

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΜΑΡΑΥΓΑΚΗ

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ : Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

ΠΕΙΡΑΙΑΣ 2007

EVAGGELIA MARAVGAKI

**TOTAL QUALITY MANAGEMENT IN THE GREEK HOSPITAL:
THE OPERATING ROOM THEATRE**

Graduate Thesis for the Degree “Master in Health Management”

PIRAEUS 2007

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΜΑΡΑΥΓΑΚΗ

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ : Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

Επόπτης: κ. Νικόλαος Πολύζος
Αναπληρωτής Καθηγητής Τ.Ε.Ι.

ΠΕΙΡΑΙΑΣ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---|------|
| ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ..... | iv |
| ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ..... | vi |
| ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ..... | vii |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... | viii |
| ABSTRACT..... | ix |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | x |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ..... | 1 |
| 1.1 Εισαγωγικά για τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας..... | 1 |
| 1.2 Ορισμοί..... | 3 |
| 1.3 Αρχές, σκοποί και εμπόδια της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας..... | 6 |
| 1.4 Σχεδιασμός της ποιότητας..... | 8 |
| 1.5 Παραδοσιακό σύστημα διοίκησης και ολική ποιότητα..... | 11 |
| 1.6 Εφαρμογή Συστήματος Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στο Δημόσιο Τομέα..... | 12 |
| 1.7 Προσέγγιση έργων ποιότητας και διαδικασία λύσεως προβλημάτων..... | 14 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΧΩΡΟ..... | 16 |
| 2.1 Η ποιότητα στην υγεία : έννοιες και ορισμοί..... | 16 |
| 2.2 Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας..... | 18 |
| 2.3 Ποιότητα και ανάπτυξη στρατηγικών στις υπηρεσίες υγείας..... | 20 |
| 2.4 Η σημασία και τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας..... | 23 |
| 2.5 Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και μέσα βελτίωσης της ποιότητας..... | 24 |
| 2.6 Η ποιότητα στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας..... | 25 |
| 2.7 Προβλήματα ποιότητας στα Ελληνικά νοσοκομεία..... | 27 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ..... | 32 |
| 3.1 Εισαγωγικά..... | 32 |
| 3.2 Το περιβάλλον ενός χειρουργείου..... | 33 |
| 3.3 Οργάνωση και Δομή Χειρουργείου..... | 37 |
| 3.4 Η διαχείριση και το πρόγραμμα του Χειρουργείου..... | 42 |
| 3.5 Προγραμματισμός και Λήψη Αποφάσεων στο Χειρουργείο..... | 43 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ..... | 46 |
| 4.1 Τεκμηρίωση και Σχεδιασμός Συστήματος Διασφάλισης Ποιότητας..... | 46 |
| 4.1.1 Πρότυπα Δομής..... | 47 |
| 4.1.2 Πρότυπα Διαδικασίας..... | 47 |
| 4.1.3 Πλεονεκτήματα..... | 48 |
| 4.1.4 Πρότυπα Έκβασης..... | 49 |
| 4.1.5 Δείκτες που αφορούν τη μέτρηση του αποτελέσματος-έκβασης, αποτελούν:..... | 50 |
| 4.2 Το πρότυπο ποιότητας ή/και το σύστημα διαχείρισης ποιότητας..... | 51 |
| 4.2.1 Απαιτούμενα στοιχεία για το πρότυπο ποιότητας..... | 54 |
| α) Πολιτική Ποιότητας..... | 55 |
| β) Εγχειρίδιο Διασφάλισης Ποιότητας..... | 56 |
| γ) Διαδικασίες, οδηγίες εργασίας..... | 58 |
| δ) Έντυπα και αρχεία..... | 59 |
| ε) Σχέδια ποιότητας..... | 62 |
| στ) Επιθεωρήσεις..... | 63 |
| 4.2.2 Συμμόρφωση στο πρότυπο..... | 63 |
| α) Αναφορά μη συμμόρφωσης..... | 63 |
| β) Ιεράρχηση μη συμμόρφωσης..... | 63 |
| 4.2.3 Κανονισμοί και ευθύνες στο χειρουργείο..... | 64 |
| 4.3 Εσωτερικός κανονισμός χειρουργείου..... | 64 |

| | |
|--|----|
| 4.4 Ηθικά Ζητήματα..... | 66 |
| 4.5 Ευθύνη της διοίκησης..... | 67 |
| 4.6 Σχεδιασμός, ανάπτυξη και παροχή υπηρεσιών..... | 68 |
| 4.7 Τα βήματα διεργασίας συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας | 69 |
| 4.8 Εμπόδια σε υλοποίηση προγράμματος διοίκησης ολικής ποιότητας σε φορείς.... | 70 |
| 4.9 Παράγοντες για τη μέτρηση του αποτελέσματος των διαδικασιών..... | 71 |
| 4.10 Δείκτες Ποιότητας | 72 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ | 75 |
| Συμπεράσματα | 76 |
| Προτάσεις | 79 |
| Ελληνική Βιβλιογραφία..... | 87 |
| Ξένα Βιβλιογραφία | 91 |

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

| | |
|------------------|--|
| Δ.Ε. | Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης |
| Δ.Ε.Κ.Ο. | Δημόσιες Επιχειρήσεις Κοινής Ωφελείας |
| Δ.Ο.Π. | Διοίκηση Ολικής Ποιότητας |
| Ε.Σ.Δ.Υ. | Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας |
| Ε.Σ.Υ. | Εθνικός Σύστημα Υγείας |
| Μ.Ε.Θ. | Μονάδα Εντατικής Θεραπείας |
| Ν.Π.Δ.Δ. | Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου |
| Ο.Ο.Σ.Α. | Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας & Ανάπτυξης |
| Π.Ε. | Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης |
| ΠΕ.Σ.Υ.Π. | Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας |
| Σ.Δ.Ο.Π. | Σύστημα διοίκησης ολικής ποιότητας |
| Τ.Ε. | Τεχνολογικής εκπαίδευσης |
| Τ.Ε.Π. | Τμήμα επειγόντων περιστατικών |
| Χ.Μ.Η. | Χειρουργεία Μίας Ημέρας |

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ τον Νικόλαο Πολύζο για την βοήθειά του στην επιλογή αυτού θέματος και την καθοδήγησή του στην εκπόνηση της εργασίας.

Τους καθηγητές μου στο μεταπτυχιακό για την προσφορά τους και το εκπαιδευτικό τους ήθος.

Την Προϊσταμένη Χειρουργείου του Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου κα Παπανδρέου για την πολύτιμη συμβολή της στη συλλογή στοιχείων για τη λειτουργία του συστήματος ποιότητας του Νοσοκομείου.

Τις συμφοιτήτριές μου Ιωάννα Καραγκούνη, Ερασμία Κατσούρη, Αδριανή Μπάστα, και Παναγιώτα Χουντάλα, για τη γόνιμη και αγαστή συνεργασία στις εργασίες και στο επίπονο διάβασμα για τις εξετάσεις και το συμφοιτητή μου Μανώλη Περογιάννη για την συμπαράσταση και το δημιουργικό διάλογο.

Τη φίλη μου, Τίνα Σταύρου, για την έμπρακτη και ουσιαστική βοήθειά της καθώς επίσης και για τη συναισθηματική της στήριξη.

Θερμά ευχαριστώ τη φίλη μου, Μυρτώ Σταύρου, για την βοήθειά της, που της ζητήθηκε με χρονική πίεση, αλλά ανταποκρίθηκε αμέσως.

Τέλος νοιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω και από τη θέση αυτή, το «δάσκαλό» μου Γιάννη Παπαδάκη, για την κατανόηση την αγάπη του και την ευρύτητα πνεύματος που προσπάθησε να μου μεταγγίσει.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι συνθήκες που διαμορφώθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες στην παγκόσμια οικονομία, επέβαλαν την προσαρμογή των επιχειρήσεων σε δεδομένα που έχουν ένα κοινό συστατικό: την **ποιότητα**.

Το ολοκληρωμένο σύστημα ποιότητας είναι επιτακτική ανάγκη να εφαρμοστεί και στις υπηρεσίες υγείας, με έμφαση στο χώρο των νοσοκομείων. Αυτό που είναι πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό του τομέα αυτού, είναι η κοινωνική διάσταση των προσφερομένων υπηρεσιών. Είναι κοινά αποδεκτό ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, δεν αφορά μόνο στο ιατρικό έργο, αλλά στο σύνολο των υπηρεσιών και των φροντίδων υγείας και μάλιστα σε όλες τις διαστάσεις της προσφοράς τους. Η ποιότητα μπορεί ν' αναφέρεται σε δύο διαφορετικά μεταξύ τους επίπεδα:

- Στο μακρο-επίπεδο(όπως είναι το σύστημα υγείας στο σύνολό του, στο νοσοκομειακό τομέα, πρωτοβάθμια φροντίδα)
- Στο μικρο-επίπεδο(όπως είναι σε μια ιατρική παρέμβαση μια χειρουργική επέμβαση κ.α.).

Είναι χαρακτηριστικά τα αποτελέσματα πρόσφατης έρευνας η οποία συνέκρινε την φροντίδα που πραγματικά έλαβε ένα δείγμα περίπου 6.700 ασθενών, με την φροντίδα που θα έπρεπε να λάβει αν υπήρχε πιστή εφαρμογή των σχετικών οδηγιών και εφαρμόζονταν πιστά οι σχετικοί δείκτες απόδοσης/ποιότητας. Οι ασθενείς που μελετήθηκαν έλαβαν περίπου το ήμισυ (54,9%) της συνιστώμενης φροντίδας.

Προκειμένου να κατανοήσουμε πλήρως τις παραμέτρους της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Δ.Ο.Π.) στο νευραλγικό όσο και ιδιαίζοντα χώρο του χειρουργείου, είναι απαραίτητο να διερευνήσουμε λεπτομερειακά και σε βάθος αφ' ενός τη φύση της Δ.Ο.Π. και αφετέρου τις προοπτικές εφαρμογής ενός συστήματος ολικής ποιότητας στο Ελληνικό Νοσοκομείο, με όλα τα - περισσότερο ή λιγότερο γνωστά - λειτουργικά του προβλήματα. Μόνο τότε και αφού αντιληφθούμε τις οργανωτικές δομές του Χειρουργικού Τομέα, είναι εφικτή η ψηλάφηση του φλέγοντος ζητήματος της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στο Χειρουργείο.

Λέξεις ευρετηρίου : Διοίκηση ολικής ποιότητας, Χειρουργείο, Διαδικασίες, Πιστοποίηση, Διαπίστευση, Νοσοκομείο, Ικανοποίηση, Ποιότητα, ISO.

ABSTRACT

The conditions formulated during the past few decades in the global economy demanded the adaptation of the businesses in facts that have one common element: the **quality**.

There is an imperative need for the integrated quality system to be applied to the health services as well, with a special focus in hospitals. A very important characteristic of this sector is the social dimension of the services provided. It is commonly accepted that the quality in health services, does not pertain only to the medical work, but to the totality of health services and healthcare and yet to all the dimensions of their services. Quality may refer to two different levels:

- The macro-level (such as the health system as a whole, in the hospital sector, primary health care).
- The micro-level (such as in a medical intervention, surgical intervention etc.).

Illustrative are the results of a recent research which compared the actual care provided to a sample of around 6,700 patients, with the care that they should receive if there was faithful implementation of the relevant directives and the respective performance/quality ratios were faithfully implemented. The said patients received almost half (54,9%) of the recommended care.

In order to fully understand the TQM parameters in the key, yet extraordinary area of the operating theatre it is essential to explore in detail and in depth both the nature of TQM and the potential to implement a total quality system in the Greek Hospital, with all its – more or less known – functional problems. Only then and once we apprehend the Surgical Sector's organisational structures, it will be feasible to feel the brass tacks of the Total Quality Management in the Operating Theatre.

Index words: Total quality management, Operating Theatre, Procedures, Certification, Accreditation, Hospital, Satisfaction, Quality, ISO.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις δύο τελευταίες δεκαετίες, η διοίκηση ποιότητας θεωρείται ένα ζήτημα κρίσιμης στρατηγικής σημασίας για τις επιχειρήσεις. Η ποιότητα αποτελεί την πιο σημαντική μεταβλητή ανταγωνιστικότητας αφού σε συνδυασμό με την τιμή προσδιορίζει την αξία, την οποία αγοράζει ο πελάτης.

Ο Edwards Deming (1986) διατύπωσε μια σειρά προτάσεων διαχείρισης οι οποίες συχνά αποκαλούνται με τον όρο Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management). Η θεωρία αυτή έχει γίνει ευρέως αποδεκτή.

Η ποιότητα, υπό την ευρεία έννοια ορίζεται ως η «ικανοποίηση ή /και η υπέρβαση των αναγκών ή των απαιτήσεων του πελάτη». Μέσα από τον απλουστευμένο αυτό ορισμό της ποιότητας, καθίσταται προφανής η επικέντρωση στον πελάτη. Προϋπόθεση για την μέτρηση της ποιότητας είναι η δυνατότητα ποσοτικοποίησης και μέτρησης των αναγκών και απαιτήσεων των πελατών. Η Δ.Ο.Π. δίνει έμφαση στην τεκμηριωμένη λήψη των αποφάσεων και υπογραμμίζει την ανάγκη για εξασφάλιση συμβατότητας των συμφερόντων όλων των μελών ενός οργανισμού, προκειμένου να επιτευχθούν οι κοινοί επιχειρηματικοί στόχοι.

Στο χειρουργείο, όπου εστιάζει η συγκεκριμένη εργασία, πελάτες είναι όχι μόνο οι ασθενείς, αλλά και οι χειρουργοί και όλο το προσωπικό του χειρουργείου. Αυτό συμβαίνει γιατί όλα τα εμπλεκόμενα μέρη έχουν ποιοτικές απαιτήσεις από την λειτουργία του χειρουργείου προκειμένου να επιτελέσουν το έργο τους.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει όλες αυτές τις παραμέτρους που έχουν πιο πάνω αναφερθεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

1.1 Εισαγωγικά για τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Η εύρυθμη πορεία των επιχειρήσεων προϋποθέτει τη διατύπωση ενός ανταγωνιστικού πλαισίου, το οποίο θα απαντά σε βασικές παραμέτρους που αφορούν σε θέματα στρατηγικής, οργανωτικών προτύπων, λειτουργιών και διαδικασιών. Η παγκοσμιοποίηση της οικονομίας και η ραγδαία εξέλιξη των νέων τεχνολογιών έχουν επιφέρει σημαντικές αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας των επιχειρήσεων, αλλά και στην ίδια τη φύση της εργασίας. Οι αλλαγές αυτές επηρεάζουν τον άνθρωπο ως εργαζόμενο, ως καταναλωτή και ως πολίτη σε βαθμό που οι εκάστοτε διοικήσεις των οικονομικών μονάδων να βρίσκονται αντιμέτωπες με σειρά προβλημάτων που αφορούν τις αυξημένες απαιτήσεις των νέων συνθηκών.

Οι συνθήκες που διαμορφώθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες στην παγκόσμια οικονομία επέβαλαν την προσαρμογή των επιχειρήσεων σε δεδομένα που έχουν ένα κοινό συστατικό: **την ποιότητα**. Η ποιότητα αποτελεί ένα δεδομένο σύστημα αξιών, αρχών, προτύπων και μεθόδων δράσης που εξασφαλίζει την πλήρη αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού, την ικανοποίηση των πελατών και τη βελτιστοποίηση της απόδοσης των επιχειρήσεων, με μετρήσιμα και πρακτικά χαρακτηριστικά, τα οποία διαμορφώνουν πεδίο διερεύνησης και διαρκούς βελτίωσης από την πλευρά των επιχειρήσεων.

Μια τέτοια προσέγγιση επιχειρείται με την εφαρμογή των αρχών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, η οποία ως έννοια διατυπώθηκε από τον Deming τη δεκαετία του 1950. Υιοθετήθηκε από τις ιαπωνικές επιχειρήσεις και αυτή τη στιγμή είναι από τις βασικότερες διοικητικές τεχνικές, υπεύθυνη για το μετασχηματισμό της ποιότητας των προϊόντων και της φήμης τους.

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας θεμελιώθηκε πάνω στις οκτώ **κύριες αρχές του ιαπωνικού στυλ διοίκησης** (Κέφης, 2005):

- Τη μόνιμη απασχόληση
- Τη στρατολόγηση
- Την εκπαίδευση
- Τη βασισμένη στην εμπειρία αμοιβή

- Τις συλλογικές αποφάσεις
- Την ευημερία
- Το συνδικαλισμό
- Τους κύκλους ποιότητας και τις μεθόδους παραγωγής

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι ένα ολοκληρωμένο σύστημα με κύριο στρατηγικό στόχο την ικανοποίηση του πελάτη και τη συνεχή βελτίωση των επιχειρησιακών και παραγωγικών διαδικασιών ενός οργανισμού. Στο πλαίσιο του συγκεκριμένου συστήματος εμπλέκονται όλοι οι εργαζόμενοι της επιχειρησιακής μονάδας, καθώς η βελτίωση της ποιότητας των διαδικασιών προϋποθέτει την ενεργό συμμετοχή όλων.

Για την εκπλήρωση του συγκεκριμένου σκοπού το σύστημα πρέπει να υιοθετηθεί από όλες τις λειτουργίες του οργανισμού και πιο συγκεκριμένα:

- Τη διαχείριση των αποθεμάτων
- Την παραγωγή
- Τις πωλήσεις
- Το μάρκετινγκ
- Τις υπηρεσίες μετά την πώληση

Τα **βασικά χαρακτηριστικά** της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας είναι τα ακόλουθα (Σπανός, 1993):

- Η ποιότητα είναι μια συστηματική διαδικασία που επεκτείνεται σε ολόκληρη την επιχείρηση
- Η ποιότητα είναι μια φροντίδα όλων, γι' αυτό πρέπει να υπάρχει η κατάλληλη οργανωτική δομή για την εφαρμογή της
- Η επίτευξη της ποιότητας επιτυγχάνεται με κριτήρια εξωτερικά, του καταναλωτή, και όχι εσωτερικά, της επιχείρησης, ενώ πρέπει να βασίζεται στις επιθυμίες και στις ανάγκες του.
- Τα μέτρα για την επίτευξη της ποιότητας, ξεκινώντας από το σχεδιασμό και φτάνοντας στη μέτρηση και στον έλεγχο πρέπει να στηρίζονται στην εφαρμογή της νέας τεχνολογίας

- Η επίτευξη εκτεταμένης βελτίωσης της ποιότητας βασίζεται στη συμμετοχή και στη συμβολή όλων των εργαζομένων και όχι σε μία ομάδα ειδικών.

Τα **συστατικά** για την επιτυχημένη εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας είναι

- Η αποτελεσματική εκπαίδευση
- Η συμμετοχή της διοίκησης και
- Η δέσμευση εκ μέρους της για τήρηση των βασικών αρχών και στόχων

1.2 Ορισμοί

Πατέρες της Ολικής Ποιότητας θεωρούνται οι Deming και Juran. Με τον όρο ποιότητα νοείται η ιδιότητα ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας να ικανοποιεί τις ανάγκες των χρηστών. Είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος τα οποία ικανοποιούν πλήρως δεδομένες προδιαγραφές, απαιτήσεις και προσδοκίες. Το τρίπτυχο της ποιότητας είναι η συνεχής βελτίωση της ποιότητας, η ικανοποίηση του πελάτη και η ευημερία της επιχείρησης. Με τον όρο ολική ποιότητα νοείται η αλλαγή νοοτροπίας του προσωπικού μιας επιχείρησης, η οποία επιφέρει βελτίωση της ποιότητας στο σύνολο της επιχείρησης. Η διοίκηση ολικής ποιότητας είναι η ολοκληρωμένη δέσμευση για συνεχή βελτίωση των προϊόντων και των διαδικασιών, η οποία εκδηλώνεται με τη συμμετοχή όλων, ώστε να ικανοποιούνται απόλυτα οι διαπιστωμένες σημερινές και μελλοντικές ανάγκες των πελατών (Λιαρμακόπουλος, 2003).

Η εξασφάλιση της ποιότητας είναι μία από τις βασικές παραμέτρους του προβλήματος των σύγχρονων επιχειρήσεων. Τα καίρια ερωτήματα που τίθενται στην προσπάθεια απόκτησης συστήματος ποιότητας πρέπει να είναι:

- **Που θέλουμε να πάμε** (βέλτιστες διαδικασίες που προκύπτουν από άριστες πρακτικές, συνέργια με άλλα συστήματα διαχείρισης)
- **Πως θα πάμε** (σταδιακές αναθεωρήσεις των υπαρχουσών διαδικασιών ποιότητας και συνεχής ενημέρωση)

- **Ποια είναι τα όπλα μας** (η δέσμευση της διοίκησης για θέματα ποιότητας, το υψηλό επίπεδο ωριμότητας των εργαζομένων, η εμπειρία τους στα συστήματα ποιότητας, η ομαδική εργασία και η επικοινωνία μεταξύ των τμημάτων, οι ίδιοι οι μηχανισμοί του συστήματος ποιότητας, η άριστη εφαρμογή των διαδικασιών).

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι μια ολοκληρωμένη προσπάθεια εναρμόνισης τριών παραμέτρων :

- Των μεθόδων του μάνατζμεντ
- Των συνθηκών εργασίας
- Της συμπεριφοράς και αντιληπτικής ικανότητας των εμπλεκόμενων φορέων

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι ουσιαστικά μια στρατηγική αλλαγής, η οποία εκσυγχρονίζει τους οργανισμούς και τις επιχειρήσεις που υποβάλλονται σε σκληρές πιέσεις προσαρμογής στο εξωτερικό περιβάλλον, επικεντρώνοντας τη δράση τους σε αρχές που οδηγούν σε ένα αποτελεσματικό σύστημα γνώσεων, με έμφαση στην αξία της χρησιμότητας και της συμβολής του ανθρώπινου δυναμικού. Η ποιότητα είναι μία έννοια που εύκολα γίνεται αντιληπτή ως θετική χωρίς ωστόσο να ορίζεται με απόλυτη ακρίβεια. Θεωρητικά πάντως, είναι μία υποκειμενική έννοια, καθώς εξαρτάται από τον κριτή.

Στο πλαίσιο της διαχείρισης και διασφάλισης της ποιότητας ένας ακριβής ορισμός είναι απαραίτητος. Κατά καιρούς έχει γίνει προσπάθεια να δοθούν διάφοροι **ορισμοί**, όπως:

- «Η καταλληλότητα για χρήση» (Juran, 1964)
- «Η συμμόρφωση με προδιαγραφές» (Juran, 1968)
- «Η συμμόρφωση με απαιτήσεις» (Crosby, 1979)
- «Το σύνθετο άθροισμα των χαρακτηριστικών του μάρκετινγκ, της μηχανικής, της παραγωγής και της συντήρησης ενός προϊόντος και μιας υπηρεσίας, μέσω των οποίων το προϊόν και η υπηρεσία όταν αποδοθούν σε χρήση θα ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του πελάτη» (Feigenbaum, 1983)

- «Η στόχευση στις ανάγκες των πελατών, παρούσες και μελλοντικές» (Deming, 1986)
- «Ο βαθμός στον οποίο ένα σύνολο έμφυτων χαρακτηριστικών ικανοποιεί απαιτήσεις» (ISO 9000:2000)

Ο τελευταίος ορισμός συμπεριλαμβάνει όλους τους προηγούμενους και συνδέσει άμεσα την έννοια της ποιότητας, με τις απαιτήσεις που υπάρχουν. Ανάλογα με το βαθμό ικανοποίησης, το προϊόν είναι χαμηλής, καλής ή άριστης ποιότητας. Οι απαιτήσεις γι' αυτό αφορούν τέσσερις παραμέτρους (Κέφης, 2005):

- Την ικανοποίηση διατάξεων που διέπουν την κατασκευή ή τη διάθεσή του
- Την ασφάλεια και τη λειτουργικότητά του
- Την εξυπηρέτησή του σκοπού για τον οποίο δημιουργήθηκε και
- Την ικανοποίηση του κοινού προς το οποίο απευθύνεται.

Το **σύστημα ποιότητας** είναι η οργανωτική δομή, οι διαδικασίες, οι διεργασίες και τα μέσα που απαιτούνται για την υλοποίηση της διαχείρισης της ποιότητας. Ένα σύστημα ποιότητας είναι, κατά συνέπεια, ένα σύστημα διοίκησης που αποσκοπεί αποκλειστικά στη διασφάλιση της ποιότητας.

Βασική έννοια στο σύστημα διοίκησης ολικής ποιότητας είναι το **εγχειρίδιο ποιότητας**, ένα σύνολο δηλαδή εγγράφων, στα οποία καθορίζεται ο τρόπος εφαρμογής και λειτουργίας του συστήματος ποιότητας. Με τον όρο **διαπίστευση** νοείται η διαδικασία σύμφωνα με την οποία ένας εξουσιοδοτημένος φορέας παρέχει επίσημη αναγνώριση ότι ένας φορέας έχει την ικανότητα να πραγματοποιεί συγκεκριμένα έργα, ενώ με τον όρο **πιστοποίηση** νοείται η διαδικασία κατά την οποία ένας διαπιστευμένος φορέας πιστοποιεί ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία εκτελείται σύμφωνα με συγκεκριμένα κριτήρια και απαιτήσεις. Τέλος, με τον όρο **πρότυπα διασφάλισης ποιότητας** νοείται η σειρά απαιτήσεων ή κριτηρίων για τη διαπίστευση ή την πιστοποίηση. Η σειρά προτύπων ISO 9000 περιέχει τα πρότυπα και τις απαιτήσεις για την πιστοποίηση συστημάτων ποιότητας.

1.3 Αρχές, σκοποί και εμπόδια της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας

Κύριο χαρακτηριστικό για την επιτυχία του συστήματος ολικής ποιότητας είναι η αποδοχή από τη διοίκηση και τους εργαζόμενους των βασικών αρχών που καθοδηγούν και επηρεάζουν τις μετέπειτα αποφάσεις ή προτεραιότητες.

Ένας οργανισμός πρέπει να διαθέτει όραμα. Το όραμα είναι η περιγραφή των ιδανικών και των επιδιώξεών του. Η διατύπωση και η διάδοση του οράματος προς τα στελέχη είναι καθήκον των ανώτερων στελεχών. Οι ειδικότεροι στόχοι και οι δραστηριότητες για επίτευξη των στόχων διατυπώνονται και συντονίζονται με βάση το όραμα.

Ο λόγος ύπαρξης του οργανισμού ονομάζεται αποστολή (mission). Το όραμα και η αποστολή θέτουν γενικούς στόχους, γι' αυτό χρειάζονται την ύπαρξη πολιτικής, που δεικνύει τον τρόπο επίτευξης των στόχων.

Οι **βασικές αρχές** της ολικής ποιότητας είναι (Κέφης, 2005):

- Η δέσμευση της ηγεσίας
- Η έννοια του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος
- Η ικανοποίηση του καταναλωτή
- Η φιλοσοφία των μηδέν λαθών
- Η συνεχής εκπαίδευση
- Η συνεχής βελτίωση

Στη διαδικασία όμως της υλοποίησης της ποιότητας μπορούν να προκύψουν δυσκολίες, που σχετίζονται με εμπόδια αντίληψης, κουλτούρας, εμπόδια που προκύπτουν από το εσωτερικό περιβάλλον καθώς και συναισθηματικά εμπόδια (Adams). Πιο συγκεκριμένα:

Εμπόδια αντίληψης

- Δυσκολία απομόνωσης κάποιου προβλήματος
- Τάση στενού καθορισμού του προβλήματος
- Αδυναμία θεώρησης του προβλήματος από όλες τις πλευρές
- Αδυναμία χρησιμοποίησης όλων των εισροών και πληροφοριών

Εμπόδια κουλτούρας

Εμπόδια που προκύπτουν από το εσωτερικό περιβάλλον

- Έλλειψη συνεργασίας και εμπιστοσύνης μεταξύ συναδέλφων
- Αυταρχικά στελέχη που υπερεκτιμούν τις δικές τους ιδέες και δεν επιβραβεύουν τους άλλους
- Διάσπαση προσοχής

Έλλειψη υποστήριξης στην εφαρμογή νέων ιδεών. Συναισθηματικά εμπόδια

- Ο φόβος του λάθους, της αποτυχίας, του ριψοκίνδυνου
- Αδυναμία ανοχής της ασάφειας και της αμφιβολίας, επιθυμίες για ασφάλεια και τάξη
- Προτίμηση στην κριτική των ιδεών και όχι στη δημιουργία τους
- Αδυναμία χαλάρωσης
- Αδυναμία διάκρισης του πραγματικού από το φανταστικό
- Φόβος αρνητικού χαρακτηρισμού των ιδεών από τους άλλους

Οι **αντικειμενικοί σκοποί** της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας είναι (Κέφης, 2005):

- Η καλύτερη ποιότητα των υπηρεσιών και των αγαθών
- Η γρηγορότερη ανταπόκριση στην επεξεργασία των αναγκών των καταναλωτών
- Η μεγαλύτερη ευελιξία στην προσαρμογή των εναλλασσόμενων απαιτήσεων
- Το χαμηλότερο κόστος μέσω της βελτίωσης της ποιότητας και της μείωσης του χρόνου εργασιών
- Η βελτίωση της αξιοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού του φορέα
- Η αύξηση της ικανότητας της επιχείρησης για καινοτομίες
- Η ευελιξία, η ελαστικότητα και η προσαρμογή στις αλλαγές του περιβάλλοντος
- Η αύξηση του βαθμού αξιοποίησης των νέων τεχνολογιών

Στη σημερινή εποχή τόσο οι επιχειρήσεις όσο και τα ίδια τα στελέχη αντιλαμβάνονται τις ανάγκες των καιρών καθώς και την αναγκαιότητα προσαρμογής

στις συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις του καταναλωτικού κοινού έχουν ή προσπαθούν να υιοθετήσουν συστήματα διοίκησης ολικής ποιότητας. Στην υιοθέτηση αυτών των αρχών άλλωστε τους οδηγούν ο άκρατος ανταγωνισμός και η ανάγκη επιβίωσης, αλλά και η διαφορετική αντίληψη η οποία επικροτεί τη δημοκρατικότητα, τη συμμετοχικότητα και την αгаστή συνεργασία μεταξύ στελεχών και εργαζομένων προς όφελος των ιδίων και της επιχείρησης (Kelly, 2001).

1.4 Σχεδιασμός της ποιότητας

Έχοντας ως στόχο έναν ορθολογικό σχεδιασμό της ποιότητας κάθε φορέας πρέπει να:

- Αντιληφθεί και να αξιολογήσει τις απαιτήσεις και τις επιθυμίες της αγοράς
- Ενσωματώσει τις απαιτήσεις της αγοράς μέσα στον προγραμματισμό της ποιότητας, στο σχεδιασμό και στο σύστημα ανάπτυξης της υπηρεσίας του
- Προσδιορίσει την ομάδα στόχου-πελάτες στους οποίους απευθύνεται η υπηρεσία
- Προσδιορίσει τα χαρακτηριστικά της υπηρεσίας με βάση τις προδιαγραφές και τα χαρακτηριστικά που ο ίδιος ο φορέας έχει θέσει
- Ελέγξει τις προδιαγραφές, αξιολογώντας την ικανότητα του σχεδιασμού και του συστήματος να παράγουν με βάση το προκαθορισμένο αλλά και απαιτούμενο επίπεδο ποιότητας.

Προκειμένου να αναπτυχθεί ένα μοντέλο-σύστημα διοίκησης ολικής ποιότητας κάθε φορέας πρέπει να δημιουργήσει έναν «οδικό χάρτη» προσδιορίζοντας την αποστολή του, το όραμά του, του πελάτες, τους προμηθευτές, αλλά και τον ίδιο τον οργανισμό.

Πιο συγκεκριμένα, απαιτείται για την **αποστολή** να (Κέφης, 2005):

- Προσδιοριστεί το αντικείμενο εργασιών της επιχείρησης
- Προσδιοριστούν οι ανάγκες αλλά και τα ενδιαφέροντά της
- Προσδιοριστούν οι πελάτες, τόσο οι σημερινοί όσο και οι εν δυνάμει
- Εκτιμηθούν οι δυνατότητες της επιχείρησης, έχοντας ως βάση τις απαιτήσεις του καταναλωτικού κοινού

- Γίνει swot analysis με στόχο τον καθορισμό των δυνατών και των αδύναμων σημείων της επιχείρησης, των ευκαιριών και των απειλών που μπορεί να προκύψουν από το περιβάλλον, έτσι ώστε να γίνει αποτελεσματικός σχεδιασμός και αποτελεσματική πρόβλεψη πιθανών προβλημάτων
- Αναλυθούν πιθανές αλλαγές του περιβάλλοντος που μπορεί να επηρεάσουν την πορεία της επιχείρησης, αποδεικνύοντας με αυτό τον τρόπο την αποτελεσματική διαχείριση των αλλαγών (change management)
- Προσδιοριστούν οι ανταγωνιστές και να γίνει ανάλυση των δυνατών και αδύναμων σημείων τους

Αναφορικά με το **όραμα**, πρέπει να:

- Καθοριστεί το όραμα της επιχείρησης, οι μακροπρόθεσμοι αλλά και οι βραχυπρόθεσμοι στόχοι
- Σχεδιαστεί και να αναπτυχθεί στρατηγική και δράση για να επιτευχθεί ο κύριος στόχος που είναι η αύξηση του ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος

Αναφορικά με τους **πελάτες**, πρέπει να:

- Προσδιοριστούν οι ανάγκες και οι επιθυμίες των πελατών
- Επιδιωχθεί η εδραίωση μιας μακροπρόθεσμης σχέσης με τους πελάτες
- Καθοριστεί ως βασικός στόχος η ικανοποίηση του καταναλωτικού κοινού και η άμεση διαχείριση των παραπόνων και προβλημάτων που εκείνοι αντιμετωπίζουν

Αναφορικά με τους **προμηθευτές**, πρέπει να:

- Επιλεγούν οι κατάλληλοι προμηθευτές που να ανταποκρίνονται στα πρότυπα που ο ίδιος ο φορέας έχει θέσει
- Εδραιωθούν άριστες σχέσεις συνεργασίας προκειμένου να διασφαλίζεται η συνεχής παροχή υλικών και υπηρεσιών άριστης ποιότητας

- Προσδιορίζονται τα υλικά, ο απαραίτητος εξοπλισμός που απαιτείται με βάση τις απαιτήσεις των πελατών και στη συνέχεια να δρομολογείται η παραγγελία στους προμηθευτές
- Εδραιωθεί σύστημα αποτελεσματικής επικοινωνίας για άμεση διαχείριση και αντιμετώπιση πιθανών προβλημάτων

Αναφορικά τέλος με τον ίδιο το **φορέα**, πρέπει να :

- Σχεδιαστεί συνολικά το σύστημα διοίκησης ολικής ποιότητας
- Εδραιωθεί η πολιτική ποιότητας, οι στόχοι της και να αποτελέσουν στρατηγικό στόχο όλων, με την καθημερινή υποστήριξη της ηγεσίας του φορέα
- Προσδιοριστεί η δομή του συστήματος ποιότητας
- Αναπτυχθούν τα συστήματα ποιότητας
- Προσδιοριστούν μεθοδολογικά οι διαδικασίες, τα πρότυπα και οι διεργασίες ποιότητας
- Εφαρμοστούν στρατηγικές βελτίωσης ποιότητας
- Καθοριστούν οι στόχοι και να εδραιωθεί σύστημα αξιολόγησης και επιθεώρησης-ελέγχου
- Εδραιωθεί σύστημα διορθωτικών κινήσεων
- Υπάρξει εστίαση στην ικανοποίηση του καταναλωτικού κοινού, αλλά και στην ταυτόχρονη ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού που απασχολείται στο φορέα.

Επίσης πρέπει να σημειωθεί ότι στο πλαίσιο της πρακτικής εφαρμογής της διοίκησης ολικής ποιότητας, απαιτείται (Kelly, 2001):

- Η προσωπική δέσμευση της ανώτατης διοίκησης της εταιρείας
- Η επαρκής πληροφόρηση για τη διοίκηση ολικής ποιότητας
- Η επιλογή οράματος για το επίπεδο ποιότητας
- Η δημιουργία ομάδας διοίκησης ολικής ποιότητας
- Η καθιέρωση συγκεκριμένης πολιτικής και διαδικασιών για την ποιότητα
- Ο καθορισμός αντικειμενικών στόχων για τη διοίκηση ολικής ποιότητας

- Η επιλογή προτεραιοτήτων και
- Η κατάρτιση προγραμμάτων.

1.5 Παραδοσιακό σύστημα διοίκησης και ολική ποιότητα

Το παραδοσιακό σύστημα διοίκησης ήταν προσανατολισμένο στην παραγωγή. Η δομή του ήταν αυστηρά κάθετη, με τις εντολές να έρχονται από την κορυφή της ιεραρχίας προς τα κάτω. Οι αποφάσεις στηρίζονται σε πάγιες πολιτικές και διαδικασίες. Τα τμήματα είχαν σαφείς διαχωριστικές γραμμές και οι αρμοδιότητες των εργαζομένων ήταν εντελώς συγκεκριμένες.

Το σύγχρονο μάνατζμεντ και η έμφαση στην ολική ποιότητα διαμορφώνουν πρακτικές με τα εξής χαρακτηριστικά (Λογοθέτης, 1992):

- Το κέντρο βάρους μετατοπίζεται από την παραγωγή στις ανάγκες του πελάτη
- Το σύστημα γίνεται οριζόντιο και όλοι εργάζονται με στόχο την καλύτερη εξυπηρέτηση του καταναλωτή
- Όλοι συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων
- Η εκχώρηση εξουσίας και ευθυνών στους εργαζομένους αντικαθιστά τις άκαμπτες πολιτικές διαδικασίες
- Η συνεργασία μεταξύ των τμημάτων είναι επιτακτική και ουσιώδης
- Κύκλοι ποιότητας αναλαμβάνουν μερικούς από τους ρόλους των τμημάτων
- Οι εργαζόμενοι εκπαιδεύονται σε διάφορους τομείς και το αντικείμενο της εργασίας του γίνεται πιο ευέλικτο.

Με τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας τα στελέχη χρησιμοποιούν μεθόδους όπως είναι το coaching (καθοδήγηση), η υποκίνηση. Πιο συγκεκριμένα, η καθοδήγηση έχει καθοριστική σημασία κατά τα πρώτα στάδια της διαδικασίας ανάπτυξης της ολικής ποιότητας, καθώς οι εργαζόμενοι έχουν ανάγκη από καθοδήγηση που θα τους επιτρέψει την αποδοχή και κατανόηση νέων εννοιών και αντιλήψεων για την ποιότητα. Καθοριστικής όμως σημασίας είναι και η έννοια της υποκίνησης, με δεδομένο ότι οι υπεύθυνοι ποιότητας οφείλουν να πληροφορούν τους υφισταμένους τους για την επίδοσή τους σε σχέση με την υλοποίηση ενός προγράμματος και να τους επιβραβεύουν κατά περίπτωση.

1.6 Εφαρμογή Συστήματος Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στο Δημόσιο Τομέα

Η μέθοδος της διοίκησης ποιότητας έχει πολυδιάστατο χαρακτήρα και αυξανόμενη εφαρμογή σε διεθνές επίπεδο σε όλους τους δημόσιους οργανισμούς. Η τάση θεμελιώνεται στον ορισμό της αυτοτελούς οικονομικής μονάδας, η οποία ως μορφή κοινωνικής οργάνωσης έχει μία συγκεκριμένη κοινωνική αποστολή και την ευθύνη να την επιτελέσει μέσω της παραγωγής και προσφοράς ορισμένων υπηρεσιών, σύμφωνα με τη δεδηλωμένη συνάρτηση κοινωνικής αποτίμησης με ειδικότερους τρόπους, όπως είναι ο μηχανισμός τιμών, η ψηφοφορία, το δημοψήφισμα, η εν λευκώ εξουσιοδότηση (Μαλινδρέτου, 1998).

Κυρίαρχος στόχος στη διαδικασία εφαρμογής του συστήματος ποιότητας στο δημόσιο τομέα είναι η μειωμένη χρήση ξεπερασμένων και συμβατικών μεθόδων διοίκησης και η χάραξη σωστής πολιτικής. Βασικό διακριτικό στοιχείο της διοίκησης ποιότητας είναι η ριζική αλλαγή ολόκληρου του συστήματος οργάνωσης και διοίκησης, με σκοπό την καθολική κινητοποίηση για την ποιοτική επιτέλεση της κοινωνικής αποστολής (Osborne & Gaebler, 1993).

Η εισαγωγή συστήματος διοίκησης ποιότητας στηρίζεται σε ολοκληρωτική αλλαγή του συστήματος διοίκησης. Αυτό που είναι πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό του δημόσιου τομέα είναι η κοινωνική διάσταση των προσφερόμενων υπηρεσιών και αποτελεί ευθύνη του κράτους, που εμπλέκονται με την επιχειρηματική δραστηριότητα. Δεν θα πρέπει συνεπώς η κοινωνική διάσταση να εκφράζεται μέσω παρεμβάσεων του κράτους στη διοίκηση, με συνέπεια αρνητικές επιπτώσεις στη λειτουργική αποτελεσματικότητα των ίδιων των οργανισμών.

Κύρια στοιχεία της διοίκησης ποιότητας των ΔΕΚΟ είναι τα εξής (Μαλινδρέτου, 1998):

- Η κάλυψη κενού προτύπων
- Η διεθνής τάση επέκτασης εφαρμογής
- Η εφαρμοστικότητα
- Το πακέτο κανόνων
- Το επιχειρηματικό σχέδιο ποιότητας
- Τα συγκριτικά πλεονεκτήματα
- Η ισότητα όρων ανταγωνισμού

- Επιχειρηματικότητα οργάνωση ποιότητας
- Διαδικασία βελτίωσης ποιότητας
- Εγχειρίδιο ποιότητας
- Εποπτεία – έλεγχοι
- Διορθωτική λειτουργία

Η εισαγωγή της διοίκησης ολικής ποιότητας στο χώρο της επιχειρηματικής δραστηριότητας του δημοσίου δεν σημαίνει απαραίτητα καθολική εφαρμογή όλων των αρχών της μεθόδου αυτής διοίκησης. Το θέμα είναι ποιες από τις αρχές και τους κανόνες της διοίκησης ποιότητας μπορούν και πρέπει να υιοθετήσουν οι φορείς άσκησης επιχειρηματικής δραστηριότητας του δημοσίου.

- Πρέπει σε αυτό το σημείο να σημειωθεί ότι οι αρχές της διοίκησης ολικής ποιότητας αναφέρονται καταρχήν σε συνθήκες ανταγωνιστικής επιχειρηματικής δραστηριότητας. Λόγω της έντονης σύνδεσης της διοικητικής ανεξαρτησίας και της αποκέντρωσης με την αποτελεσματικότητα, για το πρόβλημα της επιλογής των αρχών της διοίκησης ολικής ποιότητας που έχουν εφαρμοστικότητα στο χώρο της επιχειρηματικής δραστηριότητας των ΝΠΔΔ, έχουν διατυπωθεί αρχές για τις ιδιωτικές επιχειρήσεις (Osborne & Gaebler, 1993)

:

- Διοικητική αποκέντρωση και ανεξαρτησία
- Σημασία στο αποτέλεσμα
- Κοινωνικός ρόλος των επιλογών των χρηστών/καταναλωτών
- Πρόληψη στη θέση της εκ των υστέρων θεραπευτικής αγωγής και
- Οι αγορές των υπηρεσιών που καθορίζουν τους κανόνες του παιχνιδιού για όλους αδιάκριτα τους συμμετέχοντες, εφόσον λειτουργούν αβίαστα

Η εισαγωγή συστήματος διοίκησης ποιότητας προϋποθέτει την κατάρτιση επιχειρηματικού σχεδίου ποιότητας. Αυτό περιλαμβάνει ιεράρχηση των επιχειρηματικών στόχων, χάραξη της στρατηγικής και λεπτομερειακή εξατομίκευση των μέσων και των μέτρων για την υλοποίηση των νέων στόχων. Μέσα στο πλαίσιο αυτό, εναπόκειται στη διακριτική ευχέρεια της διοίκησης κάθε δημόσιου φορέα επιχειρηματικής δραστηριότητας, η χάραξη υπεύθυνης στρατηγικής και επιλογής των

κατάλληλων εργαλείων, μέτρων και μέσων για την επίτευξη των στόχων, με ανάλογη προσαρμογή στις ιδιαιτερότητες της αγοράς των προϊόντων/υπηρεσιών.

Το πρόβλημα για τη διοίκηση είναι κατά πόσο με τη θέσπιση της διοίκησης ολικής ποιότητας θα αποκτηθεί κάποιο συγκριτικό πλεονέκτημα και πως αυτό θα αξιοποιηθεί προς όφελος των εργαζομένων και των χρηστών των υπηρεσιών (Μαλινδρέτου, 1998).

Ο ακριβής εντοπισμός και η αξιοποίηση κάποιου συγκριτικού πλεονεκτήματος από τις διοικήσεις των επί μέρους ΔΕΚΟ στο χώρο της επιχειρηματικής δραστηριότητας σε σύγκριση με τις ιδιωτικές επιχειρήσεις είναι το μεγάλο πρόβλημα για τις διοικήσεις τους. Διότι αυτές, αντίθετα από τις δημόσιες υπηρεσίες που λειτουργούν σε κλειστό μονοπωλιακό καθεστώς, είναι υποχρεωμένες πλέον να διαγωνιστούν και να δοκιμαστούν μέσα σε ανταγωνιστικές συνθήκες.

Βασικό πρόβλημα για την εισαγωγή και αποτελεσματική εφαρμογή συστήματος διοίκησης ποιότητας είναι η υπέρβαση των μύθων και των παρανοήσεων που συχνά δημιουργούνται. Ειδικότερη έμφαση συνίσταται από μελετητές να δοθεί στο θέμα της ισότητας όρων ανταγωνισμού προς όφελος των χρηστών των υπηρεσιών, των εργαζομένων και ευρύτερα της κοινωνίας

1.7 Προσέγγιση έργων ποιότητας και διαδικασία λύσεως προβλημάτων

Η διαδικασία για την επίλυση προβλημάτων ποιότητας είναι πιθανόν να στεφθεί από επιτυχία μόνο εάν τύχει σωστής καθοδήγησης, μέσω των προγραμματισμένων έργων βελτίωσης της ποιότητας. Ένα σωστά καθοδηγούμενο έργο βελτίωσης βασίζεται στην ευκρινή κατανόηση του προβλήματος και των απαιτήσεων, στα γεγονότα και στις επιστημονικές αναλύσεις, στα ανοιχτά κανάλια επικοινωνίας και στην πλήρη δέσμευση των συμμετεχόντων. Η προσέγγιση έργων ποιότητας συνίσταται από πέντε στάδια (Λογοθέτης, 2001) :

- **Πρόταση έργου βελτίωσης της ποιότητας.** Στο στάδιο αυτό γίνεται λεπτομερής πρόταση έργου που αποκαλύπτει το πρόβλημα και τα συμπτώματα, διατυπώνει τις απαιτήσεις και τους σκοπούς του έργου, καθορίζει τη διαδικασία μέτρησης και προσδιορίζει την ομάδα βελτίωσης.

- **Ανάλυση του προβλήματος και σχεδιασμός λύσης.** Στο στάδιο αυτό γίνεται συλλογή δεδομένων, τα οποία αναλύονται έτσι ώστε να μπορέσουν να εντοπιστούν οι αιτίες του προβλήματος. Με τον τρόπο αυτό δημιουργούνται πιθανές λύσεις και γίνεται η επιλογή της κατάλληλης.
- **Εκπαίδευση και επικοινωνία.** Καθορίζονται οι άνθρωποι που θα εμπλακούν στα σχέδια δράσης ή που επηρεάζονται από αυτά και εκπαιδεύονται κατάλληλα, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η συνεργασία και η ομοφωνία τους για τη σχεδιασμένη λύση.
- **Πρόγραμμα εφαρμογής.** Χαράσσονται λεπτομερή σχέδια εφαρμογής για όλους τους συμμετέχοντες, τα οποία αποσαφηνίζουν το ποιος κάνει τι, από πότε και με ποια κριτήρια, έτσι ώστε να διασφαλιστεί ότι όλοι είναι έτοιμοι για την εφαρμογή.
- **Εφαρμογή.** Στο στάδιο αυτό εφαρμόζεται η λύση που έχει επιλεγεί και αξιολογούνται τα αποτελέσματα και αποτιμώνται. Στην περίπτωση ενός επιτυχημένου αποτελέσματος θα πρέπει να γίνει προσπάθεια εδραίωσης της λύσης, να διατηρηθούν τα κεκτημένα και να διατηρηθεί η βελτίωση.

Με βάση όλα τα παραπάνω, μας επιτρέπεται να διατυπώσουμε αναντίρρητα την άποψη, ότι η διοίκηση ολικής ποιότητας είναι απαραίτητο να εφαρμόζεται σε κάθε επιχείρηση αφού έχει σαν στόχο την ικανοποίηση του πελάτη και την συνεχή βελτίωση των επιχειρησιακών και παραγωγικών διαδικασιών της.

Στο επόμενο κεφάλαιο θα μας απασχολήσει η εφαρμογή των αρχών ολικής ποιότητας στην υγεία και το νοσοκομειακό χώρο.

ΟΡΙΣΜΟΙ Δ.Ο.Π.

- «Η καταλληλότητα για χρήση» (Juran ,1964)
- «Η συμμόρφωση με προδιαγραφές» (Juran,1968)
- «Η συμμόρφωση με απαιτήσεις» (Crosby,1979)
- «Η στόχωση στις ανάγκες των πελατών, παρούσες και μελλοντικές» (Deming 1986)
- «Ο βαθμός στον οποίο ένα σύνολο έμφυτων χαρακτηριστικών ικανοποιεί απαιτήσεις» (ISO 9000: 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΧΩΡΟ

2.1 Η ποιότητα στην υγεία : έννοιες και ορισμοί

Τα τελευταία χρόνια τα περισσότερα συστήματα υγείας στον ανεπτυγμένο κόσμο υπέστησαν μια σειρά αλλαγών και μεταρρυθμίσεων, στο κέντρο των οποίων ήταν ο έλεγχος της οικονομικής απόδοσης, της διασφάλισης της ποιότητας και της βελτίωσης της κλινικής αποτελεσματικότητας. Η σκέψη και οι εργασίες του Cochrane, οι μεθοδολογικοί προσδιορισμοί των Donabedian και άλλων και η εισαγωγή τεχνικών και μεθόδων, και ιδιαίτερα της τεκμηριωμένης (ή αποδεικτικής) φροντίδας υγείας (evidence – based care) και πρακτικής (evidence – based practice) φαίνεται να επέδρασαν ουσιαστικά στις αλλαγές αυτές. Τα σύγχρονα συστήματα υγείας καθιέρωσαν την ευθύνη στην ποιότητα στην φροντίδα και εξακολουθούν να συζητούν τα μέσα διασφάλισης, ελέγχου και εκτίμησής της.

Για την ποιότητα στο χώρο της υγείας έχουν δοθεί αρκετοί ορισμοί, ένας απ' αυτούς με εφαρμογή στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι: *«Κάνοντας τα σωστά, για τους κατάλληλους ανθρώπους, στο σωστό χρόνο»* (Department of Health, 2003), ενώ ένας δεύτερος εξίσου αποδεκτός είναι ο ορισμός του Institute of Medicine, ΗΠΑ, που υιοθετήθηκε από το Agency for Health Research and Quality σύμφωνα με τον οποίο ποιότητα είναι: *«Ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ομάδες πληθυσμού αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών υγειονομικών εκβάσεων και είναι συνεπείς με την τρέχουσα επιστημονική γνώση»*.

Οι δύο παραπάνω ορισμοί ενσωματώνουν τις αναζητήσεις που σχετίζονται με το πώς η επιδίωξη της ποιότητας ενσωματώνεται στην οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας. Υπονοούν ότι η αναζήτηση της ποιότητας αποτελεί έναν από τους αντικειμενικούς στόχους των υπηρεσιών υγείας. Καλύπτει δε η επιδίωξη της ποιότητας όλο το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και όλο το πλαίσιο των διαδικασιών του υγειονομικού συστήματος. Συσχετίζουν, επιπλέον την αξιολόγηση της ποιότητας με το βαθμό επίτευξης υγειονομικών αποτελεσμάτων, δηλαδή τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Επισημαίνουν ότι η αξιολόγηση της ποιότητας σε όρους υγειονομικών διαδικασιών και αποτελεσμάτων, εκτείνεται σε όλο το φάσμα της παραγωγής και προγραμματισμού των υπηρεσιών υγείας, από την ατομική σχέση γιατρού – ασθενούς έως τις αποφάσεις κατανομής των υγειονομικών

πόρων και υπηρεσιών που επηρεάζουν το σύνολο ή ομάδες ασθενών ή πληθυσμού – χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Τονίζουν ότι η ποιότητα είναι μια δυναμική έννοια, ο βαθμός ικανοποίησης της οποίας πρέπει να μετράται και οι προς βελτίωση στόχοι να επαναπροσδιορίζονται διαρκώς. Ο επαναπροσδιορισμός δε των διαδικασιών και των δεικτών κλινικής αποτελεσματικότητας του συστήματος θα πρέπει κάθε φορά να συναρτάται με τις εξελίξεις στην επιστημονική και επαγγελματική γνώση και την ενσωμάτωσή τους στην κλινική πράξη.

Σύμφωνα με τον Donabedian η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται ως «η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μία διαδικασία περίθαλψης» (Donabedian 1980).

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., «η ποιότητα αποτελεί την παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στην υγεία, μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής, με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και τη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής» (W.H.O.1993)

Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών, ορίζει την ποιότητα ως «το βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν τη πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς και είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση» (Σιγάλας 1999, Τούντας 2003).

Με βάση τους παραπάνω ορισμούς, η ποιότητα στην υγεία ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών και με τον έλεγχο του κόστους. Η επιδίωξη της ποιότητας αφορά στην οργάνωση των συστημάτων υγείας, στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, στη λειτουργία νοσοκομείων, εργαστηρίων κ.ά. καθώς και στην παροχή μεμονωμένης φροντίδας.

Σε όλες τις περιπτώσεις η ποιότητα δεν αφορά μόνο στο ιατρικό έργο αλλά επεκτείνεται σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών και φροντίδων καθώς και σε όλα τα άτομα που εμπλέκονται. Σχετίζεται τόσο με την τεχνική διάσταση της φροντίδας, που αφορά στην προληπτική-διαγνωστική-θεραπευτική διαδικασία, όσο και με την διάσταση της τέχνης στη φροντίδα, που αφορά στο περιβάλλον των μονάδων υγείας και στη στάση-συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας.

Η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας όπως γίνεται συνεπώς κατανοητό είναι πολυδιάστατη και ο προσδιορισμός της παρουσιάζει δυσκολίες, που οφείλονται,

κυρίως, στην ιδιομορφία των υπηρεσιών αυτών. Η αντίληψη, επίσης, που έχουν για την ποιότητα όσοι εμπλέκονται στη παραγωγή, παροχή και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας (φορείς, οργανισμοί, εργαζόμενοι, χρήστες-ασθενείς), τα κριτήρια με τα οποία την αποτιμούν, αλλά και τα κίνητρα με τα οποία την επιδιώκουν δεν είναι ενιαία.

Τα τελευταία χρόνια πληθαίνουν οι αναφορές που καταδεικνύουν ότι η παρεχόμενη φροντίδα σε πολλά συστήματα υγείας συχνά δεν ανταποκρίνεται στα τρέχοντα επίπεδα επιστημονικής γνώσης (IOM,2001), δεν είναι ασφαλής για τους ασθενείς, (IOM, 2000) δεν εκφράζει πάντοτε και δεν ικανοποιεί τις προσδοκίες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (Murray et al, 2000), δεν επιφέρει το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα σε όρους βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού (Mc Glynn, et al, 2003) και δεν συνοδεύεται από ένα σύστημα ελέγχου και αξιολόγησης το οποίο θα μπορεί να επισημαίνει τις περιοχές υστέρησης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και θα επεμβαίνει διορθωτικά προς βελτίωσή τους (IOM, 2002). Είναι χαρακτηριστικά τα αποτελέσματα πρόσφατης έρευνας η οποία συνέκρινε την φροντίδα που πραγματικά έλαβε ένα δείγμα 6700 περίπου ασθενών με την φροντίδα που θα έπρεπε να λάβει αν υπήρχε πιστή εφαρμογή των σχετικών οδηγιών και εφαρμόζονταν πιστά οι σχετικοί δείκτες απόδοσης / ποιότητας (Mc Glynn, et al, 2003). Οι ασθενείς που μελετήθηκαν έλαβαν περίπου το ήμισυ (54,9%) της συνιστώμενης φροντίδας. Το ποσοστό της κατάλληλης φροντίδας ήταν περίπου ταυτόσημο για τις υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής (54,9%), αντιμετώπισης οξέων περιστατικών (53,5%) ή χρόνιων νοσημάτων (56,1%). Μεγάλες ποιοτικές διαφοροποιήσεις εμφανίστηκαν όμως κατά την φροντίδα αντιμετώπισης διαφόρων νοσημάτων.

2.2 Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας

Η ποιότητα μιας προσωπικής υπηρεσίας εκτιμάται συνήθως με βάση την ετοιμότητα παροχής της, τη δυνατότητα πρόσβασης των πολιτών σε αυτή, την καταλληλότητά της, την αξιοπιστία της, τη φιλικότητα στην παροχή της και την επαρκή υποστήριξη μετά τη διάθεσή της. Όλα αυτά εξ' ορισμού ισχύουν για τις υπηρεσίες υγείας, όμως δεν αρκούν, καθώς στις υπηρεσίες υγείας υπάρχουν έννοιες που αποτελούν αναγκαιότητα και έχουν προτεραιότητα, όπως είναι οι ακόλουθες (Αλεξιάδη & Σιγάλας, 1999):

- Η έγκαιρη και σωστή διάγνωση
- Η άμεση και αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση
- Η επιτυχημένη πείρα
- Η υψηλή τεχνολογία
- Η λογική και ψύχραιμη αντιμετώπιση κρίσιμων περιπτώσεων
- Ο άμεμπτος επαγγελματισμός
- Το αίσθημα και η αξιοπρέπεια (Αλεξιάδη & Σιγάλας, 1999)

Στην έννοια της ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας συμπεριλαμβάνονται δύο βασικές θεωρήσεις, που σχετίζονται με την ποιότητα στην τεχνική διάσταση της παροχής φροντίδας και στη διάσταση της τέχνης.

Η τεχνική διάσταση της φροντίδας αφορά στην επάρκεια της προληπτικής, διαγνωστικής και θεραπευτικής διαδικασίας, ενώ η τέχνη της φροντίδας αναφέρεται στο περιβάλλον των μονάδων παροχής υγείας, στη στάση και συμπεριφορά όσων παρέχουν τις υπηρεσίες. Οι δύο αυτές αντιλήψεις δεν χαρακτηρίζονται ως προσθετικές, αλλά συσχετίζονται με πολυποίκιλους τρόπους. Δηλαδή ο τελικός στόχος που είναι η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών μπορεί να επιτευχθεί είτε με βελτιώσεις που επιχειρούνται ταυτόχρονα τόσο στο επίπεδο τη τεχνικής όσο και στο επίπεδο της τέχνης της φροντίδας, είτε με βελτιώσεις που επιχειρούνται σε έναν από τους δύο παραπάνω τομείς (Πετσετάκη, 1995).

Είναι κοινά αποδεκτό ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας δεν αφορά μόνο στο ιατρικό έργο αλλά στο σύνολο των υπηρεσιών και των φροντίδων υγείας και μάλιστα σε όλες τις διαστάσει της προσφοράς τους. Επίσης η ποιότητα μπορεί να αναφέρεται σε δύο διαφορετικά μεταξύ τους επίπεδα και πιο συγκεκριμένα (Νιάκας, 1993):

- Στο μακρο-επίπεδο, όπως είναι το σύστημα υγείας στο σύνολό του, στο νοσοκομειακό τομέα, στην πρωτοβάθμια φροντίδα
- Στο μικρο-επίπεδο, όπως είναι σε μία ιατρική παρέμβαση, σε μια θεραπεία, σε μια συγκεκριμένη υγειονομική φροντίδα .

Ο τελικός στόχος πάντως που αφορά την επίτευξη και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, μπορεί να υλοποιηθεί με τροποποιήσεις στα τρία

βασικά χαρακτηριστικά της παραγωγικής διαδικασίας κάθε συστήματος παραγωγής και διάθεσης υπηρεσιών υγείας, που είναι (Donabedian, 1980):

- **Η δομή του συστήματος**, δηλαδή οι κτιριακές εγκαταστάσεις, ο εξοπλισμός, το ανθρώπινο δυναμικό, οι διατιθέμενοι οικονομικοί πόροι, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας
- **Οι διαδικασίες**, που εφαρμόζονται για την παροχή της υγειονομικής φροντίδας και περιλαμβάνουν τη λήψη του ιστορικού, τις εξετάσεις, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την επανεξέταση
- **Τα αποτελέσματα του συστήματος**, που συγκροτούν και τα αποτελέσματα των υγειονομικών φροντίδων που παρέχονται.

Αναφορικά πάντως με τις ιδιαιτερότητες των υπηρεσιών υγείας, η ποιότητά τους καταγράφεται στην ελληνική κοινωνία ως (Αλεξιάδη & Σιγάλας, 1999):

- Αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των διαταραχών της υγείας
- Μειωμένη γραφειοκρατία όσον αφορά στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας
- Δημόσια αναγνώριση της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας
- Αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας
- Γενικότερη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας
- Ξενοδοχειακή υποδομή
- Πολιτισμένο περιβάλλον

2.3 Ποιότητα και ανάπτυξη στρατηγικών στις υπηρεσίες υγείας

Στα περισσότερα ανεπτυγμένα συστήματα υγείας, η συζήτηση για την πολιτική υγείας εστιάζεται στο ζήτημα της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Το κύμα των μεταρρυθμίσεων, κατά την δεκαετία του 1990, **αποσκοπούσε** κυρίως:

- στην βελτίωση της οικονομικής αποδοτικότητας και των συστημάτων υγείας μέσω αλλαγών στα συστήματα και τους μηχανισμούς χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας και

- στη διασφάλιση της μεγαλύτερης δυνατής αποτελεσματικότητας στην κλινική πρακτική.

Τα τελευταία χρόνια η έμφαση δίνεται στο κατά πόσον η οργάνωση και διοίκηση των συστημάτων υγείας, ανεξαρτήτως των μηχανισμών χρηματοδότησης και αποζημίωσης, αλλά και της θεσμικής συγκρότησης των υπηρεσιών υγείας μπορεί να διασφαλίζει την υψηλή ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Κυριόπουλος, Λιονής, Σουλιώτης, Τσάκος, 2003).

Η αναζήτηση της ποιότητας είναι μία στρατηγική για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας (IOM 2002, DoH, 1998, Arah et al, 2003). Ο καθορισμός της στρατηγικής αυτής επιτρέπει την ενσωμάτωση σε ένα κοινό πλαίσιο πολιτικών βελτίωσης της ποιότητας με πολιτικές που μπορεί να ικανοποιούν στόχους όπως η αυξημένη κλινική αποτελεσματικότητα, η ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας, η αμεσότητα της χρονικής κάλυψης των υγειονομικών αναγκών, η οικονομική αποδοτικότητα, η ισότητα κλπ.

Σε μια επισκόπηση των στρατηγικών για την ποιότητα και την αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας που έχουν υιοθετηθεί στις ΗΠΑ, στη Μεγάλη Βρετανία, στον Καναδά, στην Αυστραλία, και του πλαισίου αξιολόγησης των συστημάτων υγείας που αποτυπώθηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και τον ΟΟΣΑ οι Arah et al (2003) αναδεικνύουν τους ακόλουθους επιμέρους στόχους των εφαρμοζόμενων στρατηγικών για τη βελτίωση της ποιότητας: βελτίωση της υγείας (health improvement), αποτελεσματική παροχή κατάλληλης φροντίδας (effective delivery of appropriate health care), οικονομική αποδοτικότητα (efficiency), σχέση παροχέα – ασθενούς (patient / carer experience), ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (fair access), βελτίωση υγειονομικών αποτελεσμάτων (health outcomes of NHS care), αποδοχή της απόδοσης του συστήματος από τους χρήστες (acceptability), καταλληλότητα της φροντίδας (appropriateness), ασφάλεια (safety), συνέχεια της φροντίδας (continuity of care), ενδυνάμωση της ικανότητας του συστήματος (competence, capability), ανταποκρισιμότητα (responsiveness), βιωσιμότητα (sustainability), επικέντρωση στον ασθενή (patient centeredness), χρονική ανταπόκριση του συστήματος (timeliness).

- Η άλλη σημαντική διάσταση για την υλοποίηση της στρατηγικής για την ποιότητα στη χώρα μας σχετίζεται με την επιμελή αναγνώριση των

παραγόντων που εμποδίζουν την εφαρμογή της στρατηγικής και τον καθορισμό ενός σχεδίου υλοποίησής της. Παράγοντες που συνήθως δυσκολεύουν την εφαρμογή **στρατηγικών** για την **ποιότητα** αφορούν (Κυριόπουλος & Λιονής, 2004) :

- τον συχνά μη ακριβή καθορισμό των προτεραιοτήτων των υπηρεσιών υγείας
 - την έλλειψη θεωρητικού πλαισίου κατασκευής δεικτών απόδοσης του συστήματος που οδηγεί στον αλόγιστο πολλαπλασιασμό τους
 - την έλλειψη εκπαίδευσης του υγειονομικού προσωπικού
 - την έλλειψη κινήτρων ιδιαίτερα του ιατρικού προσωπικού προς την κατεύθυνση υψηλότερων επιπέδων απόδοσης
 - την αδυναμία υλοποίησης στρατηγικών μάθησης και αξιολόγησης της γνώσης στο εσωτερικό των οργανισμών υγείας
 - την θεώρηση των δεικτών ποιότητας ως μηχανισμών γραφειοκρατικής επιβολής, την αδυναμία ενσωμάτωσης των προγραμμάτων ποιότητας στο υπόδειγμα διοίκησης των συστημάτων υγείας
 - την απουσία μηχανογραφικών συστημάτων
 - την αδυναμία (άγνοια) των χρηστών να αξιολογήσουν την απόδοση των υπηρεσιών υγείας
 - το γοργό ρυθμό αλλαγών της ιατρικής τεχνολογίας και της παραγωγής ιατρικών πληροφοριών και τέλος τη σύγκρουση των προτεραιοτήτων μεταξύ των παραγόντων του συστήματος υγείας, που οδηγεί σε αδυναμία μεταφοράς των δεικτών ποιότητας σε κατευθύνσεις στην κλινική πρακτική.
 - Γενικότερα πάντως πρέπει να επισημανθεί ότι οι στρατηγικές για την ποιότητα θα πρέπει να εστιάζουν σε **άξονες** όπως (Κυριόπουλος & Λιονής, 2004) :
-
- ο καθορισμός περιοχών που θα αποτελέσουν προτεραιότητα για τη βελτίωση της ποιότητας
 - η ανάδειξη και η διάδοση των ευρημάτων της αποδεικτικής ιατρικής στους τομείς προτεραιότητας

- ο καθορισμός δεικτών απόδοσης, μέτρηση και δημοσίευση των αποτελεσμάτων, προς ενημέρωση των χρηστών (Berwick et al, 2003)
- η εκπαίδευση των προμηθευτών και των χρηστών
- η ανάδειξη του φορέα που θα είναι υπεύθυνος για την συλλογή, επεξεργασία και αξιολόγηση των πληροφοριών για τους δείκτες απόδοσης στους τομείς προτεραιότητας
- η εγκατάσταση πληροφορικών συστημάτων που θα επιτρέπουν την συλλογή και επεξεργασία των κατάλληλων πληροφοριών
- η παροχή ηγεσίας από το κράτος σχετικά με τη συγκέντρωση και διάδοση δεικτών, πληροφοριών, ενίσχυση της έρευνας, καταγραφή άριστων πρακτικών
- η εισαγωγή κινήτρων χρηματοδότησης της ποιότητας.
- η ανάπτυξη πρωτοβουλιών στο σύστημα είναι επίσης σημαντικός παράγοντας ενίσχυσης της καινοτομίας και ανάδειξης πρωτοποριακών πρακτικών.

2.4 Η σημασία και τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η προσέγγιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, με τέτοιο τρόπο που να ικανοποιούνται όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς (ασθενείς, επαγγελματίες υγείας, μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, ασφαλιστικά ταμεία, κράτος και κοινωνία) είναι μία δύσκολη υπόθεση, με δεδομένο ότι συχνά οι απαιτήσεις, οι προσδοκίες και οι επιθυμίες μπορεί να είναι αλληλοσυγκρουόμενες.

Γίνεται συνεπώς κατανοητό ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να προσδιοριστεί μόνο με βάση τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες του ασθενή. Ένας δεύτερος παράγοντας που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την προσέγγιση της έννοιας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών (π.χ. ικανοποιητική διαχείριση ανθρώπινων και υλικών πόρων). Τέλος, μία υπηρεσία υγείας δεν μπορεί να θεωρηθεί ποιοτική όταν έρχεται σε αντίθεση με την ισχύουσα νομοθεσία.

Αναφορικά με τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, αυτά αφορούν τους ασθενείς, τα ασφαλιστικά ταμεία, το κράτος και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, τους επαγγελματίες υγείας, τους φορείς παροχής υπηρεσιών.

Τα οφέλη για τον ασθενή αναφέρονται στα υγειονομικά οφέλη, στα ψυχολογικά και στα οικονομικά οφέλη. Πιο συγκεκριμένα σχετίζονται με την έγκαιρη διάγνωση, την

αποτελεσματική αντιμετώπιση, τη μειωμένη οικονομική επιβάρυνση-συμμετοχή στα έξοδα περίθαλψης. Τα οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα του έργου τους, τη νομική κατοχύρωση, την ικανοποίηση, το σεβασμό και την εμπιστοσύνη εκ μέρους των ασθενών. Οι φορείς παροχής υγείας απολαμβάνουν οικονομικά οφέλη, λειτουργικά, αναγνώριση και φήμη, ενώ τα ασφαλιστικά ταμεία απολαμβάνουν υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά. Τέλος, τα οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο σχετίζονται με την περιστολή των αδικαιολόγητων δαπανών, την αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας, την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής, τη βελτίωση της εικόνας του κράτους και της κοινωνίας (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

2.5 Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και μέσα βελτίωσης της ποιότητας

Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών φροντίδας, και στο βαθμό που αυτή εκπληρώνει τα πρότυπα τόσο των επαγγελματιών όσο και του κοινού για την παρεχόμενη φροντίδα της ποιότητας (Donabedian, 1980), μπορεί να εξετασθεί μέσα από δραστηριότητες μέτρησης των υποδομών (structures) της διαδικασίας στην φροντίδα (process of care) και των εκβάσεων στην φροντίδα (outcome of care).

Η αποτελεσματικότητα μπορεί να οριστεί ως ο βαθμός ή η έκταση στον οποίο επιτεύχθηκαν οι στόχοι ή τα οφέλη που τέθηκαν για τον πληθυσμό, κάτω από τις συγκεκριμένες συνθήκες που αυτοί υλοποιήθηκαν (Black, Barrier et al, 1998). Ανάμεσα στις καθιερωμένες μεθόδους αποτίμησης της κλινικής αποτελεσματικότητας περιλαμβάνονται ο ιατρικός έλεγχος (medical audit) και η διασφάλιση της ποιότητας (quality assurance).

Οι διαδικασίες ιατρικού ελέγχου ως μέσο βελτίωσης της κλινικής αποτελεσματικότητας και της ποιότητας στο ελληνικό σύστημα υγείας έχουν τύχει μικρής εφαρμογής. Ίσως η ταύτιση τους με τον διοικητικό έλεγχο να εμποδίζει και την αποδοχή τους, φαίνεται όμως ότι αποτελούν εξέχοντα εργαλεία βελτίωσης της ποιότητας της φροντίδας, αν και σοβαρή έχει κριτική ασκηθεί κυρίως όσον αφορά την ολοκλήρωση των κύκλων που είχαν προδιαγράψει (Gnanalingham et al, 2001; Heamshaw et al, 2003), παρόλο που την κυρίαρχη θέση στην βελτίωση της καθημερινής πρακτικής εξακολουθούν να έχουν οι ποσοτικές μέθοδοι έρευνας (Wallace et al, 2001).

Απαιτείται προσπάθεια και χρόνος ώστε όλες αυτές οι μέθοδοι αποτίμησης της κλινικής αποτελεσματικότητας να προσαρμοσθούν στην ελληνική πραγματικότητα και στο σημερινό σύστημα υγείας. Εμπειρία έχει κτηθεί από τα Πανεπιστήμια Ιωαννίνων και Κρήτης, το Πε.Σ.Υ.Π. Κρήτης (Lionis et al, 2004) και την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Τα συστήματα ακόμη της εξωτερικής ανασκόπησης (external review) έχουν χρησιμοποιηθεί, ιδιαίτερα στο Ηνωμένο Βασίλειο, ως μέσον βελτίωσης της ποιότητας στην φροντίδα υγείας, και θεωρούνται επίσης συστατικό μέσο της κλινικής διακυβέρνησης αν και η αποτελεσματικότητά τους έχει συζητηθεί λιγότερο στη διεθνή βιβλιογραφία. Ουσιαστικά περιλαμβάνουν ποιοτικές μεθόδους αξιολόγησης και ιδιαίτερα συνεντεύξεις επιλεγμένων ατόμων από το σύστημα υγείας που πραγματοποιούνται από εκπαιδευμένα άτομα που αποτελούν την ομάδα της κλινικής διακυβέρνησης στο Βρετανικό σύστημα (Walshe, Wallace, et al, 2001).

Για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας (continuous quality improvement), έχουν χρησιμοποιηθεί τόσο κλινικά πρωτόκολλα για τη διαχείριση όσο και συστάσεις ομοφωνιών επιλεγμένων χρονίων νοσημάτων, όπως διαβήτης, βρογχικό άσθμα και εγκεφαλικό επεισόδιο (Goldberg et al, 2002; Adams et al, 2003), με τη χρήση συχνά υπολογιστικών συστημάτων, αν και ο ρόλος και η αποτελεσματικότητα των κατευθυντηρίων οδηγιών ως μέσο βελτίωσης της κλινικής πρακτικής και της αλλαγής της επιστημονικής συμπεριφοράς είναι συχνά θέμα αρκετών επικρίσεων.

Μια άλλη προσέγγιση, εκτός από την κριτική αποτίμησης της ποιότητας των δημοσιευμένων ομοφωνιών για τη διαχείριση των χρονίων νοσημάτων αποτελεί η καθιέρωση σταδίων προσαρμογής όλων αυτών των οδηγιών που έχουν αξιολογηθεί. Μια τέτοια προσέγγιση είναι αναγκαία και για το ελληνικό περιβάλλον. Τέτοια ήταν η προσέγγιση (μια ομοφωνία) που αφορούσε τα βήματα ανάπτυξης κατευθυντήριων οδηγιών στην Γενική Ιατρική στη χώρα μας (Λιονής και συν., 2003).

2.6 Η ποιότητα στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας

Στη νοσοκομειακή περίθαλψη προϋπόθεση λειτουργίας αποτελούν στοιχεία, όπως είναι (Donabedian, 1992, Βαγιανός, 1992, Οικονομοπούλου, 1998):

- η δημιουργία εργασιακού περιβάλλοντος καθορισμένων κριτηρίων και προδιαγραφών ποιότητας
- η υιοθέτηση πρότυπων τρόπων και δεικτών παροχής υπηρεσιών
- η πιστοποίηση του επιπέδου απόδοσης

Η παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών εξάλλου εμπίπτει στην κατηγορία του λειτουργήματος που προϋποθέτει την άριστη ποιοτικά δυνατή απόδοση όλων των εργαζομένων στα νοσοκομεία, επειδή το διακύβευμα είναι η ίδια η ζωή του «πελάτη»-ασθενούς (Μιχαήλ-Μέριανου, 1996, Πολύζος, 1999).

Η εφαρμογή συστημάτων αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών σε μία νοσηλευτική μονάδα αποτελεί μία από τις κυριότερες μεθόδους διασφάλισης κλινικών και θεραπευτικών αποτελεσμάτων, καθώς και αποτελεσματικής χρήσης των πόρων του νοσοκομείου (Brook, 1989 & Batalden, κ.α., 1994). Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, άλλωστε, η ποιότητα λειτουργίας των ιατρικών τμημάτων και η ανάπτυξη δεικτών για την αξιολόγησή τους αποτελούν κεντρικά προβλήματα του συστήματος παροχή υγείας. Με την πάροδο των χρόνων η βελτίωση λειτουργίας των τμημάτων αποτέλεσε και αποτελεί πλέον μία δυναμική και συνεχώς εξελισσόμενη διαδικασία που στοχεύει στην ακόμα καλύτερη λειτουργία τους, στη συνεχή αξιολόγηση, στον ορθό προγραμματισμό και σχεδιασμό, στον επανασχεδιασμό των διαδικασιών.

- Στο πλαίσιο της διοίκησης ολικής ποιότητας σε μία νοσηλευτική μονάδα και με στόχο την πλέον αντικειμενική αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, σκοπός είναι να αξιολογηθούν **παράμετροι** της υγειονομικής φροντίδας, που οδηγούν σε **βασικούς στόχους** όπως είναι (Κυριόπουλος, κ.α., 2003):
 - η προσπελασιμότητα
 - η καταλληλότητα (ο βαθμός δηλαδή της παρεχόμενης φροντίδας στον ασθενή)
 - ο συντονισμός και η συνέχεια της προσφερόμενης φροντίδας
 - η αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας
 - η αποδοτικότητα
 - η ασφάλεια του χώρου παροχής φροντίδας
 - η ικανοποίηση του ασθενούς και

- ο ορθοχρονισμός της παρεχόμενης φροντίδας, ο βαθμός δηλαδή που η αιτούμενη φροντίδα παρέχεται την κατάλληλη χρονική στιγμή

Με την πάροδο των ετών οι δείκτες ποιότητας συνεχώς αυξάνονται, με κοινό και κύριο χαρακτηριστικό τους τη μεγαλύτερη αντικειμενικότητα, για να αντικατοπτρίζουν με αυτό τον τρόπο όλες τις δραστηριότητες μιας νοσηλευτικής μονάδας, όπως είναι η οργάνωση και η διοίκηση, η χρήση των πόρων, η επίτευξη των στόχων.

Για πρακτικούς λόγους βέβαια η αξιολόγηση της λειτουργίας γίνεται κυρίως με επιλεκτική αξιολόγηση κομβικών **δεικτών** ποιότητας, με τη χρήση κοινά αποδεκτών εργαλείων (Crosby, 1979, 1986).

Η προσπάθεια της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σημαίνει ουσιαστικά προσπάθεια βελτίωσης κομβικών **διαδικασιών** (Juran, 1988) και αυτό προϋποθέτει:

- τη χρήση παραμέτρων εκτίμησης του επιπέδου της τρέχουσας λειτουργίας
- την εξεύρεση τρόπων βελτίωσης αυτής της λειτουργίας
- την εφαρμογή των νέων αυτών βελτιωμένων μεθόδων (Κυριόπουλος, κ.α., 2003)

Ιδιαίτερη αναφορά θα πρέπει να γίνει στην ιδιαιτερότητα της νοσοκομειακής φροντίδας, υπό την έννοια ότι είναι πολύπλοκη και μοναδική. Για το λόγο αυτό κάθε διοίκηση θα πρέπει να αναπτύσσει ταχύτατες αντιδράσεις και ικανότητα προσαρμογής και αξιοποίησης των νέων τεχνικών και τεχνολογιών. Η προσαρμοστικότητα αυτή θα δώσει τη δυνατότητα να αναπτυχθούν κατάλληλα διαμορφωμένοι κλινικοί δείκτες μέτρησης και αξιολόγησης, που θα μπορούν να καταδείξουν το βαθμό αποτελεσματικότητας των κλινικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών διαδικασιών.

2.7 Προβλήματα ποιότητας στα Ελληνικά νοσοκομεία

- **Κτιριακή υποδομή και εγκαταστάσεις:** με εξαίρεση τα σύγχρονα πανεπιστημιακά νοσοκομεία και λίγα νομαρχιακά, τα περισσότερα λειτουργούν

σε κτίρια παλαιά, με ανεπαρκή συντήρηση, απαράδεκτη χωροθέτηση και συνεχείς επεκτάσεις-προσθήκες και μετατροπές χωρίς κανένα σχεδιασμό, που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν. Δεν είναι σπάνια η λειτουργία χειρουργικών κλινικών μακριά από αίθουσες χειρουργείων ή ΜΕΘ, η ανισόπεδη-κάθετη επικοινωνία των τμημάτων, η επικοινωνία κλινικών και εργαστηρίων διαμέσου διαδρόμων κοινής χρήσης (και από επισκέπτες) ή ακόμα και διαμέσου του περιβάλλοντος αύλιου χώρου. Τα παραπάνω ενοχοποιούνται για την κακή διαχείριση των ανθρώπων και υλικών μέσα στα νοσοκομεία, για την καθυστέρηση στη διενέργεια των εργαστηριακών εξετάσεων, για την απρογραμματίστη τροφοδοσία με υλικά. Είναι επίσης γνωστή σε όλους η εικόνα της συμφόρησης των περισσότερων νοσοκομείων από συγγενείς και επισκέπτες που πηγαίνο-έρχονται στους θαλάμους, εικόνα που χαρακτηρίζεται συχνά ως «τριτοκοσμική» (Αλεξιάδης 1999, Θεοδώρου 2001).

- **Ανθρώπινοι Πόροι:** παρατηρούνται σημαντικές ελλείψεις, ιδιαίτερα στο νοσηλευτικό προσωπικό (μόνο το 18% των θέσεων νοσηλευτών Π.Ε. που προβλέπονται είναι καλυμμένες), αλλά και απουσία κρίσιμων ειδικοτήτων (managers, οικονομολόγοι υγείας, ειδικοί πληροφορικής). Πολλά τμήματα ή κλινικές υπολειτουργούν εξαιτίας του ανεπαρκούς αριθμητικά προσωπικού, Μ.Ε.Θ., μένουν κλειστές, ιατρικά μηχανήματα δεν αξιοποιούνται και δεκάδες νοσηλεύόμενοι ασθενείς αδυνατούν να λάβουν την απαραίτητη νοσηλευτική φροντίδα, ιδιαίτερα τις νυκτερινές ώρες (εφημ. <<ΤΑ ΝΕΑ>> 24/23/03, 27/01/04. Ταυτόχρονα, η σχεδόν ανύπαρκτη επιμόρφωση του προσωπικού και η έλλειψη κινήτρων και καθηκοντολογίου, δημιουργούν σοβαρά προβλήματα ποιότητας, που σχετίζονται με την ανεπάρκεια των απαραίτητων γνώσεων και δεξιοτήτων που απαιτούν οι σύγχρονες μορφές περίθαλψης και νοσηλείας.
- **Διοίκηση-οργάνωση-χρηματοδότηση:** τα νοσοκομεία σήμερα, ως Ν.Π.Δ.Δ. (και παρά τα θετικά στοιχεία των νόμων 2889/01 και 3329/05) συνεχίζουν να ασφυκτιούν από την έντονη γραφειοκρατία του δημόσιου λογιστικού και οι διοικήσεις τους -ακόμα και όταν στελεχώνονται από άτομα με ουσιαστικά προσόντα και γνώσεις management- δύσκολα κατορθώνουν να ελέγξουν ή να επηρεάσουν καθοριστικά τους παράγοντες που διαμορφώνουν το οργανωτικό πλαίσιο του νοσοκομείου. Το οργανόγραμμα των νοσοκομείων, οι προσλήψεις του προσωπικού, οι εργασιακές σχέσεις, η υπηρεσιακή κατάσταση των

εργαζομένων, η αξιολόγηση και οι προαγωγές, το σύστημα αμοιβών και η χρηματοδότηση (ημερήσιο κλειστό νοσήλιο), καθορίζονται κυρίως από το δημοσιοϋπαλληλικό κώδικα και διάφορους νόμους και ρυθμίσεις. Επιπλέον, το άκαμπτο νομικό πλαίσιο, οι αλληλεπικαλύψεις και οι συγκρούσεις ρόλων και αρμοδιοτήτων και η απουσία καθηκοντολογίου και ουσιαστικής αξιολόγησης, δυσχεραίνουν τη βελτίωση της ποιότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης και παρεμποδίζουν την καθιέρωση μεθόδων «διοίκησης ολικής ποιότητας» (Δικαίος 1999, Θεοδώρου 2001)

- **Τεχνολογικός Εξοπλισμός:** παρά τον εκσυγχρονισμό, οι σημαντικές ανισότητες στην κατανομή της βιοϊατρικής τεχνολογίας στα ελληνικά νοσοκομεία, σε συνδυασμό με την έλλειψη κεντρικού σχεδιασμού και εξειδικευμένου προσωπικού, μειώνουν την αποτελεσματικότητα του εξοπλισμού, καθυστερούν τη συντήρηση του, ενισχύουν την παραπομπή στον ιδιωτικό τομέα και παρεμποδίζουν την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών
- **Μηχανογραφική Υποστήριξη:** τα περισσότερα νοσοκομεία δεν τηρούν μηχανογραφημένα αρχεία ασθενών, ούτε δίκτυα ιατρικής πληροφόρησης, ενώ η διαχείριση των πληροφοριών είναι συχνά προβληματική, ακόμα και ανάμεσα στα τμήματα του νοσοκομείου. Οι σύγχρονες εφαρμογές της πληροφορικής (ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος ασθενή, μηχανοργάνωση αρχείων, κάρτα υγείας) βρίσκονται ακόμα στο αρχικό στάδιο σχεδίασης και εφαρμογής (Θεοδώρου 2001)
- **Νοσοκομειακές Λοιμώξεις:** η χώρα μας κατέχει μια από τις πρώτες θέσεις στη «Μαύρη Λίστα» της Ευρώπης, αφού καταγράφονται σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά νοσοκομειακών λοιμώξεων (έως 13,5 %)- ιδιαίτερα χειρουργικών- σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (3,5-9 %). Η υγειονομική ασφάλεια, το επίπεδο υγιεινής και τα συστήματα επιτήρησης δε λειτουργούν ικανοποιητικά και ο έλεγχος είναι αποσπασματικός. Είναι χαρακτηριστικό ότι ενώ προβλέπεται μια νοσηλεύτρια λοιμώξεων ανά 250 κλίνες, αυτό δεν τηρείτε σχεδόν ποτέ (εφημ. «ΤΑ ΝΕΑ» 18/4/05).
- **Ράντζα-λίστες αναμονής:** η μη ορθολογική οργάνωση και η κακή λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων, των Τ.Ε.Π. και των εργαστηρίων, ο ανεπαρκής αριθμός χειρουργικών τραπεζιών, μονάδων ανάνηψης και Μ.Ε.Θ., καθώς και η έλλειψη προσωπικού, δημιουργούν αρνητικά φαινόμενα «νημού» και ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για την συμφόρηση και τα ράντζα (ιδιαίτερα στα μεγάλα

νοσοκομεία), τις καθυστερήσεις στην περίθαλψη και την κακή ποιότητα των υπηρεσιών. Η εφαρμογή του πρόσφατου «νέου» συστήματος εφημεριών (με τη συμμετοχή περισσότερων νοσοκομείων) δεν φαίνεται να έλυσε το πρόβλημα, αφού τα ράντζα «μετακόμισαν» από τα μεγάλα νοσοκομεία στα μικρότερα (εφημ. «ΤΑ ΝΕΑ» 16/05/05). Ταυτόχρονα, οι λίστες αναμονής (στα εξωτερικά ιατρεία και στα χειρουργεία), μεγαλώνουν καθημερινά, ιδιαίτερα στα «περιζήτητα» νοσοκομεία, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να περιμένουν έως και πάνω από 6 μήνες. Για παράδειγμα περισσότεροι από 350 ασθενείς περιμένουν σήμερα τη σειρά τους για τα τακτικά χειρουργεία του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός», με τη λίστα αναμονής να φθάνει τους 8 μήνες, ενώ για μία εξέταση αίματος στο «Γενικό Κρατικό Αθηνών» η αναμονή ξεπερνά τις 45 ημέρες. Ακόμα και για ακτινοθεραπεία η λίστα κυμαίνεται από 10 μέρες έως και 3 μήνες (εφημ. «ΤΑ ΝΕΑ» 7/04/05)

- **Παραοικονομία:** την προσφορά των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων σκιάζει έντονα η εικόνα της παραοικονομίας, που ευνοείται από τη μη οργανωμένη και διάφανη λειτουργία των υπηρεσιών εισαγωγής, από τις μεγάλες λίστες αναμονής, από την έλλειψη ελέγχου, καθώς και από την ανοχή των εργαζομένων. Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α., ο ετήσιος τζίρος από «φακελάκια», στο Ε.Σ.Υ. ανέρχεται στα 6 δις ευρώ (Τούντας 2002, Βαρνάβας 2005). Αρκετά ελληνικά νοικοκυριά φθάνουν στα όρια της χρεοκοπίας για να ανταπεξέλθουν στο κόστος της περίθαλψης. Έρευνα του Ε.Σ.Δ.Υ. έδειξε ότι το 2,5% των οικογενειών στην Ελλάδα (έναντι 0,4% στο σύνολο της Ε.Ε.) καταστρέφονται οικονομικά στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν κάποιο αιφνίδιο ή χρόνιο πρόβλημα υγείας που χρήζει νοσοκομειακής περίθαλψης (εφημ. «ΤΑ ΝΕΑ» 17/11/03). Τα νοσοκομεία έρχονται δεύτερα στη λίστα της διαφθοράς με 21% ενώ ασθενείς καταγγέλλουν ότι τους έχει ζητηθεί «φακελάκι» για...να βρεθεί ασθενοφόρο ή ακόμα και για να αλλάξει ο νοσηλεύόμενος δωμάτιο στο νοσοκομείο (εφημ «Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ» 11/12/05)
- **Ικανοποίηση ασθενών:** οι Έλληνες ασθενείς αντιμετωπίζουν τα δημόσια νοσοκομεία με έντονη δυσπιστία και δυσαρέσκεια εξαιτίας της χαμηλής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Είναι μάλιστα, σύμφωνα με πολλές έρευνες, οι περισσότερο δυσαρεστημένοι πολίτες της Ε.Ε. από τις υπηρεσίες υγείας που τους προσφέρονται, με 8 στους 10 να δηλώνουν χαμηλή ικανοποίηση

από τα δημόσια νοσοκομεία. Τα περισσότερα παράπονα κατευθύνονται προς το ξενοδοχειακό μέρος των νοσοκομείων, τις συνθήκες διαβίωσης . το φαγητό, την κατάσταση των κοινόχρηστων χώρων και τις αναμονές για εξέταση (Ferrera 1993, Μάντη 2000, Κυριόπουλος 1994, εφημ «ΤΑ ΝΕΑ» 13/05/02)

- **Συμπεριφορά επαγγελματιών υγείας:** μπορεί οι Έλληνες ασθενείς να δείχνουν εμπιστοσύνη στο ιατρικό και στο νοσηλευτικό προσωπικό, εντούτοις συχνά επισημαίνεται σε έρευνες η ύπαρξη αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς από ορισμένους γιατρούς και άλλο προσωπικό του Ε.Σ.Υ., που καταπατούν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα των αρρώστων, δεν τηρούν το απόρρητο και δεν πληροφορούν επαρκώς τους ασθενείς (Abel-Smith 1994). Αποτέλεσμα είναι να πληθαίνουν οι καταγγελίες και οι προσφυγές των πολιτών στα δικαστήρια, ζητώντας αποζημιώσεις (εφημ. «ΤΑ ΝΕΑ» 1/06/04)

Όπως διαπιστώσαμε με βάση τα παραπάνω, η εφαρμογή ενός συστήματος διοίκησης ολικής ποιότητας στο νοσοκομειακό χώρο είναι περισσότερο από απαραίτητη. Εντούτοις, τα προβλήματα της δημόσιας υγείας λειτουργούν ως τροχοπέδη στην εφαρμογή ενός τέτοιου συστήματος. Στα επόμενα κεφάλαια θα εστιάσουμε σε ένα από τα πιο σημαντικά τμήματα του σύγχρονου νοσοκομείου, το χώρο του χειρουργείου και θα προσπαθήσουμε να διερευνήσουμε κατ' αρχήν την οργανωτική του δομή και ακολούθως πως είναι δυνατόν να εφαρμοστεί ένα σύστημα ποιότητας σ' αυτό το νευραλγικό για την υγεία χώρο.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

- Κτιριακή υποδομή και εγκαταστάσεις
- Ανθρώπινοι πόροι
- Διοίκηση – οργάνωση – χρηματοδότηση
- Τεχνολογικός εξοπλισμός
- Μηχανογραφική υποστήριξη
- Νοσοκομειακές λοιμώξεις
- Ράντζα – Λίστες αναμονής
- Παραοικονομία
- Ικανοποίηση ασθενών
- Συμπεριφορά επαγγελματιών υγείας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

3.1 Εισαγωγικά

Το χειρουργείο αντιπροσωπεύει ένα εξαιρετικά πολύπλοκο κλινικό και διοικητικό περιβάλλον, με πολλές απαιτήσεις και πολλαπλές πλευρές οργάνωσης και διοίκησης, που καθιστούν απαραίτητη την παρουσία εξειδικευμένου προσωπικού με το κατάλληλο θεωρητικό υπόβαθρο και την απαραίτητη πείρα.

Με τον όρο χειρουργείο νοείται συνήθως ένα σύνολο χειρουργικών αιθουσών μαζί με τις υποστηρικτικές τους υπηρεσίες, δηλαδή τους χώρους προεγχειρητικής αναμονής και μετεγχειρητικής ανάνηψης, οι οποίοι βρίσκονται κατά κανόνα δίπλα ή κοντά στις χειρουργικές αίθουσες. Επικεφαλής του χειρουργείου είναι ο προϊστάμενος ή ο υπεύθυνος, που συνήθως είναι η προϊσταμένη νοσηλεύτρια ή ο προϊστάμενος νοσηλευτής του χειρουργείου, αν και σε μεγάλα ιατρικά κέντρα του εξωτερικού ένας γιατρός μπορεί να παίζει το ρόλο του ιατρικού διευθυντή (Gabel, κ.α. 2001).

Παρόλο που η ιστορία του χειρουργείου είναι γενικά καταγεγραμμένη και επαρκώς τεκμηριωμένη, η ιστορία του ως χώρου για τη διεξαγωγή χειρουργικών επεμβάσεων είναι λιγότερο κατανοητή. Οι περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις ήταν σύντομες και εκτελούνταν συνήθως σε χώρους βολικούς για τον ίδιο τον ασθενή, π.χ. στο σπίτι του.

Ο τομέας της χειρουργικής αναπτύχθηκε ραγδαία κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά το τέλος του δεύτερου Παγκόσμιου Πολέμου. Η εξέλιξη των χειρουργικών τεχνικών στο πεδίο της μάχης, σε συνδυασμό με την εμφάνιση των αντιβιοτικών, δημιούργησε μια ατμόσφαιρα στην οποία οι εξελίξεις της χειρουργικής πραγματοποιούνταν σχεδόν σε καθημερινή βάση. Οι εξελίξεις στην αναισθησιολογία συμβάδισαν με τις εξελίξεις στη χειρουργική, καθιστώντας δυνατή την επιβίωση βαριά ασθενών, οι οποίοι υφίσταντο περίπλοκες επεμβάσεις (Gabel, κ.α. 2001).

Σταδιακά συνεπώς ο τομέας της χειρουργικής αρχίζει να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του σύγχρονου περιβάλλοντος και επιδιώκεται η βελτιστοποίηση των διαδικασιών.

3.2 Το περιβάλλον ενός χειρουργείου

Στα χειρουργεία συχνά επιτελούνται δύσκολες επεμβάσεις, κατά τη διάρκεια των οποίων παρουσιάζονται προβλήματα και δυσκολίες στην ολοκλήρωσή τους. Παρόμοια προβλήματα σχετίζονται με γεγονότα, όπως είναι:

- η διαφοροποίηση των ασθενών και των νόσων τους και οι συνθήκες αβεβαιότητας υπό τις οποίες συχνά τελείται μία επέμβαση
- η μη αναστρεψιμότητα των ενεργειών ενός χειρουργού ή ενός αναισθησιολόγου
- η μη δυνατότητα έγκαιρης και άμεσης παρέμβασης από άλλο επιστημονικό προσωπικό
- οι χρονικοί περιορισμοί

Απρόβλεπτα γεγονότα μπορούν να λάβουν χώρα στη διάρκεια μιας επέμβασης, ακόμα και αν αυτή πραγματοποιείται από τους πιο επιδέξιους και έμπειρους επιστήμονες. Εξάλλου η πιθανότητα ύπαρξης απρόβλεπτων γεγονότων, οι υψηλές απαιτήσεις, η έλλειψη χρόνου και ο υψηλός κίνδυνος που υπάρχει προκαλούν συχνά διαπροσωπικές διενέξεις και αυξάνουν την αναγκαιότητα για άριστη συνεργασία και **υιοθέτηση προτύπων ποιότητας** στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Με την υιοθέτηση άλλωστε των συγκεκριμένων προτύπων στόχος δεν θα είναι μόνο η αριστοποίηση των υπηρεσιών, αλλά και η μείωση των λαθών, η ανταπόκριση στις αυξημένες ανάγκες για φροντίδα υγείας, η προσαρμογή στις αυξανόμενες τεχνολογικές εξελίξεις, η παροχή ασφαλέστερων χειρουργικών υπηρεσιών.

Ας μην ξεχνάμε άλλωστε ότι κάθε εργαζόμενος θα πρέπει να ξεχνάει τις προσωπικές του διενέξεις, να κατανοεί πλήρως την αποστολή και το όραμα του οργανισμού στον οποίο ανήκει. Καθοριστικός είναι και ο ρόλος της ηγεσίας, δεδομένου ότι ένας από τους πρωταρχικούς της ρόλους είναι ο προσδιορισμός της αποστολής και του οράματος, μέσω του εντοπισμού τρόπων πιο παραγωγικών και πιο αποτελεσματικών σε σύγκριση με τις τρέχουσες, εφαρμοζόμενες πρακτικές, οι οποίες συχνά δεν έχουν καταγραφεί και διατυπωθεί (Gabel, κ.α. 2001).

Αναφορικά με το φυσικό περιβάλλον του χειρουργείου, πρέπει να επισημανθεί ότι η αρχιτεκτονική διαρρύθμιση (δηλαδή το σχέδιο) του τομέα των Χειρουργείων, η έκταση του χώρου, η τοποθεσία του σχετικά με άλλους τομείς, καθώς και άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως ο φωτισμός, ο αερισμός, ο καθορισμός της

κυκλοφορίας ατόμων, υλικών κ.τ.λ. επηρεάζουν τη λειτουργία και το βαθμό απόδοσής του.

Βασική αποδοχή στο σχεδιασμό κάθε τομέα είναι ότι η διαρρύθμισή του πρέπει να επιτρέπει την καλύτερη εξυπηρέτηση των αρρώστων στο μικρότερο χρόνο και με το μικρότερο κόπο του προσωπικού.

Ο τομέας των Χειρουργείων στην εποχή μας τοποθετείται συνήθως στους χαμηλότερους ορόφους του κτιρίου, μακριά από την κεντρική κυκλοφορία του κοινού, αλλά σε εύκολη πρόσβαση και κοντινή απόσταση από τους θαλάμους των χειρουργικών αρρώστων.

Οι χώροι στα χειρουργεία χωρίζονται σε:

- Εξωτερικούς (ακάθαρτους), και
- Εσωτερικούς (καθαρούς).

Ο εξωτερικός (ακάθαρτος) χώρος του χειρουργείου περιλαμβάνει:

α. Τα αποδυτήρια και τις τουαλέτες του προσωπικού.

β. Τα γραφεία των γιατρών και του λοιπού προσωπικού.

γ. Επειδή στον εξωτερικό ακάθατο χώρο πρέπει να συλλέγονται για απομάκρυνση όλα τα ακάθαρτα υλικά, όπως εργαλεία, ιματισμός και απορρίμματα, στα σύγχρονα χειρουργεία κατασκευάζεται ειδικός ακάθατος διάδρομος, με τον οποίο επικοινωνούν άμεσα οι χειρουργικές αίθουσες προς την εξωτερική πλευρά του χειρουργείου και ο οποίος οδηγεί κατευθείαν στους χώρους συγκέντρωσης των υλικών αυτών.

Ο εσωτερικός (καθαρός) χώρος, που είναι και το κύριο τμήμα των Χειρουργείων, περιλαμβάνει:

α. Αίθουσα υποδοχής και αναμονής των αρρώστων για εγχείρηση, με γραφείο συντονισμού της διακίνησής τους.

β. Τις χειρουργικές αίθουσες (δηλ. τα χειρουργεία) με βοηθητικούς για κάθε αίθουσα χώρους.

γ. Τους χώρους νιπτήρων προεγχειρητικού πλυσίματος χεριών του προσωπικού.

δ. Χώρους αποθήκευσης αποστειρωμένου και καθαρού υγειονομικού υλικού χωριστά

ε. Χώρους αναισθησίας και αναισθησιολογικών μηχανημάτων και εφοδίων.

στ. Χώρους αναμονής ή σύντομης ανάπαυσης του προσωπικού, στο διάστημα πριν ή μεταξύ εγχειρήσεων, όπου συνήθως προσφέρεται ελαφρά τροφή ή αναψυκτικά

ζ. Αίθουσα μεταναισθητικής ανάνηψης, που βρίσκεται κάπου μεταξύ καθαρού και ακάθαρτου χώρου, για να επικοινωνεί κατευθείαν με τους εξωτερικούς διαδρόμους, από όπου τελικά προωθούνται οι άρρωστοι στο θάλαμό τους.

Η διατήρηση της καθαριότητας που απαιτείται στο Χειρουργείο, επιβάλλει αυστηρούς **κανόνες κυκλοφορίας προς και από** τις καθορισμένες ζώνες, τόσο για τα καθαρά, όσο και για τα ακάθαρτα άτομα και τα υλικά.

Την ευθύνη για την τήρηση του κανονισμού κυκλοφορίας έχει βασικά η προϊσταμένη νοσηλεύτρια, αλλά και οι νοσηλεύτριες-στελέχη και κάθε άλλο εργαζόμενο άτομο στον τομέα.

Ο εξοπλισμός του Χειρουργείου στην εποχή μας της υψηλής τεχνολογίας, συμπληρώνεται, αυξάνεται και μεταβάλλεται με γρήγορους ρυθμούς, σε σημείο που δημιουργεί προβλήματα από έλλειψη χώρου, γνώση της λειτουργίας του, κόστος αγοράς και συντήρησής του.

Τα κυριότερα βασικά και απαραίτητα μέρη του εξοπλισμού για κάθε χειρουργική αίθουσα, με μικρές παραλλαγές, ανάλογα με το είδος των εγχειρήσεων που προορίζεται να στεγάσει, είναι τα παρακάτω:

- **Χειρουργικό Τραπέζι**

Είναι το κυριότερο κομμάτι εξοπλισμού της Χειρουργικής αίθουσας. Αποτελείται από μία βάση και μία επίπεδη επιφάνεια πάνω στην οποία τοποθετείται ο άρρωστος. Είναι σχεδιασμένο να ανεβοκατεβαίνει σε ύψος, όποτε χρειάζεται, και να παίρνει διάφορες θέσεις και κλίσεις, ανάλογα με τις ανάγκες που επιβάλλει στο χειρούργο η φύση της εγχείρησης.

- **Χειρουργική Διαθερμία**

Με την ηλεκτρική ή ηλεκτρονική αυτή συσκευή γίνεται καυτηρίαση (ηλεκτροπηξία) των ιστών που αιμορραγούν αλλά και τομή. Είναι απαραίτητη σε όλες τις εγχειρήσεις.

- **Μηχανικός Αναρροφητήρας**

Ο μηχανικός αναρροφητήρας είναι τμήμα του εξοπλισμού του Χειρουργείου, αλλά και των νοσηλευτικών τμημάτων, Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, Τμημάτων Επειγόντων κ.λ.π. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να γνωρίζει καλά τη λειτουργία και τη χρήση του. Το μηχάνημα βασικά αναρροφά υγρά από την τραχεία του αρρώστου στην αναισθησία, στην Εντατική Μονάδα και αλλού, για να απελευθερώσει τις αναπνευστικές οδούς από εκκρίσεις. Στο Χειρουργείο αναρροφά και αλλά υγρά τραύματος, π.χ. περιτοναϊκής κοιλότητας, εντέρου, αίμα σε μεγάλες αιμορραγίες κ.τ.λ.

- **Μηχανήματα Αναισθησίας**

Με τα μηχανήματα αναισθησίας χορηγούνται στον άρρωστο τα διάφορα αναισθητικά αέρια της νάρκωσης με οξυγόνο, προκειμένου να γίνει μία εγχείρηση.

- **Μηχανήματα Διάσωσης**

Τα μηχανήματα αυτά είναι απαραίτητα στο Χειρουργείο, όπως και σε άλλα τμήματα του Νοσοκομείου, για την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών αναζωογόνησης αρρώστων από καρδιακή ανακοπή. Είναι δε:

1. Το καρδιοσκόπιο ή καρδιακός μηνύτορας (Cardiac Monitor)
2. Ο καρδιακός απινιδωτής (Cardiac defibrillator)
3. Ο καρδιακός βηματοδότης (Cardiac pacemaker)

Ο εξοπλισμός του Χειρουργείου περιλαμβάνει επίσης διάφορα έπιπλα και πολλά μεταλλικά ανοξείδωτα τροχοφόρα μεγάλης αντοχής, αλλά και μηχανήματα, όπως

1. Τηλεοπτική οθόνη στα Ορθοπαιδικά, Ουρολογικά τραπέζια, με το μηχάνημα C-arm (βραχίονας C) για παρακολούθηση της κατεύθυνσης των χειρουργικών προθέσεων ήλωσης οργάνου, λιθοτριψίας κ.λ.π.

2. Μηχάνημα Εξωσωματικής κυκλοφορίας για εγχειρήσεις ανοικτής καρδιάς.

3. Μηχανήματα ακτινών Laser

4. Διάφορα νέα μηχανήματα αναισθησίας, αναπνευστήρες και καρδιοσκόπια, όπου παρακολουθούν οι αναισθησιολόγοι την καρδιακή λειτουργία των αρρώστων με καρδιακά προβλήματα και άλλα.

3.3 Οργάνωση και Δομή Χειρουργείου

Το ανεπτυγμένο σημερινό επίπεδο της Χειρουργικής, που με τη βοήθεια της υψηλής τεχνολογίας και τους σύγχρονους εξοπλισμούς διεκπεραιώνει πολύπλοκες και πολύωρες εγχειρήσεις, απαιτεί σωστό προγραμματισμό και επάρκεια χώρων και προσωπικού ορισμένων κατηγοριών για να λειτουργήσει σωστά.

Σχετικά με τους χώρους, υπολογίζεται πως για να εξυπηρετηθούν ομαλά και με σωστό ρυθμό οι άρρωστοι, χρειάζονται τρεις (3) περίπου αίθουσες χειρουργείου για κάθε 100 χειρουργικά κρεβάτια Νοσοκομείου.

Στο χειρουργείο εργάζεται προσωπικό από τις εξής κατηγορίες:

- Το Ιατρικό προσωπικό: Χειρουργοί, Αναισθησιολόγοι
- Το Νοσηλευτικό προσωπικό: Νοσηλεύτριες/τές, βοηθοί νοσηλεύτριες/τές, άλλο (βοηθητικό) νοσηλευτικό προσωπικό.
- Το Διοικητικό προσωπικό: Γραμματείς, κλητήρες
- Τεχνικοί μηχανημάτων
- Προσωπικό Καθαριότητας.

Τα βασικά καθήκοντα κάθε κατηγορίας προσωπικού είναι τα εξής:

Ο Χειρουργός είναι ο κύριος υπεύθυνος για τον άρρωστο, όσον αφορά την μελέτη και προετοιμασία του για την εγχείρηση, με τις απαραίτητες για τον καθένα εργαστηριακές εξετάσεις, ακτινογραφίες, πρόβλεψη αίματος για μετάγγιση, προγραμματισμό και εκτέλεση της εγχείρησης και για όλη την μετεγχειρητική αγωγή, μέχρι την έξοδο από το Νοσοκομείο. Ο Χειρουργός, μετά τον προγραμματισμό της εγχείρησης πρέπει να συνεννοηθεί με το Νοσηλευτικό προσωπικό του Χειρουργείου σχετικά με τυχόν πρόσθετες ανάγκες-εκτός από τις καθορισμένες βασικές ανάγκες-σε εργαλεία, ειδικά υγειονομικά υλικά, ράμματα κ.ά., που υπολογίζει ότι μπορεί να χρειαστούν. Για το λόγο αυτό, την ημέρα της εγχείρησης πρέπει να έρχεται εγκαίρως στο Χειρουργείο για τη συνεργασία αυτή, αλλά και για να ελέγξει τον άρρωστο, να του δώσει περισσότερες οδηγίες και να τον ηρεμήσει.

Οι Αναισθησιολόγοι γιατροί αναλαμβάνουν τη χορήγηση της αναισθησίας στον άρρωστο. Για αυτό, την παραμονή της εγχείρησης ή και νωρίτερα (όταν ζητηθεί από τον Χειρουργό) επισκέπτονται τον άρρωστο στο θάλαμό του, και αφού τον εξετάσουν, αποφασίζουν αν μπορεί να πάρει γενική νάρκωση ή άλλη και δίνουν τις σχετικές οδηγίες ανάλογα με τις ανάγκες κάθε αρρώστου.

Την ημέρα της εγχείρησης ο Αναισθησιολόγος δίνει την νάρκωση, παραμένει συνεχώς με τον άρρωστο, παρακολουθεί τα ζωτικά του σημεία για ομαλότητα, παρακολουθεί το επίπεδο αναισθησίας που χρειάζεται ο Χειρουργός και αντιμετωπίζει κάθε ανάγκη, αλλαγή ή ανωμαλία, μέχρι το τέλος της εγχείρησης. Τότε ξυπνά τον άρρωστο και τον συνοδεύει κατά τη μεταφορά του στην Αίθουσα της Ανάνηψης, για να δώσει περισσότερες οδηγίες στο προσωπικό παρακολούθησής του, στη φάση αυτή της αφύπνισης.

Το νοσηλευτικό προσωπικό Χειρουργείου περιλαμβάνει νοσηλευτές από όλες τις βαθμίδες (Π.Ε., Τ.Ε. και Δ.Ε.). Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι απαραίτητο διότι συνεργάζεται στενά με τους χειρουργούς για την διενέργεια των χειρουργικών επεμβάσεων. Έχει την ευθύνη της ετοιμότητας των απαραίτητων εφοδίων για την εγχείρηση και την ευθύνη της νοσηλείας του ασθενή. Εκτός αυτών, φροντίζει να προσαρμόζει συνεχώς την οργάνωση, να βελτιώνει την εργασία και την τεχνική με νέες επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις. Γι αυτό και είναι αναγκαίο η Νοσηλευτική Διεύθυνση του Χειρουργείου να προάγει τις γνώσεις και τις δεξιότητες των μελών της, με συνεχή επιμόρφωση και εκπαίδευση. Η σύνθεση και η ιεραρχική σχέση του Νοσηλευτικού Προσωπικού του Χειρουργείου εξαρτώνται συχνά από την έκταση του τομέα αυτού. Τα καθήκοντα και οι ευθύνες καθενός ξεχωριστά από τις κατηγορίες των μελών του προσωπικού πρέπει να καθορίζονται με γραπτό κανονισμό.

Το νοσηλευτικό προσωπικό Αναισθησιολογικού, φροντίζει τον εφοδιασμό με τα απαραίτητα φάρμακα, υλικά, όργανα και μηχανήματα της αναισθησίας. Παραστέκεται την ώρα της εγχείρησης, έτοιμο να βοηθήσει σε κάθε πρόβλημα που χρειάζεται παρέμβαση στην αναισθησία του αρρώστου. Εκτός αυτών στελεχώνει και την αίθουσα της μεταναισθητικής Ανάνηψης, προσφέροντας μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα στον άρρωστο στο κρίσιμο αυτό στάδιο, με παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του, πρόληψη και αντιμετώπιση επιπλοκών στην αφύπνισή του με τη βοήθεια του αναισθησιολόγου. Φροντίζει επίσης για την επιστροφή του αρρώστου στο θάλαμό του, όταν ο Αναισθησιολόγος το επιτρέψει. Όταν γίνεται,

πρέπει να συνοδεύσει τον άρρωστο στο θάλαμο, για να τον παραδώσει με ιδιαίτερες επεξηγήσεις στο νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος.

Το τεχνικό προσωπικό αποτελείται από τεχνικούς λειτουργούς ειδικών μηχανημάτων, όπως είναι το μηχάνημα εξωσωματικής κυκλοφορίας της Καρδιοχειρουργικής, τα ακτινολογικά ή ακτινοσκοπικά μηχανήματα και από τεχνικούς των μηχανημάτων αναισθησίας, που είναι και τα περισσότερα. Στη χώρα μας βέβαια η εργασία αυτή γίνεται από τις νοσηλεύτριες που βοηθούν τον αναισθησιολόγο, γεγονός απαράδεκτο για τη νοσηλευτική υπηρεσία.

Το διοικητικό προσωπικό με την καθοδήγηση της Προϊσταμένης (ή του Τομεάρχη) του Χειρουργείου, φροντίζει τη διοικητική διεκπεραίωση παραγγελιών υλικών και όλων των εντύπων της διαχείρισης, της διοίκησης και των στοιχείων του Χειρουργείου. Βοηθάει επίσης στη διεκπεραίωση παραγγελιών και μηνυμάτων προς και από του Χειρουργείου, για τη διακίνηση αρρώστων και κάθε άλλη επικοινωνία με τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου.

Το προσωπικό καθαριότητας, όπως υπονοείται, φροντίζει για την απομάκρυνση ακάθαρτων υλικών, εργαλείων και ιματισμού από το Χειρουργείο, και για την καθαριότητα-απολύμανση του χώρου, σύμφωνα με τις αυστηρά καθορισμένες τεχνικές, με τη παρακολούθηση του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι καθαριστές του Χειρουργείου πρέπει να είναι μόνιμοι (χωρίς να εναλλάσσονται συχνά), γιατί χρειάζεται εκπαίδευση, τεχνικές γνώσεις και προσκόλληση τήρηση των κανονισμών. Πρέπει ακόμη να είναι άτομα ευσυνείδητα, σταθερά και φερέγγυα.

Γίνεται συνεπώς κατανοητό ότι στο χειρουργείο τρεις ομάδες επαγγελματιών πρέπει να συνυπάρχουν και να συνεργάζονται αρμονικά – οι χειρουργοί, οι αναισθησιολόγοι και οι νοσηλεύτες. Όλοι αυτοί υποστηρίζονται στην εργασία τους από πολλές διαφορετικές και εξειδικευμένες ομάδες τεχνικού και λοιπού προσωπικού. Οι επαγγελματικές αυτές ομάδες διαθέτουν ορισμένα βασικά κοινά στοιχεία, δύο από τα οποία είναι η αφοσίωσή τους στη φροντίδα των ασθενών και η πίστη στα επαγγέλματά τους. Ωστόσο οι ομάδες αυτές διαφέρουν ως προς το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, τις εργασιακές δραστηριότητες, την επαγγελματική προσέγγιση των θεμάτων καθώς και το εργασιακό καθεστώς για αυτούς μέσα στον οργανισμό. Οι χειρουργοί και οι αναισθησιολόγοι είναι συνήθως αυτοαπασχολούμενοι, αν και πολλοί από αυτούς είναι υπάλληλοι του οργανισμού υγείας ή απλώς συνεργάτες ή ανήκουν σε ομάδες γιατρών οι οποίοι σχετίζονται με τον οργανισμό μέσω διάφορων

συμβασιακών ή μη σχέσεων. Στα αυτόνομα χειρουργικά κέντρα πολλοί χειρουργοί ή αναισθησιολόγοι μπορεί να είναι μέτοχοι ή και ιδιοκτήτες. Σε αντίθεση με το ιατρικό προσωπικό, οι νοσηλευτές είναι σχεδόν πάντα μισθωτοί του οργανισμού, ενώ μπορεί να ανήκουν και σε κάποιο σωματείο ή ένωση (Gabel, κ.α. 2001).

Η οργανωτική δομή ενός χειρουργείου είναι εξαιρετικά πολύπλοκη, καθώς σε αυτό απασχολούνται πολλές και διαφορετικές ειδικότητες, κατηγορίες και ομάδες προσωπικού.

Το βασικό πρόβλημα που προκύπτει σε σχέση με τη διοικητική συγκρότηση ενός χειρουργείου είναι ότι οι στόχοι των επαγγελματιών που το στελεχώνουν συχνά δεν συμβαδίζουν με τους στόχους του χειρουργείου ή ακόμα και του νοσοκομείου.

Η συνήθης οργανωτική δομή των χειρουργείων που προσφέρουν χειρουργικές υπηρεσίες βασίζεται σε ένα σύνολο κοινών δεξιοτήτων και αρμοδιοτήτων. Ο πρωταρχικός στόχος της οργανωτικής δομής είναι η διευκόλυνση στη διεκπεραίωση των εργασιών και η λειτουργία του οργανισμού. Οι παραδοσιακές οργανωτικές δομές είναι διαμορφωμένες έτσι ώστε να ομαδοποιούνται οι επαγγελματίες κατά ειδικότητα ή επαγγελματικό τίτλο, αν και συχνά απαιτείται διατομεακή και διατμηματική συνεργασία (Meeker, κ.α. 1995).

Η παραδοσιακή οργανωτική δομή ενός χειρουργικού κέντρου σχετίζεται με (Gabel, κ.α. 2001):

- το διοικητικό διευθυντή
- το διευθυντή νοσηλευτικού και τεχνολογικού προσωπικού
- το νοσηλευτικό προσωπικό
- το τεχνολογικό προσωπικό
- το διοικητικό προσωπικό
- τον ιατρικό διευθυντή του χειρουργείου
- το διευθυντή του χειρουργικού τομέα
- τους χειρουργούς
- το διευθυντή του αναισθησιολογικού τομέα
- τους αναισθησιολόγους.

Η παραδοσιακή οργανωτική δομή του χειρουργείου όμως μπορεί να τροποποιηθεί, έτσι ώστε να συμπεριλάβει ορισμένα στοιχεία αποδοτικότητας, τα οποία ενέχονται σε

οργανωτικές δομές μικρότερων, αυτόνομων χειρουργικών κέντρων. Η τυπική οργανωτική δομή χειρουργείου σε νοσοκομείο θα μπορούσε να αποτυπωθεί ως εξής (Gabel, κ.α. 2001) :

- διευθυντής ιατρικής υπηρεσίας
- διευθυντής χειρουργικού τομέα
- διευθυντής αναισθησιολογικού τομέα
- διευθυντής παθολογικού τομέα
- διευθυντές άλλων τομέων
- διευθυντής διοικητικών υπηρεσιών
- διευθυντής ξενοδοχειακών υπηρεσιών
- γραφείο μετακινήσεων
- υπηρεσίες καθαριότητας, ιματισμού και ασφάλειας
- τμήμα βιοιατρικής τεχνολογίας
- γραφείο προμηθειών
- διαχείριση υλικού
- τμήμα πληροφορικής
- διευθυντής νοσηλευτικής υπηρεσίας
- τομεάρχης χειρουργείου (για μεγάλα συγκροτήματα χειρουργείων)
- προϊστάμενος/οι χειρουργείου
- προϊστάμενος νοσηλευτής χειρουργείου
- νοσηλευτές κλινικοί εκπαιδευτές χειρουργείου
- νοσηλευτές χειρουργείου
- νοσηλευτές μονάδας ανάνηψης
- προϊστάμενος κεντρικής αποστείρωσης
- νοσηλευτές κεντρικής αποστείρωσης
- νοσηλευτές μονάδας ημερήσιας νοσηλείας
- τεχνολογικό προσωπικό χειρουργείου
- γραφείο μετακινήσεων και υπηρεσίες καθαριότητας, ιματισμού και ασφάλειας χειρουργείου
- διαχείριση υλικού του χειρουργείου
- τμήμα πληροφορικής του χειρουργείου

3.4 Η διαχείριση και το πρόγραμμα του Χειρουργείου

Η αποδοτική λειτουργία ενός χειρουργείου προϋποθέτει έμπρακτη δέσμευση και καθημερινή συνεισφορά της διοίκησης στην επίλυση των λειτουργικών προβλημάτων του χειρουργείου. Πολλές αποφάσεις που αφορούν στη μακροπρόθεσμη διαχείριση, αλλά και το στρατηγικό σχεδιασμό μπορούν κάλλιστα να ληφθούν υπό συνθήκες ηρεμίας. Ωστόσο, η επιτυχία ή η αποτυχία όλων αυτών των αποφάσεων και σχεδίων εξαρτάται κατά κύριο λόγο από την ισχύ και τις δεξιότητες των ατόμων που ουσιαστικά υλοποιούν αυτές τις αποφάσεις και είναι υπεύθυνοι για τη λειτουργία του χειρουργείου. Η λήψη των κρίσιμων αποφάσεων που αφορούν στη λειτουργία του χειρουργείου πρέπει να διέπεται από σταθερότητα, παρά τους αναπόφευκτους συμβιβασμούς και τις υποχωρήσεις. Ορισμένες από αυτές τις αποφάσεις αφορούν θέματα ζωής και θανάτου και αυτή η παράμετρος εντείνει τα προβλήματα. Καθώς τα χειρουργεία δεν έχουν καμία σχέση με τις βιομηχανικές μονάδες παραγωγής, όπου όλα εκτελούνται υπό ελεγχόμενες συνθήκες, φαινόμενα εμφανούς αβεβαιότητας ή ακόμα και χάους παρατηρούνται σχεδόν σε καθημερινή βάση.

Η καθημερινή διαχείριση στο χειρουργείο περιλαμβάνει τη διαχείριση της ροής των ασθενών και του προσωπικού από, προς και εντός του χειρουργείου. Το πρόγραμμα του χειρουργείου είναι εκείνο που καθορίζει την καθημερινή ροή των ασθενών και του προσωπικού. Οι περισσότεροι βασικοί διακανονισμοί και συμβιβασμοί μεταξύ της αποδοτικότητας και της διευκόλυνσης των επαγγελματιών που εργάζονται στο χειρουργείο από τη μία και του πιθανού κέρδους και της παραγωγικότητας από την άλλη γίνονται με γνώμονα τους κανονισμούς που αφορούν στην κατάρτιση του προγράμματος του χειρουργείου.

Κατά το σχεδιασμό του προγράμματος του χειρουργείου είτε με ηλεκτρονικά είτε με έντυπο σύστημα, πρώτο μέλημα είναι οι προγραμματισμένες επεμβάσεις να ρυθμίζονται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να ελαχιστοποιούνται οι απώλειες σε χρόνο και άλλους πόρους. Ο σχεδιασμός του προγράμματος του χειρουργείου πρέπει να επιτυγχάνει την ισορροπία μεταξύ αντιφατικών στόχων. Αφενός πρέπει να ικανοποιούνται οι ανάγκες των χειρουργών για εύκολη πρόσβαση στο χειρουργείο σε κατάλληλες γι' αυτούς ώρες. Ακόμα, οι περισσότεροι χειρουργοί προτιμούν να εκτελούν τις επεμβάσεις τους διαδοχικά παρά να υπάρχουν κενά στο πρόγραμμά τους.

Το πρόγραμμα συνεπώς του χειρουργείου πρέπει να σχεδιάζεται έτσι ώστε να ελαχιστοποιείται η σπατάλη των πόρων του νοσοκομείου, γεγονός που υποδηλώνει ότι το πρόγραμμα του χειρουργείου πρέπει να περιλαμβάνει όσο το δυνατόν περισσότερες επεμβάσεις εντός του διαθέσιμου χώρου και χρόνου (Gabel, κ.α. 2001).

3.5 Προγραμματισμός και Λήψη Αποφάσεων στο Χειρουργείο

Η ευθύνη για το στρατηγικό σχεδιασμό στο χειρουργείο διαφέρει από την ευθύνη για το λειτουργικό προγραμματισμό και εφαρμογή. Σε επίπεδο στρατηγικού σχεδιασμού, ο προϊστάμενος χειρουργείου πρέπει να παίζει ηγετικό ρόλο σε θέματα σχεδιασμού του χειρουργείου και να συμμετέχει στην ομάδα στρατηγικού σχεδιασμού του μητρικού οργανισμού. Πρέπει να εξασφαλίζεται συμβατότητα μεταξύ των στόχων του στρατηγικού σχεδίου για το χειρουργείο και των επιχειρησιακών στόχων του οργανισμού (Gabel, κ.α. 2001, Marcus, κ.α. 1995)

Οι αρμοδιότητες όσον αφορά στη λειτουργία του χειρουργείου είναι αμεσότερες και πιο ξεκάθαρες σε σχέση με τις αρμοδιότητες που σχετίζονται με το στρατηγικό σχεδιασμό. Βέβαια το σύνολο των αρμοδιοτήτων, δραστηριοτήτων και σχέσεων διαφέρει από τον έναν οργανισμό στον άλλον.

Το ιατρικό μοντέλο στη λήψη των αποφάσεων (διάγνωση, θεραπεία, πρόγνωση και παρακολούθηση) και το νοσηλευτικό μοντέλο (αξιολόγηση, σχεδιασμός, εφαρμογή και αποτίμηση) εξυπηρετούν και στη λήψη αποφάσεων διαχείρισης.

Αρχικά εντοπίζεται το πρόβλημα. Ακολούθως προσδιορίζεται και διασαφηνίζεται μέσα από μια διεργασία όμοια με εκείνη κατά την οποία αξιολογούνται τα συμπτώματα και τα χαρακτηριστικά ενός ασθενούς. Το πρώτο βασικό βήμα στην επίλυση ενός προβλήματος είναι η συλλογή όλων εκείνων των στοιχείων, έτσι ώστε το πρόβλημα να γίνει πλήρως κατανοητό. Ακολούθως, οι υποκείμενες αιτίες των προβλημάτων πρέπει να αποκαλυφθούν και να διερευνηθούν σχολαστικά. Η επιφανειακή αντιμετώπιση ενός εμφανούς προβλήματος, χωρίς βαθύτερη κατανόηση των αιτιών, στην καλύτερη περίπτωση, συνεπάγεται μια προσωρινή λύση. Μόνο εάν το πρόβλημα γίνει πλήρως κατανοητό και αποκαλυφθούν οι πραγματικές αιτίες μπορεί να διαμορφωθεί ένα λογικό και αποτελεσματικό σχέδιο δράσης. Η πρόγνωση, δηλαδή η προσπάθεια για πρόβλεψη της εξέλιξης του προβλήματος και της αντιμετώπισής του στο μέλλον είναι επίσης πολύ χρήσιμη. Κατά την εφαρμογή του

σχεδίου δράσης για την επίλυση ενός προβλήματος ο προϊστάμενος του χειρουργείου πρέπει να εξασφαλίζει ότι το προσωπικό του λαμβάνει μέρος στη βελτίωση της παραγωγικής διεργασίας, ενώ κατανοεί πλήρως τους λόγους που επιβάλλουν τις επιδιωκόμενες αλλαγές και τους σκοπούς των αλλαγών αυτών. Τελικά, η παρακολούθηση είναι απαραίτητη, προκειμένου να πιστοποιηθεί ότι οι επιδιωκόμενες αλλαγές επιφέρουν τα επιθυμητά αποτελέσματα και στην περίπτωση που αυτό δε συμβεί, να τροποποιηθεί κατάλληλα το σχέδιο δράσης (Kerper & Tregoe, 1981, Gabel, κ.α. 2001).

Η διαχείριση του χειρουργείου είναι μία δύσκολη διαδικασία, διότι αφορά ένα πολύπλοκο περιβάλλον όπου συχνά δημιουργούνται καταστάσεις έντασης. Πολλές κατηγορίες προσωπικού που εργάζονται στο χειρουργείο δε βρίσκονται υπό τον άμεσο έλεγχο και την εποπτεία του προϊσταμένου του χειρουργείου. Επίσης, η λειτουργία του χειρουργείου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις υποστηρικτικές και βοηθητικές υπηρεσίες, οι οποίες βρίσκονται συχνά εκτός ελέγχου του προϊσταμένου. Επομένως, ο τελευταίος πρέπει να κατανοεί την αξία της διαπραγματεύσης και ο ίδιος να είναι ικανός διαπραγματευτής (Griffith, κ.α., 1995)

Ο προϊστάμενος χειρουργείου είναι τόσο διαχειριστής όσο και ηγέτης. Ως διαχειριστής είναι υπεύθυνος για την καθημερινή, εύρυθμη και αποδοτική λειτουργία του χειρουργείου. Ως ηγέτης πρέπει να μεριμνά για την υλοποίηση των στόχων του χειρουργείου και να διασφαλίζει τη συμβατότητα αυτών με τους επιχειρησιακούς στόχους του οργανισμού. Καθώς λοιπόν, ο προϊστάμενος του χειρουργείου κινείται στο σημείο διεπαφής μεταξύ του προσωπικού του χειρουργείου και της ηγεσίας του μητρικού οργανισμού, πρέπει να υποστηρίζει τους στόχους του χειρουργείου απέναντι στην ηγεσία του νοσοκομείου και αντίστροφα τους στόχους του οργανισμού απέναντι στο προσωπικό του.

Ο προϊστάμενος του χειρουργείου πρέπει να αναπτύξει δεξιότητες στη λήψη των αποφάσεων και να είναι σε θέση να συστήνει ομάδες οι οποίες θα διευκολύνουν τη λήψη των αποφάσεων. Οι εργαζόμενοι που βρίσκονται κοντά στα προβλήματα και συμμετέχουν στην επίλυσή τους πρέπει να λαμβάνουν ενεργό μέρος στη λήψη των αποφάσεων. Προκειμένου να εφαρμόζονται αποτελεσματικά τα σχέδια δράσης για την επίλυση προβλημάτων, απαιτείται διευκρίνιση των επιχειρησιακών στόχων ενός οργανισμού και η γνωστοποίησή τους σε όλους τους εμπλεκόμενους. Τέλος, η παρακολούθηση της εφαρμογής δεν πρέπει ποτέ να παραλείπεται, ούτως ώστε να εξασφαλίζεται η επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων (Gabel, κ.α. 2001).

Έχοντας πλέον μια σαφή εικόνα αφενός του τι είναι διοίκηση ολικής ποιότητας και πως αυτή μπορεί να επηρεάσει την παροχή υπηρεσιών υγείας και αφετέρου της οργανωτικής δομής του χειρουργείου, μπορούμε να επιχειρήσουμε τη μελέτη εφαρμογής ενός εξειδικευμένου συστήματος ολικής ποιότητας για το χώρο του χειρουργείου. Αυτό θα δούμε στο επόμενο κεφάλαιο.

ΠΟΛΥΠΛΟΚΟΤΗΤΑ ΧΩΡΟΥ

- Κλινική, διοικητική, οργανωτική πολυπλοκότητα
- Αρχιτεκτονική και κανόνες ροής κυκλοφορίας
- Υψηλής τεχνολογίας και κόστους, τεχνικός εξοπλισμός
- Πολυπλοκότητα υλικού χειρουργείου
- Ανθρώπινο δυναμικό: διαφόρων κατηγοριών και όλων των βαθμίδων
- Διαχείριση του χρόνου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

4.1 Τεκμηρίωση και Σχεδιασμός Συστήματος Διασφάλισης Ποιότητας

Σύμφωνα με τον ορισμό του προτύπου ISO 9000:2000, ως σχέδιο για την ποιότητα ορίζεται το έγγραφο το οποίο καθορίζει ποιες διαδικασίες και ποιοι συνδεδεμένοι πόροι πρέπει να εφαρμοσθούν τότε και από ποιον σε ένα συγκεκριμένο έργο, προϊόν, διεργασία ή σύμβαση. Συνεπώς ένα σχέδιο για την ποιότητα καθορίζει με ποιες διαδικασίες, πόρους, ελέγχους, κ.α., τότε και από ποιον πρέπει να υλοποιηθεί ένα συγκεκριμένο έργο, προϊόν ή σύμβαση.

Ο σχεδιασμός ενός προγράμματος διασφάλισης ποιότητας περιλαμβάνει (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999, Σκλάβος, 2001):

1. τον καθορισμό του προγράμματος,
2. τον ορισμό αρμόδιας επιτροπής,
3. τον καθορισμό ευθυνών των ατόμων που συμμετέχουν στο πρόγραμμα,
4. την ανάπτυξη προτύπων,
5. των καθορισμό ενεργειών και δραστηριοτήτων που διασφαλίζουν την επίτευξη πλήρους συμμόρφωσης με τα πρότυπα ,
6. τη μέτρηση των αποτελεσμάτων εφαρμογής του προγράμματος καθώς και την επανατροφοδότηση.

Η εφαρμογή προγράμματος διασφάλισης ποιότητας σε όλα τα στάδια της πορείας του ασθενή, από την είσοδό του έως την έξοδο του από το χώρο του χειρουργείου διασφαλίζει την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος, όπως αυτό έχει καθοριστεί από τις ανάγκες, τις προσδοκίες και τις απαιτήσεις όλων όσων αλληλεπιδρούν με το σύστημα αυτό.

Το πρότυπο απαιτεί η τεκμηρίωση του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας μιας επιχείρησης, να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:

- Τεκμηριωμένη πολιτική για την ποιότητα
- Τεκμηριωμένους αντικειμενικούς στόχους για την ποιότητα που έχει θέσει ο φορέας

- Το εγχειρίδιο ποιότητας, το οποίο πρέπει να περιλαμβάνει το σκοπό του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας, τις τεκμηριωμένες διαδικασίες του συστήματος ποιότητας, μια περιγραφή της αλληλεπίδρασης των διεργασιών της επιχείρησης, τις αναγκαίες πληροφορίες που χρειάζονται για να εξασφαλισθεί ο αποτελεσματικός σχεδιασμός, τα απαραίτητα αρχεία που απαιτεί το πρότυπο.

Τα περισσότερα προγράμματα αναπτύσσονται με βάση το μοντέλο-τριών παραμέτρων- του Donabedian: **Δομή, Διαδικασία, Έκβαση.**

4.1.1 Πρότυπα Δομής

Τα πρότυπα δομής προσδιορίζουν τις προαπαιτούμενες συνθήκες για την ποιότητα της φροντίδας και περιλαμβάνουν τους υλικούς πόρους (κτιριακές εγκαταστάσεις / αρχιτεκτονική του χειρουργείου, πάγιος εξοπλισμός σε μηχανήματα και εργαλεία κ.ά.), τους ανθρώπινους πόρους (αριθμός και σύνθεση προσωπικού, τα προσόντα τους, την εκπαίδευσή τους), το διοικητικό και οργανωτικό σχήμα του χειρουργείου κ.ά. (Σπυρόπουλος, 2000).

4.1.2 Πρότυπα Διαδικασίας

Ως πρότυπα διαδικασιών μπορεί να οριστούν οι πράξεις και οι συμπεριφορές παροχής φροντίδας .

Η προσπάθεια για εκτέλεση των χειρουργικών επεμβάσεων με ποιοτικό, ασφαλή, αποδοτικό, οικονομικό τρόπο αλλά και η σωστή τήρηση όλων των περιεγχειρητικών διαδικασιών, έχουν οδηγήσει στην αναγκαιότητα δημιουργίας πρωτοκόλλων-προκαθορισμένων προτύπων φροντίδας υγείας - βασισμένα σε πρότυπα διεθνών οργανισμών βάσει των οποίων εκτιμάται η ποιότητα, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα της παροχής χειρουργικής φροντίδας υγείας.

Η καθιέρωση προτύπων είναι το πρώτο βήμα ενός προγράμματος διασφάλισης ποιότητας, θεμελίωση του οποίου προσφέρει η πιστοποίηση.

Η ύπαρξη και σωστή εφαρμογή πρωτοκόλλων παρέχει οφέλη τόσο στους ασθενείς όσο και στο νοσοκομείο αλλά και στους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας (Μάτζιου, 2000)..

4.1.3 Πλεονεκτήματα

Τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα, από την εφαρμογή πρωτοκόλλων, που αναφέρονται στη βιβλιογραφία παρουσιάζονται κάτωθι ως οφέλη και έχουν ως εξής (Ψαρράκου, 2006):

Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας:

- Εξοικονόμηση χρόνου (σε περίπτωση που κάτι δεν γνωρίζουν μπορούν να ανατρέξουν στα πρωτόκολλα)
- Ενθάρρυνση για αποδοχή νέων προτύπων φροντίδας υγείας
- Εξειδίκευση της εργασίας με καλύτερα αποτελέσματα
- Εκπαίδευση νέου προσωπικού, βελτιωμένη και συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση του παλαιότερου.
- Αίσθηση ισχύος ως σύνολο, λόγω της ενεργής συμμετοχής τους στη δημιουργία πρωτοκόλλων
- Βελτίωση των προεγχειρητικών αποτελεσμάτων και κατά συνέπεια βελτίωση του ηθικού τους.
- Μείωση της πιθανότητας διενέργειας λαθών: παρέχεται ενιαία και τεκμηριωμένη διεργασία στην περιεγχειρητική φροντίδα υγείας, μέσω της οποίας μειώνεται η πιθανότητα σφάλματος και προλαμβάνεται ευκολότερα η εμφάνιση δυσμενούς συμβάντος.
- Μείωση τυχών νομικών συνεπειών λόγω ύπαρξης και τήρησης «ασφαλών πρακτικών», που μειώνουν την πιθανότητα διενέργειας λαθών.
- Παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας, επικεντρωμένη στον ασθενή
- Διευκόλυνση και συστηματοποίηση στη διεργασία λήψης αποφάσεων
- Βελτίωση της επικοινωνίας ασθενούς και επαγγελματία υγείας
- Επίλυση ποικίλων μορφών προβλημάτων μεταξύ του προσωπικού και διευκόλυνση της μεταξύ τους επικοινωνίας
- Ενθάρρυνση της αλλαγής στη νοσηλευτική ιατρική πρακτική μέσω της ενημέρωσης και τροποποίησης των πρωτοκόλλων.

Οφέλη για το νοσοκομείο:

- Μείωση του κόστους π.χ. μέσω της μείωσης της διάρκειας νοσηλείας, μέσω του σχεδιασμού βελτιωμένων διεργασιών
- Καταγραφή της υφιστάμενης κατάστασης σε μια υπηρεσία υγείας
- Συντονισμός στην εργασία διεπιστημονικών ομάδων
- Παροχή προσβάσιμων δεδομένων για μελλοντικό έλεγχο
- Μείωση του αριθμού των άτυπων εγγράφων
- Συλλογή στατιστικών στοιχείων μετά από καταγραφή των αποκλίσεων από τα πρωτόκολλα φροντίδας και μέτρηση της απόκλισης των πραγματικών εκβάσεων από τις επιθυμητές
- Αναζήτηση των αιτιών των αποκλίσεων, συζήτησή τους με τις διεπιστημονικές ομάδες, λήψη μέτρων με στόχο την ποιοτική παροχή φροντίδας υγείας
- Καθορισμός των αναγκών για μελλοντικές αλλαγές

Οφέλη για τους ασθενείς:

- Επαύξηση της ποιότητας παροχής φροντίδας υγείας
- Βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης λόγω καλύτερης προσφερόμενης φροντίδας υγείας, ενημέρωσης κ.ά.
- Βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων
- Αίσθηση ασφάλειας και εμπιστοσύνης προς το προσωπικό του νοσοκομείου, προς την πολιτεία κ.ά

4.1.4 Πρότυπα Έκβασης

Τα πρότυπα έκβασης καθορίζουν τι θα πρέπει να επιτευχθεί ως άμεσο ή έμμεσο αποτέλεσμα της φροντίδας. Οι μετρήσεις στόχο έχουν την καταγραφή της απόκλισης από τα πρότυπα. Συχνά οι μετρήσεις της ποιότητας στηρίζονται σε συνδυασμό στοιχείων δομής-διαδικασίας.

4.1.5 Δείκτες που αφορούν τη μέτρηση του αποτελέσματος-έκβασης, αποτελούν:

- Θάνατοι μετά από χειρουργική επέμβαση
- Θάνατοι κατά τη χειρουργική επέμβαση
- Εισαγωγές στη ΜΕΘ (μη προγραμματισμένες)
- Μετεγχειρητικές επιπλοκές (π.χ. αιμορραγίες. Αριθμός λοιμώξεων των χειρουργικών τραυμάτων)
- Επανεπεμβάσεις μη προγραμματισμένες
- Εισαγωγή προς νοσηλεία η οποία ακολούθησε επέμβαση στο Χειρουργείο Μίας Ημέρας
- Βλάβες που προκλήθηκαν στη διεγχειρητική διαδικασία
- Ποιότητα ζωής μετά την χειρουργική επέμβαση
- Ικανοποίηση των ασθενών αλλά και των συγγενών τους
- Επίτευξη οικονομικής αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας, η οποία μπορεί να εκτιμηθεί μέσα από τον υπολογισμό και παρακολούθηση (Λαζάρου, 2001 & Παπασάββας, 2001):
 - Του συνολικού κόστους, μέσου κόστους ανά επέμβαση, κόστος ανά κατηγορία επεμβάσεων για διάφορους χειρουργούς
 - Των σφαλμάτων στον προγραμματισμό των επεμβάσεων (ακυρώσεις, κάλυψη-πληρότητα, κενά-«νεκροί χρόνοι», καθυστερήσεις, διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων, λίστες αναμονής)
 - Των λαθών που κόστισαν σε χρήμα από σφάλματα επιλογής μη κατάλληλου πρωτοκόλλου και ακολούθησε σπατάλη ή επιστροφή υλικού

Όταν ένα σύστημα διαχείρισης ποιότητας βρίσκεται υπό διαμόρφωση, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη διάφοροι παράγοντες, όπως είναι ο τρόπος με τον οποίο λειτουργεί ο οργανισμός. Οι απαιτήσεις του προτύπου θα ικανοποιηθούν μέσω του συστήματος, αλλά το σύστημα πρέπει να είναι συμβατό και με την καθιερωμένη πρακτική μέσα στον οργανισμό. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει ο οργανισμός να προσαρμοστεί στο σύστημα.

Μια συνηθισμένη δομή συστήματος είναι αυτή της πυραμίδας, χωρίς όμως αυτή να είναι υποχρεωτική. Πιο συγκεκριμένα συνήθως καθορίζονται τέσσερα επίπεδα στο σύστημα τεκμηρίωσης, με το πρώτο επίπεδο να αποτελείται από τις οδηγίες εργασίας,

τα πρότυπα και τους κώδικες, το δεύτερο επίπεδο να αποτελείται από τις διαδικασίες, ενώ το τρίτο επίπεδο να αποτελείται από το εγχειρίδιο. Τέλος, ακολουθεί η καθορισμένη από τον φορέα πολιτική της ποιότητας.

Σε μικρούς οργανισμούς μπορεί να μην κρίνεται απαραίτητος ο διαχωρισμός του εγχειριδίου από τις διαδικασίες, ενώ σε μεγαλύτερους μπορεί να υπάρχουν επιπλέον επίπεδα, όπως είναι αυτά των γενικών διαδικασιών, των λειτουργικών διαδικασιών, των ειδικών διαδικασιών. Ανεξάρτητα πάντως από τον αριθμό των επιπέδων, αυτά πρέπει να είναι συνδεδεμένα, έτσι ώστε το σύστημα εγγράφων να είναι αποτελεσματικό. Από το πρότυπο ISO 9000 δεν απαιτείται να ονομάζονται τα επίπεδα τεκμηρίωσης με συγκεκριμένα ονόματα. Υπάρχει όμως απαίτηση όλες οι κατηγορίες των εγγράφων να εγκρίνονται όχι απαραίτητα από το ίδιο το άτομο, αλλά πάντως από κάποιον που έχει συγκεκριμένη αρμοδιότητα, ανάλογα με τη σπουδαιότητα του εγγράφου. Άλλη απαίτηση είναι η χρήση μόνο των έγκυρων εντύπων, ενώ οι αλλαγές που υφίσταται κάθε έντυπο πρέπει να είναι υπό έλεγχο. Το πρότυπο απαιτεί να επανεξετάζονται οι αλλαγές αυτές και να εγκρίνονται από τα ίδια άτομα που ενέκριναν τις αρχικές εκδόσεις. Διαφορετικά άτομα μπορεί επίσης να εγκρίνουν τις αλλαγές, εφόσον είναι εξουσιοδοτημένα και έχουν τις απαραίτητες συνοδευτικές πληροφορίες.

4.2 Το πρότυπο ποιότητας ή/και το σύστημα διαχείρισης ποιότητας

Στο πλαίσιο της σχεδίασης του προτύπου ποιότητας η ανώτατη διοίκηση πρέπει να διασφαλίσει ότι :

- Το σύστημα διαχείρισης πρέπει να έχει σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο ώστε να καλύπτονται οι απαιτήσεις που έχουν οριστεί από το σύστημα
- Σε περίπτωση αλλαγών, στο σύστημα διαχείρισης της ποιότητας, οι αλλαγές αυτές δεν επηρεάζουν την ακεραιότητα του συστήματος διαχείρισης

Με τον όρο σχεδίαση του συστήματος ποιότητας νοείται ο προσδιορισμός και η περιγραφή των αλληλεπιδρώντων στοιχείων από τα οποία αποτελείται ένα σύστημα διαχείρισης της ποιότητας, τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των στοιχείων αυτών και τους

αναγκαίους πόρους και τις υπευθυνότητες και αρμοδιότητες που προβλέπει το σύστημα διαχείρισης.

Η σχεδίαση του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας πρέπει να καθορίζει στοιχεία όπως οι διεργασίες της επιχείρησης με τις μεθόδους και τα κριτήρια ελέγχου, η πολιτική για την ποιότητα και οι αντικειμενικοί σκοποί για την ποιότητα, οι αναγκαίοι πόροι, οι αρμοδιότητες και οι υπευθυνότητες του προσωπικού, οι πληροφορίες που ανταλλάσσονται μέσα και έξω από το φορέα, η τεκμηρίωση του συστήματος ποιότητας (εγχειρίδιο, πολιτική, σκοποί, διαδικασίες, οδηγίες εργασίας, αρχεία).

Η σχεδίαση του συστήματος ποιότητας εκτελείται κατά τις ακόλουθες τρεις διαφορετικές **φάσεις**:

- **Πρώτον**, η αρχική σχεδίαση εκτελείται όταν μια επιχείρηση αρχίζει να εφαρμόζει για πρώτη φορά ένα σύστημα διαχείρισης της ποιότητας. Η αρχική σχεδίαση υλοποιείται στα αρχικά στάδια της ίδρυσης και λειτουργίας της επιχείρησης και συνήθως συστηματοποιείται ή και τεκμηριώνεται κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας της επιχείρησης για πιστοποίηση
- **Δεύτερον**, όταν ο ανασχεδιασμός του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας επιβάλλεται από τις αλλαγές στο εσωτερικό της επιχείρησης ή από το γενικότερο επιχειρηματικό περιβάλλον
- **Τρίτον**, όταν οι αντικειμενικοί σκοποί για την ποιότητα αλλάζουν, όπως όταν επιδιώκεται βελτίωση ιδιοτήτων των υπηρεσιών, μείωση του χρόνου εξυπηρέτησης.

Ένα πρότυπο ποιότητας το οποίο μπορεί να εφαρμοστεί στον τομέα παροχής υπηρεσιών αποτελείται από έναν πρόλογο, την εισαγωγή και τις απαιτήσεις.

Στον πρόλογο περιγράφεται η λειτουργία του συστήματος ποιότητας, καθώς και το ιστορικό δημιουργίας του συγκεκριμένου προτύπου.

Στην εισαγωγή περιγράφονται:

- Η δομή ενός συστήματος διαχείρισης της ποιότητας που βασίζεται στην ανάλυση ενός φορέα σε διεργασίες
- Η συμβατότητα του επιλεγμένου προτύπου με τα άλλα πρότυπα

Στο κεφάλαιο απαιτήσεις του προτύπου συμπεριλαμβάνονται:

- Αντικείμενο
- Τυποποιητική παραπομπή
- Όροι και ορισμοί
- Σύστημα διαχείρισης της ποιότητας
- Ευθύνη της διοίκησης
- Διαχείριση των πόρων
- Υλοποίηση του προϊόντος
- Μέτρηση, ανάλυση και βελτίωση

Πιο συγκεκριμένα, στο σύστημα διαχείρισης της ποιότητας επιβάλλεται να εγκατασταθεί από το φορέα και να λειτουργήσει ένα **σύστημα διαχείρισης της ποιότητας**, σύμφωνα με όλες τις υπόλοιπες απαιτήσεις του προτύπου. Η επιχείρηση προβλέπεται να αναλύσει τη λειτουργία της σε καθορισμένες διεργασίες, να προσδιορίσει με ποια σειρά εκτελούνται οι διεργασίες αυτές και ποια είναι η αλληλεπίδραση μεταξύ τους, να καθορίσει κριτήρια και μεθόδους για τη λειτουργία και τον έλεγχο των διεργασιών, να διαθέτει το απαραίτητο προσωπικό και πόρους για την εκτέλεση και τον έλεγχο των διεργασιών, να μετράει και να αναλύει τις διεργασίες, να εφαρμόζει ενέργειες ώστε και να επιτυγχάνονται οι στόχοι όπως παραγωγή υπηρεσιών καλύτερης ποιότητας, συνεχής βελτίωση των διεργασιών.

Σύμφωνα με το σύστημα διαχείρισης της ποιότητας, ο φορέας πρέπει αρχικά να προσδιορίσει με ποιες επιμέρους διεργασίες παράγονται οι υπηρεσίες. Ύστερα να προσδιοριστούν και οι υπόλοιπες διεργασίες που υλοποιούνται στο πλαίσιο της λειτουργίας του φορέα, και οι οποίες, δεν είναι ιδιαίτερα διακριτές. Παραδείγματα τέτοιων διεργασιών είναι η εκπαίδευση του προσωπικού, οι αναγκαίες μετρήσεις και οι ποιοτικοί έλεγχοι, η μεθοδολογία καθορισμού της πολιτικής και των στόχων ποιότητας.

Συνεπώς, στο σύνολό τους οι διεργασίες πρέπει να πραγματοποιούνται μέσα σε ελεγχόμενες συνθήκες, δηλαδή πρέπει να ελέγχονται τόσο οι παράμετροι των διεργασιών, όσο και τα αποτελέσματά τους. Τα αποτελέσματα μιας διεργασίας μπορεί να είναι ποικίλα. Ενδεικτικά αναφέρονται η ποιότητα των παραγόμενων υπηρεσιών, η

ικανότητα του προσωπικού μετά από πιθανή μετεκπαίδευσή τους, τις μετρήσεις σε μια διεργασία μέτρησης. Παράμετροι που επιδρούν στα αποτελέσματα της κάθε διεργασίας μπορεί να είναι η θερμοκρασία σε μια διεργασία αποστείρωσης. Παράλληλα, επισημαίνεται ότι για όλες τις διεργασίες απαιτείται να έχουν διατεθεί το απαραίτητο προσωπικό (π.χ. χειρουργός, αναισθησιολόγος, προϊσταμένη νοσηλεύτρια, βοηθός νοσηλεύτη), ο κατάλληλος εξοπλισμός και οι αναγκαίες πληροφορίες έτσι ώστε οι διεργασίες αυτές και να επιτελούνται και να ελέγχονται αποτελεσματικά. Τέλος, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση σε ενέργειες που αποσκοπούν στη διαρκή βελτίωση των διεργασιών της επιχείρησης καθώς και στην επιτυχία των στόχων, που έχουν τεθεί (Κατσαμπάνης, 2003).

Στο πλαίσιο του καθορισμού του συστήματος διασφάλισης ποιότητας μέσα στο χειρουργείο όπως γίνεται λοιπόν κατανοητό πρέπει να αποτυπωθούν και να διατεθούν σε έντυπη ή σε άλλη μορφή η πολιτική ποιότητας και **οι αντικειμενικοί σκοποί της ποιότητας, το εγχειρίδιο για την ποιότητα, οι τεκμηριωμένες διαδικασίες, τα απαιτούμενα έγγραφα και αρχεία.**

Εκτός από την πολιτική ποιότητας και τους αντικειμενικούς στόχους για την ποιότητα ένα πρότυπο ποιότητας αξιώνει να υπάρχουν όλες οι τεκμηριωμένες διαδικασίες για τον έλεγχο των εγγράφων, τον έλεγχο των αρχείων, την εσωτερική επιθεώρηση, τον έλεγχο του μη συμμορφούμενου προϊόντος ή υπηρεσίας, τις διορθωτικές ενέργειες, τις προληπτικές ενέργειες.

4.2.1 Απαιτούμενα στοιχεία για το πρότυπο ποιότητας

Απαιτούμενα στοιχεία για το πρότυπο ποιότητας συνιστούν η πολιτική ποιότητας, το εγχειρίδιο διασφάλισης της ποιότητας, οι διαδικασίες και οι οδηγίες εργασίας, τα έντυπα και τα αρχεία, τα σχέδια ποιότητας, οι επιθεωρήσεις. Καθοριστική είναι επίσης η ύπαρξη ενός εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας και η ύπαρξη κανονισμών διαδικασιών. Επίσης, ένα μεγάλο κομμάτι καθοριστικό για το σύστημα ποιότητα αφορά στην ευθύνη της διοίκησης και στο σχεδιασμό και στην ανάπτυξη των υπηρεσιών.

α) Πολιτική Ποιότητας

Το έγγραφο αυτό είναι μια διακήρυξη από τη διοίκηση για την προσήλωση του οργανισμού στο σύστημα. Υπογράφεται συνήθως από το διευθύνοντα σύμβουλο ή τον πρόεδρο. Αποτελεί τεκμήριο της δέσμευσης της διοίκησης στην ποιότητας και μπορεί να είναι είτε λιτό είτε μακροσκελές.

Η ανώτατη διοίκηση της επιχείρησης πρέπει να εξασφαλίζει ώστε η πολιτική για την ποιότητα να :

- Εκπληρώνει τους στόχους της επιχείρησης. Στην περίπτωση του Χειρουργείου, στόχος είναι να διεξαχθεί μια άψογη τεχνικά χειρουργική επέμβαση, χωρίς επιπλοκές σε οποιαδήποτε φάση, είτε κατά τη διάρκεια της αναισθησίας είτε διεγχειρητικά, είτε κατά τη μετεγχειρητική πορεία του ασθενή.
- Περιέχει τη δέσμευση της ανώτατης διοίκησης για το ότι οι υπηρεσίες είναι σύμφωνες με τις απαιτήσεις των πελατών και για το ότι η ίδια η ανώτατη διοίκηση βελτιώνει συνεχώς την αποτελεσματικότητα του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας
- Αποτελεί πλαίσιο για την ανάπτυξη των αντικειμενικών σκοπών για την ποιότητα
- Είναι κατανοητή από όλους στην επιχείρηση και το προσωπικό να έχει ενημερωθεί σχετικά με αυτήν
- Αναθεωρείται προκειμένου να παραμένει συνεχώς κατάλληλη

Ουσιαστικά η πολιτική για την ποιότητα είναι η γενικότερη αντίληψη που έχει η ανώτατη διοίκηση του φορέα για την ποιότητα. Η πολιτική ποιότητας μπορεί να αποτελεί τμήμα μιας γενικότερης πολιτικής της επιχείρησης και να σχετίζεται και με ενδεχόμενες άλλες πολιτικές του φορέα, όπως η πολιτική προστασίας του περιβάλλοντος (διαχείριση ραδιενεργών αποβλήτων), η πολιτική ανάπτυξης ανθρώπινων πόρων (παροχή κινήτρων στο ιατρικό και στο νοσηλευτικό προσωπικό).

Κύριος στόχος ενός φορέα είναι η παροχή υπηρεσιών, δηλαδή η απόκτηση και η διατήρηση πελατών. Άρα η πολιτική ποιότητας πρέπει να αναφέρεται στις σχέσεις της επιχείρησης με τους πελάτες της. Η δέσμευση της ανώτατης διοίκησης του φορέα για μια όλο και μεγαλύτερη ικανοποίηση των πελατών σχετίζεται άμεσα με την

πελατοκεντρική αντίληψη. Εξάλλου η συνεχής βελτίωση της αποτελεσματικότητας του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας εστιάζεται στο κατά πόσο το σύστημα διαχείρισης επιτυγχάνει τα καλύτερα επιθυμητά αποτελέσματα, όπως μείωση λαθών και παραπόνων, αύξηση ικανοποίησης των πελατών, κ.α.

Επιπρόσθετα, η πολιτική για την ποιότητα πρέπει να αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία στηρίζονται οι αντικειμενικοί σκοποί για την ποιότητα, οι οποίοι θα πρέπει να απορρέουν από την πολιτική για την ποιότητα και να έχουν άμεση σχέση με αυτήν. Παράλληλα, η πολιτική ποιότητας πρέπει να έχει γίνει κατανοητή από το προσωπικό, στο οποίο πρέπει να έχει γνωστοποιηθεί κατάλληλα, έτσι ώστε όλοι μέσα στην επιχείρηση να γνωρίζουν τις απόψεις και τις προθέσεις της ανώτατης διοίκησης σχετικά με την ποιότητα. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγονται οι παρανοήσεις, ενώ από την άλλη, όλοι μέσα στην επιχείρηση έχουν ίδιους στόχους και εργάζονται ως ένα ολοκληρωμένο σύνολο. Τέλος, θα πρέπει να ανασκοπείται συνεχώς αν η πολιτική για την ποιότητα είναι κατάλληλη.

β) Εγχειρίδιο Διασφάλισης Ποιότητας

Ο σκοπός του εγχειριδίου ποιότητας είναι να ενημερώσει το προσωπικό για την πολιτική της διοίκησης και τους στόχους της σχετικά με την ποιότητα. Επιπλέον μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να ενημερώσει τους πελάτες για τον τρόπο με τον οποίο ο οργανισμός διασφαλίζει την ποιότητα.

Το εγχειρίδιο καλύπτει τις απαιτήσεις του σχετικού προτύπου, περιέχοντας ή παραπέμποντας στις διαδικασίες του συστήματος και περιγράφοντας τη δομή της τεκμηρίωσης του συστήματος. Το πιο συνηθισμένο είναι να περιγράφει την πολιτική και τους στόχους σχετικά με κάθε απαίτηση του προτύπου, καθώς και τις αρμοδιότητες του προσωπικού.

Ουσιαστικά ένα εγχειρίδιο ποιότητας περιγράφει:

- το αντικείμενο του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας,
- τις τεκμηριωμένες διαδικασίες που καθιερώνονται στο σύστημα διαχείρισης της ποιότητας,

- την αλληλεπίδραση των διεργασιών του συστήματος διαχείρισης του συστήματος (δηλαδή ποια είναι τα εισερχόμενα και τα εξερχόμενα κάθε διεργασίας, πως επηρεάζει η μια διεργασία τις υπόλοιπες, κ.α.).

Το εγχειρίδιο είναι το έγγραφο εκείνο που καθορίζει το σύστημα διαχείρισης για τη διοίκηση και τον έλεγχο μιας επιχείρησης όσον αφορά στην ποιότητα. Πρακτικά, το εγχειρίδιο για την ποιότητα περιγράφει με ποιο τρόπο ο φορέας χειρίζεται και ελέγχει όλα τα θέματα που σχετίζονται με την ποιότητα.

Βασικό στοιχείο ενός συστήματος διαχείρισης της ποιότητας είναι το αντικείμενό του ή αλλιώς το πεδίο εφαρμογής του αναφορικά με τις δραστηριότητες του φορέα. Αντικείμενο του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας ενός χειρουργείου, για παράδειγμα, μπορεί να είναι :

- Η υγιεινή και η ασφάλεια της εργασίας στο χειρουργείο, που μπορεί να σχετίζονται με την ασφάλεια των κτιριακών και ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων και την πυρασφάλεια, τον έλεγχο των αιματογενώς μεταδιδόμενων λοιμωδών νοσημάτων
- Η διαδικασία των ιατρικών πρωτοκόλλων

Όσον αφορά στις τεκμηριωμένες διαδικασίες, αυτές μπορεί είτε να αποτελούν τμήμα του εγχειριδίου είτε να είναι ανεξάρτητα έγγραφα. Στη δεύτερη περίπτωση, πρέπει να υπάρχει στο εγχειρίδιο σχετική αναφορά για την κάθε τεκμηριωμένη διαδικασία χωριστά. Το εγχειρίδιο μπορεί να μην περιλαμβάνει αναλυτική περιγραφή όλων των διεργασιών, αλλά πρέπει οπωσδήποτε να περιλαμβάνει την περιγραφή των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των διεργασιών, όπως το ποιες είναι οι διεργασίες αυτές, ποια είναι τα εισερχόμενα και τα εξερχόμενα της καθεμίας διεργασίας, πως αλληλοσχετίζονται και πως αλληλεξαρτώνται οι διεργασίες αυτές.

Τα πρότυπα ποιότητας επιτρέπουν σε κάθε φορέα να συντάξει το εγχειρίδιο ποιότητας με το δικό του τρόπο. Πρέπει όμως να διευκρινισθεί το αντικείμενο του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας, το οποίο πρέπει να είναι συγκεκριμένο και σύμφωνο με τις δραστηριότητες της επιχείρησης. Πολλές φορές, ένας φορέας μπορεί να έχει πολλαπλές δραστηριότητες. Με αυτό τον τρόπο η επιχείρηση είναι ελεύθερη να επιλέξει εάν το αντικείμενο του συστήματος ποιότητας θα είναι η μια ασχολία, ή

δεύτερη, είτε και οι δύο μαζί. Το αντικείμενο του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας αναγράφεται στο πιστοποιητικό του Οργανισμού Πιστοποίησης.

Σύμφωνα, με το πρότυπο, στο αντικείμενο του συστήματος διαχείρισης πρέπει να συμπεριλαμβάνονται και να αιτιολογούνται τυχόν εξαιρέσεις από την εφαρμογή των απαιτήσεων των υπόλοιπων παραγράφων του προτύπου. Το εγχειρίδιο πρέπει να περιλαμβάνει το αντικείμενο του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας, την περιγραφή της αλληλεπίδρασης των διεργασιών, καθώς και τις τεκμηριωμένες διαδικασίες ή να παραπέμπει σε αυτές.

Ένα εγχειρίδιο για την ποιότητα πρέπει να είναι κατανοητό και καλογραμμμένο, ικανό να βοηθήσει ακόμα και έναν νεοπροσληθέντα υπάλληλο να κατανοήσει τη δομή και τη λειτουργία του φορέα. Δηλαδή, το εγχειρίδιο για την ποιότητα εκτός από τον κύριο σκοπό του μπορεί να αποτελεί παράλληλα ένα χρήσιμο εκπαιδευτικό εργαλείο. Επιπρόσθετα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο για ενημέρωση των ασθενών ή άλλων ενδιαφερόμενων μερών σχετικά με το πώς ο φορέας αντιλαμβάνεται και αντιμετωπίζει τα θέματα της ποιότητας.

γ) Διαδικασίες, οδηγίες εργασίας

Σκοπός των διαδικασιών είναι να καθοδηγήσει το προσωπικό στους τρόπους με τους οποίους θα πραγματοποιηθεί η πολιτική της διοίκησης, όπως αυτή αναφέρεται στο εγχειρίδιο ποιότητας. Το περιεχόμενο του εγχειριδίου διαδικασιών είναι μία ή περισσότερες διαδικασίες που έχουν άμεση σχέση με την πολιτική ποιότητας. Ορίζουν τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν μαζί ομάδες υπαλλήλων στο ίδιο ή σε διαφορετικά τμήματα, για να επιτύχουν τους στόχους ποιότητας. Οι διαδικασίες πρέπει να απευθύνονται σε κάθε απαίτηση της σχετικής παραγράφου του προτύπου. Όταν αναλυθούν όλες μαζί δείχνουν τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί ο οργανισμός από την παραλαβή μιας ερώτησης μέχρι την ολοκλήρωση και παράδοση της τελικής υπηρεσίας. Δεν απαιτείται να είναι σε μορφή εγχειριδίου οι διαδικασίες αλλά για λόγους ελέγχου και παραπομπών προτιμάται η ύπαρξή του.

Σκοπός των οδηγιών εργασίας είναι να περιγράψουν με σαφήνεια τον τρόπο με τον οποίο μια συγκεκριμένη εργασία ή ένας χειρισμός θα πραγματοποιηθεί και να ορίσουν επίσης τα κριτήρια αποδοχής για την υπηρεσία η οποία προκύπτει. Αυτά τα έγγραφα μπορεί να έχουν διάφορες μορφές όπως είναι σχέδια, εικόνες, προγράμματα ελέγχων ακόμα και πρωτότυπα.

Στο χώρο του χειρουργείου οι διαδικασίες είναι πραγματικά πάρα πολλές. Θα αναφέρουμε ενδεικτικά κάποιες:

Διαδικασία προγραμματισμού Χειρουργείων

Διαδικασία εισαγωγής ασθενή στο Χειρουργείο

Διαδικασία εξόδου ασθενή από το Χειρουργείο

Διαδικασία επείγοντος Χειρουργείου

Διαδικασία χρέωσης υλικών στο Χειρουργείο

Διαδικασία διαχείρισης μη χρεούμενου υλικού

Διαδικασία διαχείρισης παρακαταθηκών

Διαδικασία παραγγελίας υλικών

Διαδικασία μεταφοράς, παράδοσης και παραλαβής αποστειρωμένου υλικού

Διαδικασία διαχείρισης ακάθαρτων υλικών

Διαδικασία διαχείρισης βιολογικών υλικών

Διαδικασία μολυσματικών υλικών

Διαδικασία σηπτικού Χειρουργείου.

δ) Έντυπα και αρχεία

Σκοπός των εντύπων και των αρχείων είναι να αποδείξουν την αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος ποιότητας σχετικά με τις παραγόμενες υπηρεσίες. Τα πιο συνηθισμένα έγγραφα σε αυτό το επίπεδο είναι:

- Αναφορές εσωτερικών επιθεωρήσεων, έντυπα αγορών, αρχεία βαθμονομήσεων, αποτελέσματα δοκιμών
- Πρότυπα, κώδικες και κανονισμοί
- Αποδεικτικά επίσημων ενεργειών που απαιτούνται από τα πρότυπα

Στα αρχεία που απαιτούνται σύμφωνα με το πρότυπο ποιότητας ISO 9001:2000 συμπεριλαμβάνονται μεταξύ άλλων:

- Οι ανασκοπήσεις διοίκησης
- Η εκπαίδευση, η κατάρτιση, οι δεξιότητες και η εμπειρία του προσωπικού

- Τα αποδεικτικά στοιχεία ότι οι διαδικασίες υλοποίησης και οι παραγόμενες υπηρεσίες ικανοποιούν τις απαιτήσεις
- Οι ανασκοπήσεις των απαιτήσεων των πελατών
- Τα αρχεία σχεδιασμού
- Τα αποτελέσματα των εσωτερικών επιθεωρήσεων και οι επακόλουθες ενέργειες
- Τα αποτελέσματα των αξιολογήσεων των προμηθευτών
- Τα αποτελέσματα των διορθωτικών ενεργειών
- Τα αποτελέσματα των προληπτικών ενεργειών

Τα έγγραφα, σε έντυπη, ηλεκτρονική ή άλλη μορφή, πρέπει να διακινούνται με ελεγχόμενο τρόπο μέσα στην επιχείρηση σύμφωνα με μια τεκμηριωμένη διαδικασία.

Ειδικότερα για τα έγγραφα απαιτείται:

- Να εγκρίνονται ως προς το αν περιέχουν όλες τις αναγκαίες πληροφορίες από εντεταλμένα άτομα της επιχείρησης
- Να ανασκοπούνται και να ενημερώνονται
- Τυχόν αλλαγές στα έγγραφα να διακρίνονται εύκολα, να διακρίνεται η ταυτότητά τους, όπως με αύξοντα αριθμό ή με αριθμό έκδοσης ή με ημερομηνία τροποποίησης
- Να είναι διαθέσιμα όπου και όταν χρειάζεται
- Να είναι ευανάγνωστα και να είναι εύκολη η ανεύρεσή τους
- Αν προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον της επιχείρησης να έχουν συγκεκριμένη ταυτότητα και η διακίνησή τους μέσα στον φορέα να ελέγχεται και
- Να μην χρησιμοποιούνται εκείνα τα έγγραφα που δεν ισχύουν.

Υπάρχουν δύο είδη εγγράφων:

- τα εσωτερικά και
- τα εξωτερικά.

Τα εσωτερικά έγγραφα είναι τα έγγραφα που έχουν συνταχθεί ή έχουν συμπληρωθεί από το προσωπικό της επιχείρησης, ενώ τα εξωτερικά έχουν συνταχθεί από πελάτες ή από προμηθευτές και χρησιμοποιούνται στο εσωτερικό της επιχείρησης.

Εσωτερικά έγγραφα είναι το εγχειρίδιο ποιότητας, οι τεκμηριωμένες διαδικασίες, η πολιτική και οι στόχοι ποιότητας. Τα έγγραφα αυτά συντάσσονται από στελέχη της επιχείρησης και εγκρίνονται από τη διοίκηση του φορέα. Αντίθετα τα εξωτερικά έγγραφα μπορεί να είναι έγγραφα γενικής εφαρμογής, όπως νομοθετικές διατάξεις, πρότυπα για υπηρεσίες, εξειδικευμένα έγγραφα για το χειρουργείο και ειδικά πρωτόκολλα.

Αναφορικά με τα αρχεία, θα πρέπει να ειπωθεί ότι ένα πρότυπο ποιότητας επιβάλλει στο φορέα την καθιέρωση και τη διατήρηση αρχείων, δηλαδή αποδείξεων που να αποδεικνύουν ότι :

- Οι παραγόμενες υπηρεσίες και η γενικότερη λειτουργία του φορέα (στη συγκεκριμένη περίπτωση του χειρουργείου) είναι σύμφωνα με τις απαιτήσεις
- Το σύστημα διαχείρισης της ποιότητας λειτουργεί αποτελεσματικά

Τα αρχεία πρέπει να είναι ευανάγνωστα, να μπορούν να βρίσκονται εύκολα σε τυχόν αναζήτηση και να είναι ανακτήσιμα. Σε κάθε φορέα πρέπει να υπάρχει μια τεκμηριωμένη διαδικασία που να καθορίζει τις μεθόδους :

- Προσδιορισμού της ταυτότητας των αρχείων
- Αποθήκευσης, προστασίας και ανάκτησής τους.

Η τεκμηριωμένη διαδικασία για τον έλεγχο των αρχείων πρέπει να ορίζει υπευθυνότητες, αρμοδιότητες, μεθόδους αποθήκευσης, προστασίας και ανεύρεσης των αρχείων, το χρονικό διάστημα διατήρησής τους, καθώς και το τι θα απογίνουν τελικά (π.χ. καταστροφή ή διαφύλαξή τους σε άλλο χώρο).

Για το χώρο του Χειρουργείου μπορούμε ν' αναφέρουμε ενδεικτικά κάποια από τα έντυπα

Διοικητικά Έντυπα

- Εβδομαδιαίο ή μηνιαίο πρόγραμμα υπηρεσίας προσωπικού

- Ημερήσιο πρόγραμμα καθηκόντων
- Έντυπο βαθμολογίας και αξιοποιήσεως του προσωπικού
- Ημερήσιο πρόγραμμα εγχειρήσεων
- Μητρώο χειρουργείου

Έντυπα Ασθενών

- Αίτηση ασθενή για Χειρουργείο
- Προεγχειρητικό δελτίο ασθενή
- Συγκατάθεση ασθενή για τη χειρουργική επέμβαση
- Στοιχεία εγχείρησης
- Έντυπο καταμέτρησης γαζών
- Έντυπο καταμέτρησης εργαλείων
- Έντυπο παθολογοανατομικού εργαστηρίου
- Έντυπο – κάρτα αναισθησίας
- Έντυπο θανάτου στο χειρουργείο και κάρτα νεκρού
- Έντυπο αναφοράς ατυχήματος

Έντυπα υλικού και Διαχείρισης

ε) Σχέδια ποιότητας

Το πρότυπο ISO 8402 ορίζει τα σχέδια ποιότητας ως «ένα έγγραφο που ορίζει τις ειδικές πρακτικές για την ποιότητα, τους πόρους και την αλληλουχία των δραστηριοτήτων που είναι σχετικές με ένα συγκεκριμένο προϊόν, έργο ή συμβόλαιο».

Τα σχέδια αυτά αναφέρονται στο ISO 9001 και 9002 στις παρακάτω περιπτώσεις :

- Σχεδιασμός ποιότητας
- Έλεγχος παραγωγής διαδικασίας
- Επιθεώρηση και έλεγχος
- Αναθεώρηση μη συμμορφόμενου προϊόντος

Τα σχέδια ποιότητας κάνουν αναφορά συνήθως στις σχετικές διαδικασίες, αλλά απαιτούν πρόσθετη τεκμηρίωση και προσωπικό ελέγχου, δοκιμών και εγκρίσεων.

Πρόκειται δηλαδή για εξειδικευμένες καταστάσεις, όπου απαιτούνται επιπρόσθετες και πιο συγκεκριμένες οδηγίες για τα θέματα που προκύπτουν στις περιπτώσεις αυτές.

στ) Επιθεωρήσεις

Το πρότυπο ISO 8402 ορίζει την επιθεώρηση ενός συστήματος ποιότητας ως «μια συστηματική και ανεξάρτητη εξέταση που γίνεται για να εξακριβωθεί εάν οι ενέργειες για την ποιότητα και τα σχετικά αποτελέσματα είναι σύμφωνες με το σχεδιασμό και εάν ο σχεδιασμός εφαρμόζεται αποτελεσματικά και είναι κατάλληλος για την επίτευξη των σκοπών».

Οι στόχοι μιας επιθεώρησης είναι:

- Να αξιολογήσει την επάρκεια και την αποτελεσματικότητα των σχεδιασμών για την ποιότητα ενός οργανισμού με τη συλλογή και χρήση αντικειμενικών στοιχείων
- Να ορίσει και να καταγράψει περιπτώσεις μη συμμόρφωσης με το σχεδιασμό ποιότητας και να καταδείξει, όπου αυτό είναι δυνατό, τις αιτίες.

4.2.2 Συμμόρφωση στο πρότυπο

α) Αναφορά μη συμμόρφωσης

Είναι απαίτηση του προτύπου ISO τα αποτελέσματα της επιθεώρησης να καταγράφονται και να γνωστοποιούνται στο προσωπικό που έχει την ευθύνη της επιθεωρούμενης περιοχής. Επιπρόσθετα, απαιτείται να γίνονται εμπρόθεσμες διορθωτικές ενέργειες από το διοικητικό προσωπικό που έχει την ευθύνη της περιοχής. Τέλος, κάνει αναφορά στην ανασκόπηση από τη διοίκηση.

β) Ιεράρχηση μη συμμόρφωσης

Οι συνηθισμένοι βαθμοί που αποδίδονται στις μη συμμορφώσεις είναι οι εξής:

Μείζονος σημασίας

- Δεν καλύπτεται μια απαίτηση του προτύπου/συστήματος, ως προς το οποίο γίνεται ο έλεγχος.
- Δεν τηρείται μια από τις απαιτήσεις του προτύπου/συστήματος.

Ελάσσονος σημασίας

- Ένα μοναδικό σφάλμα ως προς τις απαιτήσεις

Υπάρχουν όμως περιπτώσεις, όπου ένας επαρκής αριθμός μη συμμορφώσεων ελάσσονος σημασίας ως προς μια συγκεκριμένη απαίτηση μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι μία μη συμμόρφωση μείζονος σημασίας. Οι περισσότεροι οργανισμοί πιστοποίησης θεωρούν ότι τρεις ή περισσότερες ελάσσονες στην ίδια πάντα απαίτηση του προτύπου, ισοδυναμούν με μια μείζονα (Τρίλιζας, 2001).

4.2.3 Κανονισμοί και ευθύνες στο χειρουργείο

Για να επιτευχθεί ομαλή λειτουργία στον πολύπλοκο τομέα των χειρουργείων, είναι απαραίτητο να υπάρχουν γραπτοί κανονισμοί, οδηγίες και συστάσεις προς το προσωπικό για διάφορα θέματα.

Οι κανονισμοί γενικά καθορίζουν το επίπεδο της φροντίδας και ασφάλειας του αρρώστου, και στοχεύουν στην προστασία του, αλλά και στην προστασία του προσωπικού. Πρέπει να είναι σταθεροί, γραμμένοι με σαφήνεια, να προσδιορίζουν ξεκάθαρα το στόχο και το σκοπό τους, και να αναφέρουν τον τρόπο εκτέλεσης διαδικασιών και τα άτομα που πρέπει να εκτελούν τις διαδικασίες αυτές.

Μερικοί κανονισμοί αφορούν όλους τους εργαζομένους και άλλοι μια συγκεκριμένη κατηγορία μόνο.

Για μερικούς κανονισμούς ζητείται η γραπτή ενημέρωση με υπογραφή από το προσωπικό, και για λόγους νομικής ευθύνης, η εφαρμογή τους είναι υποχρεωτική.

4.3 Εσωτερικός κανονισμός χειρουργείου

Τα Χειρουργεία σήμερα λειτουργούν με ειδικό εσωτερικό κανονισμό, που συντάσσεται από την Επιτροπή του Χειρουργείου και εγκρίνεται από την Επιστημονική Επιτροπή και το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου. Ο

κανονισμός αναθεωρείται ανάλογα με τις ανάγκες και τις μεταβολές που αφορούν ή δημιουργούνται στον τομέα.

Οι διατάξεις, οι κανόνες και οι πρακτικές του κανονισμού αφορούν κυρίως διοικητικά θέματα του τομέα, επικοινωνίες με άλλες υπηρεσίες, θέματα προσωπικού, μεταχείρισης αρρώστων και τεχνικές διαδικασιών του χειρουργείου.

Οι διοικητικοί κανονισμοί αναφέρονται συνήθως στις ώρες λειτουργίας των χειρουργικών αιθουσών, στο πρόγραμμα χρήσης τους από τις διάφορες κλινικές και ειδικότητες και στον αριθμό των αιθουσών που λειτουργούν στις απογευματινές και νυχτερινές ώρες, τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες.

Παράλληλα καθορίζονται και τα ωράρια του προσωπικού που εργάζεται για τις αντίστοιχες ώρες, ο αριθμός των ατόμων κάθε κατηγορίας εργαζομένων σε σταθερή κυκλική βάρδια αλλά και οι εφημερίες για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών στις εκτός του πρωινού ωραρίου βάρδιες του 24ώρου.

Ο κανονισμός κυκλοφορίας και ενδυμασίας στο χειρουργείο ορίζει λεπτομερειακά:

A. Ποια άτομα από το νοσοκομείο (εκτός του προσωπικού του χειρουργείου) επιτρέπεται να κυκλοφορήσουν στον καθαρό χώρο του χειρουργείου, ποιοι άλλοι επισκέπτες μπορούν να έχουν είσοδο, και

B. Καθορίζει με σαφήνεια την ειδική ενδυμασία του καθενός για την είσοδο στον καθαρό χώρο, αλλά και με ποια ενδυμασία επιτρέπεται στο μόνιμο προσωπικό να εξέλθει και να επιστρέψει στο χειρουργείο κατά τη βάρδια της εργασίας του.

Οι κανονισμοί διαδικασιών μεταχείρισης ασθενών περιγράφουν τον τρόπο, τα άτομα, την ενδυμασία και τα στοιχεία που πρέπει να συνοδεύουν τον άρρωστο στις μετακινήσεις του προς και από το χειρουργείο. Πρέπει επίσης να αναφέρουν:

- Την ανάγκη αναγνώρισης της ταυτότητας του και τη φύλαξη των αντικειμένων του
- Τη συνοδεία και συνεχή επίβλεψή του στο φορείο ή το χειρουργικό τραπέζι σε όλη τη διάρκεια παραμονής του στο χειρουργείο
- Τη σωστή τοποθέτησή του στη θέση της εγχείρησης και τη συνεχή διατήρησή της για πρόληψη βλάβης
- Την αναφορά τυχόν ατυχημάτων
- Την τήρηση λεπτομερειακών στοιχείων της εγχείρησης, μητρώου χειρουργείου κ.ά.

Οι κανονισμοί διαδικασιών και τεχνικής της εκτέλεσής τους, αναφέρονται σε συστάσεις τεχνικής, δηλαδή πώς και από ποια άτομα πρέπει να εκτελούνται. Οι κανόνες αυτοί απαιτούν αφοσίωση στην πλήρη τήρηση της τεχνικής από όλους και με σχολαστικότητα, για την αποφυγή λοίμωξης ή μετεγχειρητικής βλάβης του αρρώστου, σε θέματα όπως:

- Το προεγχειρητικό πλύσιμο των χεριών του προσωπικού και την αντισηψία του δέρματος του αρρώστου
- Τις οδηγίες χρήσης των μηχανημάτων
- Την άσηπτη τεχνική στη μεταχείριση των εργαλείων και των αποστειρωμένων υλικών
- Την ακριβή σχολαστική καταμέτρηση των εργαλείων και γαζών της εγχείρησης, από ποιους και πότε
- Τη συσκευασία και αποστολή των παρασκευασμάτων του αρρώστου στα εργαστήρια
- Τη χορήγηση φαρμάκων
- Την προφύλαξη του προσωπικού από την ακτινοβολία (ακτινογραφίες και ακτινοσκοπικά μηχανήματα)
- Την τεχνική διεκπεραίωσης σηπτικής εγχείρησης και απολύμανσης του χώρου
- Τον τρόπο διακίνησης αποστειρωμένων εργαλείων και υλικών, όπως και της απομάκρυνσης των ακάθαρτων και απορριμμάτων και όλων των άλλων διαδικασιών που αποφασίζονται σε κάθε νοσοκομείο από τους υπεύθυνους της σύνταξης του εσωτερικού κανονισμού.

4.4 Ηθικά Ζητήματα

Το νοσηλευτικό προσωπικό στο χειρουργείο αντιμετωπίζει καμιά φορά περιστάσεις που εμφανίζονται νομικές αλλά και ηθικές, προσωπικές και επαγγελματικές υποχρεώσεις, που μπορεί και να έρχονται σε σύγκρουση με τις προσωπικές του αξίες, το θρήσκευμα του κ.τ.λ.

Πολλά επαγγέλματα έχουν καθορισμένους κώδικες συμπεριφοράς, ιδιαίτερα δε τα επαγγέλματα υγείας.

Βασικά σημεία και αποφάσεις που διέπουν την ηθική συμπεριφορά είναι:

- Η αυτονομία**, η ελευθερία δηλαδή να αποφασίσει κανείς για τις πράξεις του.
- Η ευεργεσία**, το καθήκον να βοηθήσει κανείς τους άλλους, που προσπαθούν να αποφασίσουν ποιο είναι σωστό να πράξουν και ποιο μπορεί να προξενήσει κακό στον εαυτό του τους ή τους άλλους.
- Η μη κακοποίηση**, μη πρόκληση κακού σε κάποιον.
- Η δικαιοσύνη**, στη διάθεση ανθρώπινων, υλικών και τεχνικών μέσων που έχει δικαίωμα το άτομο να λάβει ή να απαιτήσει.
- Η εμπιστοσύνη**, δηλ. η ποιότητα της αφοσίωσης στην προστασία των δικαιωμάτων του ατόμου, όπως η αξιοπρέπεια, η προφύλαξη της ατομικότητας, η εχεμύθεια κ.τ.λ.

Σύμφωνα με αυτά, ο Νοσηλευτικός Κώδικας των Νοσηλευτών του Χειρουργείου αναφέρει, μεταξύ άλλων, και τα εξής:

1. Ο νοσηλευτής εξυπηρετεί τον άρρωστο με σεβασμό της αξιοπρέπειάς του χωρίς διακρίσεις.
 2. Προστατεύει τα δικαιώματά του, με σχολαστική διαφύλαξη της εμπιστευτικής πληροφορίας του.
 3. Ενεργεί να διαφυλάξει τον άρρωστο όταν η ασφάλεια και η φροντίδα του κινδυνεύουν από ανίκανη, ανήθικη ή παράνομη πράξη άλλου προσώπου.
- ενέργειές της.
5. Διατηρεί τις γνώσεις και ικανότητές της.
 6. Συμμετέχει σε πράξεις και συνεισφέρει στις εξελίξεις του επαγγέλματος της κ.λ.π.

4.5 Ευθύνη της διοίκησης

Η ανώτατη διοίκηση του φορέα πρέπει να αποδεικνύει ότι δεσμεύεται για την εφαρμογή και τη συνεχή βελτίωση του συστήματος της ποιότητας, με τρόπους όπως είναι:

- Το προσωπικό της επιχείρησης να γνωρίζει τη σημασία της ικανοποίησης των απαιτήσεων των πελατών, καθώς και της υπάρχουσας νομοθεσίας ή άλλων προτύπων που αφορούν στις παραγόμενες υπηρεσίες
- Να καθιερώσει πολιτική για την ποιότητα

- Να διασφαλίσει την καθιέρωση αντικειμενικών σκοπών για την ποιότητα
- Να ανασκοπεί το σύστημα διαχείρισης της ποιότητας
- Να διαθέτει τους αναγκαίους πόρους

Τα πρότυπα ποιότητας δεν αξιώνουν από την ανώτατη διοίκηση μόνο να αποδεικνύει τη δέσμευσή της για ανάπτυξη και εφαρμογή του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας, αλλά απαιτεί από αυτήν να φροντίζει και για τη διαρκή βελτίωση της αποτελεσματικότητάς του.

4.6 Σχεδιασμός, ανάπτυξη και παροχή υπηρεσιών

Κάθε φορέας πρέπει να προβαίνει σε προγραμματισμό και έλεγχο της διεργασίας, σχεδιασμού και ανάπτυξης των υπηρεσιών. Κατά τον προγραμματισμό η επιχείρηση πρέπει να :

- Αναλύει τη διεργασία σχεδιασμού και ανάπτυξης σε επιμέρους στάδια
- Καθορίζει ποιες ανασκοπήσεις, επαληθεύσεις και επικυρώσεις γίνονται σε κάθε στάδιο
- Προσδιορίζει ευκρινώς τις ευθύνες και τις αρμοδιότητες του προσωπικού

Σύμφωνα με το πρότυπο ISO 9000:2000 σχεδιασμός και ανάπτυξη είναι το σύνολο των διεργασιών το οποίο μετασχηματίζει σε καθορισμένα χαρακτηριστικά ή σε προδιαγραφή ενός προϊόντος, μιας διεργασίας ή ενός συστήματος.

Η διεργασία του σχεδιασμού και της ανάπτυξης πρέπει να προγραμματίζεται με μεγάλη σαφήνεια, δηλαδή να προκαθορίζονται τα στάδια υλοποίησης του σχεδιασμού, οι απαιτήσεις για τις υπηρεσίες, ο τρόπος και τα μέσα που χρησιμοποιούνται, οι έλεγχοι και τα κριτήρια ελέγχου. Η επιχείρηση πρέπει να προσδιορίζει το προσωπικό που συμμετέχει στη διαδικασία του σχεδιασμού και ανάπτυξης. Όταν η διεργασία δεν γίνεται μόνο από ένα άτομο, αλλά από περισσότερα ή από ομάδες ατόμων, τότε πρέπει να δίνεται έμφαση στην επικοινωνία και στο συντονισμό του προσωπικού και των ομάδων.

Ο φορέας πρέπει να διεξάγει περιοδικές και συστηματικές ανασκοπήσεις στο σχεδιασμό και την ανάπτυξη σε συγκεκριμένα στάδια, π.χ. μετά τη λήψη κάθε απόφασης ή μετά την ολοκλήρωση κάθε τμήματος του σχεδίου και σύμφωνα με το προδιαγεγραμμένο πλάνο, ώστε να:

- Αξιολογείται αν τα αποτελέσματα του σχεδιασμού ικανοποιούν τις απαιτήσεις ως προς την πληρότητα και την επάρκειά τους
- Εντοπίζονται έγκαιρα τυχόν προβλήματα και να προτείνονται οι αναγκαίες λύσεις

Η παραγωγή και η παροχή υπηρεσιών πρέπει να έχουν σχεδιαστεί και προγραμματιστεί εκ των προτέρων και να υλοποιούνται κάτω από ελεγχόμενες συνθήκες, ώστε οι υπηρεσίες που προκύπτουν να είναι οι επιθυμητές και να μπορούν να γίνουν τροποποιήσεις, όταν παρατηρείται απόκλιση από τις απαιτήσεις. Συγκεκριμένα, πρέπει να ελέγχονται:

- Η διαθεσιμότητα των πληροφοριών για τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών
- Η διαθεσιμότητα οδηγιών εργασίας, αν αυτό είναι απαραίτητο, προκειμένου να αποφεύγονται λάθη και να διασφαλίζεται η ακριβής εκτέλεση μιας διαδικασίας
- Η χρησιμοποίηση του κατάλληλου εξοπλισμού παραγωγής
- Η διαθεσιμότητα και χρήση συσκευών παρακολούθησης και μέτρησης, ώστε η παραγωγή να ελέγχεται καλύτερα και αποτελεσματικότερα

4.7 Τα βήματα διεργασίας συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας

- Τα βήματα της διεργασίας συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας είναι τα ακόλουθα (Τσιότρας, 1995) :
- Εντοπισμός του προβλήματος και καθορισμός της ομάδας εργασίας
- Προσδιορισμός των σχετικών θεμάτων και ορισμός των όρων του προβλήματος

- Καθορισμός πιθανών αιτιών του προβλήματος
- Εντοπισμός των πληροφοριών που πρέπει να συλλεχθούν
- Συλλογή δεδομένων και εκτίμηση της αναλογίας συνεισφοράς των συνιστωσών αιτιών στο αιτιολογικό σύμπλεγμα του προβλήματος
- Δημιουργία διαγράμματος στατιστικού ελέγχου για τον καθορισμό των βασικών κριτηρίων και προσδιορισμός των αποκλίσεων, οι οποίες ενδεχομένως απαιτούν διορθωτικές ενέργειες
- Δημιουργία διαγράμματος Pareto, για τον εντοπισμό των σημαντικότερων αιτιών του προβλήματος
- Ανάλυση των αιτιών του προβλήματος, που αποτελούν τον κυριότερο φορέα επίδρασης στη δημιουργία του προβλήματος
- Εκτέλεση διορθωτικών ενεργειών
- Συλλογή των ίδιων κατηγοριών πληροφοριών, μετά την εκτέλεση των διορθωτικών ενεργειών
- Δημιουργία ενός διαγράμματος στατιστικού ελέγχου, στο οποίο θα απεικονίζεται η κατάσταση μετά τη λήψη των διορθωτικών μέτρων
- Τακτική παρακολούθηση και ανασκόπηση των διεργασιών του συστήματος .

4.8 Εμπόδια σε υλοποίηση προγράμματος διοίκησης ολικής ποιότητας σε φορείς

Η εφαρμογή του προγράμματος Διοίκησης Ολικής Ποιότητας πρέπει απαραίτητα να συνοδεύεται από αλλαγές στην εταιρική κουλτούρα. Ο λόγος για τον οποίο συχνά προσπάθειες εφαρμογής παρόμοιων προγραμμάτων και διαδικασιών έγκειται στο γεγονός ότι διευθυντικά στελέχη και εργαζόμενοι φαίνονται να συμφωνούν με την πρωτοβουλία, στην πραγματικότητα όμως ποτέ δεν υιοθετούν πραγματικά την κουλτούρα της ποιότητας. Υπάρχουν πέντε εμπόδια στην πορεία προς την κουλτούρα της ποιότητας (Deming, 1986) :

- Βραχυπρόθεσμα μέτρα επίδοσης. Οι εργαζόμενοι που αρχίζουν να προσαρμόζονται σε ένα πρόγραμμα διοίκησης ολικής ποιότητας πρέπει να προσβλέπουν σε μακροπρόθεσμους στόχους. Τις περισσότερες φορές, τα οφέλη από τον προσανατολισμό στον πελάτη ή την ομαδική εργασία απαιτούν χρόνο για να γίνουν αισθητά.

- Ανασφάλεια ως προς τη θέση εργασίας. Εάν παρουσιαστεί ανάγκη να γίνουν περικοπές θέσεων εργασίας σε μια εταιρία που υιοθετεί τη διοίκηση ολικής ποιότητας, οι εργαζόμενοι πρέπει να πληροφορηθούν τους λόγους με τρόπο κατανοητό και σαφή. Η διοίκηση ολικής ποιότητας λειτουργεί αποτελεσματικότερα στους φορείς που πιστεύουν στην επανεκπαίδευση και στις μετατάξεις παρά στις απολύσεις.
- Ανεπαρκής σχεδιασμός εργασίας. Ένα από τα πρώτα βήματα για τη δημιουργία κουλτούρας ολικής ποιότητας είναι η συμμετοχή των εργαζομένων στο σχεδιασμό των μεθόδων εργασίας. Το πρόσωπο που κατέχει μία θέση εργασίας γνωρίζει σχεδόν πάντα τον καλύτερο τρόπο για την επίτευξη του αντικειμενικού στόχου.
- Ανεπαρκής ηγεσία. Εάν η διοίκηση και τα ανώτατα στελέχη δεν συμμετέχουν ενεργά στο σχεδιασμό και την υλοποίηση του προγράμματος ολικής ποιότητας και αν οι επόπτες και οι προϊστάμενοι δεν το υιοθετήσουν ένθερμα, η διοίκηση ολικής ποιότητας δεν θα αποκτήσει ποτέ γερές βάσεις στην εταιρία.
- Έλλειψη μακροχρόνιας δέσμευσης για την ποιότητα. Οι εργαζόμενοι και ορισμένα διευθυντικά στελέχη συχνά δοκιμάζουν τη δέσμευση της εταιρίας στην ποιότητα κατά τα πρώτα στάδια της προσπάθειας για ολική ποιότητα .

4.9 Παράγοντες για τη μέτρηση του αποτελέσματος των διαδικασιών

Ορισμένοι από τους παράγοντες που μπορεί να συνεισφέρουν στη μέτρηση του αποτελέσματος των διαδικασιών, έτσι ώστε να σχεδιασθούν διορθωτικές κινήσεις στην πολιτική ποιότητας είναι οι ακόλουθοι:

- Επιλογή συμβάντων: δυσλειτουργίες, κατηγορίες, παράπονα (αφού ερευνηθεί η εγκυρότητα των παραπόνων θα πρέπει να δοθεί απάντηση στον ασθενή και να κοινοποιηθούν συμβουλές στο προσωπικό που εμπλέκεται στο θέμα)
- Τυχαίος έλεγχος αρχείων
- Ανατροφοδότηση από τα μέλη του προσωπικού: με πληροφορίες που θα συλλεχθούν από τη λογοδοσία, από ετήσιο ερωτηματολόγιο, ή από αναφορές συμβάντος από συνεργαζόμενα με το χειρουργείο τμήματα

- Ανατροφοδότηση από τους ασθενείς: με παρακολούθηση της συνέχειας της φροντίδας μέσω τηλεφωνημάτων κυρίως των ασθενών που αναχώρησαν λίγες ώρες μετά την επέμβαση, με παρακολούθηση ενδονοσοκομειακών ασθενών μέσω συνεντεύξεων, με γραπτές έρευνες ή ερωτηματολόγια κ.ά.
- Κριτική χειρουργικών επεμβάσεων: εκτελείται συστηματικά από επιτροπή γιατρών σε χώρες του εξωτερικού και επιβεβαιώνει ότι οι χειρουργικές επεμβάσεις είναι απόλυτα δικαιολογημένες. Αξιολογούνται οι περιπτώσεις και ελέγχεται η διαφορά ανάμεσα στην προεγχειρητική και μετεγχειρητική διάγνωση που δικαιολογεί απόλυτα την εκτίμηση εισαγωγής του ασθενή στο χειρουργείο.
- Οι περισσότεροι οργανισμοί συλλέγουν στατιστικά στοιχεία, δεν τα επεξεργάζονται όμως για να εκπονηθούν και να εφαρμοστούν συστήματα αξιολόγησης της ποιότητας, που θα ελέγχουν το παραγόμενο έργο και θα θέσουν προτεραιότητες στην επανατροφοδότηση.
- Η συμβολή της μέτρησης της απόδοσης είναι μεγάλη. Δίνει πληροφορίες που συντελούν κατά κάποιο τρόπο στην «αυτογνωσία του τμήματος» και καθορίζουν τα περιθώρια προς βελτίωση. Τα αποτελέσματα του προγράμματος διασφάλισης της ποιότητας θα πρέπει να παρουσιάζονται, να κοινοποιούνται, σε συναντήσεις με το προσωπικό του χειρουργείου. Οι συναντήσεις αυτές προσφέρουν μοναδική ευκαιρία εκπαίδευσης στις αναγκαίες δραστηριότητες για την βελτίωση της ποιότητας. Τα αποτελέσματα των προγραμμάτων διασφάλισης της ποιότητας διαφόρων νοσοκομείων πρέπει να δημοσιεύονται όπως γίνεται σε χώρες του εξωτερικού, προκειμένου να αυξηθεί ο ανταγωνισμός μεταξύ των νοσοκομείων με στόχο την επαύξηση της ποιότητας.

4.10 Δείκτες Ποιότητας

Η έμφαση που δίνεται τα τελευταία χρόνια από τους οργανισμούς διαχείρισης φροντίδας στη μείωση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών αποβαίνει συχνά εις βάρος της ποιότητας φροντίδας και περίθαλψης. Προκειμένου να διασφαλιστούν τα δικαιώματα των ασθενών και τα συμφέροντά τους, οι ιατρικοί σύλλογοι έχουν

προβεί στην ανάπτυξη και υιοθέτηση μιας νέας επαγγελματικής πρακτικής, η οποία καλείται, «αξιολόγηση και ευθύνη» (assessment and accountability).

Η πρακτική αυτή επιβάλλει στους ιατρούς - και ιδιαίτερα σε εκείνους που διενεργούν χειρουργεία ημέρας - τη συλλογή συγκεκριμένων στοιχείων (δείκτες ποιότητας - quality indicators) που θα τους επιτρέψουν να λάβουν τις κατάλληλες επιχειρηματικές αποφάσεις και να αξιολογήσουν το αποτέλεσμα των κλινικών τους παρεμβάσεων.

Ως δείκτες ποιότητας για τους οποίους πρέπει να γίνεται συστηματική συλλογή στοιχείων, έχουν καθοριστεί οι κάτωθι (Αρβανίτη και συν., 2005) :

1. Κοινωνικές/δημογραφικές πληροφορίες (socialdemographic information)

Η συλλογή δημογραφικών στοιχείων επιτρέπει:

- A.** Την ομαδοποίηση των ασθενών για στατιστικούς και ερευνητικούς σκοπούς, και
- B.** Την αδρή στρωμάτωση, ώστε να γίνει εκτίμηση του κινδύνου ανά χειρουργική διαδικασία

2. Επιλογή της κατάλληλης χειρουργικής διαδικασίας (procedure indication)

3. Διαδικασία αναισθησίας-Νάρκωση. (anesthesia-sedation)

Οι δείκτες ποιότητας που χρησιμοποιούνται είναι συνήθως τρεις: Η συχνότητα χρήσης ανταγωνιστικών αναισθητικών φαρμάκων, η επάρκεια της αναισθησίας, έτσι όπως καθορίζεται από τον ασθενή, και η συχνότητα εμφάνισης μετεγχειρητικών προβλημάτων που είναι απόρροια της εφαρμοζόμενης τεχνικής αναισθησίας ή των αναισθητικών φαρμάκων.

4. Αποτελέσματα-επιτυχία χειρουργικής διαδικασίας (procedure outcomes and success)

Επειδή η συνολική επιτυχία της τεχνικής μιας χειρουργικής πράξης είναι δύσκολο να προσδιοριστεί με άμεσο τρόπο, ως δείκτες ποιότητας χρησιμοποιούνται οι τρεις προαναφερόμενοι:

- A.** Η εμφάνιση μη μετεγχειρητικών επιπλοκών
- B.** Η ανάγκη ή μη εισαγωγής (ή επανεισαγωγής) του ασθενούς σε νοσηλευτικό ίδρυμα για την αντιμετώπισή τους.
- Γ.** Η αναζήτηση άλλης μορφής ιατρικής βοήθειας (παρέμβαση ιδιώτη ιατρού)

Οι δείκτες αυτοί, επειδή έχουν τεραστία σημασία, περιγράφονται αναλυτικά παρακάτω. Στην αξιολόγηση της επιτυχίας των ΧΜΗ συνήθως συμπεριλαμβάνονται ο αριθμός των ασθενών που νοσηλεύονται και το είδος και ο αριθμός των επεμβάσεων που πραγματοποιούνται.

5.Επιπλοκές χειρουργικών διαδικασιών

Ως επιπλοκές της χειρουργικής διαδικασίας ορίζονται οι παρενέργειες εκείνες οι οποίες οφείλονται αποκλειστικά και μόνο στην ιατρική πράξη και απαιτούν την παρέμβαση εξειδικευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού προς αντιμετώπιση. Οι επιπλοκές καθορίζονται περαιτέρω ανάλογα με τον χρόνο επέλευσής τους:

A. Σε αυτές που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της χειρουργικής πράξης.

B. Σε αυτές που εμφανίζονται πριν την έξοδο του ασθενούς από τη μονάδα χειρουργείου ημέρας ή το νοσηλευτικό ίδρυμα.

Γ. Σε αυτές που συμβαίνουν εντός διαστήματος 30 ημερών μετά τη χειρουργική πράξη.

Οι ιατρικές πράξεις καθώς και οι υπόλοιπες επεμβάσεις χειρουργείου ημέρας, διενεργούνται με μεγάλη επιτυχία και με υψηλή ικανοποίηση των ασθενών για την ανάνηψη και την αποκατάστασή τους. Κάποιες φορές όμως αρκετοί ασθενείς (σε ποσοστό που μπορεί να ανέλθει και στο 26%) είναι δυνατό να εμφανίσουν ποικίλα προβλήματα ως συνέπεια του χειρουργείου ημέρας, όπως πόνο, ναυτία, αιμορραγία, κεφαλαλγία, εμετό, διαταραχή του καρδιακού ρυθμού, αναπνευστικές λοιμώξεις, παρενέργειες από τα χορηγούμενα φάρμακα και καθυστέρηση στην επούλωση της χειρουργικής τομής. Δεν είναι σπάνιο φαινόμενο, επίσης, η μόλυνση του τραύματος, η οποία αποδίδεται κυρίως στην αμέλεια του χειρουργού να τηρήσει τους κανόνες ασηψίας και αντισηψίας. Κατ' άλλους, το ποσοστό των μετεγχειρητικών επιπλοκών μπορεί να φτάσει και το 50%

Μάλιστα, αρκετοί από αυτούς τους ασθενείς ίσως χρειαστούν ενδονοσοκομειακή νοσηλεία για την αντιμετώπιση των επιπλοκών τους.

6.(Επαν)εισαγωγή ασθενών στο νοσοκομείο

Το ποσοστό των ασθενών που χρήζουν περίθαλψης σε νοσοκομείο μετά από επέμβαση χειρουργείου ημέρας εξαιτίας των επιπλοκών θεωρείται ένας από τους ισχυρότερους δείκτες ποιότητας των παρερχομένων υπηρεσιών. Έχει υπολογιστεί πως ο αριθμός των ασθενών που χρειάζεται εισαγωγή (ή επανεισαγωγή) στο νοσοκομείο ή που πρέπει να επισκεφθεί κάποιο γενικό ιατρό εξαιτίας πιθανών μετεγχειρητικών επιπλοκών δεν είναι υψηλός, αφού το ποσοστό κυμαίνεται από 2,7% έως 6,6%, ενώ η συνεχή βελτίωση των χειρουργικών και αναισθητικών τεχνικών συσχετίζεται με περαιτέρω μείωσή του με την πάροδο του χρόνου.

Οι κυριότερες αιτίες μετεγχειρητικής εισαγωγής στο νοσοκομείο είναι οι επιπλοκές από τη χειρουργική επέμβαση αυτή καθαυτή (ποσοστό 5,2% των εισαγωγών), και οι επιπλοκές από την αναισθησία (ποσοστό 37,2%), ενώ ένα μικρό ποσοστό εισαγωγών (4,6%) οφείλεται σε κοινωνικούς λόγους. Σύμφωνα με άλλους ερευνητές, τα ποσοστά αυτά ανέρχονται στο 38% (προβλήματα από την επέμβαση), 25% (προβλήματα από την αναισθησία), 19,5% (προβλήματα κοινωνικής φύσης), 17,3 % (γενικότερα ιατρικά προβλήματα), ενώ κατ' άλλους τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 62,8%, 12,2%, 9,5% και 8,1%.

Η διακύμανση των ποσοστών που παρατηρείται αποδίδεται στα διαφορετικά είδη χειρουργικών πράξεων που έχουν μελετηθεί σε κάθε έρευνα, στις διαφορετικές μορφές αναισθησίας που εφαρμόζονται, στον διαφορετικό τρόπο διαχείρισης του μετεγχειρητικού πόνου που χρησιμοποιείται, καθώς και στη διαφορετική ποιότητα της χειρουργικής φροντίδας που προσφέρεται.

7. Ικανοποίηση των ασθενών.

Δεδομένα για το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες χειρουργείου ημέρας που τους προσφέρονται μπορούν να συλλεγούν με τη βοήθεια κάποιων από τα πολλά δοκιμασμένα ερωτηματολόγια που περιγράφονται στη βιβλιογραφία. Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιούνται για να εκτιμηθεί ο βαθμός ικανοποίησης του χρηστή των υπηρεσιών ΧΜΗ, αφορούν συνήθως τον χρόνο αναμονής για τη διενέργεια της επέμβασης ή για την πραγματοποίηση προσωπικής επικοινωνίας με τον ιατρό, τον τρόπο συμπεριφοράς του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (ευγένεια, σεβασμός, ευαισθησία, φιλικότητα), την επάρκεια των παρεχόμενων πληροφοριών για το πρόβλημα υγείας, τις γνώσεις και τις τεχνικές δεξιότητες (προσοχή, ικανότητα) των επαγγελματιών υγείας, την ικανοποίηση από την συνολική εμπειρία κ.ά.

Οι στατιστικές μελέτες δίνουν-όπως είναι αναμενόμενο άλλωστε, αφού πρόκειται για προσωπικές απόψεις- αντιφατικά αποτελέσματα σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας από το ΧΜΗ. Έτσι, υπάρχουν έρευνες στις οποίες οι ασθενείς εμφανίζονται ελαφρώς δυσαρεστημένοι από την ποιότητα φροντίδας που τους παρέχεται στο χειρουργείο ημέρας (ιδιαίτερα στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, που δεν διαθέτουν εξειδικευμένες μονάδες για αυτό το σκοπό), καθώς και από τον λίγο χρόνο που έχουν στη διάθεσή τους για να δουν τον γιατρό τους, να συνομιλήσουν μαζί του και να λάβουν τις απαραίτητες διευκρινήσεις και επεξηγήσεις για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπεράσματα

Στα περισσότερα ανεπτυγμένα συστήματα υγείας, η συζήτηση για την πολιτική υγείας εστιάζεται στο ζήτημα της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Το κύμα των μεταρρυθμίσεων, κατά την δεκαετία του 1990, αποσκοπούσε, αφενός, στην βελτίωση της οικονομικής αποδοτικότητας και των συστημάτων υγείας μέσω αλλαγών στα συστήματα και τους μηχανισμούς χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας και αφετέρου στη διασφάλιση της μεγαλύτερης δυνατής κλινικής αποτελεσματικότητας στην καθημερινή πρακτική.

Τα τελευταία χρόνια τα περισσότερα συστήματα υγείας στις αναπτυγμένες χώρες υπέστησαν μια σειρά αλλαγών και μεταρρυθμίσεων, στο κέντρο των οποίων ήταν ο έλεγχος της οικονομικής απόδοσης, της διασφάλισης της ποιότητας και της βελτίωσης της κλινικής αποτελεσματικότητας. Η σκέψη και οι εργασίες του Cochrane, οι μεθοδολογικοί προσδιορισμοί του Donabedian και άλλων και η εισαγωγή τεχνικών και μεθόδων, και ιδιαίτερα της τεκμηριωμένης (ή αποδεικτικής) φροντίδας υγείας (evidence – based care) και πρακτικής (evidence – based practice) φαίνεται να επέδρασαν ουσιαστικά στις αλλαγές αυτές, καθώς τα σύγχρονα συστήματα υγείας καθιέρωσαν την ευθύνη ποιότητας στην φροντίδα και εξακολουθούν να συζητούν τα μέσα διασφάλισης, ελέγχου και εκτίμησής της (Κυριόπουλος, Γ. & Λιονής, Χ., 2004).

Στο σημείο όμως αυτό πρέπει να σημειωθεί ότι στο δρόμο της κατάκτησης της ποιότητας φαίνεται ότι υπάρχουν πολλά τα οποία πρέπει να υλοποιηθούν ακόμα. Είναι χαρακτηριστικά τα αποτελέσματα πρόσφατης έρευνας η οποία συνέκρινε την φροντίδα που πραγματικά έλαβε ένα δείγμα 6.700 περίπου ασθενών με την φροντίδα που θα έπρεπε να λάβει αν υπήρχε πιστή εφαρμογή των σχετικών οδηγιών και εφαρμόζονταν πιστά οι σχετικοί δείκτες απόδοσης / ποιότητας (Mc Glynn, et al, 2003). Οι ασθενείς που μελετήθηκαν έλαβαν περίπου το ήμισυ (54,9%) της συνιστώμενης φροντίδας. Το ποσοστό της κατάλληλης φροντίδας ήταν περίπου ταυτόσημο για τις υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής (54,9%), αντιμετώπισης οξέων περιστατικών (53,5%) ή χρόνιων νοσημάτων (56,1%). Μεγάλες ποιοτικές

διαφοροποιήσεις εμφανίστηκαν όμως κατά την φροντίδα αντιμετώπισης διαφόρων νοσημάτων (Κυριόπουλος, Γ. & Λιονής, Χ., 2004).

Η τεκμηρίωση όμως της έλλειψης της ποιότητας είναι το πρώτο μικρό βήμα στο δρόμο της βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Η έλλειψη αυτή βέβαια απαντάται καθημερινά και σχεδόν σε κάθε πτυχή της παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Στην Ελλάδα, παρά την αναμφισβήτητη βελτίωση που παρουσιάζει σε ευαίσθητους δείκτες υγείας, δεν φαίνεται προς το παρόν να γίνονται προσπάθειες προς την κατεύθυνση εφαρμογής προγραμμάτων Δ.Ο.Π. Όμως πρέπει ν' αναλογιστούμε ότι στις άλλες χώρες η «ποιότητα» εξελίχθηκε σταδιακά με το πέρασμα του χρόνου και σύμφωνα με τις ανάγκες που διαμόρφωνε κάθε φορά το περιβάλλον. Έτσι, αρχικά θα έπρεπε να εισέλθουμε στο στάδιο του ελέγχου ποιότητας. Κατόπιν σ' αυτό της διασφάλισης ποιότητας και τέλος στην δημιουργία ολοκληρωμένων προγραμμάτων Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Πιθανόν η μεταβίβασή μας κατευθείαν σε ένα πρόγραμμα ΔΟΠ θα δημιουργούσε πρόσθετα προβλήματα στα ήδη υπάρχοντα σχετικά με την υπολειτουργία ή την ανεπάρκεια λειτουργικών και οργανωτικών δομών του συστήματος. Αρκεί να αναλογιστούμε ότι ακόμη στην χώρα μας δεν υπάρχει σαφής καθορισμός ευθυνών και αρμοδιοτήτων γεγονός που καθιστά την επικοινωνία από δύσκολη έως ανέφικτη. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα των χειρουργείων, στα οποία δεν ακολουθείται κανένα σύστημα ποιότητας, ενώ νοσηλευτικές μονάδες, οι οποίες είναι πιστοποιημένες σε θέματα ποιότητας αποδεικνύεται ότι η πιστοποίηση αυτή σχετίζεται με τις ξενοδοχειακές τους εγκαταστάσεις.

Σε αυτή, την όχι και τόσο γόνιμη κατάσταση έρχεται να προστεθεί μια αισιόδοξη νότα. Ένα μεγάλο σώμα Ελλήνων ερευνητών και επιστημόνων, πλήρως καταρτισμένων σχετικά με θέματα ποιότητας, κάνουν σοβαρές προσπάθειες οι οποίες έχουν στόχο να ενημερώσουν και να ευαισθητοποιήσουν όσους εμπλέκονται στο χώρο της Υγείας. Ήδη από τα μέσα της προηγούμενης δεκαετίας εμφανίζεται ένα πλήθος από άρθρα και δημοσιεύσεις που αφορούν την διασφάλιση ποιότητας (Πλατή & Πριάμη 1997, Οικονομοπούλου και άλλοι 1995, Μαλλίδου 1998), τους κύκλους ποιότητας (Παπανικολάου 1995a) , την ανάπτυξη κριτηρίων ποιοτικού ελέγχου (Λαβδανίτη 1998) , την ΔΟΠ (Μπινιώρης 1994 και 1995, Πολύζος 1995, Παπανικολάου 1995), την ικανοποίηση των ασθενών (Κυριόπουλος 1990), ενώ από την άλλη μεριά διεξάγονται συνέδρια με θέματα σχετικά με την εφαρμογή της ΔΟΠ στον χώρο των υπηρεσιών υγείας . Στην τρέχουσα δεκαετία οι σχετικές εργασίες και

συνέδρια πολλαπλασιάζονται και εδραιώνεται έτσι η ελπίδα για την κατά το δυνατόν άμεση γενίκευση της εφαρμογής συστημάτων ποιότητας σε όλα τα Νοσοκομεία.

Γίνεται συνεπώς κατανοητό ότι η προοπτική της ενσωμάτωσης στα υγειονομικά συστήματα της φιλοσοφίας της ποιότητας, του καθορισμού προτεραιοτήτων με βάση τις αντιλήψεις των παραγόντων του συστήματος υγείας, της εγκατάστασης συστημάτων πληροφόρησης, της ανάπτυξης μηχανισμών αξιολόγησης και ελέγχου, της υλοποίησης πρωτοβουλιών για την αλλαγή δομών και μορφών διοίκησης, των πρωτοβουλιών ενσωμάτωσης των προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας στην καθημερινή κλινική πράξη απαιτεί δυσκολότερα, πλέον σύνθετα και μακροχρόνιας προοπτικής προγράμματα και δράσεις (Κυριόπουλος, Γ. & Λιονής, Χ., 2004).

Η συζήτηση για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας είναι, συχνά, γενικόλογη και ασαφής ως προς το θεωρητικό της πλαίσιο. Σπανίως συνοδεύεται από τεκμηριωμένες ερευνητικές προσεγγίσεις. Συχνότερα, η συζήτηση καταφεύγει σε ένα γενικό ευχολόγιο για την ενσωμάτωση της στρατηγικής για την βελτίωση της ποιότητας στην οργάνωση, διοίκηση και καθημερινή λειτουργία του συστήματος υγείας. Είναι ελάχιστη δε και πολύ πρόσφατη η σχετική βιβλιογραφία που αποσκοπεί στην ερευνητική και πειραματική αξιολόγηση πιλοτικών εφαρμογών και σχετικών πρωτοβουλιών από τη διοίκηση ή τις υπηρεσίες του συστήματος υγείας (Κυριόπουλος, Λιονής, Σουλιώτης Τσάκος, 2003; Γούναρης, Σισσούρας 2003).

Γίνεται συνεπώς κατανοητό ότι ο καθορισμός προτύπων ποιότητας, η ύπαρξη συγκεκριμένων πρωτοκόλλων, η χρήση εσωτερικών κανονισμών λειτουργίας, η εφαρμογή δεικτών μέτρησης και αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, η χρήση εγχειριδίου ποιότητας δεν είναι παρά ελάχιστα από τα προτεινόμενα μέτρα, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν στα χειρουργεία και όχι μόνο να πιστοποιούν τις φροντίδες υγείας αλλά και να κινητοποιούν το προσωπικό στη βελτιστοποίηση της προσωπικής απόδοσης.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Έχοντας λοιπόν υπόψη την παραπάνω ανασκόπηση, τα ερευνητικά αποτελέσματα που προκύπτουν(Δούσης Ε. 2004), αλλά και την εμπειρική θεώρηση της γράφουσας, που έχει την τιμή να υπηρετεί επί 16 χρόνια στο χώρο των χειρουργείων από διάφορες θέσεις και μάλιστα του μεγαλύτερου και πιο απαιτητικού διοικητικά νοσοκομείου της χώρας τον «Ευαγγελισμό», ένα πλήρες και ολοκληρωμένο σύστημα ποιότητας λειτουργίας χειρουργείων πρέπει να είναι δομημένο ως εξής και να περιλαμβάνει:

1. Οδηγό διαδικασιών χειρουργείου

Βασικός του σκοπός είναι να περιγράψει με λεπτομέρεια γιατί και πως οι διαδικασίες αναπτύσσονται ειδικά μέσα στο χειρουργείο.

Περιλαμβάνει διαδικασίες που αφορούν την άμεση φροντίδα υγείας και υποστηρικτικές διαδικασίες,

Ο οδηγός διαδικασιών πρέπει να περιλαμβάνει:

- Γενικές πληροφορίες για την υπηρεσία.
- Ειδική αναφορά διαδικασιών σχετικά με την αποστολή του τμήματος, την λειτουργία, την ικανότητα των μελών προσωπικού, την ασφάλεια, τον σχεδιασμό για αντιμετώπιση καταστροφών.
- Βιβλιογραφικές παραπομπές του ΕΣΝΕ – Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος (αν χρησιμοποιήθηκαν για την ανάπτυξη του οδηγού).
- Τυποποιημένα πρότυπα. Αφορούν πρότυπα που καθορίζουν την βέλτιστη νοσηλευτική πρακτική για κάθε νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς στο χειρουργείο. Αφορούν τους νοσηλευτές χειρουργείου και τους νοσηλευτές αναισθησιολογίας.

Περιγράφουν με λεπτομέρεια κάθε νοσηλευτική πράξη και εφαρμογή στους ασθενείς του χειρουργείου και απαιτούν συστηματική αναθεώρηση, ανάλογα με την πρόοδο της επιστήμης και της

τεχνολογίας. Για τα πρότυπα αυτά πρέπει να αναφέρονται βιβλιογραφικές παραπομπές.

Το εγχειρίδιο αυτό πρέπει να περιέχει:

- Πρότυπα για την προστασία και ασφάλεια των ασθενών
- Προεγχειρητική προετοιμασία εγχειρητικής ομάδας
- Προεγχειρητική προετοιμασία ασθενών
- Προετοιμασία δέρματος για χειρουργική επέμβαση
- Τυποποίηση διαγνωστικών διαδικασιών διεγχειρητικά
- Τοποθέτηση ασθενή στην σωστή και ασφαλή θέση
- Μέθοδος εργασίας νοσηλευτικού προσωπικού
- Μέθοδος εργασίας βοηθητικού προσωπικού
- Οργάνωση περιεγχειρητικής ομάδας
- Περιεγχειρητική καταγραφή στοιχείων και νοσηλευτικών – ιατρικών πράξεων (documentation) στο χειρουργείο.
- Διαχείριση ακτινολογικών – ακτινοσκοπικών μηχανημάτων διεγχειρητικά.
- Διαδικασίες ταξινομημένες αλφαβητικά ή αντιστοιχισμένες στην κατάλληλη προτεινόμενη τακτική του ΕΣΝΕ με αλφαβητικά διασταυρωμένες αναφορές
- Λήψη δειγμάτων για εργαστηριακές εξετάσεις
- Διαχείριση αποθήκης καθαρού υλικού
- Διαχείριση αποθήκης υλικού μιας χρήσης.

2. Εγχειρίδιο προσανατολισμού στο χειρουργείο.

Ο σκοπός του είναι να εξοικειώσει το προσωπικό με το περιβάλλον, τις πολιτικές και τις ειδικές διαδικασίες που πρέπει να εκτελεστούν και με την περιγραφή των θέσεων όλου του προσωπικού μέσα στο τμήμα. Πρέπει να περιέχει:

- Αναλυτική παρουσίαση των χώρων με περιγραφή της λειτουργίας τους, των κυκλοφοριακών απαιτήσεών τους καθώς και των ιδιαιτεροτήτων τους. Η παρουσίαση αυτή πρέπει να συνοδεύεται από εικόνες των χώρων αυτών.
 - Κυκλοφορία – μετακίνηση προσωπικού
 - Κυκλοφορία – μετακίνηση ασθενών

- Κυκλοφορία – μετακίνηση εμπορικών αντιπροσώπων
- Κυκλοφορία – μετακίνηση ειδικευόμενων ιατρών
- Κυκλοφορία – μετακίνηση φοιτητών νοσηλευτικών σχολών
- Κυκλοφορία – μετακίνηση επισκεπτών
- Περιγραφή θέσης εργασίας καθώς και του επαγγελματικού ρόλου των επαγγελματιών του χειρουργείου:
 - Διοικητικού προσωπικού
 - Νοσηλευτών χειρουργείου
 - Νοσηλευτών αναισθησιολογίας
 - Βοηθητικού προσωπικού
 - Ιατρών χειρουργών
 - Ιατρών αναισθησιολόγων
 - Ειδικευόμενων ιατρών
 - Φοιτητών – νοσηλευτικών – ιατρικών σχολών
 - Χειριστών εξωσωματικής κυκλοφορίας (Technicians)
 - Τεχνικού προσωπικού
- Κριτήρια επιλογής προσωπικού χειρουργείου
- Να περιέχει διατάξεις που καθορίζουν τις σχέσεις συνεργασίας
 - Νοσηλευτών – ιατρών
 - Νοσηλευτών – ειδικευόμενων ιατρών
 - Νοσηλευτών – νοσηλευτών
 - Νοσηλευτών – εμπορικών αντιπροσώπων
- Τον κώδικα ενδυμασίας του χειρουργείου
- Τεχνική πλυσίματος χεριών
- Τεχνική εφαρμογής γαντιών
- Βασικές αρχές άσηπτου τεχνικής
- Περιβαλλοντικούς κινδύνους για τους ασθενείς και το προσωπικό μέσα στο χώρο του χειρουργείου καθώς και τρόπους αντιμετώπισής τους
- Οδηγίες για την προστασία του προσωπικού από τις λοιμώξεις και τα ατυχήματα
- Προφυλάξεις – στάνταρ κατά τις επισκευές και συντηρήσεις που γίνονται εντός του χειρουργείου

3. Βιβλίο εργαλείων και υλικών του χειρουργείου

Τα εργαλεία για κάθε χειρουργική διαδικασία πρέπει να ταξινομηθούν σε ένα ξεχωριστό βιβλίο, το οποίο θα διατηρείται στο δωμάτιο με τα εργαλεία και σε ηλεκτρονικό υπολογιστή. Φωτογραφίες των εργαλείων μέσα στο βιβλίο βοηθούν τους εκπαιδευόμενους να τα κατανοήσουν καλύτερα.

Η σωστή διαχείριση των υλικών συμβάλλει ουσιαστικά στην ποιοτική παροχή φροντίδας υγείας.

- Διαχείριση συντήρησης – επισκευών υλικών και μηχανημάτων Βιοιατρικής τεχνολογίας
- Διαχείριση υλικών υψηλής τεχνολογίας (πχ Ενδοσκόπια).

Αφορά :

- Τον καθαρισμό τους
- Την απολύμανσή τους
- Την αποθήκευσή τους
- Τη χρήση τους

4. Κάρτες επιθυμιών χειρουργών

Μια κάρτα επιθυμιών διατηρείται για κάθε χειρουργική διαδικασία που εκτελείται από κάθε χειρουργό. Οι κάρτες φυλάσσονται σε ένα φάκελο με το όνομα του χειρουργού, σε σημείο εύκολο στην πρόσβαση από όλους και καλό είναι να είναι μηχανογραφημένες σε ηλεκτρονικό υπολογιστή.

Οι ειδικές επιθυμίες του χειρουργού που μπορεί να διαφέρουν από τις διαδικασίες στο βιβλίο διαδικασιών πρέπει να σημειώνονται πάνω στην κάρτα.

5. Εγχειρίδιο σχεδίου αντιμετώπισης καταστροφών στο χειρουργείο

Περιγράφει τα σχέδια για εσωτερικές και εξωτερικές καταστροφές που μπορεί να προκαλέσουν τραυματισμό σε πολλούς ανθρώπους και να απαιτούν την ενεργοποίηση όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου σε σύντομο χρονικό διάστημα. Το προσωπικό που δεν εργάζεται ειδοποιείται να έρθει για εργασία αν χρειαστεί.

Συγκεκριμένα σε αυτό αναφέρονται με λεπτομέρεια σχέδια ενεργειών και διαδικασιών για όλους τους εμπλεκόμενους, (από τους εργαζόμενους που έχουν θέσεις . κλειδιά) στην αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών. Επίσης αναφέρονται

οι απαραίτητοι υλικοί πόροι που θα χρειαστούν καθώς και ο τρόπος διαχείρισής τους.

Το σχέδιο αντιμετώπισης καταστροφών πρέπει να καλύπτει τουλάχιστον τις περιπτώσεις:

- Φωτιάς
- Σεισμού
- Πλημμύρας
- Καύσιμα
- Μαζικών απωλειών λόγω ραδιολογικών – βιολογικών και χημικών συμβάντων

Καθώς και τις διαδικασίες εκκένωσης του χειρουργείου από ασθενείς και προσωπικό. Πρέπει να καθορίζει με ακρίβεια τα δρομολόγια εκκένωσης και να θέτει προτεραιότητες.

6. Εγχειρίδιο ελέγχου λοιμώξεων στο χειρουργείο

Περιέχει τις πολιτικές και τις διαδικασίες που σχεδιάστηκαν για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος της λοίμωξης και να περιοριστεί η διασπορά της ασθένειας μέσα στο χειρουργείο. Περιλαμβάνει εθνικά και επαγγελματικά πρότυπα για την ασφάλεια των ασθενών και του προσωπικού.

Τέτοια πρότυπα αφορούν:

- Μεθόδους αποστείρωσης – απολύμανσης στο χειρουργείο
- Προετοιμασία ακάθαρτων χειρουργικών εργαλείων για αποστολή στην κεντρική αποστείρωση
- Διαχείριση απορριμάτων
- Διαχείριση αποστειρωμένου υλικού – ιματισμού – εργαλείων
- Διαχείριση σηπτικών χειρουργείων
- Μετακίνηση αποστειρωμένου και μη αποστειρωμένου προσωπικού
- Διαδικασία δειγματοληπτικού ελέγχου για ανίχνευση μικροβίων και άλλων μικροοργανισμών στο προσωπικό και στα υλικά – εξοπλισμό

- Διαδικασία συντήρησης και ελέγχου του συστήματος εξαερισμού του χειρουργείου (air conditions)
- Διαδικασία αντιμετώπισης τραυματισμών και λοιμώξεων του προσωπικού του χειρουργείου
- Πρότυπο απαραίτητων εμβολιασμών για το προσωπικό του χειρουργείου
- Ιατρικά και νοσηλευτικά πρότυπα διαδικασιών για ραδιολογικά – βιολογικά και χημικά συμβάντα με μαζικές απώλειες

7. Εγχειρίδιο Πολιτικής χειρουργείου

Περιέχει τις πολιτικές που αφορούν απλώς την διοίκηση και την λειτουργία του χειρουργείου. Το εγχειρίδιο αυτό πρέπει να είναι αναθεωρημένο, ταξινομημένο και σε ηλεκτρονικό υπολογιστή με σκοπό να είναι εύκολο στην χρήση και στην εύρεση των επιθυμητών πολιτικών. Έρευνα έδειξε ότι πλεονεκτούν αυτά τα εγχειρίδια πολιτικής χειρουργείου σε σχέση με τα παραδοσιακά αλφαβητικά έντυπα εγχειρίδια

Αναλυτικότερα το εγχειρίδιο διαδικασιών και πολιτικής χειρουργείου θα μπορούσε να αναφέρει πρότυπα για την περιεγχειρητική ασφάλεια των ασθενών τα οποία καθορίζουν διαδικασίες που προλαμβάνουν τα χειρουργικά λάθη (wrong – site surgery). Το εγχειρίδιο πολιτικής χειρουργείου πρέπει να περιέχει:

1) Πρότυπα και διατάξεις οργάνωσης της διαχείρισής της:

- a) Αίθουσας ανάνηψης
- b) Αίθουσας αναμονής πριν την επέμβαση
- c) Επιτροπής χειρουργείου
- d) Των προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών
- e) Της ροής ασθενών, προσωπικού και υλικών – εξοπλισμού
- f) Της διαχείρισης κρίσεων και αβεβαιότητας
- g) Της διαδικασίας λήψης αποφάσεων

2) Πρότυπα διαχείρισης χειρουργικού χρόνου:

- a) Διαχείριση προγράμματος επεμβάσεων
- b) Διαχείριση προγράμματος επειγόντων περιστατικών
- c) Διαχείριση διάθεσης χειρουργικών αιθουσών ανά ειδικότητα
- d) Διαχείριση προγράμματος νοσηλευτικού προσωπικού
- e) Διαχείριση προγράμματος διοικητικού προσωπικού

- f) Διαχείριση προγράμματος αναισθησιολόγων ιατρών
 - g) Διαχείριση προγράμματος νοσηλευτών αναισθησιολογίας
 - h) Διαχείριση διαλειμμάτων , απουσιών , αδειών του προσωπικού
- 3) Πρότυπα διαχείρισης οικονομικών, νομικών και πολιτισμικών θεμάτων:
- a) Προμήθεια συμβατικών υλικών χειρουργείου
 - b) Προμήθεια εξωσυμβατικών υλικών χειρουργείου
 - c) Θέματα διαπολιτισμικής νοσηλευτικής
 - d) Συγκατάθεση ασθενή για αναισθησία και επέμβαση
 - e) Διαχείριση θεμάτων σχετικών με δωρεές οργάνων ασθενών
- 4) Πρότυπα διαχείρισης και ανάπτυξης της εκπαίδευσης του προσωπικού:
- a) Συνεχιζόμενη εσωτερική εκπαίδευση νοσηλευτών χειρουργείου
 - b) Συνεχιζόμενη εσωτερική εκπαίδευση νοσηλευτών αναισθησιολογίας
 - c) Συνεχιζόμενη εσωτερική εκπαίδευση βοηθητικού προσωπικού
 - d) Εκπαίδευση νέου προσωπικού στο χειρουργείο
 - e) Εκπαίδευση φοιτητών νοσηλευτικών σχολών
 - f) Θέματα εκπαίδευσης νοσηλευτών – κλινικών εκπαιδευτών χειρουργείου
 - g) Συμμετοχή νοσηλευτών σε συνέδρια - ημερίδες
- 5) Πρότυπα Διατμηματικής Συνεργασίας του χειρουργείου με τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου
- a) Συνεργασία με την αιμοδοσία
 - b) Συνεργασία με τα φαρμακεία
 - c) Συνεργασία με τα πλυντήρια – αποθήκη ιματισμού
 - d) Συνεργασία με την κεντρική αποστείρωση
 - e) Με την διοικητική υπηρεσία
 - f) Συνεργασία με τα τμήματα ασθενών
 - g) Συνεργασία

Ολοκληρώνοντας νοιώθουμε την ανάγκη να επισημάνουμε τον κίνδυνο η εφαρμογή Δ.Ο.Π. να εκπέσει σε ένα σύστημα διασφάλισης σταθερά χαμηλής ποιότητας στα ελληνικά νοσοκομεία. Για να αποσοβηθεί ο κίνδυνος αυτός είναι απαραίτητο να γίνουν επενδύσεις σε νοσηλευτικό ανθρώπινο δυναμικό και συνεχιζόμενη εκπαίδευση για όλους τους επαγγελματίες της υγείας. Πρωτίστως πρέπει να δοθεί έμφαση στην

εμπλοκή του ανθρώπινου δυναμικού στην Δ.Ο.Π. χαρακτηριστική είναι η τοποθέτηση των Lloyd Dobyns and Clare Crawford-Mason, στο βιβλίο τους Thinking About Quality : *«Αν δεν υπάρξει συμμετοχή του εργαζόμενου είναι αδύνατον να υπάρξει σύστημα ποιότητας.»*

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αλεξιάδης, Α.Δ., Σιγάλας, Ι. 1999, *Υπηρεσίες υγείας/νοσοκομείο. Ιδιοτυπίες και προκλήσεις. Διοίκηση υπηρεσιών υγείας-νοσοκομείων, εμπειρίες-τάσεις και προοπτικές*, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα,.
- Ακριβή μου Υγεία, 2003, *Τα Νέα*.
- Αποστολάκη, Ι., Μαυροειδή, Ο. 2004, «Τα πρότυπα ποιότητας στις μονάδες υγείας», *Διοικητική Ενημέρωση*, Ιούλιος-Σεπτέμβριος, Τεύχος 30.
- Αρβανίτη, Μ., Σαράφης, Π., Πστιστέα, Ε. 2005, «Κριτήρια και δείκτες διασφάλισης της ποιότητας στα χειρουργεία ημέρας», *Νοσηλευτική*, Τόμος 44, Τεύχος 4.
- Αρβανιτογιάννης, Ι.Σ., Ευστρατιάδης, Μ., Μπουντουρόπουλος, Ι.Δ. 2000, *ISO 9000 και ISO 14000*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- Βαγιανός, Ν. 1997, *Total Quality Management ISO 9000-Πρακτικός οδηγός εφαρμογής*, Επικοινωνία ΕΠΕ, Αθήνα.
- Βαρνάβας, Δ. 2005, «Φακελάκια στο ΕΣΥ: πληγή που κακοφόρμισε», *Επιθεώρηση Υγείας*, Τεύχος 92.
- Γούναρης Χ, Σισσούρας Α. 2003, *Υπόδειγμα Αξιολόγησης της Ποιότητας των Δημοσίων Νοσοκομείων. Μελέτη Περίπτωσης*. Πανεπιστήμιο Πατρών.
- Δικαίος, Κ. και συν. 1999, *Βασικές αρχές management υπηρεσιών υγείας*, ΕΑΠ, Πάτρα.
- Διλίντας, Α., Σεβαστάκη, Ε., Νεονάκης, Ι. 2006, «Η αναζήτηση της ποιότητας στα Ελληνικά δημόσια νοσοκομεία», *Επιθεώρηση Υγείας*, Τεύχος 101.
- Δούσης Ε., 2004, «Κανονισμοί λειτουργίας χειρουργείων στην Ελλάδα» *Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιον Αθηνών.
- ΕΛΟΤ EN 29001 – Ελληνικό Πρότυπο, *Συστήματα Ποιότητας-Υπόδειγμα για τη διασφάλιση ποιότητας στο σχεδιασμό, ανάπτυξη, παραγωγή, εγκατάσταση και εξυπηρέτηση*, Αθήνα, 1994.
- ΕΛΟΤ EN ISO 9001:1994, *Συστήματα για την ποιότητα-Υπόδειγμα για τη διασφάλιση της ποιότητας στο σχεδιασμό, ανάπτυξη, παραγωγή, εγκατάσταση και εξυπηρέτηση*, Αθήνα, 1996.

- Ζυγογιάννης, Γ. 1994, *Μορφές δημοσίων επιχειρήσεων και σύστημα κρατικού ελέγχου*, Αθήνα.
- Θεοδώρου, Ν., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. 2001, *Συστήματα Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Κατσαμπάνης, Π. 2003, *Το πρότυπο ISO 9001:2000 με απλά λόγια*, Εκδόσεις IDEC, Πειραιάς.
- Κέφης, Β. 1998, «Η νέα τάση στη διοίκηση των επιχειρήσεων. Ανασχεδιασμός επιχειρηματικών διαδικασιών», *Δημόσιος τομέας*.
- Κέφης, Β. 2005, *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Θεωρία και Πρότυπα*, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
- Κέφης, Β. 2005, *Ολοκληρωμένο Μάνατζμεντ. Βασικές αρχές για σύγχρονες οικονομικές μονάδες*, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
- Κοντός, Β. 2000-2001, «Συστήματα Διασφάλισης της ποιότητας ISO 9000:2000», *Plant Management: Μέθοδοι*, Αθήνα, Ετήσια έκδοση.
- Κοσμοπούλου, Φ. 2000, *Ιατρικά και Νοσηλευτικά Πρωτόκολλα: Κλινικές οδηγίες και διασφάλιση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας*, Διπλωματική εργασία, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ. 2003, «Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», *Θεμέλιο: Κοινωνία και Υγεία*, Αθήνα.
- Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ. 2004, *Η αναζήτηση της ποιότητας στην υγεία και τη φροντίδα υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Λαζάρου, Π. 2001, «Μέτρηση ικανοποίησης ασθενούς. Απλή σφυγμομέτρηση ή εργαλείο αποτίμησης και διασφάλισης ποιότητας», *Επιθεώρηση Υγείας*, Εκδόσεις Mediforce Services, Αθήνα.
- Λάμπρου, Π. 2001, «Κλινικά πρωτόκολλα», *Νοσηλεία*, Εκδόσεις Mediforce Services, Τεύχος 1, Αθήνα.
- Λεμονίδου, Χ., Μερκούρης, Α. 1999, «Μέτρηση της ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας», *Περιεχειρητική Νοσηλευτική*, Τεύχος 1, Αθήνα.
- Λιαρμακόπουλος, Λ. 1998, *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*, Εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα-Πάτρα.
- Λιονής Χ., Αντωνάκης Ν., Αντωνοπούλου Μ., και συν. 2003, «Βήματα για την ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών στην Γενική Ιατρική στην Ελλάδα: ένα κείμενο ομοφωνίας», *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*.

- Λογοθέτης, Ν. 1992, *Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας. Από τον Deming στον Tagushi και το SPC*, Εκδόσεις Interbooks, Αθήνα.
- Λογοθέτης, Ν. 2001, *Διαδικασίες και τεχνικές συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας*, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- Μαλινδρέτος, Π.Μ. 1979, *Νέα πλαίσια οικονομικής αναλύσεως και πολιτικής*, Αθήνα.
- Μαλινδρέτου, Β. 1998, *Χρηματοδότηση των ΔΕΚΟ: Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα.
- Μαλινδρέτου-Οικονομάκη, Β.Π. 1996, «Η διοικητική πρόκληση της δημόσιας διοίκησης», *Επιθεώρηση αποκέντρωσης τοπικής αυτοδιοίκησης και περιφερειακής ανάπτυξης*, Νο 3.
- Μάντη, Π., Τσελέπη, Χ. 2000, *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας*, ΕΑΠ.
- Μάτζιου, Β. 2000, «Εφαρμογή προτύπων στην περιεγχειρητική νοσηλευτική», *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, Τεύχος 4, Αθήνα.
- Μάτσας, Ι. 2000-2001, «Από τη διασφάλιση της ποιότητας στη διαχείριση της ποιότητας», *Plant Management: Μέθοδοι*, Αθήνα, Ετήσια Έκδοση.
- Μιχαήλ-Μερσανού, Β. 2003, «Διαχείριση Ολικής Ποιότητας στα νοσοκομειακά αναλυτικά εργαστήρια: προοπτική». Στο Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Σουλιώτης, Κ., Τσάκος, Γ. *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Θεμέλιο.
- Μπαμπέτας, Α. 1998, «Συστήματα διασφάλισης ποιότητας της σειράς προτύπων ISO 9000», *Ναυτεμπορική*, Ιούνιος.
- Μπουραντάς, Δ. 2002, *Management. Θεωρητικό υπόβαθρο και σύγχρονες πρακτικές*, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.
- Νιάκας, Δ. 1993, «Management στις υπηρεσίες υγείας και η εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών», *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, Τόμος 2, Τεύχος 4, Αθήνα.
- Νοσοκομεία 2 ταχυτήτων, 2005, *Τα Νέα*.
- Νοσοκομεία χωρίς νοσοκόμους, 2004, *Τα Νέα*.
- Ντένις, Λ. *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*, Εκδόσεις Έλλην.

- Οικονομοπούλου, Χ., Ζησιμόπουλος, Α., Κουτής, Χ. 2002, «Η πρόκληση της βελτίωσης της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Αθήνα.
- Παπανικολάου, Β. 2003, «Εισάγοντας και διατηρώντας ένα πρόγραμμα ολικής ποιότητας/συνεχούς βελτίωσης ποιότητας στη νοσοκομειακή φροντίδα: αναπτύσσοντας πρότυπα και μέτρα απόδοσης». Στο Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Σουλιώτης, Κ., Τσάκος, Γ. *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.
- Παπασάββας, Ε. 2001, «Η αποδοτικότητα των χειρουργείων», *Επιθεώρηση Υγείας*, Εκδόσεις Mediforce Services, Αθήνα.
- Πετσετάκη, Ε. 1995, «Εξασφάλιση φροντίδας ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας», *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, Τόμος 2, Τεύχος 4, Αθήνα.
- Προβόπουλος, Γ.Α. 1982, *Οι δημόσιες επιχειρήσεις και οργανισμοί*, Ινστιτούτο Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, Ειδικές Μελέτες 11, Αθήνα.
- Σκαλκίδης, Γ. 2003, «Η ποιότητα στη νοσοκομειακή φροντίδα». Στο Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Σουλιώτης, Κ., Τσάκος, Γ. *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.
- Σκλάβος, Γ. 2001, Μεταβλητές εκτίμησης της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, *Επιθεώρηση Υγείας*, Τεύχος 69, Εκδόσεις Mediforce Services, Αθήνα.
- Σούλης, Σ. και συν. 2005, «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στο χώρο του νοσοκομείου», *Επιθεώρηση Υγείας*.
- Σπανός, Α. 1993, *Ολική Ποιότητα*, Εκδόσεις Γαλαίος, Αθήνα.
- Σπυρόπουλος, Β. 2000, Εισαγωγή στη δομή και στη λειτουργία του σύγχρονου νοσοκομείου, διδακτικές σημειώσεις. Τμήμα Τεχνολογίας Ιατρικών Οργάνων, Τ.Ε.Ι. Αθήνας.
- Τζοβάρας, Φ., Τσακνή, Α., Κατιρτζίδου, Ε., Τσαλκτζή, Ζ. 1997, Αρχιτεκτονική και λειτουργικότητα στο χειρουργείο. *Πρακτικά 8^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου*, Χαλκιδική.
- Τούντας, Γ. 2002, *Πολιτική Υγείας*, Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα.
- Τρίλιζας, Ν. 2001, *Επιθεώρηση συστημάτων για την ποιότητα*, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- Τσιότρας, Γ. 1995, *Βελτίωση ποιότητας*, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.

- Φίλιος, Β. 1991, *Στρατηγική διοίκηση επιχειρήσεων*, Εκδόσεις Interbooks, Αθήνα.
- Φλώρος, Χ.Γ. 1996, *Σύγχρονη Διοικητική των Επιχειρήσεων*, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.
- Ψαρράκου, Β. 2005, «Διασφάλιση Ποιότητας στο χειρουργείο», *Επιθεώρηση Υγείας*, Εκδόσεις Mediforce Services, Τεύχος 96, Αθήνα.
- Coopers and Lybrand, *ISO 9000. Quality Systems. The way forward.*
- Gabel, R.A., Kulli, J.C., Stephen Lee, B., Spratt, D.G., Ward, D.S. 1991, *Οργάνωση και Διοίκηση Χειρουργείου*, Εκδόσεις Mediforce, Αθήνα.
- Grove, A. S. 1996, *Μάνατζμεντ υψηλής απόδοσης*, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
- James, P. 1998, *Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας*, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.
- Kelly, J.M. *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*, Alexander Hamilton Institute, Εκδόσεις Κριτήριο.
- McDonald, J. 1994, *Επιτυχημένη διαχείριση ολικής ποιότητας*, British Institute of Management.
- Roure, M. 2000, Η διοίκηση ολικής ποιότητας στο δημόσιο τομέα, *Εισήγηση στο συνέδριο του Παντείου Πανεπιστημίου για την Ολική Ποιότητα*.
- Weaver, C. 1995, *Management Ολικής Ποιότητας*, ASQC Quality Press.

Ξένη Βιβλιογραφία

- Adams R., Acker J., Alberts M., et al. 2002, *Recommendations for improving the quality of care through stroke centers and systems: An examination of stroke center identification options*, Stroke.
- Arah O.A. et al. 2003, “Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality and improvement”, *International Journal for Quality in Health Care*, 15.
- Berwick D.M., James B., Coye M.J. 2003, Connections between quality measurement and reporting”, *Medical Care*, 41.
- Black N., Barrier J., Fitzpatrick and Reeve B. 1998 *Health Services Research Methods. A Guide to Best Practice*, Biuj Publishing, London.
- Cortada, J.W., Woods, J.A. 2000, *The Quality Yearbook*, McGraw-Hill.

- Crosby, P. 1979, *Quality is free*, McGraw Hill, New York.
- DelMar, D., Sheldon, G. 1998, *Introduction to Quality Control*, West Publishing Company.
- Deming, E.W. 1982, *Quality, productivity and competitive position*, Center for advanced engineering study, Massachusetts.
- Deming, E.W. 1986, *Out of the crisis*, Cambridge University Press.
- Department of Health. 1998, *A first class service. Quality in the National Health Service*, The Stationary Office, London.
- Department of Health. 2003, *Investing in General Practice: The New General Medical Services Contract*.
- Donabedian A. 1980, *Exploration in Quality Assessment and Monitoring*. Vol 1. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press,.
- Drucker, P.F. 1985, "The discipline of innovation", *Harvard Business Review*, May-June, 66-72.
- European Foundation for Quality Management, 1999, *Assessor Scorebook*.
- Evans, J., Lindsay, W. 2002, *The management and control of quality*, 5th edition, South Western.
- Gaster, L. 1995, *Quality in public services*, Open University Press, Buckingham-Philadelphia.
- Gillies A. 1997, *Improving the Quality of Patient Care*, Wiley London.
- Gnanalingham J., Gnanalingham M.G., Gnanalingham K.K. 2001, *An audit of audits: are we completing the cycle?*, J. R. Soc Me.
- Griffith, JR, Sahney, VK, Mohr, RA 1995, *Reengineering Health Care*. Ann Arbor, MI : Health Administration Press.
- Goldberg H.I., Neighbor W.E., Hirsch I.B., Cheadle A.D., Ramsey S.D. 2002, *Evidence-based management: using serial firm trials to improvement diabetes care quality*.
- Hicks, U. 1965, *Development from below*, Oxford University Press.
- Hipkin and DeCock, 2000, "TQM and BPR: lessons for maintenance management", *The international Journal of Management Science*, Vol. 28.
- Hoyle, D. *ISO 9000: Quality Systems Handbook*, 4th edition.

- Institute of Medicine (IOM). 2001, *Crossing the Quality Chasm. A new Health System for the Twenty-First Century*, National Academy Press, Washington.
- Institute of Medicine (IOM). 2002, *Leadership by example: Coordinating Government Roles in Improving Health Care Quality*, National Academy Press, Washington.
- ISO. 1999, *Quality Management Systems – Fundamentals and Vocabulary*, Revision of ISO 8402: 1994 and ISO 9000 -1: 1994.
- Joint Commission of Accreditation of HealthCare Organizations. 2002, *Primer on Indicator Development and Application*, Oakbrook Terrace, IL.
- Juran, J. 1988, *Juran on planning for quality*, The Free Press, New York.
- Kangi, G. 1996, “Can total quality management help innovation?”, *Journal of Total Quality Management*, 7, 1, 3-9.
- Kepner, Ch., Tregoe, B.B. 1981, *The new rational manager*, Princeton Research Press, Princeton NJ.
- Limprecht, J.L. 1994, *ISO 9000 and the service sector*, ASQC Quality Press, Milwaukee, Wisconsin.
- Lionis C., Tsiraki M., Bardis B., Philalithis A. (έχει υποβληθεί), *Seeking clinical effectiveness in primary care within the Regional Health and Welfare System in Crete, Greece: the first actions*.
- Malindretos, M.P. 1998, *ISO 9000 Quality Assurance by the Greek SMEs*, MBA Thesis, European University.
- Mant J. 2001, “Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care”, *International Journal for Quality in Health Care*, 13.
- Marcus, L.J., Dorn, B.C., Kritek, P.B., Miller, V., Wyatt, J. 1995, *Renegotiating Health Care: Resolving conflict to build collaboration*, Jossey Bass Publisher, San Francisco.
- Martinez, L.A., Dewharst, F., Dale, B. 1999, “TQM and business innovation”, *European Journal of Innovation Management*, 2:1.
- Mc Glynn, et al. 2003, *The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States*.
- Murray C.J.L., Frenk J. 2000, «A framework for assessing the performance of health care systems», *World Health Organ*, 78, Bull.

- Oakland, J.S. 1993, *Total Quality Management: The route to improving performance*, Butterworth Heineman.
- Oakland, J.S. 1996, *Total Quality Management*, Butterworth Heineman.
- Politt, C., Bouckaert, G. 1995, *Quality Improvement in European public services*, SAGE Publications, London.
- Stebbing, L. 1994, *Quality Assurance: the route to efficiency and competitiveness*, Ellis Horwood Limited, London.
- Straker, D. 1995, *Toolbook for Quality Improvement and Problem Solving*, Prentice Hall.
- Wallace L.M., Freeman T., Latham L., Walshe K., Spurgeon P. 2001, “Organizational strategies for changing clinical practice: how trusts are meeting the challenges of clinical governance”, *International Journal for Quality in Health Care*, 10.
- Walshe K., Wallace L., Freeman T., Latham L., Spurgeon P. 2001, “The external review of quality improvement in health care organizations: a qualitative study”, *International Journal for Quality in Health Care*, 13.