του νοσοκομείου. Επίσης ο μοναδικός αυτός ανελκυστήρας δεν έχει απευθείας πρόσβαση στο χώρο του χειρουργείου. Βρίσκεται κεντρικά στο κτίριο του νοσοκομείου και απέχει δέκα έως δεκαπέντε μέτρα από την είσοδο του χειρουργείου. Το ίδιο συμβαίνει και στους ορόφους των κλινικών όπου ο ανελκυστήρας απέχει από τα πρώτα δωμάτια της κλινικής πέντε έως δέκα μέτρα ενώ από τα τελευταία μπορεί να απέχει και περισσότερα από εικοσιπέντε μέτρα (σχέδιο 36).

Η διαδικασία μεταφοράς ξεκινάει με την επικοινωνία της προϊσταμένης του

χειρουργείου με την προϊσταμένη της αντίστοιχης κλινικής. Η πρώτη ενημερώνει την δεύτερη προκειμένου να στείλει τον νοσηλευτή-τραυματιοφορέα στον όροφο για να γίνει η μεταφορά του ασθενούς από την κλινική στο χειρουργείο. Στο σημείο αυτό να επισημανθεί ότι στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων ένας μόνο νοσηλευτής φέρει εις πέρας την μεταφορά αυτή. Επίσης η μεταφορά του ασθενούς γίνεται με το ίδιο κρεβάτι του θαλάμου και όχι μέσω μεταφοράς του σε φορείο, γεγονός που εξοικονομεί πολύτιμο χρόνο και λιγότερη ταλαιπωρία για τον ασθενή. Μελετάται η περίπτωση ενός ασθενούς με χειρουργικό πρόβλημα που νοσηλεύεται επομένως στην χειρουργική κλινική (1^{ος} όροφος). Ο τραυματιοφορέας φτάνει στον όροφο και σύμφωνα με τις οδηγίες της προϊσταμένης του τμήματος κατευθύνεται στο δωμάτιο του ασθενούς που πρόκειται να χειρουργηθεί. Σημειώνεται η αδυναμία μετακίνησης του κρεβατιού χωρίς την ταυτόχρονη μετακίνηση και του άλλου κρεβατιού του δωματίου. Αυτό συμβαίνει στα δίκλινα δωμάτια που λόγω μικρού μεγέθους καθιστούν αδύνατη την ανεξάρτητη μετακίνηση των κλινών. Η κατάσταση αυτή προκαλεί την δυσαρέσκεια και των δύο ασθενών του θαλάμου, αφού υφίστανται άσκοπη μετακίνηση, αλλά και του τραυματιοφορέα που καλείται να διαχειριστεί καταστάσεις και να απολογηθεί για γεγονότα για τα οποία δεν φέρει κάποια ουσιαστική ευθύνη. Εν συνεχεία αφού ο τραυματιοφορέας καταφέρει να βγάλει το κρεβάτι εκτός δωματίου κατευθύνεται προς τον ανελκυστήρα. Διανύοντας άλλοτε άλλη απόσταση που κυμαίνεται από πέντε έως και εικοσιπέντε μέτρα σε κάποιες περιπτώσεις. Η απόσταση αυτή δεν αναφέρεται μόνο για να αναδειχθεί η πιθανή κόπωση του ασθενούς ή του προσωπικού, λόγοι οι οποίοι σαφώς και συντρέχουν. Ουσιαστικά αναφέρεται για ένα λόγο ίσως πιο σημαντικό, τις διαταραχές στη ψυχική υγεία και το σεβασμό στην προσωπικότητα και στο πρόβλημα του ασθενούς που πρόκειται να υποβληθεί στην επέμβαση. Δεν πρέπει να λησμονείται ότι για τον ασθενή είναι μια ιδιαίτερα φορτισμένη συναισθηματικά στιγμή.

Μέχρι να προσεγγίσει τον ανελκυστήρα ο ασθενής τόσο κατά τη μεταφορά του όσο και στα διάφορα στάδια αναμονής υπόκειται σε δεκάδες βλέμματα ασθενών, επισκεπτών, προσωπικού. Την κατάσταση επιδεινώνει η νοοτροπία πολλών συνανθρώπων μας που εκδηλώνονται με εκφράσεις συμπάθειας μέχρι και οίκτου σε κάποιες περιπτώσεις απέναντι στον ασθενή. Και το εκπληκτικό είναι ότι συνήθως δεν πρόκειται για κάποια ανίατη ασθένεια αλλά για κοινές, ιάσιμες καταστάσεις της ιατρικής πραγματικότητας. Μετά τη μικρή αυτή παρένθεση συνεχίζεται η περιγραφή από το σημείο όπου ο ασθενής βρίσκεται στο κρεβάτι του και καθοδηγούμενος από τον τραυματιοφορέα φτάνει στον ανελκυστήρα. Εκεί ξεκινάει μια νέα προβληματική

κατάσταση. Η αναμονή μπορεί να κυμανθεί από δευτερόλεπτα μέχρι μερικές φορές και δεκάδες λεπτά. Γεγονός που είναι επιβλαβές και δρα αθροιστικά στο προεγχειρητικό άγχος του ασθενούς. Βέβαια ο ανελκυστήρας είναι μόνο ένας και εκείνη την στιγμή της καθυστέρησης μπορεί να πραγματοποιείται μια εξίσου κρίσιμη και ζωτικής σημασίας μεταφορά από τα επείγοντα. Για τον ασθενή όμως τα λεπτά αυτά της αναμονής φαίνονται ώρες ενώ ο τραυματιοφορέας βρίσκεται σε εξίσου δύσκολη θέση αδυνατώντας να δώσει ουσιαστική λύση.

Ας θεωρηθεί ότι ο ασθενής είναι πλέον εντός του ανελκυστήρα. Εκεί επειδή ο ανελκυστήρας δεν είναι αποκλειστικής χρήσης από τους ασθενείς του χειρουργείου, μπορεί να βρεθεί μαζί με κάποιον άλλο ασθενή, γιατρό, επισκέπτη. Κατάσταση σίγουρα καθόλου ευχάριστη. Μόλις φτάσει στο ισόγειο ξεκινά η μεταφορά του προς το χειρουργείο. Όπως και στον πρώτο όροφο έτσι και εδώ η μεταφορά του ασθενούς γίνεται ανάμεσα σε δεκάδες ανθρώπους-ασθενείς, ιατρούς, νοσηλευτές- και μάλιστα σε μια θέση του νοσοκομείου περισσότερο κομβική αφού εκεί βρίσκονται τα γραφεία του νοσοκομείου και μία από τις δύο κεντρικές εισόδους του. Η αρνητική ψυχολογία του ασθενούς στο σημείο αυτό λαμβάνει την χαριστική της βολή. Είναι σίγουρο ότι κανείς δεν θα ήθελε το πρόβλημα υγείας του να γίνεται θέαμα στα μάτια οποιουδήποτε τυχαίνει να βρίσκεται μπροστά στη μεταφορά του στον προθάλαμο του χειρουργείου. Είναι αναφαίρετο δικαίωμά του να κρατά το πρόβλημά του για τον εαυτό του και για όσους ο ίδιος επιθυμεί να το γνωρίζουν.

Μετρώντας με αριθμούς διαπιστώνεται ότι μια διαδικασία που ο χρόνος της χωρίς κανένα κόλλημα θα ήταν το πολύ πέντε έως δέκα λεπτά, εντούτοις πολλές φορές μπορεί να ξεπεράσει τα είκοσι με εικοσιπέντε λεπτά. Γίνεται λόγος επομένως για μία καθυστέρηση με ποικιλία συνεπειών

- α) στον ίδιο τον ασθενή, που καθυστερεί και αυτό δεν τον ευχαριστεί
- β) στο οικογενειακό του περιβάλλον που δυσανασχετεί
- γ) στον υπεύθυνο νοσηλευτή που προσπαθεί να βρει λύσεις για θέματα για τα οποία ούτε είναι υπεύθυνος ούτε δύναται να τα επιλύσει
- δ) στο πρόγραμμα των χειρουργείων που αν καθυστερήσει μία επέμβαση ακολουθεί μία αλυσίδα καθυστερήσεων και για τα υπόλοιπα χειρουργεία
- ε) στο θεράποντα χειρουργό που πολλές φορές αντί να χειρουργεί απλά αναμένει.

Υπάρχουν και σενάρια περισσότερο απαισιόδοξα, όπως για παράδειγμα την περίπτωση βλάβης του μοναδικού ανελκυστήρα ή μια ενδεχόμενη διακοπή ρεύματος στην οποία θα εμφάνιζε πρόβλημα η γεννήτρια του νοσοκομείου. Υπενθυμίζεται ότι εδώ

γίνεται λόγος για επεμβάσεις στις οποίες η κατάσταση της υγείας του ασθενούς επιτρέπει συνήθως κάποιου βαθμού καθυστέρηση ακόμα και την αναβολή τους σε ακραίες καταστάσεις. Τι θα γίνει όμως σε κάποιο τροχαίο ατύχημα ή σε μία επείγουσα κατάσταση όπου η άμεση μεταφορά του ασθενούς στο χειρουργείο είναι ζωτικής σημασίας και κρίνεται απολύτως απαραίτητη;

Η αγωνία για την απάντηση των ερωτημάτων αυτών είναι μεγάλη. Όπως εξίσου μεγάλη είναι και η αγωνία και η ψυχική φόρτιση των ασθενών μέχρι τελικά να χειρουργηθούν και να λύσουν το πρόβλημα της υγείας τους.

3.3.2. Εφαρμογή λιτής σκέψης στη μεταφορά των ασθενών από και προς το χειρουργείο.

Αποτελέσματα-συμπεράσματα

Σε μια απόπειρα προσέγγισης του προαναφερόμενου προβλήματος της διαδικασίας εσωτερικής διακομιδής του ασθενούς μέσω της λιτής διαχείρισης θα μπορούσαν να προταθούν συγκεκριμένες λύσεις. Ουσιαστικό όμως είναι να αναγνωρισθεί η ύπαρξη του προβλήματος, να μη θεωρηθεί δυσεπίλυτο και να μην μετατεθεί ή πάρει αναβολή η επίλυσή του στο μέλλον με την ελπίδα ανάληψης της ευθύνης από κάποιον άλλο περισσότερο «ειδικό».

Επισημαίνεται ότι ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της λιτής σκέψης είναι η ανάδειξη και αναγνώριση της εκάστοτε προβληματικής κατάστασης. Με απλά λόγια μία κατάσταση που καθημερινά βιώνεται και δημιουργεί προβλήματα δεν πρέπει να λαμβάνεται ως δεδομένη και μη αντιμετωπίσιμη. Αντίθετα πρέπει να αναγνωρίζεται, να αναδεικνύεται, να έρχεται στην επιφάνεια και τελικά να διορθώνεται.

Στο παράδειγμα της εσωτερικής διακομιδής των ασθενών η λιτή διαχείριση θα μπορούσε να μετονομαστεί λιτός σχεδιασμός ή λιτή αρχιτεκτονική της δομής του νοσοκομείου. Προτείνονται οικονομικές και αυτό γιατί ούτε οι πόροι υπάρχουν ούτε η εξασφάλιση μεγάλων κονδυλίων είναι εύκολη στον δημόσιο τομέα. Ακόμη και αν υπήρχε η δυνατότητα χρήσης μεγάλων οικονομικών δαπανών δεν θα υφίστατο ζήτημα ιδιαίτερης διαχείρισης αφού τότε θα μπορούσαν να δημιουργηθούν τα πάντα από την αρχή με μικρότερα ίσως κονδύλια με βάση τη λιτή αρχιτεκτονική της δομής του Νοσοκομείου.

Κάποιες “λιτές” λύσεις στο νοσοκομείο αναφοράς θα μπορούσαν να ήταν οι ακόλουθες σε σειρά απαίτησης σε οικονομικούς πόρους:

Α) Διαμονή όλων των προς επέμβαση και χειρουργημένων ασθενών στο ισόγειο (σχέδιο 37) του νοσοκομείου όπου βρίσκονται και οι χειρουργικές αίθουσες. Αν ληφθεί υπ’ όψιν ότι η μέση μετεγχειρητική νοσηλεία είναι δύο με τρεις ημέρες θα μπορούσε να

δημιουργηθεί ένα πλάνο παραμονής των προς επέμβαση ασθενών στις κλίνες του ισογείου. Εναλλακτικά θα μπορούσαν οι ασθενείς την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα να παραμείνουν στο ισόγειο και την επόμενη ημέρα, αφού η πλειοψηφία τους είναι σε θέση να μετακινηθεί, να μεταφέρονται είτε μόνοι τους είτε με την βοήθεια των οικείων τους στους ορόφους των κλινικών όπου βάση της πάθησης τους νοσηλεύονται. Η παρέμβαση αυτή θα μπορούσε να επιφέρει τα ακόλουθα οφέλη:

1) Αποφυγή των χρονοβόρων μετακινήσεων των ασθενών πριν και μετά την χειρουργική επέμβαση μέσω του μοναδικού ανελκυστήρα του νοσοκομείου. Έτσι θα μπορούσε να επιτευχθεί η μεταφορά του ασθενούς σε δύο με τρία το πολύ λεπτά. Με την υπενθύμιση ότι οι χρόνοι που ισχύουν στην παρούσα κατάσταση κυμαίνονται από πέντε έως είκοσι κατά περίπτωση λεπτά μπορεί να γίνει λόγος για μία εξοικονόμηση χρόνου της τάξης του 200% μέχρι 1000%. Αποτελέσματα που δεν μπορούν να αφήνουν κανένα αδιάφορο 2) Απεμπλοκή του μοναδικού ανελκυστήρα του νοσοκομείου για χρήση του από τους υπόλοιπους ασθενείς.

3) Μεγαλύτερο αίσθημα ικανοποίησης από την πλευρά του ασθενούς αφενός γιατί δεν υπάρχει καθυστέρηση αφετέρου γιατί μεταφέρεται απευθείας στην χειρουργική αίθουσα χωρίς να αντιμετωπίζει το άσχημο συναίσθημα της δημόσιας επίδειξης του προβλήματός του κατά την μεταφορά του. Ο ασθενής ήδη χαρακτηρίζεται από την επιβαρημένη ψυχολογία του ένεκα της πάθησής του και σε καμία περίπτωση δεν επιθυμεί να βρίσκεται σε κοινή θέα.

4) Δυνατότητα για μεγαλύτερη συνέπεια στην τήρηση του προγράμματος του χειρουργείου. Ο προγραμματισμός αυτός δρα ευεργετικά σε δύο άξονες. Ο πρώτος από αυτούς έχει να κάνει με τους ασθενείς που βρίσκονται στην αναμονή την ημέρα του χειρουργείου. Η αναμονή αυτή όσο μεγαλύτερη είναι τόσο περισσότερο αυξάνει το προεγχειρητικό άγχος των ασθενών. Ο ασθενής νοιώθει πολύ καλύτερα αν χειρουργηθεί έγκαιρα στην ώρα που ήδη γνώριζε. Από εκεί και πέρα η ψυχολογία του είναι ευάλωτη σε οποιαδήποτε αλλαγή (σχέδιο37).

Ο δεύτερος άξονας έχει να κάνει με το ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό του νοσοκομείου. Κάθε εργαζόμενος επιθυμεί να εργάζεται με προγραμματισμό και λιγότερα παράπονα. Αυτό τον κάνει πιο αποδοτικό στον τομέα ευθύνης του, του εξασφαλίζει ένα ευχάριστο εργασιακό περιβάλλον και του ενισχύει την αίσθηση του λειτουργήματος που επιτελεί.

Στο πλαίσιο αυτό της λιτής διαχείρισης θα μπορούσε κανείς να αντιτάξει κάποια επιχειρήματα για να τεκμηριώσει τη θέση του για τις αναδυόμενες δυσκολίες στην

υλοποίηση και εφαρμογή ενός τέτοιου εγχειρήματος. Αυτές μπορεί να είναι:

α) Πιθανή αδυναμία φιλοξενίας και νοσηλείας των χειρουργημένων ασθενών στις κλίνες του ισόγειου του νοσοκομείου λόγω υλικοτεχνικών ελλείψεων και ελλείψεων σε δωμάτια και κλίνες.

β) Πρακτικές δυσκολίες που ανακύπτουν από θέματα ιατρικής φύσης. Όπως αν είναι δυνατή η συνύπαρξη ασθενών στο ίδιο δωμάτιο ή γενικά στον ίδιο χώρο που πάσχουν από μεγάλης διαφορετικότητας και ιδιαιτερότητας παθήσεις. Για παράδειγμα ποιες και πόσο σημαντικές πρακτικές δυσκολίες ανακύπτουν από την θεωρητική συνύπαρξη στον ίδιο χώρο ενός καρκινοπαθούς και μιας εγκύου;

γ) Μήπως η μεταφορά των ασθενών στο ισόγειο σήμανε και την ταυτόχρονη επιφόρτιση του προσωπικού με περισσότερη και πιο κοπιαστική εργασία με ότι αυτό μπορεί να σημαίνει για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών; Το υπάρχον προσωπικό έχει την κατάρτιση να αντεπεξέλθει στις νέες αυξημένες απαιτήσεις;

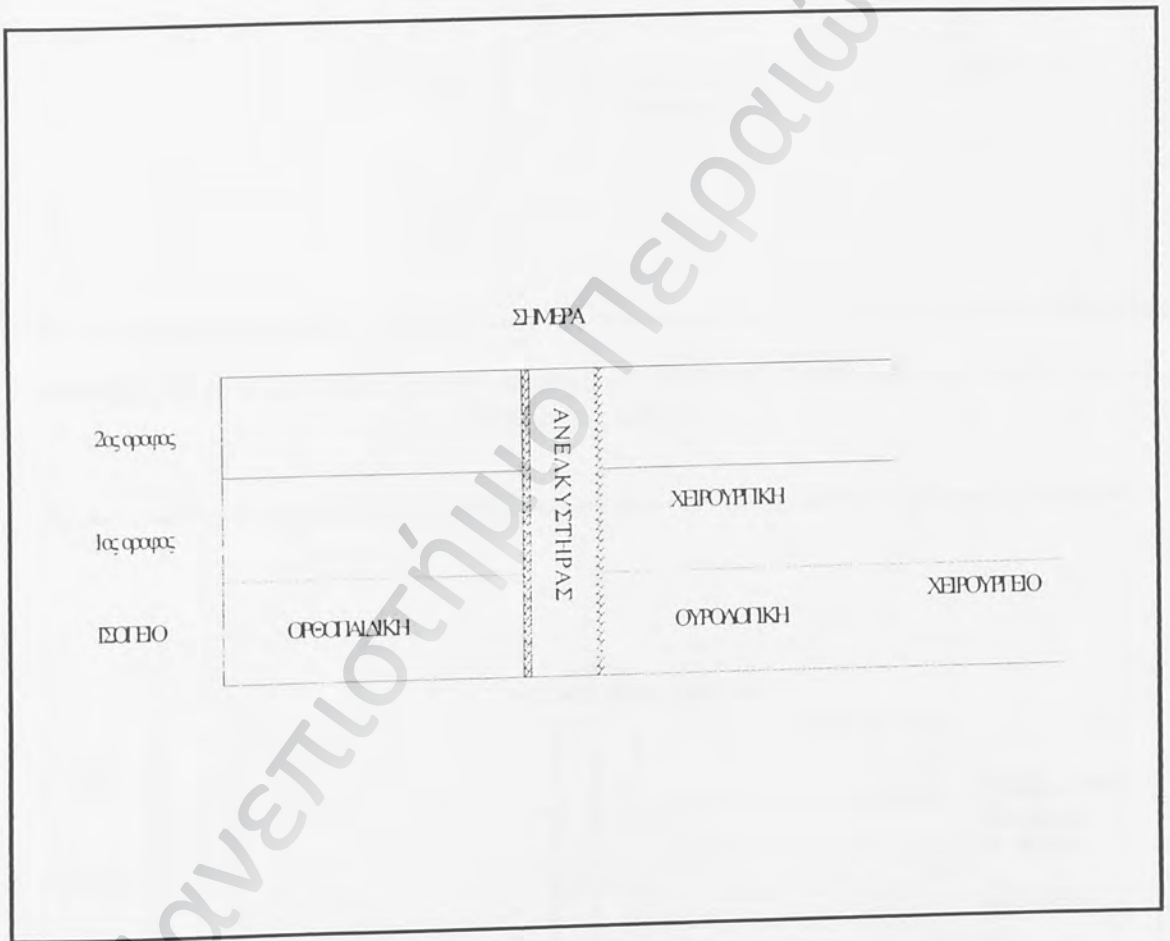
Οι προαναφερθέντες προβληματισμοί σαφώς και έχουν βάση και είναι δεδομένο ότι μπορούν σε μικρό ή μεγαλύτερο βαθμό να αποτελέσουν τροχοπέδη στην προσπάθεια εφαρμογής λιτής διαχείρισης. Κανείς δεν μπορεί να επικαλεστεί ότι η λιτή διαχείριση είναι εύκολη στην πραγμάτωσή της και ότι δρόμος των επιδιωκόμενων θετικών αποτελεσμάτων της θα είναι στρωμένος με ροδοπέταλα. Το σημαντικότερο όμως είναι να αναγνωριστεί ότι όντως υπάρχει πρόβλημα και να υιοθετηθούν τα λιτά εκείνα εργαλεία που ταιριάζουν και εναρμονίζονται με την εκάστοτε παρούσα κατάσταση.

Β) Μία άλλη λιτή λύση στο θέμα που μελετάται – πιο δαπανηρή από την προηγούμενη - θα ήταν η δημιουργία ενός επιπλέον ανελκυστήρα στο νοσοκομείο. Θα μπορούσε να προταθεί η κατασκευή ενός εξωτερικού ανελκυστήρα ο οποίος θα προοριζόταν για τις ανάγκες του κοινού και των επισκεπτών. Ο υπάρχων ανελκυστήρας έτσι θα γινόταν αποκλειστικής χρήσης από τους ασθενείς. Και αυτό είναι προφανές ότι θα είχε ευεργετικές επιρροές στην ποιοτικότερη λειτουργία του νοσοκομείου (σχέδιο 38).

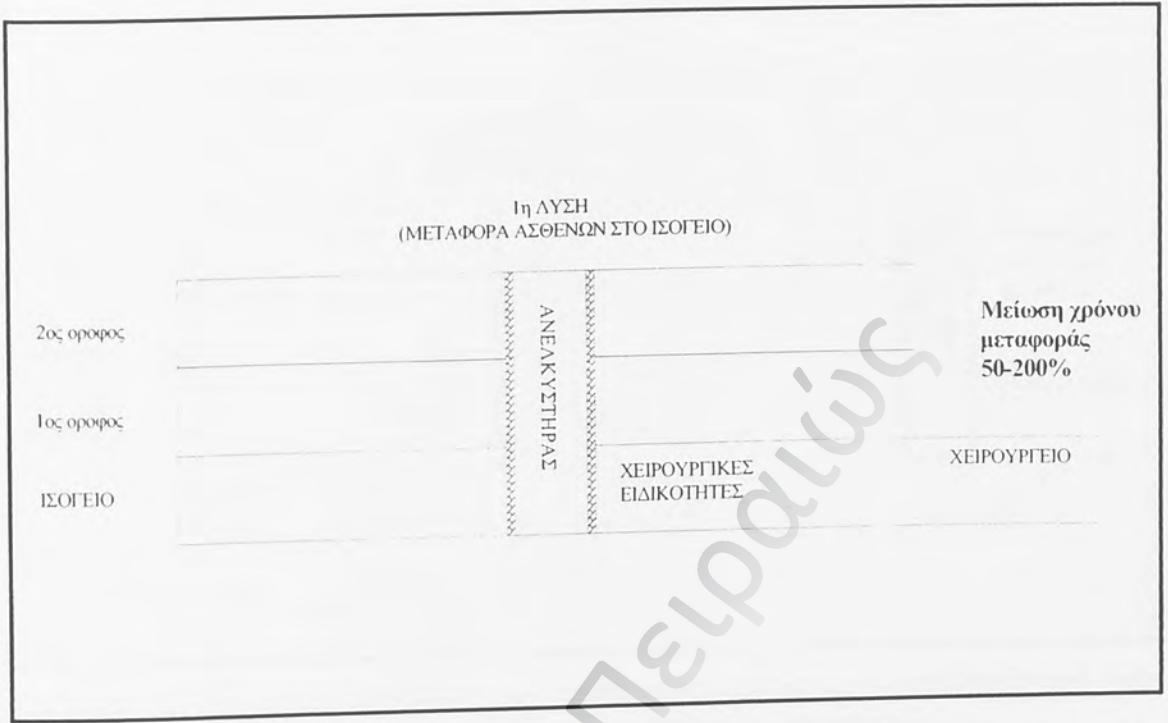
Τελευταία αλλά συνάμα η ιδανική και σίγουρα ακριβότερη λύση είναι η δημιουργία ενός ανελκυστήρα αποκλειστικά για τους ασθενείς του χειρουργείου. Ο ανελκυστήρας αυτός θα συνέδεε απευθείας τις κλινικές με το χειρουργείο, χωρίς περιττές μετακινήσεις σε διαδρόμους και δίχως τις καθυστερήσεις που προέρχονται από την χρήση του από το κοινό. Για μια τέτοια λύση πέραν του πιθανώς υψηλού κόστους, ουσιαστικά μειονεκτήματα είναι δύσκολο να εντοπιστούν. Αλλά το οικονομικό ζήτημα είναι σχετικό. Συχνά μεγάλο μέρος των κονδυλίων για την υγεία διανέμεται και καταναλώνεται για συντήρηση παλιών μη αποδοτικών μηχανημάτων και κτιρίων. Ίσως

είναι καλύτερα να αφιερώνεται ένα ποσό σε μία ακριβότερη αλλά αποδοτική επένδυση παρά να το κατανέμεται σε μικροδιορθώσεις και συντηρήσεις του ήδη υφιστάμενου αλλά μη αποδοτικού εξοπλισμού. Μπορεί το τελικό κόστος είναι το ίδιο (σχέδιο 39).

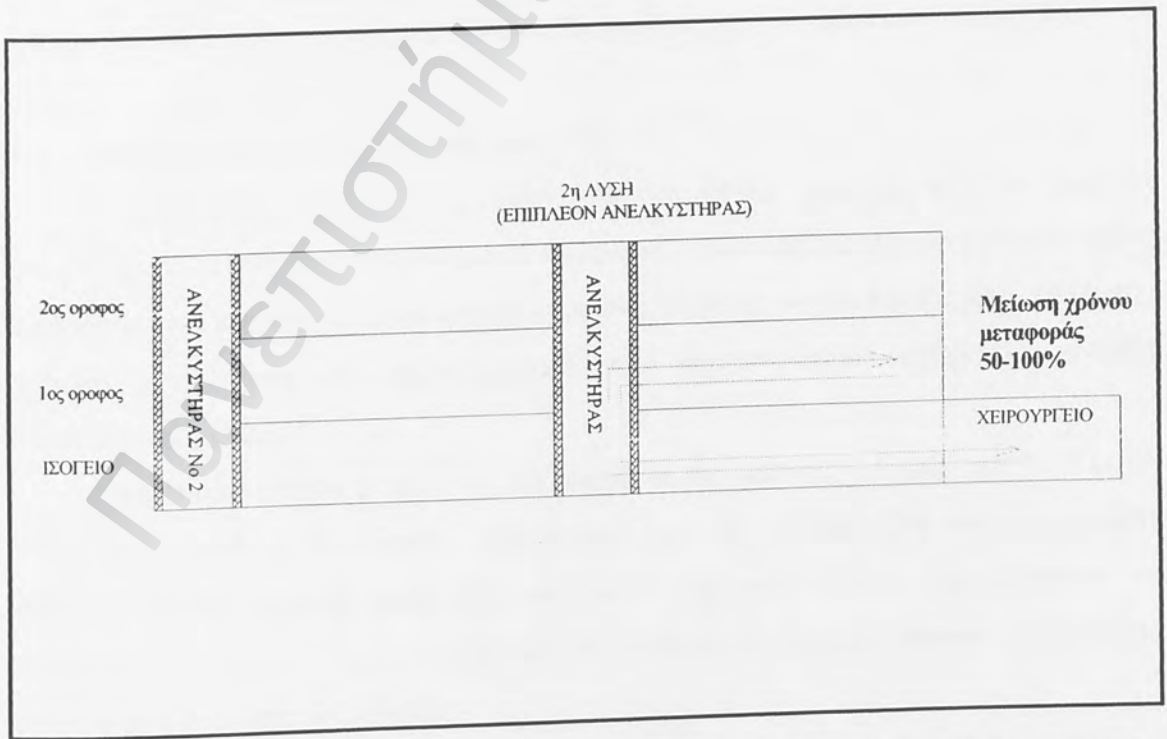
Επιπλέον υπάρχει το ιδιόμορφο κόστος της ευχαρίστησης του ασθενή σε πρώτο λόγο και του απασχολούμενου προσωπικού στη συνέχεια. Αυτό σπάνια εκτιμάται και μετριέται και είναι πολύ πιθανό εάν υπολογιστεί και αθροιστεί να υπερβαίνει κατά πολύ το κόστος κατασκευής ενός συστήματος ανέλκυσης. Ακολουθεί σχηματική απεικόνιση:



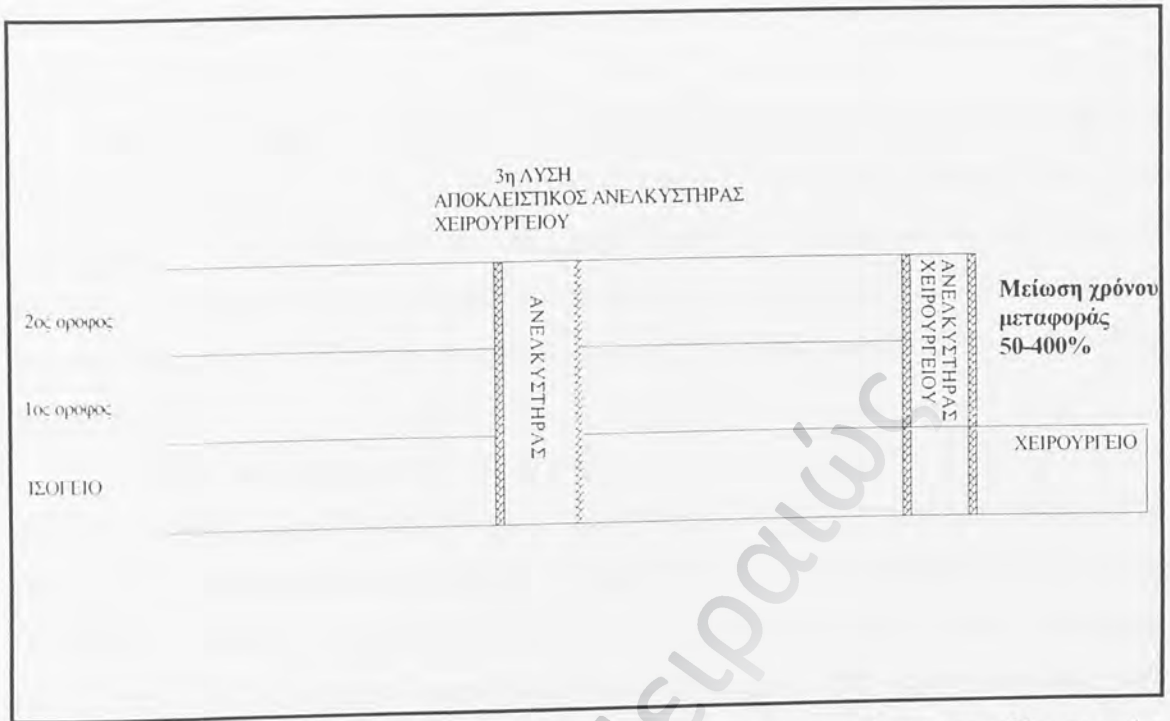
ΣΧΕΔΙΟ 36. Σχηματική απεικόνιση νοσοκομείου σήμερα.



ΣΧΕΔΙΟ 37. Σχηματική απεικόνιση νοσοκομείου μετά την προτεινόμενη μεταφορά των ασθενών στο ισόγειο.



ΣΧΕΔΙΟ 38. Σχηματική απεικόνιση νοσοκομείου μετά την προτεινόμενη τοποθέτηση ενός επιπλέον ανελκυστήρα.



ΣΧΕΔΙΟ 39. Σχηματική απεικόνιση νοσοκομείου μετά την προτεινόμενη τοποθέτηση ενός επιπλέον ανελκυστήρα αποκλειστικά για το χειρουργείο.

3.4 Διαδικασία παροχής υπηρεσιών στο Τμήμα Επειγόντων περιστατικών(ΤΕΠ)

3.4.1. Προβλήματα και ιδιαιτερότητες των ΤΕΠ

Όλοι σχεδόν οι άνθρωποι έχουν κάποιου είδους εμπειρία από τα τμήματα επειγόντων περιστατικών του ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου. Η εικόνα που συνήθως διαμορφώνεται περιλαμβάνει ατελείωτη αναμονή, μεγάλες ουρές, πολλές ώρες μέχρι την εξέταση ή τη λήψη των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων, ελλιπές προσωπικό σε αριθμό.

Παρόμοια εικόνα μπορεί να παρουσιάσει σε κάποιες στιγμές και το Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης που είναι το σημείο αναφοράς της μελέτης. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά σε μια τυπική ημέρα στα επείγοντα του νοσοκομείου, περιγράφονται οι διαδικασίες για το πώς λειτουργεί σήμερα, αναζητώνται τα προβλήματα και προτείνονται λύσεις μέσω της λιτής διαχείρισης.

Το ΤΕΠ αποτελείται από δύο ιατρεία, το παθολογικό και το χειρουργικό. Καθένα από τα δύο ιατρεία έχει από ένα κρεβάτι. Επίσης πλησίον του παθολογικού ιατρείου λειτουργεί θάλαμος βραχείας νοσηλείας, ενώ πλησίον του χειρουργικού ιατρείου λειτουργεί μια αίθουσα σηπτικού χειρουργείου για διάφορου είδους μικροεπεμβάσεις

(σχέδιο 40). Σημειώνεται ότι στο χώρο μπροστά από τα ιατρεία βρίσκεται ο χώρος υποδοχής των ασθενών.

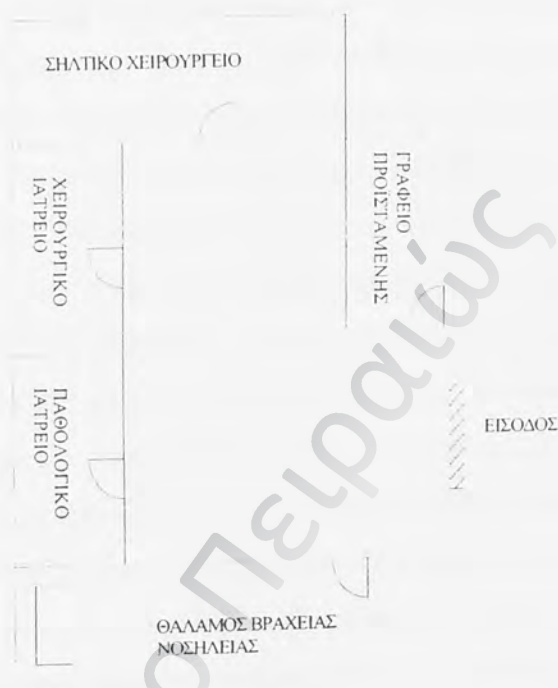
Από την πλευρά του προσωπικού τα ΤΕΠ λειτουργούν με δύο γιατρούς, έναν για το παθολογικό και έναν για το χειρουργικό ιατρείο και με δύο νοσηλεύτριες, μία αντίστοιχα για το κάθε ιατρείο. Στο χώρο υποδοχής βρίσκεται η προϊσταμένη. Σημειώνεται ότι στη νυχτερινή βάρδια υπάρχει μια μόνο νοσοκόμα και για τα δύο ιατρεία. Οι δυσκολίες που δημιουργούνται σε αυτή την περίπτωση είναι κάτι παραπάνω από προφανείς.

Ο ρόλος που διαδραματίζει η προϊσταμένη είναι στρατηγικός γιατί διακρίνει το είδος του προβλήματος (παθολογικό ή χειρουργικό) και το κατευθύνει ανάλογα τη σοβαρότητα του (για άμεση επέμβαση), τη χρονιότητά του (για πιθανή παραπομπή του σε τακτικό ιατρείο) και τέλος δημιουργεί μια σειρά προτεραιότητας. Στα ΤΕΠ του νοσοκομείου δεν λειτουργεί κάποιο σύστημα αρίθμησης της προτεραιότητας των ασθενών. Όλα αυτά εφόσον υπάρχει κάποια ομαλή ροή άφιξης ασθενών λειτουργούν σε ικανοποιητικό βαθμό. Όταν οι ανάγκες είναι αυξημένες δεν είναι λίγες οι φορές που η προϊσταμένη βρίσκεται σε κάποιο από τα ιατρεία για να συνδράμει στο νοσηλευτικό έργο, αντικαθιστώντας για παράδειγμα τη νοσηλεύτρια που πιθανώς βρίσκεται στην αποθήκη για ανεφοδιασμό των ΤΕΠ, γεγονός που επιφέρει αντίστοιχες επιπτώσεις στην εξυπηρέτηση των ασθενών.

Το ωράριο του ιατρού υπηρεσίας ξεκινά στις 7.30 π.μ. και ολοκληρώνεται στις 14.30, ενώ της νοσηλεύτριας είναι 7.00 με 15.00. Κατά μέσο όρο ο αριθμός των ασθενών είναι 25 με 30 άτομα για κάθε ιατρείο. Με ένα γρήγορο υπολογισμό βρίσκεται ότι για κάθε ασθενή ο γιατρός είναι σε θέση να αφιερώσει από 14 έως 16,8 λεπτά. Σε αυτό το χρονικό διάστημα ο γιατρός συμπληρώνει τα στοιχεία του ασθενούς στο βιβλίο των επειγόντων, λαμβάνει το ιστορικό, εξετάζει τον ασθενή, συμπληρώνει τα παραπεμπτικά για τις πιθανές εξετάσεις (μικροβιολογικές και ακτινογραφίες) και κατόπιν την αξιολόγηση των εξετάσεων αυτών, οδηγείται στην πιθανή διάγνωση και ανάλογα με αυτήν αποφασίζει τη θεραπευτική αγωγή ή την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο ή ακόμη και τη διακομιδή του σε κάποιο ειδικό νοσηλευτικό ίδρυμα.

Τα τρία τελευταία απαιτούν τη συμπλήρωση των αντίστοιχων εγγράφων – παραπεμπτικών. Στη φάση αυτή ο γιατρός βρίσκεται και σε τηλεφωνική επαφή με τους ειδικούς ιατρούς που βρίσκονται στους ορόφους των κλινικών και αν χρήζει ανάγκη κατευθύνονται και αυτοί στα επειγόντα για περαιτέρω οδηγίες. Για όλα αυτά ο γιατρός

έχει στη διάθεσή του περί τα 15 λεπτά. Χρόνος όχι αρκετός αλλά επαρκής για έναν ικανό ιατρό να ανταπεξέλθει.



ΣΧΗΜΑ 40. Δομή του τμήματος επειγόντων περιστατικών σήμερα.

Συνοψίζοντας οι διαδικασίες στο τμήμα ΤΕΠ έχουν ως εξής:

- Συμπλήρωση βιβλίου ΤΕΠ
- Ιστορικό και κλινική εξέταση
- Παραπομπή για εξετάσεις
- Εκτίμηση αποτελεσμάτων και διάγνωση
- Θεραπευτική αγωγή, εισαγωγή στο νοσοκομείο ή διακομιδή του ασθενή σε άλλο νοσοκομείο

Βέβαια ο τελικός χρόνος από την άφιξη μέχρι τη τελική διάγνωση δεν είναι 15 λεπτά αλλά πολλαπλάσιος. Και αυτό γιατί αρχίζει να αθροίζεται η αναμονή από το μικροβιολογικό εργαστήριο, από το κέντρο αιμοδοσίας καθώς και η αναμονή στο ακτινολογικό εργαστήριο ή στο τμήμα υπερήχων. Όλες αυτές οι αναμονές προσθέτουν καθυστέρηση. Έτσι πολλές φορές ανάλογα με το φόρτο εργασίας κάθε τμήματος η

τελική αναμονή του ασθενή ανάλογα με την περίπτωση μπορεί να είναι 2-3 και 4 ώρες κάποιες φορές.

Δυστυχώς οι παραπάνω καθυστερήσεις δεν είναι οι μοναδικές που παρατείνουν το χρόνο αναμονής και παράλληλα τη δυσαρέσκεια των ασθενών. Η ασύγχρονη άφιξη των ασθενών στα ΤΕΠ είναι συνήθης. Έτσι αν έρθουν δύο ή τρεις ασθενείς μαζί στα ΤΕΠ ο τελευταίος από αυτούς τους δύο ή τρεις θα έχει τουλάχιστον 20 με 30 λεπτά αναμονή μέχρι να εξεταστεί. Άλλο πρόβλημα είναι οι συχνές διακοπές κατά τη διάρκεια της εξέτασης ενός ασθενούς. Οι ήδη εξετασθέντες ασθενείς ή οι νεοεισαχθέντες εισέρχονται στο εξεταστήριο κάνοντας διάφορες ερωτήσεις για το πότε θα βγουν τα αποτελέσματά τους ή πότε θα εξετασθούν. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα περαιτέρω καθυστέρηση από τη διακοπή της τρέχουσας εξέτασης. Άλλη διακοπή είναι οι συχνές τηλεφωνικές κλήσεις στο ιατρείο των ΤΕΠ είτε από εξωτερικούς ασθενείς, είτε από συγγενείς που ρωτούν για τους οικείους τους, είτε διάφορες εσωτερικές γραμμές. Και όλα αυτά με μια σχετικά ομαλή ροή. Τι θα γίνει αν παρουσιαστεί η ανάγκη για ταυτόχρονη εξέταση δύο εξίσου σημαντικής σοβαρότητας περιστατικών; Όπως για παράδειγμα σε ένα τροχαίο, γεγονός πολύ συνηθισμένο στο τμήμα των ΤΕΠ. Πού θα εξυπηρετηθούν αυτοί και πώς; Το κρεβάτι στο δωμάτιο εξέτασης είναι μόνο ένα και αν υποθεθεί ότι ο δεύτερος ασθενής οδηγείται στο χώρο των μικροεπεμβάσεων, ο ιατρός θα αρχίσει μια διαρκή μετακίνηση από το ένα δωμάτιο στο άλλο για να τους παρακολουθεί, να τους εξετάζει, να τους θεραπεύει και να συμπληρώνει τα παραπεμπτικά. Είναι προφανές πως η κατάσταση αυτή και χρονοβόρα είναι και αναποτελεσματική. Ο ιατρός αναγκάζεται να καταφύγει στην αναζήτηση βοήθειας από συναδέλφους του που ασχολούνται στις κλινικές τους.

Διαπιστώνεται ότι η ιατρική και η νοσηλευτική υπηρεσία που μπορεί να παρασχεθεί σε τέτοιες συνθήκες είναι πλημμελής, η αναμονή μεγάλη και η δυσαρέσκεια ακόμη μεγαλύτερη.

3.4.2. Η λιτή παρέμβαση στα ΤΕΠ. Αποτελέσματα και συμπεράσματα

Το πιο δύσκολο για λιτές λύσεις στα ΤΕΠ είναι η διαπίστωση της ύπαρξης του προβλήματος, η πεποίθηση που πρέπει να αποκτηθεί ότι είναι πρόβλημα όλων και ότι η λύση του περνάει από τα χέρια όλων. Εάν υπάρχει η αντίληψη ότι είναι θέμα άλλων ή ότι η προβληματική κατάσταση είναι δεδομένη και ανίατη τότε κάθε ελπίδα λύσης έχει χαθεί. Η λιτή φροντίδα υγείας σε μια τέτοια κατάσταση θα μπορούσε να καταγράψει τις απόψεις όλων των εμπλεκόμενων (ιατρών – νοσηλευτών – ασθενών – τεχνολόγων –

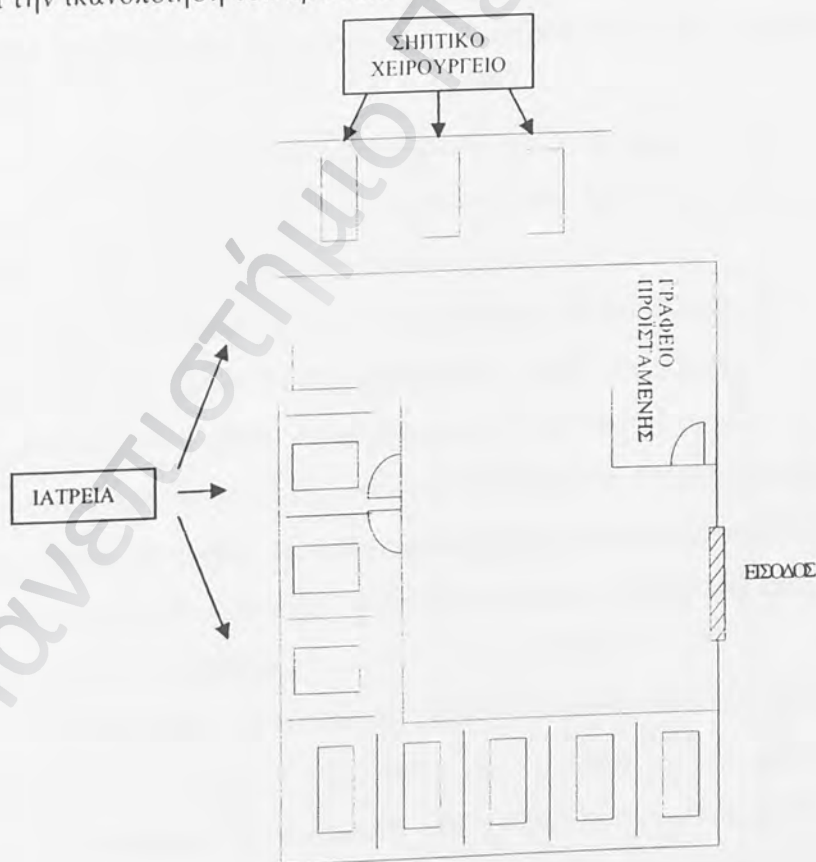
διοικητικών υπαλλήλων μέσω π.χ. συναντήσεων) και τις λύσεις που αυτοί προτείνουν. Να κάνει δηλαδή τον κάθε εμπλεκόμενο να συνειδητοποιήσει ότι εφόσον είναι μέρος του προβλήματος είναι και μέρος της λύσης του.

Κάποιες από τις προτεινόμενες λύσεις στην περίπτωση που έγινε η μελέτη είναι οι ακόλουθες (σχέδιο 41) :

- ⇒ Λειτουργικότερη δομή και επανασχεδιασμός του χώρου των επειγόντων. Θα ήταν προτιμότερο τα ιατρεία να διαθέτουν 2 ή 3 εξεταστικές κλίνες ή εναλλακτικά και ακόμη να υπήρχε ένας ενιαίος χώρος με 4 και 6 κλίνες με διαχωριστικά ανάμεσά τους που θα επέτρεπαν στον ιατρό (παθολόγο ή χειρουργό) τη γρήγορη εναλλαγή μεταξύ των ασθενών. Αυτό επίσης θα βοηθούσε στην αλληλοβοήθεια των ιατρών σε περιπτώσεις ειδικών αναγκών (σχέδιο 41)
- ⇒ Πλήρης μηχανογράφηση ιατρείων με ηλεκτρονικούς υπολογιστές ή τέτοια είδους παραπεμπτικά που να απαιτούν το λιγότερο δυνατό χρόνο για συμπλήρωση. Η απουσία γραφειοκρατίας είναι δεδομένο ότι θα επιτάχυνε πολύ τις διαδικασίες. Αν ο γιατρός είχε μια οθόνη και με ένα απλό πάτημα πήγαινε το αίτημα του στο μικροβιολογικό εργαστήριο, ο χρόνος που θα εξοικονομούταν θα ήταν ευεργετικός.
- ⇒ Η ύπαρξη τμήματος στο μικροβιολογικό εργαστήριο ή στο ακτινολογικό αποκλειστικά για την εξυπηρέτηση των ασθενών των ΤΕΠ. Ή εναλλακτικά η ύπαρξη φορητού απεικονιστικού μηχανήματος άνωθεν της εξεταστικής κλίνης για απευθείας ακτινολογικό έλεγχο ιδιαίτερα των βαρέως πασχόντων ή των δύσκολα μετακινούμενων ασθενών.
- ⇒ Ηλεκτρονική αναγραφή της τήρησης της προτεραιότητας των ασθενών με αναγραφή του αριθμού της σειράς τους έξω από την θύρα των ΤΕΠ.
- ⇒ Ενίσχυση του ρόλου της προϊσταμένης που όπως προαναφέρθηκε η παρουσία της είναι πολύτιμη. Ανάλυση καθηκόντων εκτίμησης σοβαρότητας, απλών ιατρικών πράξεων καθώς και η ενασχόληση της με τα τηλέφωνα των επειγόντων με σκοπό την προώθηση στους ιατρούς μόνο των απολύτως απαραίτητων για αυτούς τηλεφώνων.
- ⇒ Καλύτερη οργάνωση των ίδιων των εξεταστικών δωματίων π.χ. με τη τεχνική 5S. Δηλαδή φάρμακα, εργαλεία, μηχανήματα σε τάξη εύκολα προσβάσιμα από το νοσηλευτή και το γιατρό.

- ⇒ Σε περίπτωση εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο τα απαραίτητα και χρονοβόρα παραπεμπτικά να συμπληρώνονται σε δεύτερο χρόνο (ούτως ή άλλως ο ασθενής θα παραμείνει εντός του νοσοκομείου).
- ⇒ Απλοποίηση των διαδικασιών διακομιδής μέσω του ΕΚΑΒ. Από εμπειρίες ιατρών έχουν καταγραφεί τηλεφωνικές επικοινωνίες άνω των σαράντα λεπτών του εφημερεύοντος γιατρού με μεγάλο νοσοκομείο των Αθηνών προκειμένου να βρεθεί μία κλίνη. Σε περίπτωση αναζήτησης κλίνης σε ΜΕΘ η κατάσταση είναι πολύ χειρότερη.

Πολλές άλλες λύσεις θα μπορούσαν να προταθούν αναλύοντας το πρόβλημα από την οπτική γωνία του ασθενούς που εμπλέκεται σε αυτό. Το πρόβλημα δεν είναι η εύρεση λύσεων αλλά η εφαρμογή τους και η συνειδητοποίηση του προβλήματος με γνώμονα πάντα την ευχαρίστηση του ασθενή. Και είναι δεδομένο ότι η ευχαρίστηση του ασθενή θα φέρει και την ικανοποίηση του προσωπικού.



ΣΧΗΜΑ 41. Δομή του τμήματος επειγόντων μετά από τη λιτή παρέμβαση.

3.5 Αναζήτηση παροχής υπηρεσιών υγείας σε λιτά Νοσοκομεία σε παγκόσμια κλίμακα.

3.5.1 Μελέτη περιπτώσεων εφαρμογής εργαλείων και τεχνικών σε λιτά Νοσοκομεία.

Μετά την αναφορά σε προσωπικές εμπειρίες και διαδικασίες θα ήταν χρήσιμο να γίνει μια επαφή με τον τρόπο με τον οποίο εφαρμόζεται ήδη η φροντίδα υγείας σε ένα λιτό νοσοκομείο. Ουσιαστικά επιλέχθηκε μία μελέτη περίπτωσης στην οποία έχουν ήδη εφαρμοστεί συγκεκριμένες λιτές τεχνικές και οι οποίες επέφεραν τα αντίστοιχα αποτελέσματα.

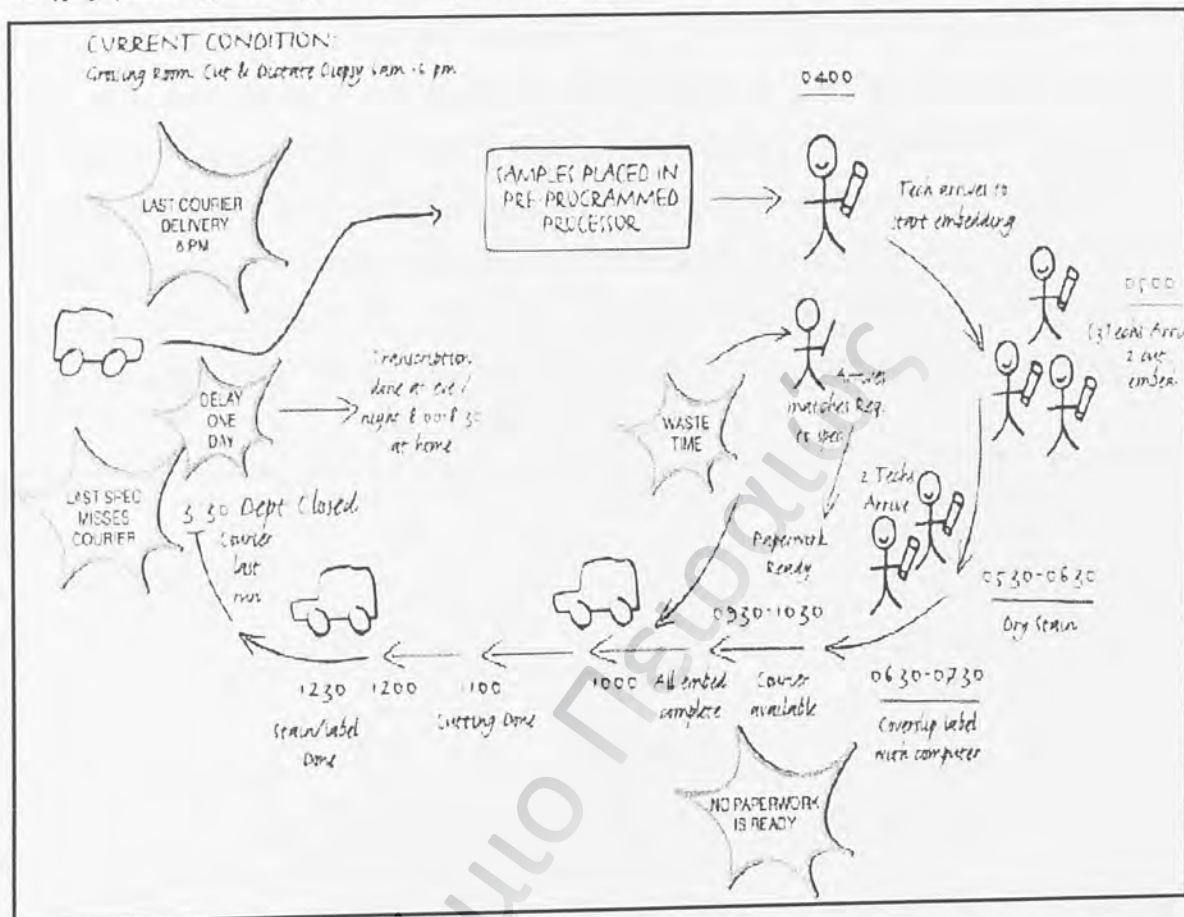
Η αναζήτηση περιπτώσεων λιτών εφαρμογών σε νοσοκομεία οδηγεί σε πληθώρα πηγών και δεδομένων [61][63]. Φαίνεται ότι η λιτή διαχείριση έχει αρχίσει να μπαίνει δυναμικά στο χώρο της υγείας. Τελικά μέσα από την πληθώρα των δεδομένων αυτών επιλέχθηκε η περίπτωση του Medical Center της Μοντάνα των Η.Π.Α που υποστηρίζεται από το Κρατικό Πανεπιστήμιο της Μοντάνα και το οποίο εφάρμοσε λιτή διαχείριση από το 2002 [5][11].

Μια διεξοδική περιγραφή των δεδομένων του νοσοκομείου αυτού ξεφεύγει από το σκοπό της μελέτης. Γίνεται προσπάθεια επικέντρωσης αποκλειστικά στις τεχνικές που εφαρμόστηκαν για να λειτουργήσει το νοσοκομείο αυτό λιτά.

Εξετάζεται η περίπτωση του εργαστηρίου παθολογικής ανατομικής του νοσοκομείου Μοντάνα. Στόχος της εφαρμογής λιτής διαχείρισης σε αυτό ήταν προσπάθεια μείωσης του χρόνου διακίνησης των γνωματεύσεων από τις βιοψίες. Σε κανονικές συνθήκες και πριν τη λιτή πρακτική ο χρόνος για να φτάσει μία γνωμάτευση στο θεράποντα ιατρό μπορούσε να φτάσει ακόμη και τις πέντε ημέρες. Προηγούμενες προσπάθειες για διόρθωση του αρνητικού αυτού στατιστικού μάλλον επιδείνωσε παρά βελτίωσε της κατάστασης επέφερε.

Έτσι κινητοποιήθηκαν οι τεχνολόγοι, οι παθολογοανατόμοι και γενικά όσοι ήταν κοντά στη διαδικασία λήψης των βιοψιών, για να εκθέσουν τα προβλήματα που αντιμετώπιζαν. Η ομάδα αυτή έφτιαξε έναν χάρτη αξίας ροής (value stream map-VSM) (διάγραμμα 42) ο οποίος περιέγραφε όλη τη διαδικασία από την αρχή της-με τη λήψη των δειγμάτων-μέχρι το τέλος της, με την παράδοση των γνωματεύσεων στο θεράποντα ιατρό. Το VSM έδειξε πλήθος περιοχών με καθυστερήσεις οι περισσότερες από τις οποίες λάμβαναν χώρα εντός του εργαστηρίου. Στο πλάνο που διαμορφώθηκε ετέθη ο

στόχος μείωσης του χρόνου περάτωσης της διαδικασίας από τις 5 ημέρες στις 2.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 42. Απεικόνιση της παρούσας κατάστασης στο πλάνο Value Stream Map του Medical Center.

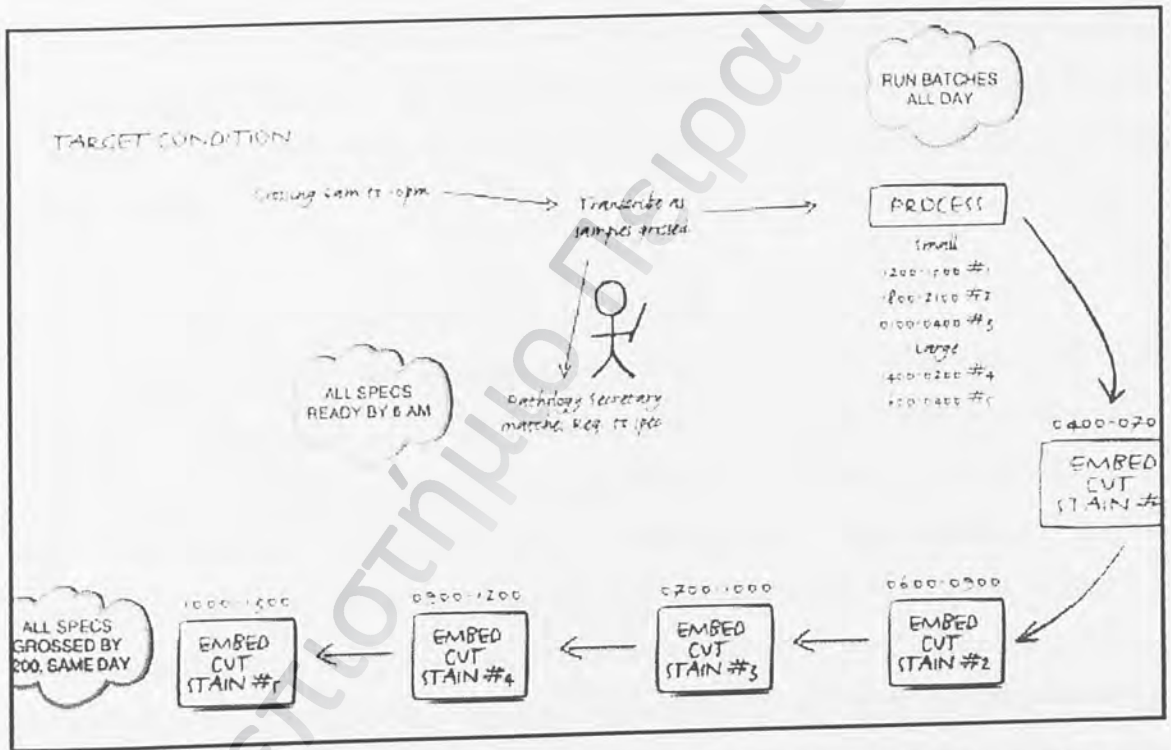
Κατόπιν έγινε χρήση αναφορών τύπου A3 για την εκτίμηση των επιμέρους προβλημάτων του V.S.M. Έτσι δημιουργήθηκε το διάγραμμα 42 που περιγράφει την παρούσα κατάσταση. Στο διάγραμμα αυτό εμφανίζονται πολύπλοκες ροές με πολλαπλές πιθανότητες για μεγάλες καθυστερήσεις. Μερικά από τα προβλήματα που ανέδειξε η αναφορά A3 ήταν τα ακόλουθα:

- Η διαδικασία στη ροή των συνοδευτικών εγγράφων διαφοροποιείται από την ροή του δείγματος της βιοψίας, ενώ θα έπρεπε να συγχρονίζονται.

- Πολλά δείγματα έφταναν στο εργαστήριο ακριβώς με τη λήξη του ωραρίου λειτουργίας του. Έτσι είτε εξετάζονταν την επόμενη ημέρα είτε οι τεχνολόγοι εργάζονταν υπερωρίες.

- Η έκδοση αντιγράφων των γνωματεύσεων πραγματοποιούνταν στον ίδιο χρόνο με τις βιοψίες, προσθέτοντας επιπλέον καθυστέρηση.

-Λάθη στη σήμανση των φιαλιδίων των βιοψιών. Τα λάθη αυτά ήταν τρία κάθε μήνα για να μειωθούν στο ένα κάθε δυόμισι μήνες μετά τη λήψη λιτών μέτρων. Μετά την αποκάλυψη των υπαρχόντων προβλημάτων ήρθε η στιγμή για τον σχεδιασμό της μελλοντικής κατάστασης όπως αυτή παρουσιάζεται στο σχεδιάγραμμα 2. Αν και το συγκεκριμένο ζήτημα είχε απασχολήσει και στο παρελθόν πολλακίς το προσωπικό και τους υπεύθυνους εντούτοις οι μέθοδοι που κατά καιρούς εφαρμόστηκαν για την επίλυση του δεν συνοδεύτηκαν με επιτυχία. Αντίθετα η λιτή διαχείριση πέτυχε τον προσδοκώμενο στόχο της αποπεράτωσης της διαδικασίας μέσα σε δύο μόνο ημέρες.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 43. Απεικόνιση της κατάστασης στόχου στο πλάνο Value Stream Map του Medical Center.

Τα βήματα στη μεθοδολογία και στις πρακτικές που ακολούθησε το Medical Center συνοπτικά έχουν ως εξής:

- Μελέτη του προβλήματος από το εμπλεκόμενο προσωπικό μετά από άμεση παρατήρηση.
- Δημιουργία διαγραμμάτων και V.S.M για την κατανόηση της συνολικής κατάστασης και την προώθηση λύσεων.
- Αναζήτηση αιτιών των προβλημάτων μέσω αναφορών τύπου A3.
- Πρόταση νέων δεδομένων για τον επανασχεδιασμό της διαδικασίας.
- Κατανόηση από το προσωπικό (για πρώτη φορά ίσως) της σημασίας του ρόλου του στη

διαδικασία της παρεχόμενης υπηρεσίας και της επίδρασης του στο τελικό προϊόν. -Τέλος το διάγραμμα που αποτελεί τώρα το μελλοντικό στόχο θα αποτελέσει την παρούσα κατάσταση για τις περαιτέρω μελλοντικές αλλαγές.

Αναφέρθηκαν σε προηγούμενη ενότητα τα ευρύτερα ευεργετικά αποτελέσματα που είχε η λιτή διαχείριση στην περίπτωση του Medical Center (συνοψίζονται στον τελευταίο πίνακα της παραγράφου 1.4). Είναι προφανές ότι οι τεχνικές της λιτής διαχείρισης δεν είναι μόνο αυτές. Το ποιες από αυτές θα χρησιμοποιηθούν εξαρτάται κάθε φορά τόσο από τον οργανισμό στον οποίο γίνεται αναφορά όσο και από την ιδιαιτερότητα και τις απαιτήσεις του πελάτη στον οποίο απευθύνονται. Δεν υπάρχει μαγική συνταγή για το πλήθος των τεχνικών που πρέπει να εφαρμοστούν. Πολλές φορές και η μία μπορεί να αρκεί. Το βασικότερο όμως είναι να γίνει γνωστή η ύπαρξή τους και η έγκαιρη προσαρμογή τους στην πραγματικότητα και στις επιθυμίες του εκάστοτε πελάτη-ασθενή.

3.5.2 Σύγκριση λιτών Νοσοκομείων με τη δική μας περίπτωση

Ο παραλληλισμός της περίπτωσης του λιτού νοσοκομείου Medical Center των Ηνωμένων Πολιτειών με το επαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης εκ πρώτης φαντάζει ανέφικτος και παράλογος. Και ως ένα βαθμό αυτό ισχύει γιατί τα δύο ιδρύματα έχουν διαφορετικά δεδομένα και διαφορετικές δυναμικότητες καθώς δραστηριοποιούνται σε δύο πολύ διαφορετικά συστήματα υγείας. Δηλαδή με πολύ απλά λόγια δεν επιδιώκεται η απόδειξη του σεναρίου ότι εφόσον η λιτή διαχείριση στέφθηκε με επιτυχία στο νοσοκομείο της Αμερικής θα μπορέσει να μεταφερθεί με την αντίστοιχη επιτυχία και στο Νοσοκομείο Σπάρτης. Μια τέτοια πράξη θα οδηγήσει με μαθηματική ακρίβεια στην αποτυχία.

Φαίνεται όμως ότι ακόμη και νοσοκομεία πρότυπα ή οργανισμοί κολοσσοί στο χώρο της υγείας συνειδητοποιούν ότι οι βελτιώσεις είναι πλέον δυνατές μέσα από απλές(λιτές) παρεμβάσεις που εφαρμόζονται με συγκεκριμένες τεχνικές στα πλαίσια της λιτής αντιμετώπισης. Υποκινούμενοι από τις χειροπιαστές βελτιώσεις που πέτυχαν τα λιτά νοσοκομεία ανά τον κόσμο, μπορεί να διαμορφωθεί και να στηριχτεί ένα πνεύμα αλλαγής και στο εργασιακό περιβάλλον του νοσοκομείου Σπάρτης. Και αυτό ακριβώς αποδεικνύει η περιγραφή των διαδικασιών παροχής φροντίδας υγείας που προκαλούν προβλήματα σήμερα. Η λιτή τους προσέγγιση μπορεί να οδηγήσει ακόμη και ένα μικρό επαρχιακό δημόσιο νοσοκομείο σε δυσανάλογα μεγάλες βελτιώσεις αν συγκριθούν με το χαμηλό κόστος εφαρμογής τους, την ευκολία προσαρμογής τους και το εύρος των

υπηρεσιών και προϊόντων που μπορούν να ενισχύσουν. Και γιατί όχι να γίνουν τελικά συγκρίσιμες με αντίστοιχες παρεμβάσεις άλλων νοσοκομείων, μιας και τα τελικά αποτελέσματα δεν θα παρουσιάζουν αισθητή διαφορά.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

4.1. Αναδρομική θεώρηση

Οι παραπάνω περιγραφείσες υπηρεσίες παροχής υγείας δεν είναι ούτε οι μοναδικές που έχουν πρόβλημα και μπορούν να βελτιωθούν, ούτε οι μοναδικές όπου μπορεί να εφαρμοστεί η λιτή διαχείριση. Ουσιαστικά αυτό που θα πρέπει να κατανοηθεί είναι ότι η λιτή σκέψη μπορεί να εφαρμοστεί οπουδήποτε και σε οποιαδήποτε διαδικασία. Από την πιο απλή μέχρι την πιο σύνθετη, είτε είναι πρωτεύουσα είτε δευτερεύουσα, είτε αφορά όλο το προσωπικό είτε μέρος αυτού. Μπορούν να απαριθμηθούν δεκάδες παράμετροι του νοσοκομείου που θα μπορούσαν να λειτουργήσουν λιτά, όπως η οργάνωση του φαρμακείου και της ανατροφοδότησης των κλινικών, η διαδικασία των ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία, οι εξετάσεις στο μικροβιολογικό εργαστήριο, η ποιότητα του φαγητού στο νοσοκομείο, η εύκολη πρόσβαση των ασθενών σε αυτό, η ειδική μέριμνα για ΑΜΕΑ και υπερήλικες, η σήμανση εντός του νοσοκομείου και πολλές άλλες. Το πρόβλημα όμως δεν αρκεί απλά να εντοπιστεί. Μπορεί αρχικά να δείχνει θεωρητική η επίλυσή τους. Θα πρέπει όμως να συνειδητοποιηθεί ότι κάθε αλλαγή στην αρχή της είναι δύσκολη. Παραδείγματα νοσοκομειακών μονάδων (όπως αναφέρθηκαν στην §1.5) που εφάρμοσαν λιτή διαχείριση και τώρα απολαμβάνουν τους καρπούς των προσπαθειών τους μαρτυρούν ότι υπάρχει μέλλον μέσα από αυτή τη θεώρηση. Σε καμία περίπτωση βέβαια η εφαρμογή δεν είναι εύκολη.

4.2 Παρερμηνείες της λιτής διαχείρισης στη φροντίδα υγείας

Για την αποφυγή παρερμηνειών και την εξαγωγή λανθασμένων συμπερασμάτων κρίνεται απαραίτητη η αποσαφήνιση της κατάστασης σχετικά με το τι δεν αποτελεί η λιτή φροντίδα υγείας [62].

Λιτή διαχείριση δε σημαίνει μειώσεις και περικοπές. Αντίθετα σημαίνει την απόκτηση της ικανότητας να βελτιωθεί η ποιότητα και η ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στον ασθενή κάνοντας χρήση των υπάρχοντων δυνατοτήτων και μέσων.

Εναλλακτικά σημαίνει πως μπορούν να πραγματοποιηθούν τα ίδια επιτεύγματα με τη χρησιμοποίηση λιγότερου προσωπικού.

Σκοπός της λιτής διαχείρισης δεν είναι η διαμόρφωση μιας τέτοιας πραγματικότητας όπου το ασχολούμενο προσωπικό θα φαίνεται περιττό. Ούτε αποτελεί το μέσο για την αέναη μείωση του κόστους. Αντίθετα σκοπός της είναι η καλύτερη διαχείριση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε όσο το δυνατό χαμηλότερο συνολικό κόστος.

Η λιτή διαχείριση δεν είναι ανασχηματισμός. Διαπραγματεύεται την αλλαγή της ίδιας της εργασίας και όχι αυτού που δίνουν τις οδηγίες στον εργασιακό χώρο ή τους υφισταμένους τους. Εάν η εργασία με την οποία απασχολείται το προσωπικό δεν αλλάζει και δεν εξελίσσεται τότε ο ανασχηματισμός είναι ανέφικτος. Όταν ο ανασχηματισμός παρεμβαίνει στο τρόπο με τον οποίο πρέπει να πραγματοποιείται η εργασία τότε είναι χειρότερος και ουσιαστικά άχρηστος. Μερικές φορές οι οργανισμοί χρειάζονται ανασχηματισμό. Ο γενικός κανόνας που θα πρέπει να ακολουθηθεί στην περίπτωση αυτή είναι ότι ο ανασχηματισμός θα πρέπει να επιτευχθεί αφού πρωτίστως έχουν εντοπιστεί τα προβλήματα του χώρου εργασίας. Δεν πρέπει ο ανασχηματισμός να προηγείται της εντόπισης των προβλημάτων.

Η λιτή διαχείριση τέλος δεν μπορεί να ταυτιστεί με τις βελτιώσεις που χαρακτηρίζουν τους υπόλοιπους παραγωγικούς τομείς. Η βελτίωση της παραγωγής συχνά σημαίνει την εντονότερη εκμετάλλευση και εργασία του υπάρχοντος έμψυχου και άψυχου κεφαλαίου (εργατικό δυναμικό και μηχανές). Αλλά είναι άσκοπο να εργάζεται κανείς σκληρά και να κοπιάζει σε λάθος πράγματα. Αν η προσπάθεια να λειτουργήσει το σύστημα πιο αποτελεσματικά εξακολουθεί να περιέχει καθυστερήσεις και προβλήματα τότε το επιθυμητό αποτέλεσμα δεν θα μπορέσει να γίνει εφικτό. Η λιτή διαχείριση δεν ταυτίζεται με την έννοια της παραγωγικότητας. Αντίθετα ευθυγραμμίζει κάθε είδους εργασία εντός του οργανισμού - εδώ νοσοκομείου - με τέτοιο τρόπο ώστε ο ασθενής να κατευθύνεται, να ρέει, μέσα σε κάθε διαδικασία με τέτοιο τρόπο ώστε να έχει τις λιγότερες καθυστερήσεις και να απολαμβάνει τις υπηρεσίες, τα υλικά και τις πληροφορίες που ικανοποιούν τη ζήτησή του.

4.3 Τελική εκτίμηση

Αυτό που θεωρείται τελικά χρήσιμο να μείνει στον αναγνώστη, είναι η γνωριμία σε πρώτη φάση και η κατανόηση στη συνέχεια του τρόπου αυτού διαχείρισης. Όχι μόνο για την υγεία αλλά και για οποιοδήποτε άλλο οργανισμό. Είναι προφανές ότι η επιφυλακτικότητα στην αντιμετώπιση του άγνωστου είναι δεδομένη. Μπορεί όμως δοκιμαστικά να εφαρμοστεί εν μέρει, να γίνουν οι απαραίτητες μετρήσεις, να κριθεί και με υπομονή να ελεγχθεί. Μπορεί η «λιτή σκέψη» τελικά να επιφέρει ευεργετικά αποτελέσματα στην πραγματικότητα οποιουδήποτε.

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την εργασία αυτή καθαυτή ποικίλουν. Δεδομένες πρέπει να θεωρηθούν οι ιδιαίτερες δυσκολίες που αντιμετωπίστηκαν ως προς την εύρεση υλικού και τη σχεδόν παντελή έλλειψη ελληνικής βιβλιογραφίας. Πρόκειται για ένα θέμα για το οποίο δε βρέθηκαν ελληνικά συγγράμματα, άρθρα ή εργασίες. Αποκλειστικά μέσα από τη ξένη βιβλιογραφία έγινε προσπάθεια προσέγγισης του θέματος της λιτής φροντίδας υγείας. Η δυσκολία έγκειται στο ότι κάθε χώρα έχει τις δικές της ιδιαιτερότητες, νόμους, θεσμούς και κουλτούρα..

Η προσπάθεια μελέτης μίας πρότασης πιλοτικής – θεωρητικής εφαρμογής της λιτής σκέψης έγινε σε λειτουργίες και διαδικασίες δοκιμασμένες και σε άλλα λιτά νοσοκομεία και αυτό βοήθησε στην ύπαρξη ενός μέτρου σύγκρισης και ενός σημείου αναφοράς. Η πιλοτική εφαρμογή πραγματοποιήθηκε όχι για θέματα εντυπωσιασμού ή για να πειστεί ο αναγνώστης. Θεωρήθηκε ότι είναι ένας τρόπος για εύκολη κατανόηση μέσω πρακτικών εφαρμογών. Και εδώ υπήρξαν αντικειμενικές δυσκολίες γιατί η συλλογή δεδομένων στηρίχτηκε ουσιαστικά σε προσωπικές εμπειρίες και σε αναφορές ασθενών και προσωπικού. Το γεγονός ότι εντοπίστηκαν συγκεκριμένες διαδικασίες και δόθηκαν συγκεκριμένες λύσεις δεν πρέπει να θεωρείται απόλυτο. Κάθε αναγνώστης θα μπορούσε να αντιτάξει πληθώρα επιχειρημάτων για την αδυναμία πραγμάτωσης των προτεινόμενων ιδεών. Αλλά αυτός τελικά είναι ο στόχος της μελέτης και ο στόχος της λιτής διαχείρισης που παρουσιάστηκε. Να προβληματίσει, να κινητοποιήσει, να φέρει στο προσκήνιο έναν άλλο τρόπο σκέψης, του οποίου η πιθανή εφαρμογή να γίνει με μοναδική επιδίωξη την απομάκρυνση των διαδικασιών που δεν προσδίδουν αξία και δεν ευχαριστούν τον πελάτη – ασθενή. Ήδη τα πρώτα θετικά μηνύματα της λιτής διαχείρισης ήρθαν πριν ακόμη αυτή παρουσιαστεί. Κατά τη διάρκεια της μελέτης στο Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης ο Διευθυντής της Ορθοπαιδικής Κλινικής έδειξε μεγάλο ενδιαφέρον για όσα του παρουσιάστηκαν και γνώρισε και γιατί όχι να προχωρήσει

σύντομα στην εφαρμογή κάποιων από τις προτεινόμενες λιτές λύσεις. Η ενημέρωση και το ανοιχτό μυαλό των ανθρώπων που βρίσκονται στα κομβικά σημεία των οργανισμών ίσως πολλές φορές είναι αρκετή για την έναρξη αλλαγών και ουσιαστικών βελτιώσεων στο χώρο της Υγείας.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Α

Παράρτηματα τεχνικών. Οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν στην συγκεκριμένη εργασία είναι ουσιαστικά οι συνεντεύξεις καθώς και η προσωπική εμπειρία του συγγραφέα. Για τις συνεντεύξεις δεν υπήρχε ένα πρότυπο ερωτηματολόγιο. Οι ερωτήσεις διαμορφώνονται ανάλογα με τους ερωτηθέντες, το χώρο εργασίας τους, το αντικείμενό τους και το είδος της πληροφορίας που επιθυμούσαμε να αντλήσουμε.

Επίσης στο τελευταίο μέρος της εργασίας που αφορά τη μελέτη πρότασης για πιλοτική εφαρμογή χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές και μεθοδολογίες όχι συγγραφής εργασίας ή συγκέντρωσης υλικού, αλλά οι ίδιες οι τεχνικές της λιτής διαχείρισης που πραγματεύεται η διπλωματική εργασία.

Κάποιες από τις τεχνικές αυτές ήταν: η αναφορά A3, το Value Stream Map, το 5S.

Παράρτημα Β

Γλωσσάριο λιτών όρων

Ικανό (capable): στο σχεδιασμό αξίας ροής ένα βήμα της διαδικασίας θεωρείται ικανό εάν παράγει ένα καλό αποτέλεσμα κάθε φορά.

Κυκλικός χρόνος (cycle time): ο χρόνος που απαιτείται για την ολοκλήρωση ενός βήματος της διαδικασίας.

Ροή (flow): η προοδευτική επίτευξη των διαδικασιών κατά την αξία ροής έτσι ώστε ένα προϊόν προχωράει από το σχεδιασμό στην παραγωγή, από την παραγγελία στην παράδοση και τελικά από τα ακατέργαστα υλικά στα χέρια του καταναλωτή χωρίς διακοπές, φραγμούς, περικοπές.

Ακριβώς στην ώρα (Just in time): ένα σύστημα για την παράδοση των σωστών τεμαχίων στο σωστό χρόνο και στη σωστή ποσότητα.

Γεγονός KAIZEN (Kaizen events): συνεχόμενη και αυξανόμενη βελτίωση μιας δραστηριότητας με σκοπό τη δημιουργία περισσότερης αξίας και λιγότερης καθυστέρησης.

Σήμα (KANBAN): πληροφοριακό σύστημα το οποίο μας ενημερώνει για το πότε θα παραχθεί, θα μετακινηθεί, ή θα ανεφοδιαστεί ένα προϊόν ή μία διαδικασία.

Οδηγός χρόνος (Lead time): ο ολικός χρόνος που πρέπει να αναμείνει ο πελάτης για να παραλάβει ένα προϊόν ή μία υπηρεσία μετά την παραγγελία του. Στην περίπτωση της υπηρεσίας είναι ο χρόνος από την αρχή μέχρι το τέλος της υπηρεσίας (από την στιγμή

που ο ασθενής φτάνει στο νοσοκομείο μέχρι την αναχώρησή του).
MUDA: καθυστέρηση (ιαπωνικός όρος).

Ανθρώπινη απόσταση (people distance) : η απόσταση που το προσωπικό πρέπει να διανύσει για να ολοκληρώσει το έργο του.

Απόσταση προϊόντος (product distance) : η απόσταση που το προϊόν διανύει μέχρι να φτάσει στον καταναλωτή.

Έλξη (pull) : πρόκειται για σύστημα στο οποίο τίποτα δεν παράγεται από τον εφοδιαστή μέχρι ο πελάτης να δώσει το σήμα ύπαρξης συγκεκριμένης ανάγκης.

Χρόνος τακτοποίησης (set up time): ο συνολικός χρόνος που δαπανάται προκειμένου να ετοιμαστούμε για μία πράξη που θα προσφέρει αξία.

Τυποποιημένη εργασία (standard work) : μια προσεκτική περιγραφή κάθε δραστηριότητας και εργασίας που προσδιορίζει τον κυκλικό χρόνο, το χρόνο takt, την ακολουθία των εργασιών σε συγκεκριμένους τομείς για κάθε μέλος της ομάδας και την ελάχιστη ποσότητα υλικών που χρειάζονται για να προάγουν τη δραστηριότητα.

Χρόνος takt (takt time): προκύπτει από τον διαθέσιμο χρόνο παραγωγής διαιρεμένο με τον ρυθμό της ζήτησης από τον πελάτη. Για παράδειγμα εάν η ζήτηση του πελάτη (ασθενή) σε ένα νοσοκομείο είναι 240 ακτινογραφίες την ημέρα και το ακτινολογικό εργαστήριο δουλεύει για 8 ώρες ή αλλιώς 480 λεπτά τότε ο χρόνος takt είναι 2 λεπτά. Ο χρόνος takt ρυθμίζει το βήμα της παραγωγής ώστε να ταιριάζει με το ρυθμό ζήτησης από τον πελάτη και έτσι γίνεται ο βηματοδότης κάθε λιτού συστήματος.

Διάμεσος χρόνος (through put time): περιλαμβάνει και το χρόνο διαδικασίας και το χρόνο αναμονής.

Αξία (value): η ικανότητα που παρέχεται στον πελάτη στο σωστό χρόνο και στην ιδανική τιμή, όπως προσδιορίζεται σε κάθε περίπτωση από τον ίδιο τον πελάτη.

Ροή αξίας (value stream): οι συγκεκριμένες δραστηριότητες που απαιτούνται για το σχεδιασμό, την παραγγελία και την παροχή ενός συγκεκριμένου προϊόντος ή υπηρεσίας.

Σχεδιασμός ροής αξίας (value stream mapping): η αναγνώριση όλων των συγκεκριμένων δραστηριοτήτων που λαμβάνουν χώρα στη ροή της αξίας για ένα προϊόν ή μία υπηρεσία.

Πολύτιμος (valuable) : στο σχεδιασμό της ροής αξίας ένα βήμα στη διαδικασία θεωρείται πολύτιμο όταν δημιουργεί αξία για τον πελάτη.

Καθυστέρηση (waste) : οτιδήποτε δεν προσθέτει αξία στο τελικό προϊόν ή στη τελική υπηρεσία στα μάτια του πελάτη. Ή αλλιώς μία δραστηριότητα για την οποία ο πελάτης δεν θα πλήρωνε αν γνώριζε εκ των προτέρων τι θα συμβεί.

ΠΗΓΕΣ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

1. www.who.int/library/collections/historical/en/index3
2. RODOLFO SARACCI : “The World Health Organization needs to reconsider its definition of health”, BMJ 1997; 314:1409, 10 May
3. ΓΙΑΝΝΗΣ ΤΟΥΝΤΑΣ: “Τι είναι υγεία”, Εφημερίδα Ελευθεροτυπία 20/03/2008
4. www.bestrong.org.gr/el/healthliving/healthandwellnes/generalabouthealth/
5. SPEAR S., BOWEN H.K., “Decoding the DNA of the Toyota Production System”, Harvard Business Review: τεύχος 77: σελίδες 97-106: Σεπ-Οκτ, 1999
6. SOBEK D.K, LIKER J.K, WARD A.C. “Another Look at How Toyota Integrates Product Development”, Harvard Business Review: τεύχος 76: σελίδες 36-49, Ιούλ-Αύγ, 1998
7. J.WOMACK, A.BYRNE, O.FIUME, G.KAPLAN, J.TOUSSAINT, “Going lean in Health Care”, paper based on presentations during an IHI Calls in January and February 2005.
8. J.A BAHENSY, J.ROE, R.BOLTON, “Lean Sigma-Will It Work for Healthcare;” Journal of Healthcare Information Management : Χειμώνας 2005, τεύχος 19, σελίδες 39-44.
9. SPEAR S, “Learning to Lead at TOYOTA”, Harvard Business Review :May 2004, pp 78-86
10. WOMACK J, JONES D.T., “From Lean Production to the Lean Enterprise”, Harvard Business Review: March-April 1994, pp 93-103
11. C.JIMMERSON, D.WEBER, D.K.SOBEK II, “Reducing Waste and Errors: Piloting Lean Principles at IHC”, Joint Commission Journal on Quality and Safety, Volume 31, No 5, May 2005, pg 249-257
12. JOEL CUTCHER-GERSHENFELD, “Lean Thinking”, presentation for MIT leaders for Manufacturing Program (LFM), summer 2004
13. C.CALKINS, J. SVIOKLA: “What health consumers want”, Harvard Business Review, 1 December 2007
14. www.lean-healthcare.co.uk
15. www.lean.org/WhatsLean/History.cfm

16. WOMACK J, JONES D.T., ROOS D.: "The Machine that Changed the World: The Story of Lean Production", Rawson and Associates, New York, 1990.
17. WOMACK J and JONES D.T., "Lean Thinking", Simon and Schuster, New York, 1996.
18. L.ENGLISH, "IQ and Muda: Information Quality Eliminates Waste", DM Review Magazine, September 2005
19. www.leanuk.org/articles/leanthinking_for_the_nhs.pdf
20. M.HOEL, E.M.SAETHER, "Public health care with waiting time: the role of supplementary private healthcare, Journal of Health Economics, Volume22, Issue 4, July 2003, pp599-616
21. S.MATHIESON, "Lean Healthcare. Wait Watchers", The Health Service Journal, Volume 116, March 2003, pp 4-5
22. www.leanadvisors.com/Lean/tools/lean_management
23. PAVNASKAR S.J.; GERSHENSON J.K.; JAMBEKAR A.B. International Journal of Production Research, "Classification scheme for lean manufacturing tools" Volume 41, Number 13, 10 September 2003 , pp. 3075-3090
24. DAVID.A.TAYLOR, "Διαχείριση Εφοδιαστικής Αλυσίδας", Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα 2006, σελ.40 και 160-163
25. R.F. ERLANDSON, D.SANT, "Poka-Yoke process controller: designed for individuals with cognitive impairments" Assistive technology: the official Journal of Resna, Volume 11, issue 2, pp 102-112, January 1998
26. M.FISHER, "Process improvement by Poka-Yoke", Work Study, Volume 48, Issue 7, pp 264-266, 1999
27. S.J.SPEAR, "Fixing Healthcare From Inside, Today", Harvard Business Review, Volume 83, Issue 7, pp 78-92, September 2007(27/9/2005).
28. BJ BERKLEY, "A review of the Kanban production control research literature" Production and Operations Management, Volume 1, No 4, 1992, pp393-411
29. B.C.GIRI, K.S.CHAUDHURI, "An economic production lot-size model with shortages and time-dependent demand" ,IMA J Management Math, July 1999;Volume 10:pp 203 - 211.
30. www.isixsigma.com/dictionary/Value_Stream_Mapping-413.htm
31. WOMACK J and JONES D.T., "Lean Consumption", Harvard Business Review, March 2005, pp 3-13
32. thequalityportal.com/notes/A3Sobek.pdf

33. www.whittierconsulting.com/pdf/anatomy_of_a3.pdf
34. www.tpmonline.com/papakaizen/articles_on_lean_manufacturing_strategies/5s.htm
35. www.leanadvisors.com/Lean/articles/5s_workplace.cfm
36. www.leanadvisors.com/Lean/tools/kaizen.cfm
37. P.B. DOERINGER, E.LORENZ, D.G TERKLA, "The adoption and diffusion of high-performance management: lessons from Japanese multinationals in the West" Cambridge Journal of Economics, March 2003, Volume 27, pp 265 - 286.
38. K. ADDLEY, How I address quality and teamwork issues in the occupational health department, Occupational Medicine, May 1998, Volume 48, pp 273 - 278.
39. T.MANOS, "Value Stream Mapping-An Introduction", Quality Progress, June 2006, pp 64-69.
40. www.ihl.org/IHI/Results/WhitePapers/GoingLeaninHealthCare.htm
41. NELSON-PETERSON DANA L, LEPPA CAROL J, "Creating an Environment for Caring Using Lean Principles of the Virginia Mason Production System", Journal of Nursing Administration, Volume 37 (6), pp287-294, June2007
42. H. DE KONING, J.P.VERNER, J.VAN DE HAUVEL, S.BISSGAARD, R.J DOES, "Lean Six Sigma in Healthcare", Journal for healthcare quality: official publication of the National Association of Healthcare Quality, Volume 28, Issue 2, March 2006, pp 4-11
43. M.SAKO, "From individual skills to organizational capability in Japan", Oxford Review Economic Policy, Volume 15, Spring 1999, pp 114-126
44. R.E.ADAMS, J.A BOSCARINO, "A community survey of medical errors in New York", International Journal for Quality in Healthcare, Volume 16, October 2004, pp353-362
45. www.leanadvisors.com/Lean
46. J.L.HESKETT, T.O JONES, G.W.LOVEMAN., W.E.SASSER JR, "Putting the Service-Profit Chain to Work", Harvard Business Review, March-April 1994, pp164-174
47. R.S DERLET, J.R.RICHARDS, R.KRAVITZ, "Frequent overcrowding in US emergency departments", Academic Emergency Medicine, Volume 8, No 2, February 2001, pp 151-155
48. C.M.CHRISTENSEN, R.BOHRER, J.KENAGY, "Will disruptive innovations cure health care?" Harvard Business Review, September- October 2000, pp 101-111
49. R.SCHARTZ, K.H.COHN, "The necessity for physician involvement in strategic planning in healthcare organizations", The American Journal of Surgery, Volume 184, Issue 3, September 2000, pp 269-278

50. PM GINTER, LE SWAYNE, WJ DUNCAN, Strategic Management of Health Care Organizations, FOURTH EDITION, 2002, Blackwell Publishing, pp137-173
51. ΑΘ.ΒΟΖΙΚΗΣ, Σημειώσεις στα Οικονομικά της Υγείας, MSC in Health Management, University of Piraeus, 2007-2008
52. Κ.ΠΑΠΑΔΗΣ, "Ποιες είναι οι επώδυνες αλλαγές που φέρνει το νέο ασφαλιστικό νομοσχέδιο;", Ανάπτυξη, οικονομικό ένθετο της εφημερίδας Βήμα της Κυριακής, 09/03/2008, σελ.6-7
53. L.S.GINSBURG, "Total quality management healthcare: A goal setting approach", Advances in Health Care Management, Volume 2, 2001, pp 265-290
54. R.G KULKARNI, "Going lean in the Emergency Department: A strategy for Addressing Emergency Department Overcrowding, MedGenMed, Published on line, 2007; 9(4), 14 December 2007
55. www.lean.org/WhatsLean/CommonLeanQuestions.cfm
56. F.BALL'E, M. BALL'E, "The Gold Mine: a novel of lean turnaround", Published by the Lean Enterprise Institute, June 1 2005 (οι αναφορές γίνονται από αποσπάσματα του βιβλίου που παρατίθενται στο site www.lean.org)
57. www.hospspa.gr
58. Γ.ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ, Σ.ΚΑΠΤΑΝΗΣ, Μ.ΣΑΛΑΠΑΤΑ, Λ. ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΗΣ, Γ. ΣΟΛΩΜΟΥ, Γ.ΤΟΡΝΑΡΗΣ, Ν.ΛΙΑΡΑΚΟΣ : "Ζήτηση υπηρεσιών υγείας από παιδιατρικούς ασθενείς στο χειρουργικό ιατρείο τμήματος επειγόντων περιστατικών δευτεροβάθμιου νοσοκομείου", Αναρτημένη ανακοίνωση που παρουσιάστηκε στο 45^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, 25-27 Μαΐου 2007 στη Χαλκιδική.
59. Ν.ΠΟΛΥΖΟΣ, Ι.ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, "Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας", Οικονομικά της Υγείας, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Τεύχος 17, Κεφάλαιο 6, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2000, σελίδες 627-639
60. www.leanadvisors.com/valuestreammapping_6.cfm
61. www.leanadvisors.com/Lean/Healthcare/articles/lean_healthcare_results.cfm
62. www.leanhealthcare.org.uk
63. NEWMAN K., "Towards a new health care paradigm. Patient-focused care. The case of Kingston Hospital Trust". Journal Management Medicine 1997;11(5-6):357-71
64. S.SCASCITTI, L.MAPA, H.HAGG."Healthcare Quality Partnerships: An Emerging Educational Frontier for Industrial Engineering Technology Programs", RCHE Publications, Purdue Libraries, 2006.

65. T. YOUNG, S. BRAILSFORD, C CONELL, R DAVIES, ' Using industrial processes to improve patient care, British Medical Journal, Volume 17;328, January 2004, pp162-164
66. S.J.SPEAR, "Fixing Healthcare from the Inside", Today", British Medical Journal, 27/9/2005
67. M.LESLIE, C.HAGOOD, A.ROYER, C.P.REECE, S.MALONEY, "Using lean methods to improve OR turnover times", AORN Journal, Νοέμβριος 2006, τόμος 84, τεύχος 5, σελίδες 849-855.
68. JONES D, FILOCHOWSKI J, "Lean healthcare. Think yourself thin" The Health Service Journal , Volume 116, April 2006, pp 6-7.
69. S.SCASCITTI, H.HAGG, D.SUSKOVICH, J.WORKMANN-GERMANN, B.HUDSON, J.SWARTZ, C.VANNI, Adaptation of Lean Methodologies For Healthcare Applications, paper, RCHE Publications, Purdue Libraries, 2007.
70. J.C.LONG, "Healthcare Lean", Mich Health Hospital, Volume 39, Issue 4, July-August 2003, pp 54-55

Πανεπιστήμιο Πειραιώς