



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

**Διασφάλιση ποιότητας, αποτελεσματικότητα και μελέτη
οργάνωσης λειτουργίας χειρουργείων. Η περίπτωση του
ιδιωτικού τομέα.**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Δαμαλάς Ευριπίδης

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Μ. Σπυριδάκης, Επίκουρος Καθηγητής, Επιβλέπων

Μ. Φεφές, Επίκουρος Καθηγητής

Δρ. Η. Κουτσούκου

Κόρινθος, Σεπτέμβριος 2013

Copyright © Δαμαλάς Ευριπίδης, 2013.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

Στους γονείς μου

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου για την πολύτιμη βοήθεια και την αμέριστη συμπαράσταση, ώστε να καταστεί δυνατή η εκπόνηση της εργασίας αυτής:

- Στον κ. Μάνο Σπυριδάκη, Επίκουρο Καθηγητή του Πανεπιστημίου Κορίνθου και εισηγητή του θέματος
- Στην κα Σοφία Βασιλακοπούλου, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Ιδιωτικού Θεραπευτηρίου Πατρών για την καθοδήγηση της για την πραγματοποίηση της έρευνας και την ευγενική παραχώρηση της διάθεσης των στοιχείων
- Στην κα Μαρία Τσιωρτσή, Προϊσταμένη των Χειρουργείων του Ιδιωτικού Θεραπευτηρίου Πατρών για την συνεργασία της
- Στους συναδέλφους μου για την υπομονή τους και την βοήθειά τους στην διεκπεραίωση της εργασίας. Και τέλος
- Στην οικογένεια μου και αγαπημένους φίλους που υπέδειξαν υπομονή και κατανόηση κατά την εκπόνηση της εργασίας αυτής.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	14
Συστήματα Διασφάλισης Ποιότητας	14
1.1 Η σημασία της ποιότητας.....	14
1.2 Ορισμός της ποιότητας και ολικής ποιότητας.....	14
1.3 Το κόστος της ποιότητας και της μη ποιότητας.....	18
1.4 Διοίκηση ολικής ποιότητας.....	22
1.5 Εργαλεία Ποιότητας	26
1.6 Η έννοια της ποιότητας και της διασφάλισης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας....	31
1.7 Η ποιότητα στο χώρο της υγείας – συνοπτική αναδρομή.....	32
1.8 Διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	33
1.9 Τρόποι και πρακτικές βελτίωσης της ποιότητας.....	35
1.10 Ο παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Λίστα Χειρουργικής Ασφάλειας	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	39
Οργάνωση και λειτουργία χειρουργείου.....	39
2.1 Οργάνωση Χειρουργείου.....	39
2.2 Πλαίσια λειτουργίας ενός χειρουργείου.....	40
2.3 Μοντέλα ποιότητα ενός χειρουργείου	44

2.4 Τρόποι εφαρμογής διοίκησης ολικής ποιότητας στο χειρουργείο.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	50
Η μελέτη περίπτωσης Χειρουργείων Ιδιωτικού Θεραπευτηρίου Πατρών	50
3.1 Εισαγωγή-Σκοπός.....	50
3.2 Περιγραφή του Θεραπευτηρίου και του Χειρουργείου	51
3.3 Μεθοδολογία και υλικό έρευνας.....	52
3.4 Διασφάλιση ποιότητας Χειρουργείου-Ανάλυση αποτελεσμάτων	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	61
Συμπεράσματα-Συζήτηση.....	61
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	65
ABSTRACT	70

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Αξιολόγηση Αποδοτικότητας Ελληνικών Νοσοκομείων	12
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Λίστα Ασφάλειας Χειρουργείου	38

ΣΧΗΜΑΤΑ

ΣΧΗΜΑ 1.1	Κέρδη από την αγορά – Κέρδη από τη μείωση κόστους	15
ΣΧΗΜΑ 1.2	Βασικές αρχές της Ολικής ποιότητας	16
ΣΧΗΜΑ 1.3	Πλεονεκτήματα του κόστους ποιότητας	19
ΣΧΗΜΑ 1.4	Στόχοι του κόστους ποιότητας	20
ΣΧΗΜΑ 1.5	Βελτίωση της ποιότητας	21
ΣΧΗΜΑ 1.6	Παράγοντες που καθορίζουν το κόστος ενός προϊόντος	21
ΣΧΗΜΑ 1.7	Διάγραμμα ροής.....	27
ΣΧΗΜΑ 1.8	Διάγραμμα ψαροκόκαλο.....	29
ΣΧΗΜΑ 1.9	Διάγραμμα Pareto.....	29
ΣΧΗΜΑ 1.10	Διάγραμμα ελέγχου.....	30

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι στόχοι των πολιτικών υγείας όλων των ανεπτυγμένων κοινωνιών συνοψίζονται στο τρίπτυχο: εκσυγχρονισμός, χαμηλό κόστος, ποιότητα. Η διασφάλιση της ποιότητας στον τομέα της υγείας είναι μία από τις βασικές προτεραιότητες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η ασφάλεια των ασθενών παραδοσιακά θεωρείται ως μια από τις πολλές διαστάσεις της ποιότητας στον τομέα της περίθαλψης. Τα τελευταία χρόνια όμως θεωρείται ως το βασικό στοιχείο της ποιότητας συνολικά. Η επιλογή των διαστάσεων για τη μέτρηση της ποιότητας στον τομέα της υγείας είναι ζωτικής σημασίας και πρέπει να αποτελεί βασικό στοιχείο του προγράμματος υγείας των κρατών. Η διασφάλιση της ποιότητας ιδιαίτερα στα χειρουργεία δεν έχει τύχει συστηματικής αντιμετώπισης στην Ελλάδα.

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας είναι μια πρώτη προσέγγιση διερεύνησης της γνώσης και της εφαρμογής (ή μη) πρωτοκόλλων, κανονισμών και κριτηρίων-δεικτών ποιότητας στο χώρο της Υγείας και συγκεκριμένα στο χειρουργείο. Ο σκοπός αυτός επιτεύχθηκε με τη μέθοδο της συνέντευξης-διαλόγου από προσωπικό που εργάζονται στην Ιδιωτική Κλινική-Θεραπευτήριο των Πατρών και έχουν άμεση σχέση με το τμήμα του Χειρουργείου της Ιδιωτικής Κλινικής.

Σαν αποτέλεσμα αυτή η μελέτη κρίνει πως η προσδοκία και η απαίτηση για διασφάλιση ποιότητας στις υπηρεσίες της υγείας θα αυξάνεται συνεχώς και για αυτό η εκπαίδευση και η ευαισθητοποίηση των ατόμων που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας, των Διοικήσεων και των λειτουργών των Μονάδων παραγωγής και παροχής τους, όσο και των πολιτών γενικότερα, είναι απολύτως αναγκαία.

Key words

Χειρουργείο, Ποιότητα, Συστήματα Διασφάλισης Ποιότητας, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Εργαλεία Ποιότητας, Μοντέλα Ποιότητας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρόσβαση όλων σε υγειονομική περίθαλψη υψηλής ποιότητας αναγνωρίζεται από την Ευρωπαϊκή Ένωση ως αρχή ύψιστης σημασίας. Οι Ευρωπαίοι πολίτες έχουν το δικαίωμα, ως χρήστες υγειονομικών υπηρεσιών, να αναμένουν να καταβληθεί κάθε δυνατή προσπάθεια για τη διασφάλιση της ασφάλειάς τους. Η Ένωση έχει διαπιστώσει την ανάγκη να αναπτυχθεί ένα πνεύμα μέριμνας για την ασφάλεια των ασθενών σε όλες τις βαθμίδες του συστήματος υγείας. Για το σκοπό αυτό, έχουν ήδη αναληφθεί πρωτοβουλίες και δράσεις σε επίπεδο ΕΕ, οι οποίες στοχεύουν στην ενίσχυση και τον συντονισμό των εθνικών πολιτικών καθώς και στην εγγύηση προϊόντων, υπηρεσιών και μιας διαχείρισης υψηλού επιπέδου στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και θεραπευτικής αγωγής.

Η ποιότητα των ιατρικών προϊόντων, τα πρότυπα ασφαλείας και επιδόσεων στον τομέα της ιατρικής τεχνολογίας καθώς και η βασική κατάρτιση των εργαζομένων στο χώρο της υγείας αποτελούν τομείς δραστηριότητας που έχουν καθοριστική σημασία για τη βελτίωση της ποιότητας και την αποφυγή αρνητικών συνεπειών στους ασθενείς. Με βάση τα παραπάνω, η λήψη νομοθετικών μέτρων σε συνδυασμό με τη σύσταση υπηρεσιών και ομάδων εργασίας (που διατυπώνουν επιστημονικά τεκμηριωμένες γνώμες) αποτελούν τον κορμό των δραστηριοτήτων της ΕΕ στον συγκεκριμένο τομέα.

Στην Ελλάδα συντονισμένες προσπάθειες για τη διασφάλιση της ποιότητας στον τομέα της υγείας ξεκίνησαν τη δεκαετία του '90. Το 1996 και το 2001, οι τότε Υπουργοί Υγείας καθιέρωσαν εθνικές επιτροπές για την ποιότητα στην υγειονομική περίθαλψη και παράλληλα τέθηκαν οι βάσεις για της δημιουργία μιας επιτροπής ποιότητας και πιστοποίησης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Η Επιτροπή του 2001 συνέταξε μια σε βάθος έκθεση όπου πρότεινε τους τρόπους για να βελτιωθεί η ποιότητα στον τομέα της Υγείας. Εντούτοις, οι αλλαγές οι αλλαγές στις κυβερνήσεις που επέφεραν αλλαγή στην πολιτική του Υπουργείου Υγείας και η έλλειψη οικονομικής ενίσχυσης δεν επέτρεψαν την ολοκλήρωση των προσπαθειών και το θέμα παραμένει στις προτεραιότητες τους Υπουργείου (Legido-Quigley, McKee, Nolte, Glinos, 2008).

Επίσημα συστήματα για τη διασφάλιση της ποιότητας στον τομέα της Υγείας δεν υπάρχουν στην Ελλάδα. Πρόσφατα το ΕΚΕΒΥΛ άρχισε να παίζει σημαντικό ρόλο στο κομμάτι διασφάλιση της ποιότητας. Επίσης έγιναν προσπάθειες στον τομέα των φαρμακευτικών προϊόντων προκειμένου να βελτιωθεί η σχέση μεταξύ κόστους και αποτελεσματικότητας καθώς η Ελλάδα έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά φαρμακευτικής κατανάλωσης στην Ευρώπη.

Μέχρι πρόσφατα οι εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα δεν αξιολογούνται από κάποιον "αναγνωρισμένο" φορέα και δεν τηρούνται κάποια οργανωτικά ή ποιοτικά πρότυπα (ExPeRT 1998). Εντούτοις, από το 1990 και μετά η ΔΕΠΙΑΝΟΜ (μια δημόσια επιχείρηση αρμόδια για την οικοδόμηση και την συντήρηση των δημόσιων νοσοκομείων, των κέντρων υγείας και άλλων εγκαταστάσεων) έχει υιοθετήσει διεθνή τεχνικά πρότυπα ποιότητας όσον αφορά τις εγκαταστάσεις στον τομέα εστίασεως, τους ανελκυστήρες, κ.λπ.

Οι βιοϊατρικές συσκευές πρέπει να ακολουθήσουν τις ευρωπαϊκές και διεθνείς οδηγίες, και για αυτόν το λόγο τα πρότυπα που παράγονται από το ΕΚΕΒΥΛ συμμορφώνονται στο πρότυπο ISO 9000.

Πολλά νοσοκομεία έχουν αρχίσει να αναπτύσσουν προγράμματα διασφάλισης της ποιότητάς τους. Η μεταρρύθμιση του 2002 στο τομέα της υγείας καθιέρωσε ένα τμήμα αρμόδιο για ζητήματα διασφάλισης ποιότητας σε κάθε υγειονομική περιφέρεια (Legido-Quigley, McKee, Nolte, Glinos, 2008)

Ακόμα και σήμερα δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι δείκτες ποιότητας, συστηματικές έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών σε επίπεδο προσφερόμενων υπηρεσιών και πανελλήνιες έρευνες που να διερευνούν τις απόψεις των Ελλήνων για Ε.Σ.Υ.

Το 2009 διεξήχθη έρευνα της Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.) όπου αξιολογούνταν τα ελληνικά νοσοκομεία σχετικά με την αποδοτική λειτουργία τους. Συνολικά αξιολογήθηκαν 130 ιδρύματα της χώρας.

Η εν λόγω έρευνα βασίσθηκε στα στοιχεία του 2009 που έχει καταγράψει το Υπουργείο με βάση τις εκθέσεις των Διοικητών των 7 Υγειονομικών Περιφερειών της χώρας. Οι τρεις δείκτες της αξιολόγησης αφορούσαν:

Α. Την καθαρά Τεχνική Αποδοτικότητα, που δείχνει, αν η μονάδα παράγει με την ελάχιστη δυνατή ποσότητα πόρων και αντανακλά διοικητική ικανότητα.

Β. Την Αποδοτικότητα Κλίμακας, που δείχνει αν η μονάδα είναι στο σωστό μέγεθος και αντανακλά επάρκεια, στενότητα ή υπερεπάρκεια πόρων

Γ. Την Τεχνική Αποδοτικότητα. Ορίζεται ως ο συνδυασμός των δύο παραπάνω δεικτών και δείχνει αν η μονάδα παράγει με την ελάχιστη δυνατή ποσότητα πόρων και στο σωστό μέγεθος και αντανακλά ταυτόχρονα διοικητική ικανότητα και επάρκεια μεγέθους.

Τριτοβάθμια				
ΥΡΕ*	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΤΕ	ΡΤΕ	ΣΕ
1	ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	56	57	98
1	Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ	100	100	100
1	Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΝ. & ΑΓΛ. ΚΥΡΙΑΚΟΥ	100	100	100
1	ΓΝΑ ΛΑΪΚΟ	94	96	98
1	ΓΝΑ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	67	77	86
1	ΓΝΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ	69	88	79
1	Γ.Ν. ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ	76	83	92
1	Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ	47	62	76
1	ΓΝΑ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ	100	100	100
1	Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ	84	95	88
1	ΓΝΑ ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ ΕΕΣ	82	88	94
1	ΓΕΝ. ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣ. ΑΓ. ΣΑΒΒΑΣ	86	100	86
1	Γ.Ν. ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ	92	100	92
2	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ. Ν. ΑΤΤΙΚΩΝ	100	100	100
2	Γ.Ν. ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΗΜΩΝ	70	72	97
2	Γ.Ν. ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ	76	85	79
2	ΓΕΝ. ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣ. ΜΕΤΑΞΑ	39	99	40
3	Γ.Ν. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ	68	70	96
3	Γ.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ	100	100	100
4	Γ.Ν. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	73	79	93
4	ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣ. ΘΕΛΓΕΝΕΙΟ	94	100	94
4	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ	96	100	96
4	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ. Ν. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ	80	82	98
5	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ. Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ	100	100	100
6	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ. Ν. ΠΑΤΡΩΝ	70	73	97
6	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ. Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	100	100	100
7	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ. Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	84	84	100
7	Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ	97	98	99
7	Γ.Ν. ΧΑΝΙΩΝ ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ	100	100	100

* ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ◯ Κακή αποδοτικότητα ◯ Μέτρια αποδοτικότητα ◯ Καλή αποδοτικότητα

ΠΙΝΑΚΑΣ 1, Αξιολόγηση Αποδοτικότητας Ελληνικών Νοσοκομείων

(Πηγή: Χρέος Ζωής, τεύχος, 22, 2011)

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας είναι να διερευνηθεί η γνώση και εφαρμογή (ή μη) πρωτοκόλλων, κανονισμών και κριτηρίων-δεικτών ποιότητας στο χώρο της Υγείας και συγκεκριμένα στο χειρουργείο. Ανατρέχοντας στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία παρατίθενται στοιχεία που αφορούν την ποιότητα γενικά και στον

τομέα της Υγείας ειδικά, τα συστήματα και τους δείκτες διασφάλισης ποιότητας και τα μοντέλα ποιότητας που χρησιμοποιούνται (κεφάλαιο 1^ο).

Στη συνέχεια παρουσιάζεται ο τρόπος οργάνωσης ενός χειρουργείου και οι κανονισμοί και τα συστήματα ποιότητας που εφαρμόζονται με στόχο στην ποιοτική παροχή φροντίδας στα χειρουργεία (κεφάλαιο 2^ο).

Στο 3^ο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας εξετάζονται τα συστήματα ποιότητας που εφαρμόζονται στο Χειρουργείο Ιδιωτικού Θεραπευτηρίου των Πατρών.

Στόχος είναι η αναγνώριση των συστημάτων και μοντέλων ποιότητας που εφαρμόζονται καθώς και η επισήμανση των αδυναμιών στον τομέα αυτό και προτάσεις για βελτίωσή τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Συστήματα Διασφάλισης Ποιότητας

1.1 Η σημασία της ποιότητας

Η ποιότητα έχει αναδειχθεί τα τελευταία χρόνια ως καθοριστικός παράγοντας επιτυχίας ή αποτυχίας των προϊόντων και υπηρεσιών. Κατ' επέκταση, τα οικονομικά αποτελέσματα, η ανάπτυξη και η ανταγωνιστικότητα όλων των οργανισμών ανεξαρτήτως μεγέθους και τομέα δραστηριότητας, καθορίζονται σήμερα σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα των παραγόμενων προϊόντων και των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Έτσι η ποιότητα έχει αποκτήσει πλέον στρατηγική σημασία, είναι βασικό εργαλείο ανταγωνισμού και μπορεί να εξελιχθεί, κατά περίπτωση, σε μείζον συγκριτικό πλεονέκτημα ή αντίθετα σε πηγή σοβαρών προβλημάτων που μπορεί να απειλήσουν και αυτήν ακόμη τη βιωσιμότητα ενός οργανισμού (Λουρής, 2008).

Επιστημονική προσέγγιση της ποιότητας επιχειρείται με την εφαρμογή των αρχών της *Διοίκησης Ολικής Ποιότητας* (ΔΟΠ), η οποία ως έννοια διατυπώθηκε από τον Deming τη δεκαετία του '50. Υιοθετήθηκε από τις ιαπωνικές επιχειρήσεις και αυτήν τη στιγμή είναι από τις βασικότερες διοικητικές τεχνικές στην Ιαπωνία και σε ολόκληρο τον κόσμο, υπεύθυνη για το μετασχηματισμό της ποιότητας των ιαπωνικών προϊόντων και της φήμης τους (Δερβιτσιώτης, 1993).

1.2 Ορισμός της ποιότητας και ολικής ποιότητας

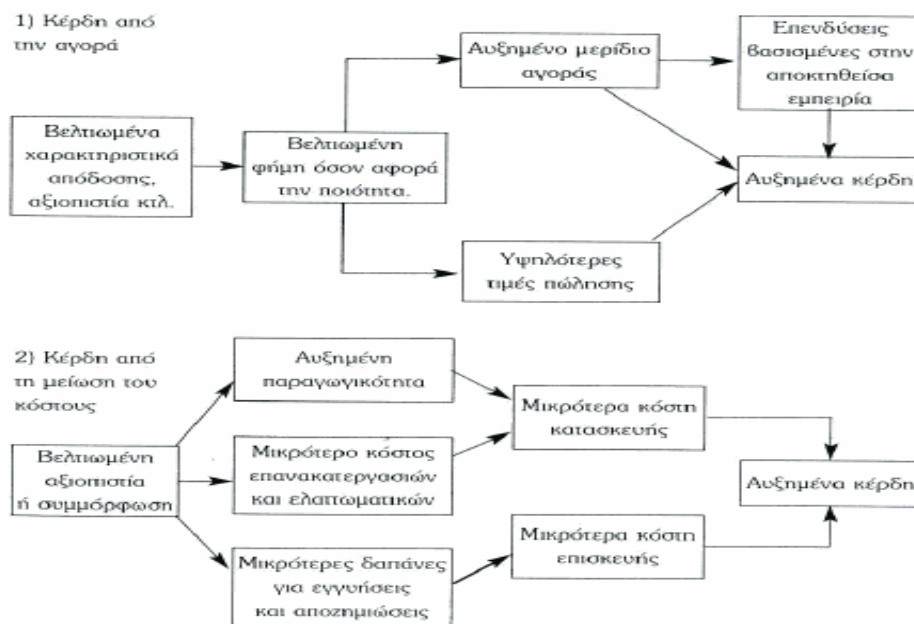
Σύμφωνα με τον Carvin (1988), όταν με τον ορισμό ποιότητα φέρνουμε στο μυαλό μας υψηλού επιπέδου προσδοκίες σχετικά με την λειτουργικότητα μίας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος όπου οι δυνατότητες αυτών έχουν τη δυνατότητα να ικανοποιούν τις δεδομένες ανάγκες .

Το 1979 ο Philip B. Crosby έδωσε την δική του ερμηνεία για την ποιότητα, η οποία περιλαμβάνει τις παρακάτω αρχές:

- η ποιότητα έχει να κάνει με την προσαρμογή στις απαιτήσεις
- τα προβλήματα θα πρέπει να προσδιορίζονται από αυτούς που τα προκαλούν και επομένως η ποιότητα είναι ανέξοδη
- αυτό που προκαλεί το έξοδο είναι όταν δεν γίνεται μία εργασία σωστά από την αρχή και
- ο τελικός στόχος της ποιότητας είναι μηδέν ελαττωματικά

Πρώτος, προσδιόρισε την έννοια της ποιότητας ο Walter Shewhart ¹(1931) λέγοντας ότι «ποιότητα είναι το πόσο καλό είναι ένα προϊόν». Με αυτή την έννοια, «η ποιότητα είναι απόλυτα και παγκόσμια αναγνωρίσιμη, πρόκειται για ένα σημείο το οποίο αποτελείται από μη διαπραγματεύσιμα όρια και υψηλή απόδοση. Έτσι, ενώ, δεν μπορεί να οριστεί ακριβώς, παρόλα αυτά, γίνεται αντιληπτή όπου υπάρχει»

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ



ΣΧΗΜΑ 1.1. Κέρδη από την αγορά – Κέρδη από τη μείωση κόστους

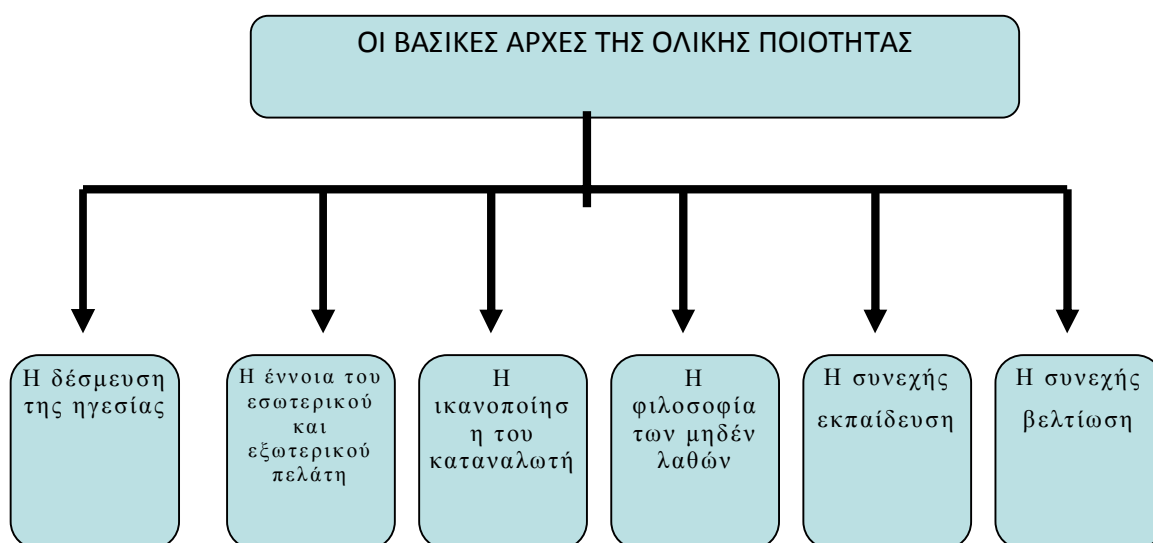
¹ Walter Andrew Shewhart (18 Μαρτίου 1891 – 11 Μαρτίου 1967) ήταν Αμερικανός φυσικός, μηχανικός και στατιστικολόγος, γνωστός ως ο πατέρας στατιστικού ελέγχου ποιότητας.

Η έννοια της Ολικής Ποιότητας είναι συνυφασμένη με τη συμμετοχή όλου του ανθρώπινου δυναμικού της οργάνωσης σε μια αλυσίδα διαδικασιών και ατόμων (πελάτες και προμηθευτές), με βασικό στόχο τη διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου ποιότητας των παραγόμενων αγαθών ή προσφερόμενων υπηρεσιών. Η Ολική Ποιότητα είναι ένα ολοκληρωμένο σύστημα διοίκησης στο οποίο εμπλέκονται τα στελέχη και οι εργαζόμενοι. Χρησιμοποιεί μετρήσιμες μεθόδους για τη διαρκή βελτίωση των διαδικασιών ενός οργανισμού ώστε να επιτευχθεί η μέγιστη ικανοποίηση τόσο των εσωτερικών όσο και των εξωτερικών πελατών.

Για να υπάρξει ολική ποιότητα είναι απαραίτητη η αποδοχή συγκεκριμένων αρχών. Ανεξάρτητα από το αντικείμενο του οργανισμού ή τα ειδικά προβλήματα του, η αποδοχή από τη διοίκηση και τους εργαζομένους των λεγόμενων *βασικών αρχών της ολικής ποιότητας* καθοδηγεί και επηρεάζει τις μετέπειτα αποφάσεις ή προτεραιότητες. Χωρίς αυτές, ή τουλάχιστον κάποιο ικανοποιητικό επίπεδο τήρησής τους, είναι καλύτερα να μην ξεκινήσει καθόλου η προσπάθεια (Βανεξεβάδου, Ρεκλείτης, 2000).

Οι βασικές αρχές της ολικής ποιότητας είναι:

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



ΣΧΗΜΑ 1.2, Βασικές αρχές της Ολικής ποιότητας

1. Η δέσμευση της ηγεσίας : *Η δέσμευση και η συμμετοχή των στελεχών* εξαρτάται από τη Γενική Διεύθυνση που δημιουργεί και συντηρεί τα οράματα, θέτει τους στόχους, παρακινεί και επιβραβεύει. Το στέλεχος πρέπει να επιδείξει υπομονή και επιμονή παίζοντας το ρόλο του καταλύτη. Πρέπει να διαθέτει μέρος του χρόνου του σε δραστηριότητες που αναφέρονται στην επίλυση των προβλημάτων ποιότητας. Να διαμορφώνει τις οργανωτικές αξίες των συνεργατών μιλώντας για την ποιότητα και χρησιμοποιώντας την ορολογία της. Έτσι δημιουργεί ένα κοινό λεξιλόγιο, που εγγυάται ότι η ποιότητα είναι μόνιμο και σημαντικό θέμα στην ατζέντα των συσκέψεων και επηρεάζει τις λαμβανόμενες αποφάσεις (Ιωάννου, 2005).

2. Η έννοια του εσωτερικού και εξωτερικού πελάτη: *Πελάτης* δεν είναι μόνο ο αποδέκτης και χρήστης του τελικού αγαθού ή υπηρεσίας (εξωτερικός πελάτης). Είναι ο οποιοσδήποτε, στον οποίο ένα άτομο παρέχει πληροφορίες, υπηρεσίες ή τα μέσα για να συνεχίσει τη δική του εργασία μέσα στο εσωτερικό περιβάλλον της επιχειρηματικής μονάδας (εσωτερικός πελάτης). Επιχειρήσεις που αγνόησαν τους εσωτερικούς πελάτες (τους ίδιους τους εργαζομένους σε αυτές) κινδύνευσαν με διακοπή της λειτουργίας τους και εξαφάνιση από το χάρτη της αγοράς.

3. Η ικανοποίηση του καταναλωτή: Θεμελιώδης αρχή της Ολικής Ποιότητας είναι η *ικανοποίηση του πελάτη*. Αποτελεί την κινητήρια δύναμη για να πραγματοποιηθεί η μεγάλη αλλαγή στον οργανισμό, στα συστήματα, στις διαδικασίες, στον εξοπλισμό, στα μέσα, στα προϊόντα.

4. Η φιλοσοφία των μηδέν λαθών: *Η φιλοσοφία των μηδέν λαθών* προϋποθέτει ότι το ανθρώπινο δυναμικό του οργανισμού είναι άριστα εκπαιδευμένο ώστε να εντοπίζει τα διαφαινόμενα προβλήματα και να προβαίνει στην άμεση επίλυσή τους.

5. Η συνεχής εκπαίδευση: Η *εκπαίδευση* είναι το βασικότερο όπλο για την αλλαγή νοοτροπίας στην επιχείρηση ή στον οργανισμό. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα μπορούν να λάβουν χώρα κατά τη διάρκεια του χρόνου εργασίας (on the job training methods) ή εκτός του χρόνου εργασίας (off the job training methods).

6. Η συνεχής βελτίωση: Το μάνατζμεντ έχει εστιάσει την προσοχή του σε *καινοτομικά επιτεύγματα* (νέες εφευρέσεις, τεχνολογία, αυτοματισμό). Η ΔΟΠ εστιάζει στην ανεύρεση κερδοφόρων βελτιώσεων εφαρμόζοντας τον κύκλο P - D - C - A

(Plan - Do - Check - Act/Σχεδιάσε - Εφάρμοσε - Έλεγξε - Ενήργησε) σε κάθε διαδικασία που χρησιμοποιείται για την παραγωγή αγαθών και την παροχή υπηρεσιών.

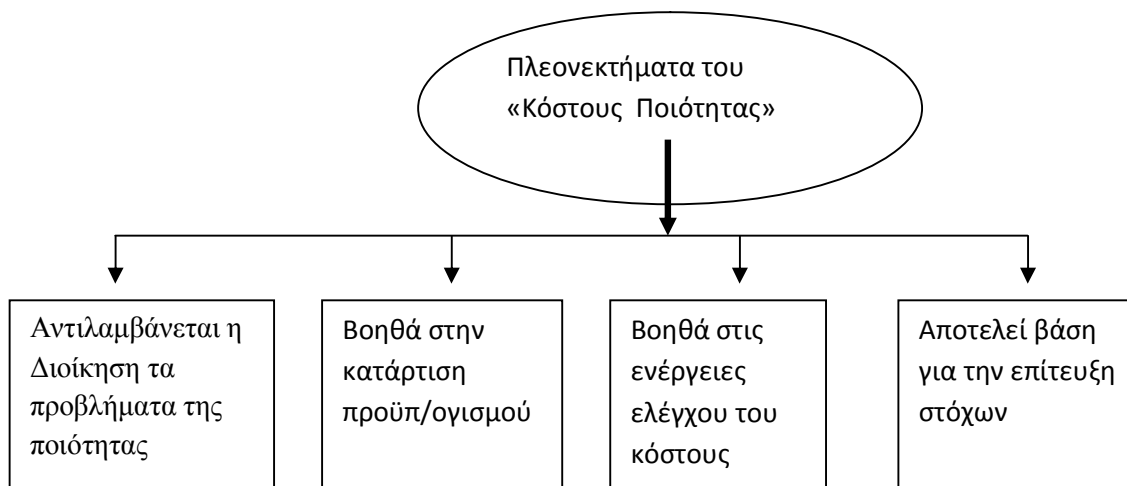
Εφαρμόζοντας αυτές τις αρχές επιτυγχάνονται πολλοί από τους στόχους της διοίκησης - διαχείρισης ολικής ποιότητας (total quality management) όπως ποσοτικοποιούνται και απεικονίζονται μέσα από τα κριτήρια των αριστείων για την ποιότητα. Οι στόχοι αυτοί είναι:

- Η ικανοποίηση των πελατών, αφού απολαμβάνουν προϊόν που ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις τους, είναι αξιόπιστο, διαθέσιμο όταν το χρειάζονται και εύκολα συντηρήσιμο.
- Η ικανοποίηση των εργαζομένων, αφού εργάζονται κάτω από καλύτερες συνθήκες εργασίας, υγείας και ασφάλειας, απολαμβάνουν σταθερότητα απασχόλησης και αναγνωρίζεται η συνδρομή τους στις δραστηριότητες του φορέα στον οποίο απασχολούνται.
- Η ικανοποίηση των προμηθευτών, καθώς υπάρχει σταθερή σχέση με τους προμηθευόμενους, ευνοϊκές συνθήκες για ανάπτυξη και αμοιβαία κατανόηση.
- Η ικανοποίηση των μετόχων και επενδυτών, λόγω της αυξημένης απόδοσης της επένδυσής τους, της αύξησης του μεριδίου της αγοράς και των βελτιωμένων λειτουργικών αποτελεσμάτων.
- Η ικανοποίηση του κοινωνικού συνόλου, αφού πληρούνται όλες οι κανονιστικές και νομικές απαιτήσεις, μειώνονται οι πιθανές περιβαλλοντικές επιπτώσεις και βελτιώνονται οι συνθήκες υγείας και ασφάλειας στους γύρω από την επιχείρηση χώρους (Μπουραντάς, 1998).

1.3 Το κόστος της ποιότητας και της μη ποιότητας

Η έννοια του κόστους της ποιότητας εμφανίστηκε την δεκαετία 1950. Παραδοσιακά αναφερόταν στο κόστος των επιθεωρήσεων και των δοκιμών. Σήμερα στο κόστος της ποιότητας αποδίδεται σε ποσοστά 20-40% επί των πωλήσεων και σε βοηθητικές υπηρεσίες όπως προμήθειες -αγορές και στο τμήμα εξυπηρέτησης καταναλωτών.

Το κόστος βοηθάει τη διοίκηση να αντιληφθεί τη κρισιμότητα των προβλημάτων ποιότητας οπότε και να σχεδιάσει ενέργειες για τον περιορισμό του. Μπορεί να βοηθήσει στην κατάρτιση προϋπολογισμού και στις ενέργειες ελέγχου του κόστους. Επίσης μπορεί να αποτελέσει τη βάση για τον υπολογισμό της επίτευξης των αντικειμενικών στόχων ποιότητας από τον οργανισμό.



ΣΧΗΜΑ 1.3, Πλεονεκτήματα του κόστους ποιότητας

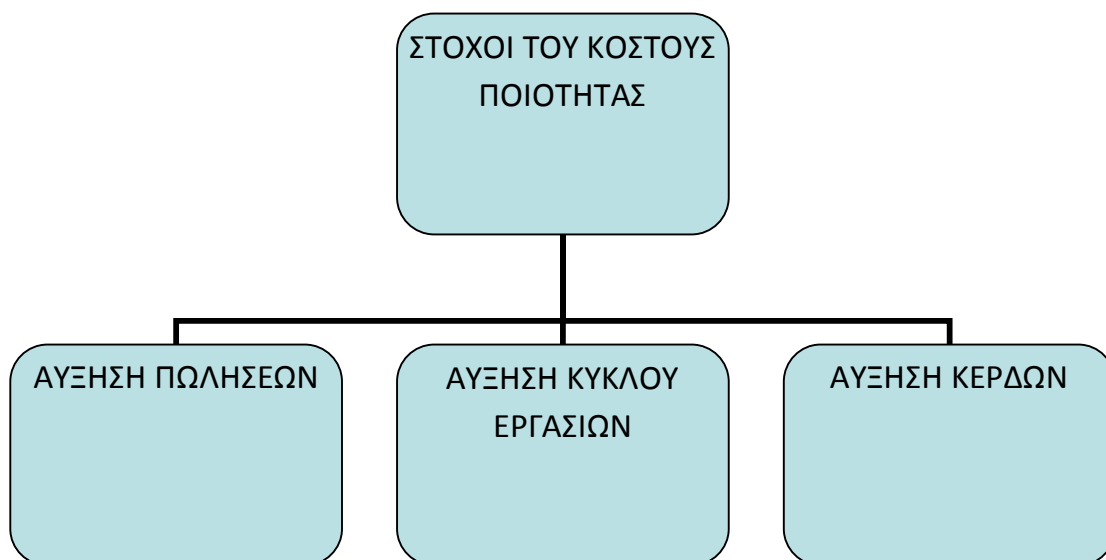
Για τη διενέργεια ενεργειών πάνω στο κόστος ποιότητας πρέπει να προσδιοριστούν οι ενέργειες που δημιουργούν κόστη και να μετρηθούν.

Είναι γεγονός ότι οι περισσότεροι επιχειρηματίες, στελέχη, εργαζόμενοι ακόμη και καταναλωτές, εκτιμούν ότι η Ποιότητα κοστίζει ενώ λίγοι είναι αυτοί που πιστεύουν το αντίθετο. Η αναγκαιότητα υπολογισμού του Κόστους της ποιότητας αποτελεί απαραίτητο στοιχείο γνώσης όλων όσων ασχολούνται με την επιχειρηματική δραστηριότητα, την συνεχή βελτίωση της ποιότητας, την λογιστική, την κοστολόγηση, την οργάνωση παραγωγής κλπ.

Όλοι ενδιαφερόμαστε για το κόστος της ποιότητας γιατί είναι ένα ενδιαφέρον θέμα που επηρεάζει κάθε επιχειρηματική δραστηριότητα.

Η βελτίωση της ποιότητας μπορεί να δημιουργήσει πολλαπλά οφέλη που οδηγούν στην βελτίωση της ανταγωνιστικής θέσης κάθε επιχείρησης και στην αύξηση της κερδοφορίας της (Στειακάκης, Κάντζος, 2002).

Η υψηλή ποιότητα έχει ως αποτέλεσμα την προσέλκυση περισσότερων πελατών και κατά συνέπεια την αύξηση των πωλήσεων και του κύκλου εργασιών της επιχείρησης, με δυνατότητα άμεσης αύξησης των κερδών της.



ΣΧΗΜΑ 1.4, Στόχοι του κόστους ποιότητας

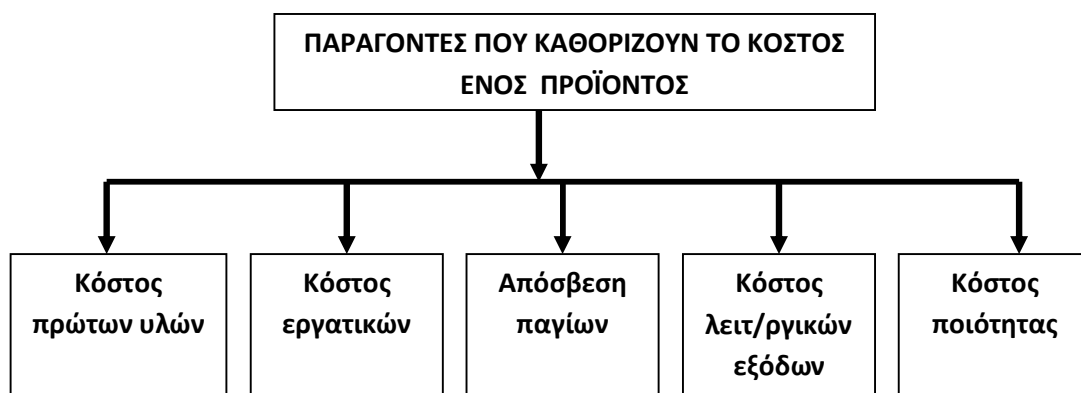
Για την επίτευξη υψηλής ποιότητας επιχειρήσεις θα πρέπει να διαθέτουν εκτός από υποδομές και κατάλληλη οργάνωση. Αποτέλεσμα της καλής οργάνωσης είναι το ότι τα πάντα μπορούν να γίνουν σωστά με την πρώτη φορά. Το στοιχείο αυτό συμβάλλει άμεσα στην καλύτερη αξιοποίηση των πόρων (εξοπλισμός, υλικά, προσωπικό, ενέργεια κλπ) και κατά συνέπεια στην μείωση του κόστους και στην αύξηση των κερδών.

Η βελτίωση της ποιότητας συνδέεται άμεσα με επενδύσεις σε διάφορους τομείς όπως εκπαίδευση ανθρώπινου δυναμικού, βελτίωση της οργάνωσης, προμήθεια καταλληλότερου εξοπλισμού ή αποτελεσματικότερη συντήρηση του υπάρχοντος, προμήθεια πιο αξιόπιστων πρώτων υλών, εφαρμογή αξιόπιστου συστήματος ελέγχων ποιότητας, ανάπτυξη αξιόπιστου συστήματος Διασφάλισης Ποιότητας κλπ. Έτσι η επίτευξη της Ποιότητας σε κάθε οργανισμό στα αρχικά στάδια κοστίζει, γιατί θα πρέπει να γίνουν μικρές ή μεγάλες επενδύσεις, θεωρείται όμως ως η πιο ανταποδοτική επένδυση, λόγω των μακροπρόθεσμων οφελών που αποφέρει (Μπουραντάς, 2002).



ΣΧΗΜΑ 1.5 Βελτίωση της ποιότητας

Το κόστος κάθε προϊόντος καθορίζεται από πολλούς παράγοντες, όπως είναι το κόστος πρώτων υλών, το κόστος εργατικών, η απόσβεση παγίων, το κόστος λειτουργικών εξόδων, καθώς και το Κόστος της Ποιότητας. Το Κόστος της Ποιότητας αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κόστους, ο οποίος είναι πολύ λίγο γνωστός γιατί δεν υπολογίζεται ξεχωριστά εφ' όσον αποτελεί μέρος του συνολικού κόστους κάθε επιμέρους δραστηριότητας. Εάν αυτό δεν υπολογισθεί ξεχωριστά είναι αδύνατον να έχουμε σαφή εικόνα του.



ΣΧΗΜΑ 1.6, Παράγοντες που καθορίζουν το κόστος ενός προϊόντος

Η μέτρηση του Κόστους της Ποιότητας και η ανάλυση των αποτελεσμάτων είναι μία δραστηριότητα η οποία μπορεί να :

→ Εντοπίσει τα θετικά επιτεύγματα και να προσφέρει την δυνατότητα επιβράβευσης αυτών που συνέβαλαν αποτελεσματικά,

→ Εντοπίσει τα αδύνατα σημεία κάθε δραστηριότητας, προσφέροντας τη δυνατότητα προσδιορισμού των διορθωτικών μέτρων και ελέγχου της αποδοτικότητας

→ Αποκαλύψει το κόστος της ποιότητας το οποίο μπορεί να αποτελέσει το ουσιαστικότερο κίνητρο για την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου προγράμματος συνεχούς βελτίωσης.

Από μετρήσεις που έχουν γίνει έχει διαπιστωθεί ότι το Κόστος της Ποιότητας φθάνει στο 5-25% του κύκλου εργασιών των οργανισμών (Πετρίδου, 2006).

1.4 Διοίκηση ολικής ποιότητας

Η Δ.Ο.Π. (Διοίκηση Ολικής Ποιότητας) σαν νέος τρόπος οργάνωσης των οργανισμών, ξεκίνησε να εφαρμόζεται στην πράξη από το 1949, από την Ένωση Ιαπώνων Επιστημόνων οι οποίοι είχαν άμεσο στόχο τη βελτίωση της παραγωγικότητας. Το εν λόγω εγχείρημα επιχειρήθηκε και στις ΗΠΑ, με χρονική υστέρηση 30 περίπου χρόνων και συγκεκριμένα στη δεκαετία του 1980. Λίγο αργότερα άρχισε να εφαρμόζεται και στην Ευρώπη.

Η διοίκηση ποιότητας καλείται ολική γιατί:

α) προτείνει την εμπλοκή όλων των συντελεστών της επιχείρησης και ιδιαίτερα των εργαζομένων στην παραγωγική διαδικασία και «ποιότητα»,

β) γιατί θέτει στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος της επιχείρησης, όχι το κέρδος με τη στενή έννοια του όρου, αλλά την ποιότητα των παραγόμενων προϊόντων και των παρεχόμενων υπηρεσιών, σεβόμενη ως εκ τούτου τον πελάτη (Stephen & Weimerskirch, 1994).

Η Δ.Ο.Π. μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα σύγχρονο «μοντέλο διοίκησης», που η επιτυχία του εξαρτάται από την αποτελεσματικότερη επίτευξη του άριστου συνδυασμού όλων των συντελεστών της παραγωγής που συμμετέχουν σε μια επιχείρηση. Ως μια

σύγχρονη και διαφορετική σε σχέση με τις παραδοσιακές αντιλήψεις φιλοσοφία, εισάγει καινοτομίες οι οποίες αναφέρονται τόσο στο ρόλο της διοίκησης, όσο και στον συντονισμό και την ολοκλήρωση των λειτουργιών του οργανισμού.

Επομένως, η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι μια λειτουργική φιλοσοφία η οποία δίνει έμφαση στην ικανοποίηση των πελατών και στη συνεχή βελτίωση. Βασίζεται στη συνεργασία των ατόμων. Η προσπάθεια είναι ομαδική. Η επιτυχία ενός συστήματος ΔΟΠ εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι η αλληλεπίδραση μεταξύ του εσωτερικού και του εξωτερικού περιβάλλοντος της επιχείρησης, η συνεργασία και ο συντονισμός των υποσυστημάτων της επιχειρηματικής μονάδας. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αφορά σύνολο ενεργειών που έχουν ως στόχο την κατάλληλη χρήση των πόρων του οργανισμού (υλικών, οικονομικών και ανθρώπινων) έτσι ώστε να ικανοποιηθούν όλα τα εμπλεκόμενα μέρη (Γιαννοπούλου, 2004).

Αντίθετα από ορισμένες αντιλήψεις η ΔΟΠ δεν είναι μέθοδος για την επίτευξη της βέλτιστης λειτουργικής διαδικασίας μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού, ούτε μέθοδος για τον ακριβή προγραμματισμό των εργασιών. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι μια μέθοδος που υποστηρίζει τις συνεχείς αλλαγές και την προσαρμογή σε ένα νέο, συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Η φιλοσοφία της στηρίζεται στα κατωτέρω:

- Η ποιότητα δεν είναι τεχνική λειτουργία και δεν αφορά ένα τμήμα της επιχείρησης. Είναι μια συστηματική διαδικασία που επεκτείνεται σε ολόκληρη την επιχείρηση (ολιστική θεώρηση).
- Η ποιότητα είναι 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. Πρέπει να βασίζεται στις επιθυμίες και στις ανάγκες του αγοραστή και όχι σε εσωτερικές προοπτικές, όπως η απόδοση και η κερδοφορία.
- 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 μια ομάδα ειδικών.

Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της ΔΟΠ είναι η δέσμευση, η γνώση και η συμμετοχή. Δέσμευση των διοικητικών στελεχών για συνεχή υποστήριξη οποιασδήποτε προσπάθειας οδηγεί στην εξασφάλιση της ποιότητας.

Γνώση, με την έννοια της συνεχούς επιμόρφωσης και εκπαίδευσης των εμπλεκομένων στη διαδικασία της ποιοτικής ανεύρεσης, ώστε να αποφεύγονται λάθη, παραλείψεις και παρατυπίες.

Συμμετοχή όλων των εργαζομένων στην ανεύρεση των προβλημάτων, στην ανάλυσή τους, στις προτάσεις επίλυσης, στη στοχοθεσία και όπου είναι εφικτό στη λήψη των αποφάσεων.

Τα σύγχρονα διοικητικά στελέχη οφείλουν να καταστήσουν τους εργαζομένους κοινωνούς των απόψεων και των ιδεών τους γιατί μόνο μέσα από τη συνεργασία και τη συμμετοχικότητα επιτυγχάνονται οι στόχοι της επιχείρησης οι οποίοι αντανακλούν και στην επίτευξη των ατομικών στόχων (James, 1998).

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας χαρακτηρίζεται από πρακτικές και τεχνικές που βασίζονται στις ακόλουθες βασικές αρχές (Λογοθέτης, 1993):

α. Ανάδειξη του συστημικού χαρακτήρα της επιχείρησης

Η επιχείρηση αντιμετωπίζεται ως ένα σύστημα εισροών και εκροών. Στην προκειμένη περίπτωση οι εισροές αποτελούνται από τους παραγωγικούς συντελεστές που διαθέτει η επιχείρηση τους οποίους διοχετεύει στην παραγωγική διαδικασία, υφίστανται μια επεξεργασία και εξέρχονται ως έτοιμα προϊόντα (εκροές) (Κατσώνη, Λαλούμης, 2010).

β. Εστίαση στον πελάτη

Ο στόχος της ικανοποίησης του πελάτη αποτελεί τη βάση της Δ.Ο.Π. και εκφράζεται με την προσπάθεια της επιχείρησης να σχεδιάσει και να προσφέρει προϊόντα και υπηρεσίες, που ανταποκρίνονται στις ανάγκες των καταναλωτών. Η λογική αυτής της αρχής είναι η πίστη ότι η ικανοποίηση του πελάτη είναι η πιο σημαντική προϋπόθεση για τη μακροχρόνια επιτυχία της επιχείρησης. Οι πρακτικές που τη συνοδεύουν περιλαμβάνουν:

i. την προώθηση άμεσης επαφής με τον πελάτη,

ii. τη συλλογή πληροφοριών για τις προτιμήσεις και τις προσδοκίες των καταναλωτών και τα

iii. η διάχυση αυτής της πληροφόρησης σε όλη την επιχείρηση (Lock, 1997).

γ. Συνεχής βελτίωση των διοικητικών διεργασιών

Σύμφωνα με τη Δ.Ο.Π. η επιχείρηση δεσμεύεται για συνεχή έλεγχο και επανεξέταση των τεχνικών και διοικητικών διεργασιών, με στόχο την αναζήτηση τρόπων αποτελεσματικότερης λειτουργίας. Αυτή η αρχή στηρίζεται στη θεώρηση ότι η επιχείρηση είναι ένα σύστημα αλληλοσυνδεόμενων διεργασιών. Η διαρκής βελτίωσή τους παρέχει στις επιχειρήσεις τη δυνατότητα να ικανοποιούν τις προσδοκίες των πελατών τους, οι οποίες συνεχώς διευρύνονται. Οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες συνεχώς αλλάζουν, νέες τεχνολογίες, νέες απαιτήσεις των πελατών, νέες απαιτήσεις των εργαζομένων κ.τ.λ., συνεπώς η επιχείρηση υποχρεούται να προσαρμόζεται στις νέες κάθε φορά συνθήκες (Μπουραντάς, 2002).

δ.Εμπλοκή όλου του προσωπικού της επιχείρησης στην παραγωγική διαδικασία

Η εμπλοκή ολόκληρου του προσωπικού (ακόμα και της τελευταίας καθαρίστριας) στην παραγωγική διαδικασία αποτελεί την αιχμή του δόρατος της Δ.Ο.Π.. Γι' αυτό προτείνονται συνεργασίες μεταξύ:

- διευθυντών, προϊσταμένων τμημάτων και εργαζομένων,
- τμημάτων της επιχείρησης,
- επιχείρησης, προμηθευτών και πελατών.

Η συνεργασία μεταξύ στελεχών βασίζεται στην υπόθεση ότι οι εργαζόμενοι μπορούν να συνεισφέρουν σημαντικά στην επιχείρηση, στην περίπτωση που τους παρέχεται αυτή η δυνατότητα. Η συνεργασία μεταξύ των τμημάτων βασίζεται στην αντίληψη ότι οι επιχειρήσεις ως συστήματα δεν μπορούν να είναι αποδοτικές, όταν τα τμήματα που την αποτελούν δίνουν προτεραιότητα στην επίτευξη των άμεσων αποτελεσμάτων τους σε βάρος του συνόλου (Ζαβλανός, 2000).

ε. Συνεχής βελτίωση των διοικητικών διαδικασιών

Ο ηγεσίες θα πρέπει να ανταποκρίνονται στις σύγχρονες απόψεις κατ' αντιστοιχία με αυτές που ισχύουν στις επιχειρήσεις. Στην προσπάθεια αναβάθμισης της ποιότητας του ανθρώπινου δυναμικού, οι ηγεσίες θα πρέπει να θέτουν στόχους έχοντας πλήρη συνείδηση της κατεύθυνσης που ακολουθούν, να καθορίζουν την οργανωτική δομή σύμφωνα με τις απαιτήσεις των στόχων και όχι σύμφωνα με τη διοικητική δύναμη, την εξουσία ή την ανάγκη της συμμόρφωσης, να επιλύουν τα προβλήματα και να λαμβάνουν τις αποφάσεις σε πνεύμα συνεργασίας, στηριζόμενοι κυρίως στην αναγκαία

και ορθή προσέγγιση της πληροφόρησης και του κοινού συμφέροντος (Ζαβλανός, 1993).

Θα πρέπει αυτοί που κατέχουν τις διευθυντικές θέσεις, εκτός των διοικητικών ικανοτήτων που οπωσδήποτε πρέπει να έχουν, να έχουν επίσης και αρκετές γνώσεις οργάνωσης και διοίκησης οργανισμών. Οι διευθυντές θα πρέπει να αντιμετωπίζουν και να διαχειρίζονται το ανθρώπινο δυναμικό με σεβασμό και αναγνώριση της ταυτότητάς του, του κύρους και της εργασιακής προσφοράς του, συμβάλλοντας έτσι στην όσο το δυνατόν καλύτερη οργάνωση και διευκόλυνση του έργου του και στην αντικειμενικότερη αξιολόγηση του.

στ. Αμοιβές, αναγνώριση και μέτρηση της αποτελεσματικότητας

Η συμμετοχή των εργαζομένων στα κέρδη στις επιχειρήσεις αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα κίνητρα που προτείνει η Δ.Ο.Π (Ζαβλανός, 1998).

1.5 Εργαλεία Ποιότητας

Η ανάπτυξη ενός συνόλου κατάλληλων τεχνικών και εργαλείων, είναι απαραίτητη για τη σωστή εξέταση και διαχείριση του συστήματος ποιότητας. Η επιτυχής ρήση των εργαλείων αυτών, τα οποία εντάσσονται στην επιχειρησιακή και παραγωγική διαδικασία συντονίζει και δίνει ώθηση στη βελτίωση της ποιότητας.

Παρόλο που ορισμένα από τα εργαλεία αυτά είναι απλούστατα στη λειτουργία τους, προσφέρουν πολύτιμα δεδομένα για την πραγματοποίηση αποφάσεων σχετικά με την ποιότητα (Τσιότρας, 1995).

Έτσι το οπλοστάσιο για τον έλεγχο ποιότητας αποτελείται από επτά παλαιά και επτά νέα εργαλεία.

Τα επτά παλαιά εργαλεία είναι τα εξής:

1. διαγράμματα ροής
2. φύλλα έλεγχου
3. ιστογράμματα
4. διαγράμματα αιτίας - αποτελέσματος
5. διαγράμματα pareto
6. διαγράμματα διασποράς
7. διαγράμματα ελέγχου (James , 1998)

Διαγράμματα ροής

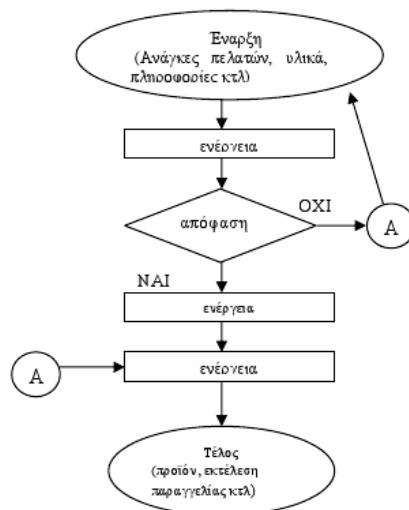
Τα διαγράμματα ροής χρησιμοποιούνται για την απεικόνιση μιας συγκεκριμένης παραγωγικής διαδικασίας. Η κατάρτιση διαγραμμάτων ροής είναι πολύ χρονοβόρα αλλά αποτελούν πολύ χρήσιμα εργαλεία για την παραστατική απεικόνιση κάθε είδους παραγωγικής λειτουργίας και φυσικά βοηθούν στο εντοπισμό των προβληματικών.

Ένα διάγραμμα ροής μπορεί να περιλαμβάνει μόνο τις πολύ σημαντικές ενέργειες που γίνονται για τη διεκπεραίωση της δραστηριότητας ή μπορεί να περιλαμβάνει πολλές λεπτομέρειες ανάλογα. Όσο πιο πολλές λεπτομέρειες περιλαμβάνει ένα διάγραμμα, τόσο πιο εύκολος γίνεται ο εντοπισμός τυχόν προβληματικών περιοχών και αχρείαστων ενεργειών. Για τη δημιουργία ενός διαγράμματος ροής είναι απαραίτητες οι πιο κάτω ενέργειες:

- Καθορισμός των ορίων της δραστηριότητας
- Καθορισμός των εργασιών, σημαντικών αποφάσεων και πληροφοριών που χρειάζονται για τη διεκπεραίωση της δραστηριότητας
- Καταγραφή των πιο πάνω εργασιών σύμφωνα με τη σειρά που γίνονται

Σ' αυτό το στάδιο είναι σημαντικό να παρουσιάσουμε ακριβώς αυτό που γίνεται στην πραγματικότητα, χωρίς να παραλείπουμε, να προσθέτουμε ή να διαφοροποιούμε οποιαδήποτε βήματα που γίνονται στην πραγματικότητα (Ζαβλανός, 2002).

Το διάγραμμα ροής αποτελείται από συγκεκριμένα σχήματα, το καθένα από τα οποία έχει διαφορετική σημασία. Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζεται ένα απλό διάγραμμα ροής ενώ μέσα στο κάθε σχήμα φαίνεται η σημασία του καθενός από αυτά.



ΣΧΗΜΑ 1.7, Διάγραμμα ροής

Φύλλα ελέγχου

Τα φύλλα ελέγχου είναι ειδικές τυποποιημένες φόρμες που χρησιμοποιούνται ήδη από πολλές επιχειρήσεις για την καταγραφή της συχνότητας ή του αριθμού των εμφανίσεων ενός συγκεκριμένου γεγονότος. Η μορφή αυτού του εντύπου αποφασίζετε ανάλογα με τις ανάγκες της παραγωγικής λειτουργίας της επιχείρησης και πρέπει να περιέχει όλα τα απαραίτητα στοιχεία για την σωστή αποτύπωση και παρακολούθησή της.

Τα φύλλα ελέγχου μπορεί να είναι πολύπλοκα ή απλά, ανάλογα με το τι πληροφορίες θέλουμε να συλλέξουμε. Σ' αυτά καταγράφονται συστηματικά τα ιστορικά δεδομένα ή παρατηρήσεις που αφορούν τη δραστηριότητα και καταγράφονται στη χρονική στιγμή που αυτά συμβαίνουν. Δεν αντιπροσωπεύουν γνώμες ατόμων αλλά γεγονότα. Η μεθοδολογία που ακολουθείται για τη δημιουργία των φύλλων ελέγχου είναι πολύ απλή:

1. Συμφωνείται ο ορισμός του τι ακριβώς μετριέται.
2. Αποφασίζεται ποιος συλλέγει τα δεδομένα, για ποια περίοδο και από ποιες πηγές.
3. Σχεδιάζεται ένα απλό στη χρήση και πλήρες έντυπο.
4. Καταγράφονται τα δεδομένα.

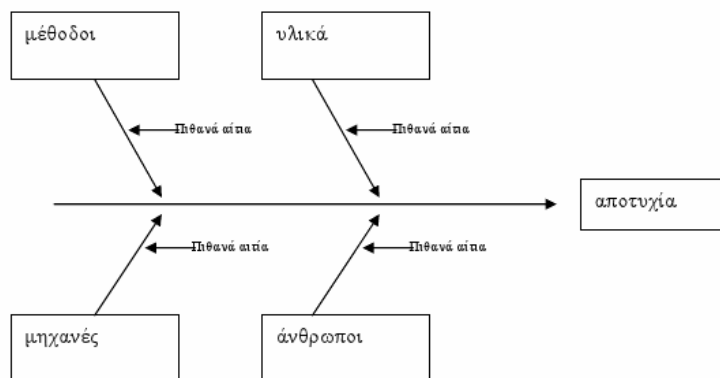
Ιστογράμματα

Τα ιστογράμματα είναι γραφική αναπαράσταση ενός συνόλου δεδομένων και χρησιμοποιούνται για την οπτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων που προέρχονται για παράδειγμα από φύλλα ελέγχου. Τα ιστογράμματα παρουσιάζουν μια κατανομή συχνοτήτων για διακριτά ή συνεχή δεδομένα και είναι ο τύπος γραφήματος που χρησιμοποιείται πιο συχνά από όλους.

Διαγράμματα αιτίας και αποτελέσματος

Το Διάγραμμα Αιτίας και Αποτελέσματος είναι ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο για την αναγνώριση, διερεύνηση και γραφική παρουσίαση όλων των πιθανών αιτιών ενός προβλήματος, ώστε να γίνει δυνατός ο εντοπισμός της γενεσιουργού αιτίας. Το κυριότερο πλεονέκτημά του είναι ότι βοηθά την ομάδα να επικεντρωθεί στις αιτίες και όχι στα συμπτώματα του προβλήματος.

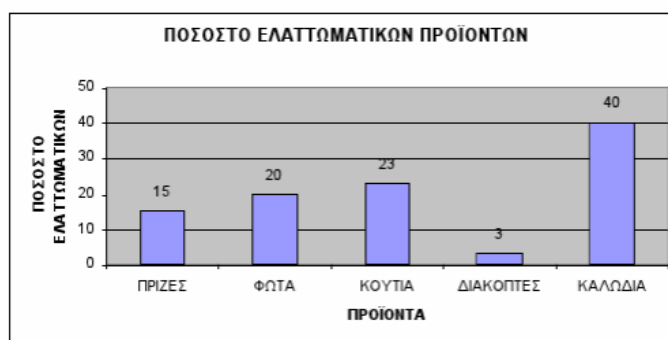
Το διάγραμμα είναι γνωστό και ως Ishikawa ή Fishbone Diagram από το σχήμα του που μοιάζει με ψαροκόκαλο.



ΣΧΗΜΑ 1.8, Διάγραμμα ψαροκόκαλο

Το Διάγραμμα Pareto είναι ένα ευρείας χρήσης εργαλείο. Είναι ο καλύτερος τρόπος παρουσίασης των αποτελεσμάτων ανάλυσης για τον εντοπισμό των πιο σημαντικών από τις αιτίες. Παρουσιάζει γραφικά τη σχετική συχνότητα ή βαρύτητα των αιτιών που προκαλούν ένα πρόβλημα, απεικονίζοντας με απλό τρόπο το πόσο σημαντική είναι η επίδραση μιας αιτίας στη δημιουργία του προβλήματος σε σχέση με τις υπόλοιπες, καθώς και την ποσοστιαία βελτίωση που θα επιφέρει η απόλεια της κάθε μιας.

Η αρχή του Pareto λέει ότι το 80% των προβλημάτων προέρχεται από το 20% των αιτιών ή ότι το 20% των αιτιών δημιουργεί το 80 % των προβλημάτων (Δερβιτσιώτης, 2002).



ΣΧΗΜΑ 1.9, Διάγραμμα Pareto

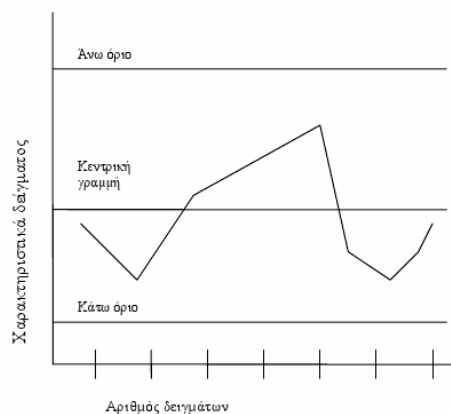
Διαγράμματα διασποράς

Τα διαγράμματα διασποράς βασίζονται στην εφαρμογή της ανάλυσης παλινδρόμησης και παρουσιάζουν το αποτέλεσμα σε γραφική μορφή. Η τάση ή η στατιστική συσχέτιση που προκύπτει από την ανάλυση της παλινδρόμησης προσφέρει μια βάση για την ερμηνεία του διαγράμματος. Οι σχέσεις καθορίζονται με βάση το αν υπάρχει θετική (+1), αρνητική (-1) ή καθόλου (0) συσχέτιση (Δερβιτσιώτη, 1993).

Διαγράμματα ελέγχου

Τα διαγράμματα ελέγχου παρέχουν μια παραστατική απεικόνιση των δεδομένων που παράγονται από την αξιολόγηση της διεργασίας και των προϊόντων της. Αποτελούν επομένως γραφική αναπαράσταση των μετρούμενων χαρακτηριστικών απόδοσης. Ο Montgomery υποστηρίζει ότι τα διαγράμματα ελέγχου:

- Είναι μια αποδεδειγμένη τεχνική για τη βελτίωση της παραγωγικότητας
- Είναι αποτελεσματικά στην πρόληψη ελαττωματικών
- Αποτρέπουν περιττές διορθώσεις στη διεργασία
- Προσφέρουν διαγνωστικές πληροφορίες και πληροφορίες για την ικανότητα της διεργασίας



ΣΧΗΜΑ 1.10, Διάγραμμα ελέγχου

Ιδιαίτερη σημασία στο διάγραμμα έχουν τρεις γραμμές, οι εξής:

- άνω όριο ελέγχου : η διεργασία πάνω από αυτή τη γραμμή θεωρείται εκτός ελέγχου
- κάτω όριο ελέγχου : η διεργασία κάτω από αυτή τη γραμμή θεωρείται εκτός ελέγχου

κεντρική τιμή : η μέση τιμή όλων των επιμέρους δειγμάτων (Δερβιτσιώτης, 2002).

1.6 Η έννοια της ποιότητας και της διασφάλισης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα (Department of Health, UK, 2003). Από διοικητική σκοπιά, σημαίνει την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας με οικονομικό τρόπο και ορθολογική κατανομή των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων. Από την πλευρά των ασθενών σημαίνει δυνατότητα επιλογής και πρόσβασης στις επιθυμητές και κατάλληλες υπηρεσίες στο συντομότερο χρόνο. Είναι εμφανές ότι η έννοια της ποιότητας έχει διαφορετικές αποχρώσεις για τους άμεσα ενδιαφερόμενους (εσωτερικοί, εξωτερικοί «πελάτες»).

Ένας άλλος ορισμός για την ποιότητα αναφέρει ότι αυτή επιτυγχάνεται όταν οι διαδικασίες και οι δράσεις ενός οργανισμού είναι σχεδιασμένες κατά τέτοιον τρόπο ώστε να ανταποκρίνονται, διαρκώς, αρχικά στις ανάγκες και ακολούθως στις απαιτήσεις των εσωτερικών και των εξωτερικών πελατών (Assaf, 1996) Αρκετές φορές, οι προσδοκίες των ασθενών είναι μεγαλύτερες από τις ανάγκες τους και ένας αποτελεσματικός τρόπος να προσεγγίσουν οι επαγγελματίες υγείας τις προσδοκίες των ασθενών είναι η ανάπτυξη αρμονικής σχέσης μαζί τους και οι περιοδικές έρευνες (ερωτηματολόγια ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας)

Η έννοια της διασφάλισης ποιότητας περιλαμβάνει το σχεδιασμό, την ανάπτυξη των στόχων ποιότητας, τον καθορισμό των προτύπων ποιότητας, την παρακολούθηση με τη χρήση δεικτών και τη δράση με τη συμμετοχή όλων. Αφορά, δηλαδή, στις αναγκαίες, οργανωμένες και συστηματοποιημένες ενέργειες που απαιτούνται για να εξασφαλιστεί ότι οι υπηρεσίες υγείας ικανοποιούν δεδομένες απαιτήσεις ποιότητας (π.χ. ISO 9000:1994).

Οι έλεγχοι στο πλαίσιο της διασφάλισης της ποιότητας είναι προϋπόθεση για την πιστοποίηση των υπηρεσιών. Με το σχεδιασμό που γίνεται στο πλαίσιο της διασφάλισης ποιότητας παρέχεται η δυνατότητα κατανομής και αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων, παράλληλα με την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της προόδου σε σχέση με προκαθορισμένους στόχους. Επί πλέον, με την καταγραφή των

διαδικασιών περιορίζονται οι διακυμάνσεις, γίνονται προβλέψιμα τα αποτελέσματα και μπορούν να αναδειχθούν σημεία που χρειάζονται βελτίωση. Συνεπώς, είναι απαραίτητη η διασφάλιση της ποιότητας για να τεθεί ο στόχος της διαρκούς βελτίωσης ποιότητας.

1.7 Η ποιότητα στο χώρο της υγείας – συνοπτική αναδρομή

Η αξιολόγηση και η βελτίωση της ποιότητας απασχολούσαν τους ανθρώπους από την αρχαιότητα, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τον Όρκο του Ιπποκράτη (5ος αιώνας π.Χ.), ενός κώδικα καλής πρακτικής, ηθικής και δεοντολογίας (Madhok, 2002)

Η Αγγλίδα Florence Nightingale, η οποία θεμελίωσε τη σύγχρονη Νοσηλευτική, ήταν πρωτοπόρος στην αξιοποίηση επιδημιολογικών στοιχείων (στοιχεία θνητότητας των τραυματιών κατά τη διάρκεια του Πολέμου της Κριμαίας) για τη βελτίωση της περίθαλψης, στα τέλη του 19ου αιώνα, αν και συνάντησε αντιστάσεις στο περιβάλλον της (Nightingale, 1987)

Στις αρχές του 20ού αιώνα, ο Ernest Avery Codman, γενικός χειρουργός στο Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, έδωσε έμφαση στο «τελικό αποτέλεσμα» της περίθαλψης. Επανεξέταζε τους ασθενείς του ένα έτος μετά το χειρουργείο για να αξιολογήσει το όφελος και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας (Neuhauser, 2002). Ήταν ο πρώτος που εισήγαγε την πρακτική της παρακολούθησης των ασθενών μετά από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις (follow-up).

Στη συνέχεια, ο A. Flexner πρότεινε την καθιέρωση προτύπων λειτουργίας των ιατρικών σχολών, καθώς ήταν αντιληπτό ότι η ποιότητα της εκπαίδευσης των ιατρών έχει αντίκτυπο στην παρεχόμενη φροντίδα (Beck, 2004).

Παράλληλα, το 1918, θεσπίστηκε το Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Τυποποίησης (Hospital Standardization Program) από το Αμερικανικό Κολέγιο Χειρουργών, πρόδρομος της Επιτροπής Διαπίστευσης των Νοσοκομείων (Joint Commission on Accreditation of Hospitals), που ιδρύθηκε το 1952, ως ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός για την αξιολόγηση της λειτουργίας των νοσοκομείων (Roberts, Coale, Redman, 1987)

Τη δεκαετία 1960–1970, στην Αμερική, θεωρείται ότι καθιερώθηκε η συστηματική αξιολόγηση μέσω ενός πλαισίου διασφάλισης της ποιότητας, και μάλιστα με υποχρεωτικό χαρακτήρα, καθώς ήταν απαραίτητη η πιστοποίηση των οργανισμών από

την Joint Commission on Accreditation of Health Organizations για τον έλεγχο της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, με δείκτες τις νέες εισαγωγές και τη διάρκεια νοσηλείας. Ήταν ένα γραφειοκρατικό σύστημα για τον έλεγχο του κόστους των αποζημιώσεων Medicare, που περιόρισε σημαντικά την αυτονομία των ιατρών.

Έως τα τέλη του 1970 έγινε η μετάβαση από την επιθεώρηση μεμονωμένων περιπτώσεων στη στατιστική ανάλυση μοντέλων παροχής φροντίδας, με σημαντική καθυστέρηση σε σχέση με το βιομηχανικό τομέα που ήδη εφαρμοζόταν από το 1930. Μέχρι τότε, η διασφάλιση της ποιότητας στην υγεία είχε περισσότερο ακαδημαϊκό-ερευνητικό χαρακτήρα. Ο Avedis Donabedian (1988) σε μια ανασκόπηση μελετών της περιόδου 1954–1984, κατέγραψε τις προηγούμενες προσπάθειες και διαμόρφωσε το πλαίσιο διασφάλισης ποιότητας στο τρίπτυχο “sound structures, good processes and suitable outcomes” (σωστές δομές, καλές διαδικασίες και κατάλληλα αποτελέσματα).

Αν και η έννοια της διασφάλισης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας έχει συνδεθεί με τεχνικά θέματα, όπως η λειτουργία του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, γίνεται αντιληπτό ότι η έννοια της ποιότητας είναι ευρύτερη και αφορά στη συνολική λειτουργία ενός τμήματος, με αφετηρία τα ζητήματα στελέχωσης, διοίκησης και οργάνωσης έως την κλινική πρακτική, με επίκεντρο τις ανάγκες του ασθενούς.

Συνεπώς, η βελτιστοποίηση μόνο ορισμένων κρίσιμων σημείων της λειτουργίας ενός τμήματος δεν είναι πλέον αρκετή για να εξασφαλιστεί ότι κάθε ασθενής θα λάβει τη βέλτιστη διαθέσιμη αντιμετώπιση για την περίπτωσή του (Παπακωστίδη, Τσουκαλάς, 2012)

1.8 Διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Οι στρατηγικοί στόχοι για τα συστήματα υγείας, στο πλαίσιο της διοίκησης ποιότητας, είναι αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και τεχνική ικανότητα.

Η ποιότητα μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από κατάλληλες και ορθές διαδικασίες στο πνεύμα και στην εξοικονόμηση πόρων. Η σπατάλη και η άσκοπη επανάληψη θα πρέπει να εξαλειφθούν, καθώς αυξάνονται οι απαιτήσεις για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σε ένα περιβάλλον περιορισμένων διαθέσιμων πόρων. Για να επιτευχθεί αυτό απαιτούνται τεκμηριωμένοι στόχοι και κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, που καλούνται κάθε φορά να παρέχουν καλύτερες υπηρεσίες και να

ανταποκριθούν στις καθημερινές προκλήσεις, τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών και της κοινότητας.

Όσον αφορά στις απαιτήσεις ασφάλειας, εκτός από τον προφανή και μη αποδεκτό κίνδυνο ατυχημάτων, τη σωματική και την ψυχική βλάβη των ατόμων και τις δικαστικές αντιδικίες, η έλλειψη ασφάλειας είναι αντιπαραγωγική καθώς χρόνος (και χρήμα) αφιερώνεται για την αντιμετώπιση των συνεπειών (παράπονα, μηνύσεις, αντιμετώπιση σωματικών βλαβών). Ταυτόχρονα, διακυβεύεται η φήμη του οργανισμού και χάνεται η εμπιστοσύνη.

Επίσης απαιτείται προσβασιμότητα των υπηρεσιών και ανάπτυξή τους με επίκεντρο τον ασθενή. Η έννοια της προσβασιμότητας των υπηρεσιών περιλαμβάνει την οικονομική, την πνευματική και την κοινωνικο-πολιτισμική διάσταση. Το σύστημα υγείας οφείλει να βρίσκεται κοντά στο χρήστη, χωρίς διακρίσεις. Καθώς ο ασθενής έρχεται στο επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας, η φροντίδα που του παρέχεται θα πρέπει να σέβεται την προσωπικότητά του και να ανταποκρίνεται στις ιδιαιτερότητες, στις προτιμήσεις, στις ανάγκες και στις αξίες του.

Η πρόσβαση μπορεί να προσδιοριστεί ως το ποσοστό ενός δεδομένου πληθυσμού που έχει ανάγκη από υγειονομικές υπηρεσίες και μπορεί να τις λάβει (Saturno, Gascon and Parra 1997). Αυτό που ενδιαφέρει είναι να ποσοτικοποιηθεί είτε μια υγειονομική υπηρεσία είτε αν η θεραπεία είναι διαθέσιμη στο πρόσωπο που χρειάζεται το, στο χρόνο που απαιτείται

Ιδιαίτερα σημαντική είναι και η συνέχεια της φροντίδας. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προϋποθέτει μια συνεχή διαδικασία αξιολόγησης, βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς. Επίσης, η συνέχεια των υπηρεσιών αφορά στη μετάβαση του ασθενούς από το ένα τμήμα στο επόμενο, ανεξάρτητα από το χρόνο ή τον τόπο. Σε κατακερματισμένα και αποσυνδεδεμένα συστήματα υγείας δεν μπορούν να επιτευχθούν οι στόχοι ποιότητας.

Τέλος, οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις και η συνεργασία του προσωπικού είναι σημαντικές για το συντονισμό των δράσεων. Μέσα από μια καλή ομάδα μπορεί να επιτευχθεί η ποιότητα. Τέλος, δεν μπορεί να παραλειφθεί ότι πάντα είναι προτιμότερο να εργάζεται κάποιος ή να προσφέρονται υπηρεσίες σε ένα αισθητικά αποδεκτό περιβάλλον. Όπου υπάρχει φροντίδα για την άνεση και την ευεξία των ανθρώπων, εκεί υπάρχει ποιότητα. (Παπακωστίδη, Τσουκαλάς, 2012)

1.9 Τρόποι και πρακτικές βελτίωσης της ποιότητας

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας έχει ως στόχο να προσφέρει σε έναν οργανισμό υγείας μεγιστοποίηση της αξίας των παρεχομένων υπηρεσιών, όπως αυτές γίνονται αντιληπτές από τους ασθενείς, λαμβάνοντας υπόψη και επιδιώκοντας την συμμετοχή των εργαζομένων του υγειονομικού φορέα.

Η εφαρμογή συστήματος ολικής ποιότητας στον τομέα της υγείας εστιάζεται στην αύξηση της ικανοποίησης του ασθενή, στη ιασφάλιση της αποτελεσματικότητας του νοσοκομείου σε σχέση με το κόστος λειτουργίας του καθώς και στην αξιοποίηση και αποτελεσματικότητα του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου

Στο πλαίσιο εφαρμογής της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας εφαρμόζεται συχνά η μεθοδολογία Six Sigma, που στοχεύει στην ποιοτική βελτίωση των οργανισμών, τόσο στην παραγωγική διαδικασία, όσο και στην παροχή υπηρεσιών. Η συγκεκριμένη μέθοδος στοχεύει στην μείωση έως και ελαχιστοποίηση των ελαττωματικών κομματιών ή προϊόντων που παράγονται από μια παραγωγική διαδικασία και η στατιστική τους απόκλιση δεν ξεπερνάει τις έξι τυπικές αποκλίσεις (εξ ου και το όνομα Six Sigma) από την μέση τιμή ελαττωματικών του δείγματος που μετρείται.

Η παραπάνω μέθοδος επεκτάθηκε και στην παροχή υπηρεσιών, μετρώντας προβληματικές διαδικασίες στην παροχή μιας δεδομένης υπηρεσίας στον πελάτη (Jenicke, et al., 2008]. Μπορεί να χρησιμοποιεί και στο χειρουργείο. Μέσα από τη θέσπιση αντικειμενικών κριτηρίων, γίνεται μέτρηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, εντοπισμός των προβλημάτων και εφαρμογή ολοκληρωμένων λύσεων.

Μια άλλη μέθοδος που χρησιμοποιείται για την αποτίμηση των προγραμμάτων διασφάλισης και διαχείρισης ποιότητας είναι η ανάλυση κόστους χρησιμότητας (cost utility analysis), η οποία χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση εναλλακτικών διαδικασιών ή αποτελεσμάτων ως προς μια μοναδική βάση μέτρησης της «χρησιμότητας».

Η πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη μονάδα μέτρησης είναι η QALYs (Quality-Adjusted Life Years / Εστιασμένα στην ποιότητα χρόνια ζωής). Η μέτρηση διαφορετικών μεταξύ τους προγραμμάτων μπορεί να γίνει με την αποτίμηση του

οριακού κόστους ανά QUALY που εξοικονομείται σε κάθε πρόγραμμα (Robinson, 1993). Η τεχνική της ανάλυσης κόστους χρησιμότητας αποτελεί μία αξιόπιστη επιστημονική επιλογή για την οικονομική αξιολόγηση των προγραμμάτων υγειονομικής περίθαλψης, η οποία όμως πρέπει να λαμβάνεται υπόψη με προσοχή και επιφύλαξη.

1.10 Ο παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Λίστα Χειρουργικής Ασφάλειας

Το 2008, σε μια προσπάθεια να βελτιωθεί η χειρουργική ασφάλεια και να μειωθούν τα χειρουργικά σφάλματα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) δημοσίευσε μια λίστα ελέγχου ασφαλείας για τον εντοπισμό πολλαπλών συνιστώμενων πρακτικών για να εξασφαλιστεί η ασφάλεια των ασθενών που χειρουργούνται. Η προσπάθεια αυτή οδήγησε στην σύνταξη ενός καταλόγου με 19-σημεία με επίκεντρο περιεγχειρητικά γεγονότα που συμβαίνουν πριν από τρία κρίσιμα βήματα της χειρουργικής επέμβασης: πριν την εισαγωγή της αναισθησίας, πριν από την τομή του δέρματος, και πριν ο ασθενής φύγει από το χειρουργείο (Haynes, et al 2009).

Πριν από την έναρξη της αναισθησίας πρέπει να γίνουν η επιβεβαίωση της ταυτότητας των ασθενών και της προβλεπόμενης διαδικασίας, η σήμανση της περιοχής που θα χειρουργηθεί, η αναγνώριση τυχόν αλλεργιών ή κινδύνου υπερβολικής απώλειας αίματος κλπ.

Πριν από την τομή του δέρματος προβλέπονται διαδικασίες όπως η επιβεβαίωση του ονόματος τους ασθενούς και η διαδικασία που θα γίνει, η ανακοίνωση τυχόν αναμενόμενων επιπλοκών, παρουσίαση όλων των ατόμων που θα συμμετάσχουν στο χειρουργείο κλπ. Τέλος, πριν ο ασθενής φύγει από το χειρουργείο, η υπεύθυνη νοσηλεύτρια πρέπει να επιβεβαιώσει προφορικά το όνομα της διαδικασίας, να ανακοινώνει την ολοκλήρωση της διαδικασίας, να μετρήσει τα εργαλεία και τους σπόγγους που χρησιμοποιήθηκαν και να εξασφαλίζει την κατάλληλη σήμανση των δειγμάτων που λήφθηκαν. δείγματος. Η πλήρης χειρουργική λίστα ελέγχου απεικονίζεται στον πίνακα 2.

Η Εισαγωγή της λίστας χειρουργικής ασφαλείας οδήγησε σε σημαντικές βελτιώσεις των χειρουργικών αποτελεσμάτων. Συγκεκριμένα παρατηρήθηκε μείωση >30% των μετεγχειρητικών επιπλοκών και θανάτων σε δοκιμή που διεξήχθη σε 8 διαφορετικά

κοινωνικοοικονομικά νοσοκομεία σε όλο τον κόσμο (Τορόντο, Καναδά, Νέο Δελχί, Ινδία, Αμμάν, Ιορδανία, Όκλαντ, Νέα Ζηλανδία, Μανίλα, Φιλιππίνες, Ιφακάρ, Τανζανία, Λονδίνο, Αγγλία και στο Σιάτλ, Ουάσιγκτον, ΗΠΑ). Σε όλα τα νοσοκομεία παρατηρήθηκε μείωση στις μετεγχειρητικές χειρουργικές λοιμώξεις, σε απρογραμμάτιστες επαναφορές των ασθενών στο χειρουργείο, σε θανάτους και στη συνολικές επιπλοκές, ανεξάρτητα από τις χειρουργικές περιπτώσεις και αν το νοσοκομείο βρισκόταν σε περιοχή υψηλού ή χαμηλού εισοδήματος (Haynes, et al 2009).

Αν και τα στοιχεία που υποστήριζαν την μείωση των χειρουργικών επιπλοκών και των θανάτων ήταν ισχυρά, δεν ήταν σαφές τι ακριβώς οδήγησε σε αυτή τη βελτίωση. Οι συντάκτες της έρευνας υπέθεσαν ότι η λίστα οδήγησε σε αλλαγές και στα συστήματα και στις αλλαγές στην συμπεριφορά των χειρουργικών ομάδων. Ο μηχανισμός για τη βελτίωση ήταν πολυπαραγοντικός και δεν αφορούσε απλά τη συμπλήρωση μιας λίστας.

Πράγματι, σε ένα νοσοκομείο, ο έλεγχος των διεγχειρητικών τιμών οξυμετρίας αυξήθηκαν κατά 50%, και σε ένα άλλο, οι καταμετρήσεις των σφουγγαριών αυξήθηκαν από 0% έως 92,4%. Τέλος, το συνολικό ποσοστό της κατάλληλης χρήσης των αντιβιοτικών αυξήθηκε από 56% σε 83%. Αυτή η παρέμβαση συνιστά ένα πετυχημένο μέσο για τη μείωση χειρουργικών λοιμώξεων και ασφαλώς συνέβαλε στη μειωμένη εμφάνιση μετεγχειρητικών τιμών.

Παρά το γεγονός ότι η Λίστα του Π.Ο.Υ. έχει αποδειχθεί ότι οδηγεί στη βελτίωση της ποιότητας της χειρουργικής φροντίδας, η επίδρασή της εξαρτάται από το πόσο αποτελεσματικά θα εφαρμοστεί. Επιπλέον, η χρήση του καταλόγου δεν είναι καθολική, και μερικά νοσοκομεία προτιμούν να εφαρμόζουν άλλες διασφαλίσεις για την ασφάλεια των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων των ελέγχων που εφάρμοζε ο Π.Ο.Υ. πριν την εφαρμογή της Λίστας (Birkmeyer, 2010).

Πρόσφατα έγινε μία ολοκληρωμένη έρευνα που αφορούσε τα περιεγχειρητικά συστήματα ασφαλείας (Surgical Patient Safety System [SURPASS] – Χειρουργικό Σύστημα Ασφάλειας Ασθενούς). Η έρευνα περιλάμβανε 11 ερωτηματολόγια και 100 ερωτήσεις και διεξήχθη σε 6 περιφερειακά νοσοκομεία στην Ολλανδία. Ορισμένα στοιχεία της έρευνας ήταν ίδια με αυτά που παρατηρήθηκαν στην έρευνα του Π.Ο.Υ., όπως η επιβεβαίωση της ταυτοποίησης του ασθενούς και της επαλήθευσης της

χειρουργικής επέμβασης. Καθώς όμως ήταν πιο ολοκληρωμένη λίστα περιλαμβάνονταν και άλλα στοιχεία όπως η επικοινωνία των μετεγχειρητικών οδηγιών μεταξύ των φροντιστών και η διευκρίνιση των οδηγιών για τον ασθενή όταν πάρει εξιτήριο. Στη μελέτη, το ποσοστό των επιπλοκών μειώθηκε κατά το ένα τρίτο, από 15,4% σε 10,6%, και η θνησιμότητα μειώθηκε σχεδόν κατά το ήμισυ, από 1,5% σε 0,8% (de Vries et al, 2010).

Το Surpass αν και πιο λεπτομερές, είναι δύσκολο στη συμπλήρωσή του, καθώς περιλαμβάνει 11 λίστες ελέγχου και είναι ιδιαίτερα χρονοβόρο.

Surgical Safety Checklist
World Health Organization
Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

Before induction of anaesthesia	Before skin incision	Before patient leaves operating room
<small>(with at least nurse and anaesthetist)</small> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent? <input type="checkbox"/> Yes </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Is the site marked? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Is the anaesthesia machine and medication check complete? <input type="checkbox"/> Yes </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Is the pulse oximeter on the patient and functioning? <input type="checkbox"/> Yes </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Does the patient have a: Known allergy? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Difficult airway or aspiration risk? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and equipment/assistance available </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;"> Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and two IVs/central access and fluids planned </div>	<small>(with nurse, anaesthetist and surgeon)</small> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <input type="checkbox"/> Confirm all team members have introduced themselves by name and role. </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <input type="checkbox"/> Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made. </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Anticipated Critical Events To Surgeon: <input type="checkbox"/> What are the critical or non-routine steps? <input type="checkbox"/> How long will the case take? <input type="checkbox"/> What is the anticipated blood loss? To Anaesthetist: <input type="checkbox"/> Are there any patient-specific concerns? To Nursing Team: <input type="checkbox"/> Has sterility (including indicator results) been confirmed? <input type="checkbox"/> Are there equipment issues or any concerns? </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;"> Is essential imaging displayed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable </div>	<small>(with nurse, anaesthetist and surgeon)</small> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Nurse Verbally Confirms: <input type="checkbox"/> The name of the procedure <input type="checkbox"/> Completion of instrument, sponge and needle counts <input type="checkbox"/> Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name) <input type="checkbox"/> Whether there are any equipment problems to be addressed </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;"> To Surgeon, Anaesthetist and Nurse: <input type="checkbox"/> What are the key concerns for recovery and management of this patient? </div>

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged. Revised 1 / 2009 © WHO, 2009

ΠΙΝΑΚΑΣ 2, Λίστα Ασφάλειας Χειρουργείου (Πηγή :WHO)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Οργάνωση και λειτουργία χειρουργείου

2.1 Οργάνωση Χειρουργείου

Το χειρουργείο αποτελεί έναν πολυσύνθετο, πολύπλοκο και ιδιαίτερο χώρο μέσα στο νοσοκομείο. Στο εσωτερικό του περιβάλλον η δράση του είναι αυτόνομη και δεν εξαρτάται η εύρυθμη λειτουργία του από άλλα τμήματα παρά μόνο από την σωστή οργάνωση και τον συντονισμό των εργασιών του. Μέχρι το χρονικό σημείο όμως, όπου θα ξεκινήσει η διαδικασία στο εσωτερικό περιβάλλον του χειρουργείου έχουν προηγηθεί πολλές ενέργειες οι οποίες σχετίζονται με το εξωτερικό περιβάλλον του χειρουργείου και έχουν την μορφή ενός συστήματος.

Στο εξωτερικό του περιβάλλον η λειτουργία του χειρουργείου είναι συνδεδεμένη με τη λειτουργία και άλλων τμημάτων τα οποία προσφέρουν στο χειρουργείο τις υπηρεσίες τους και το υποστηρίζουν στην πραγματοποίηση των εργασιών του. Έτσι, το χειρουργείο συνδέεται με τα εργαστήρια του νοσοκομείου τα οποία πραγματοποιούν όλες τις εξετάσεις στις οποίες υποβάλλονται οι ασθενείς, το τμήμα αιμοδοσίας το οποίο προμηθεύει το χειρουργείο με τις απαραίτητες για κάθε χειρουργική επέμβαση φιάλες αίματος, τις διοικητικές υπηρεσίες του νοσοκομείου-γραφείο κίνησης ασθενών, φαρμακείο, τμήμα προμηθειών-, οι οποίες ανάλογα με το αντικείμενο της ενασχόλησής τους προσφέρουν στο χειρουργείο τις ανάλογες υπηρεσίες ή παροχές π.χ εφοδιασμός υλικού, τα κλινικά χειρουργικά τμήματα στα οποία νοσηλεύονται οι ασθενείς, τα εξωτερικά συνεργαζόμενα εργαστήρια στα οποία «στέλνει» το νοσοκομείο τις εξετάσεις που δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν στα εργαστήριά του και τέλος τα τμήματα τεχνικής υποστήριξης στα οποία ανατίθεται η επισκευή και η συντήρηση των μηχανημάτων του χειρουργείου. Είναι σαφές ότι η σχέση του χειρουργείου με τα τμήματα του εξωτερικού του περιβάλλοντος είναι καθοριστικής σημασίας καθώς η διαδικασία του χειρουργείου δεν είναι δυνατόν να ολοκληρωθεί χωρίς την σύμπραξη με

κάποιο άλλο ή άλλα τμήματα τα οποία είναι υπεύθυνα για την διεξαγωγή των επιμέρους διαδικασιών (Mauro, 1995)

Επομένως, η διαδικασία του χειρουργείου αποτελεί ένα σύστημα αφού για την ολοκλήρωσή της απαιτείται η συνεργασία περισσότερων από δύο τμήματα. Η λειτουργία του χειρουργείου κατά τρόπο αποτελεσματικό και αποδοτικό εξαρτάται από τις επιμέρους δραστηριότητες ομάδων εργαζομένων διαφορετικών ειδικοτήτων οι οποίες συγκροτούν ανεξάρτητες ενότητες με διακριτή αρχή και τέλος. Η σωστή οργάνωση και ο συντονισμός των εργασιών της πρώτης ομάδας αποτελούν προϋπόθεση για την πραγματοποίηση των εργασιών της επόμενης και ούτω καθεξής. Πρόκειται στην ουσία για μία σειρά αλληλοσυνδεόμενων διαδικασιών.

Πέρα όμως από τη συνεργασία του χειρουργείου με τα άλλα τμήματα καθοριστικό ρόλο στην ποιοτική παροχή υπηρεσιών παίζει το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό που το στελεχώνει. Όπως κάθε άλλη διαδικασία έτσι και η διαδικασία του χειρουργείου έχει σαν στόχο να αποτιμηθεί το έργο της ομάδας η οποία απαρτίζεται από χειρουργούς, αναισθησιολόγους, νοσηλευτές, τεχνικό και διοικητικό προσωπικό. Στόχος ενός χειρουργείου είναι η επιτυχή έκβαση της επέμβασης και η όσο το δυνατόν καλύτερη θεραπεία και εξυπηρέτηση του ασθενούς

2.2 Πλαίσια λειτουργίας ενός χειρουργείου

Η λειτουργία ενός χειρουργείου πρέπει να καθορίζεται από αυστηρά πλαίσια, τα οποία να προσπαθούν να επιτύχουν τη διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Τα πλαίσια αυτά έχουν στόχο:

- Να διασφαλίσουν την περιβαλλοντική ασφάλεια για τους ασθενείς και τους εργαζόμενους.
- Να προφυλάξουν τους εργαζόμενους από περιβαλλοντικούς κινδύνους, όπως η υπερκόπωση και η ηχορύπανση.
- Να διαφυλάξουν το άσηπτο περιβάλλον που απαιτείται για την ασφαλή και αποτελεσματική λειτουργία των χειρουργείων.
- Να περιγράψουν τη θέση εργασίας κάθε μέλους του προσωπικού του χειρουργείου (Bower, 2002)

Τα πρότυπα ασφαλείας αναπτύσσονται από Αναγνωρισμένους Οργανισμούς όπως ο AORN (American Association of Operating Room Nurses – Αμερικάνικη Ένωση Νοσηλευτριών Χειρουργείου). Στην Ελλάδα δεν χρησιμοποιούνται συχνά παρόμοια πρότυπα και, όπου χρησιμοποιούνται, αυτό γίνεται άτυπα και χωρίς συγκεκριμένο θεσμικό πλαίσιο, εκτός μερικών εξαιρέσεων.

Η χρήση διαφορετικών τεχνικών μπορεί να οδηγήσει στα ίδια αποτελέσματα. Κάθε νοσοκομείο καθιερώνει πολιτικές και διαδικασίες που ανταποκρίνονται στις ανάγκες του και τις εφαρμόζει σε όλο το προσωπικό και σε όλα τα τμήματα. Οι πολιτικές αυτές βασίζονται σε αναγνωρισμένα πρότυπα και κατευθυντήριες οδηγίες που βοηθούν στην πρόληψη προβλημάτων και ενισχύουν την ανάπτυξη συνεργασίας.

Βασικός σκοπός τους είναι η διασφάλιση της ασφάλειας και της ευεξίας των ασθενών και του προσωπικού. Οι αποκλίσεις που επισημαίνονται δείχνουν την ανάγκη για επαναξιολόγηση και προσαρμογή των διαδικασιών ή του προσωπικού.

Όλο το προσωπικό που εμπλέκεται στη φροντίδα των χειρουργικών ασθενών κατά τη διάρκεια της διεγχειρητικής φάσης πρέπει να είναι εξοικειωμένο όχι μόνο με τη διευθέτηση, τις πολιτικές, τις διαδικασίες και τις ανάγκες της χειρουργικής ομάδας, αλλά και με τη γνώση του εξοπλισμού και της χρήσης του (Wensing, van der Weijden, Grol, 1998)

Οι χειρουργικές κατευθυντήριες οδηγίες που εφαρμόζονται από ένα δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο θα πρέπει να ορίζουν ένα ή περισσότερα άτομα επιφορτισμένα με την ευθύνη του σχεδιασμού, της εφαρμογής και της αξιολόγησης των διαδικασιών. Η διεπιστημονική προσέγγιση είναι ένας σημαντικός παράγοντας στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση των ενεργειών (Vincent et al. 2004).

Η διασφάλιση της ποιότητας σε ένα χειρουργείο εξαρτάται από τα εξής (Δούσης, 2004):

1. *Νοσηλευτικά πρότυπα τεχνικής.* Η επιτροπή χειρουργείου πρέπει να αναπτύσσει πρότυπα για την κατάλληλη φροντίδα του ασθενούς. Οι γραπτές διαδικασίες αντανακλούν αυτά τα πρότυπα. Τα πρότυπα του οργανισμού θα πρέπει να επικυρώνονται σε εθνικό επίπεδο από εθνικούς επαγγελματικούς και επιστημονικούς οργανισμούς.

2. *Οδηγός πολιτικής νοσοκομείου.* Αυτός ο οδηγός περιέχει βασικές και γενικές διαδικασίες φροντίδας ασθενών για εφαρμογή από όλο το νοσηλευτικό προσωπικό.

3. *Εγχειρίδιο σχεδίου ασφαλείας*. Οι πιθανοί κίνδυνοι και οι αναγνωρίσιμες καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν τραυματισμό στους παροχείς φροντίδας ή στους ασθενείς θα πρέπει να περιγράφονται σε αυτόν τον οδηγό.

4. *Εγχειρίδιο ελέγχου λοιμώξεων*). Περιέχει τις πολιτικές και τις διαδικασίες που σχεδιάστηκαν για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος της λοίμωξης και να περιοριστεί η διασπορά της νόσου μέσα στη μονάδα παροχής φροντίδας υγείας.

5. *Εγχειρίδιο πολιτικής χειρουργείου*. Περιέχει τις πολιτικές που αφορούν απλώς τη διοίκηση και τη λειτουργία του χειρουργείου. Το εγχειρίδιο αυτό πρέπει να είναι αναθεωρημένο, ταξινομημένο και σε ηλεκτρονική μορφή, με σκοπό να είναι εύκολο στη χρήση και στην εύρεση των επιθυμητών πολιτικών (Cox et al, 1992, Patterson, 1992)

6. *Εγχειρίδιο διαδικασιών χειρουργείου*. Ο βασικός σκοπός των διαδικασιών αυτών είναι να περιγράψουν με λεπτομέρεια γιατί και πώς οι διαδικασίες αναπτύσσονται ειδικά μέσα στο χειρουργείο. Περιλαμβάνει διαδικασίες που αφορούν την άμεση φροντίδα υγείας και υποστηρικτικές διαδικασίες.

7. *Εγχειρίδιο προσανατολισμού*. Σχεδιάζεται για να εξοικειώσει το προσωπικό με το περιβάλλον, τις πολιτικές και τις ειδικές διαδικασίες που πρέπει να εκτελεστούν και περιλαμβάνει και την περιγραφή των θέσεων όλου του προσωπικού μέσα στο τμήμα.

8. *Βιβλίο εργαλείων και υλικών*. Τα εργαλεία για κάθε χειρουργική διαδικασία πρέπει να ταξινομούνται σε ένα ξεχωριστό βιβλίο, το οποίο θα διατηρείται σε ηλεκτρονική μορφή στο δωμάτιο με τα εργαλεία. Φωτογραφίες των εργαλείων μέσα στο βιβλίο βοηθούν τους εκπαιδευόμενους να τα κατανοήσουν καλύτερα.

9. *Αρχεία*. Αλφαβητική ταξινόμηση της τοποθεσίας των προμηθειών και του εξοπλισμού διατηρείται για το δωμάτιο εργαλείων, το δωμάτιο εργασίας, το δωμάτιο των αποστειρωμένων, την αποθήκη αποστειρωμένων και τις άλλες αποθήκες. Με τα αρχεία αυτά εξοικονομείται πολύτιμος χρόνος στην προσπάθεια του προσωπικού να τοποθετήσει το σωστό αντικείμενο στη σωστή θέση.

Η τυποποίηση επεκτείνεται και σε άλλους τομείς των χειρουργείων. Έτσι, υπάρχουν πολλές πηγές αναφοράς, που αφορούν τυποποιημένες διαδικασίες σχετικά με τη βελτίωση της απόδοσης και της ποιότητας των χειρουργείων. Από το 2001, το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, μέσω ειδικών προγραμμάτων, έχει αναπτύξει και εφαρμόσει δείκτες-κλειδιά για την απόδοση και διαγνωστικά εργαλεία

για τη βελτίωση των υπηρεσιών που προσφέρονται στους ασθενείς. Οι ιδέες για τη βελτίωση αντλήθηκαν από χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας και από τους ασθενείς, από τους επαγγελματίες του χώρου της υγείας και από κυβερνητικούς οργανισμούς. Οι σκοποί του προγράμματος είναι η ικανοποίηση του ασθενούς και των υπαλλήλων, η βελτίωση της απόδοσης των χειρουργείων στις προγραμματισμένες και επείγουσες επεμβάσεις και η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών.

Ιδιαίτερα αξιόλογος είναι ο «Οδηγός για τη βελτίωση της απόδοσης των χειρουργείων», του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας που περιέχει 4 στάδια (Δούσης, 2004):

1. Σχεδιασμός και διοίκηση. Αυτό το στάδιο περιλαμβάνει σχεδιασμό και οργάνωση των διαδικασιών για υποστήριξη του αποδοτικού σχεδιασμού και οργάνωση των αποδόσεων των χειρουργείων.

2. Διάγνωση και ανάλυση. Συστήνει την αυστηρή καταγραφή των αποδόσεων και την εκτενή διάγνωση και ανάλυση των προβλημάτων, πριν γίνουν οι ενέργειες για τη βελτίωση των αποδόσεων. Οι δείκτες-κλειδιά αποδόσεων του οδηγού μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να καταγράφουν την απόδοση και υπενθυμίζουν τα σημεία όπου χρειάζεται δράση για βελτίωσή της και σκιαγράφηση της διαδικασίας που εξασφαλίζει ότι η παρέμβαση θα επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα.

3. Βελτίωση της επίδοσης των χειρουργείων. Ανασχεδιασμός υπηρεσιών για βελτίωση της εμπειρίας του ασθενούς, βελτιστοποίηση των ανθρώπινων πόρων και βελτίωση των προγραμματισμένων και επειγόντων χειρουργείων.

4. Προγραμματισμός επεμβάσεων για την επίτευξη της βέλτιστης χρήσης των πόρων και τη μείωση των ακυρωμένων επεμβάσεων.

Παρόμοια τυποποίηση ακολουθούν και οι ιατρικές διαδικασίες και υπάρχουν πρότυπα για συγκεκριμένες χειρουργικές διαδικασίες, τεχνικές και θεραπείες που εφαρμόζονται στην Ιατρική.

Όλη αυτή η τυποποίηση πρέπει να εισαχθεί στο χειρουργείο με τη μορφή κανονισμών, εγχειριδίων, οδηγιών κ.λπ. Η σωστή εισαγωγή της στο χειρουργείο εξασφαλίζει καλύτερα αποτελέσματα για τους ασθενείς, το προσωπικό, αλλά και για το ίδιο το νοσοκομείο (Geldner et al, 2002)

2.3 Μοντέλα ποιότητα ενός χειρουργείου

Η ποιότητα των συστημάτων υγείας ορίζεται ως το επίπεδο επίτευξης των εγγενών στόχων των συστημάτων υγείας για τη βελτίωση της υγείας και την ανταπόκριση στις εύλογες προσδοκίες του πληθυσμού (Evans, Murray, 2001). Η ποιότητα πρέπει να αξιολογείται από την άποψη των κύριων συμμετεχόντων (χρήστες, προμηθευτές φροντίδας, ασφαλιστικοί οργανισμοί, πολιτικοί και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας) και σε σχέση με σαφή κριτήρια, τα οποία αντανακλούν τις αξίες που διέπουν μια δεδομένη κοινωνία.

Σύμφωνα με τους Berwick (1990) και Roberts (1990) η διασφάλιση ποιότητας:

- είναι μια λειτουργία εξειδικευμένου προσωπικού,
- εξετάζει τον γιατρό και άλλους που παρέχουν φροντίδα,
- αναζητεί τις αποκλίσεις από το καθορισμένο για να διορθώσει τις μη αποδεκτές διακυμάνσεις,
- ρωτάει ποιος κάνει τι εδώ,
- ρωτάει γιατί αυτό είναι διαφορετικό,
- η έκθεση της διασφάλισης ποιότητας θα μπορούσε να σημειώνει ότι η θνησιμότητα κατά τις χειρουργικές επεμβάσεις στο νοσοκομείο π.χ. είναι 5% κάτω από το εθνικό ποσοστό και ότι δεν ανιχνεύθηκαν σημαντικά προβλήματα,
- χρησιμοποιεί πρότυπα απόδοσης,
- οι δραστηριότητες της περιλαμβάνουν γιατρούς, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες,
- οι εκθέσεις για την ποιότητα χρησιμοποιούν κριτικούς όρους όπως «τέλειος» ή «απαιτούν βελτίωση»,
- οι εκθέσεις για την ποιότητα προετοιμάζονται από εξειδικευμένο προσωπικό,
- οι εκθέσεις ζητούν συγκεκριμένες ενέργειες διαχείρισης όπως σχηματισμό ομάδων για να αναλάβουν αποστολές

Με την χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής δημιουργήθηκε από τον Αύγουστο του 1996 το ExPeRt project (external peer review techniques) με σκοπό να αξιολογήσει την χρήση και την ανάπτυξη των εξωτερικών επιθεωρήσεων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Heaton, 2000). Η ομάδα ExPeRt καθόρισε μια σειρά από αποστολές σε όλα τα έθνη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Heidemann, 2000). Στην πορεία

αναγνωρίστηκαν τέσσερα κύρια μοντέλα για την μέτρηση των υπηρεσιών που παρέχονταν στις υπηρεσίες και είναι τα ακόλουθα:

1. Ο Διεθνής Οργανισμός για την Τυποποίηση (ISO- International Organization for Standardization)
2. Το μοντέλο επιχειρηματικής αριστείας EFQM
3. Η Εξωτερική επιθεώρηση- εξωτερικός ομοτεχνειακός έλεγχος- external peer review
4. Η Διαπίστευση- Accreditation

Ο Διεθνής Οργανισμός για την Τυποποίηση (ISO- International Organization for Standardization), που έχει χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση συγκεκριμένων θεμάτων στις υπηρεσίες υγείας- κυρίως σε Γερμανία και Ελβετία- παρέχει τα πρότυπα ενάντια στα οποία οι οργανισμοί ή οι λειτουργίες μπορούν να πιστοποιηθούν από τους αρμόδιους ελεγκτές. Πιο συγκεκριμένα το ISO έχει χρησιμοποιηθεί σε συστήματα ακτινολογίας και εργαστηρίων, και γενικότερα σε συστήματα ποιότητας σε κλινικά τμήματα άλλα και σε ολόκληρα νοσοκομεία (Klazinga, 2000; Shaw, 2000; Shaw, 2001; Bohigas και Heaton, 2000, Gotzamani και Tsiotras 2002; Lee και Palmer, 1999; Eggli και Halfon, 2003; Shaw, 2003).

Τα κριτήρια Baldrige έχουν αναπτυχθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες για την βελτίωση της ποιότητας στις διάφορες βιομηχανίες και αποτελούν βασική πηγή έμπνευσης του μοντέλου επιχειρηματικής αριστείας EFQM (Nabitz, 2000; Shaw, 2000). Το EFQM, το οποίο θα αναλυθεί στην πορεία εκτενέστερα, το χρησιμοποιούν στο χώρο της υγείας, οι οργανισμοί που αναζητούν τη συνεχή βελτίωση και το Βραβείο Επιχειρηματικής Αριστείας. Βασίζεται, δε, σε κριτήρια απόδοσης που έχουν σχέση με κλινικά αποτελέσματα, ικανοποίηση ασθενών, διοίκηση ανθρωπίνων πόρων, ηγεσία (Shaw, 2000; Klazinga, 2000; Heaton, 2000; Pun et al., 1999; Shaw, 2003).

Η Εξωτερική επιθεώρηση- εξωτερικός ομοτεχνειακός έλεγχος - external peer review είναι βασισμένη στο συλλογικά, προγράμματα για την αξιολόγηση και την παροχή επίσημης επικύρωσης σε επιμορφωτικά προγράμματα αλλά τώρα επίσης επεκτείνεται στην κλινική πιστοποίηση των υπηρεσιών (Klazinga, 2000; Shaw, 2000; Shaw, 2001; Weert, 2000; Shaw, 2003).

Η Διαπίστευση (Accreditation) αποτελεί την αρχή των αξιολογήσεων στα νοσοκομεία βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων. Αναπτύχθηκε το 1917 στις Ηνωμένες

Πολιτείες ως ένας μηχανισμός αναγνώρισης της κατάρτισης στις διεπιστημονικές αξιολογήσεις των λειτουργιών, των οργανώσεων, και των δικτύων υγειονομικής περίθαλψης (Klazinga, 2000; Bohigas, 2000; Ruiz, 1999; Shaw, 2003). Αυτές οι οργανώσεις έχουν εξαπλωθεί από τις δυτικές χώρες στη λατινική Αμερική, Αφρική, και το νοτιοανατολικό τμήμα Ασίας κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90 και πιο πρόσφατα στη Γαλλία, Ιταλία, και Σκωτία (Buetow, S and Wellingham, 2003; Shaw, 2000; Shaw, 2001).

2.4 Τρόποι εφαρμογής διοίκησης ολικής ποιότητας στο χειρουργείο

Ένας οργανισμός προκειμένου να εξασφαλίσει ότι διαθέτει τα χαρακτηριστικά της Διοίκησης Ολικής ποιότητας πρέπει να περιλαμβάνει συγκεκριμένες δραστηριότητες. Έτσι για να εφαρμοστεί στο χειρουργείο διοίκηση ολικής ποιότητας θα πρέπει:

A. Να εξασφαλιστεί ότι η παρουσία και συμμετοχή της διοίκησης είναι ορατή.

Σύμφωνα με την Jackson (2001) η συμμετοχή της ηγεσίας πρέπει να γίνεται "εμμονή" εάν η διοίκηση ολικής ποιότητας πρόκειται να επιτευχθεί. Επιπλέον, αυτή η συμμετοχή πρέπει να είναι ορατή διότι οι άνθρωποι του οργανισμού θα ανταποκριθούν καλύτερα αν δουν ότι οι ηγέτες εφαρμόζουν έμπρακτα τις ίδιες αρχές της διοίκησης ολικής ποιότητας που και οι ίδιοι αναμένεται να εφαρμόσουν.

B. Προώθηση του προγράμματος

Απαιτείται προγραμματισμός των δραστηριοτήτων από την ηγεσία του Νοσοκομείου.

Γ. Δέσμευση των τρεχόντων πόρων

Οι σημαντικότεροι πόροι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν εφαρμόζοντας την διοίκηση ολικής ποιότητας στην καθημερινή πρακτική είναι η ενέργεια, η δημιουργικότητα και ο χρόνος. Εντούτοις, η εμπειρία έχει δείξει ότι οι ανάγκες σε πληροφορίες είναι κυρίαρχες για την επιτυχία. Αντιθέτως με την δημοφιλή άποψη, η διοίκηση ολικής ποιότητας δεν απαιτεί πάντοτε πολλά χρήματα. Πράγματι, βέβαια το να γίνεται κάτι σωστά από την πρώτη φορά οδηγεί σαφέστατα στην καλύτερη διαχείριση των χρημάτων (Jackson, 2001).

Δ. Συντονισμός για την σωστή εισαγωγή των εργαλείων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.

Ο Wright (1997) παρατήρησε ότι οι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης τείνουν να θεωρήσουν ότι ελάχιστα μπορούν να μαθευτούν από άλλους τομείς, γεγονός που αποδεικνύει ότι δεν δέχονται εύκολα τη δυνατότητα εκμάθησης από άλλους οργανισμούς. Η Jackson (2000) παρατήρησε ένα παρόμοιο σενάριο κατά την εφαρμογή της του μοντέλου επιχειρηματικής υπεροχής EFQM σε έναν οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης. Είναι αναγκαίο, λοιπόν, να επισημανθεί ότι μια επιτυχής εφαρμογή μιας τέτοιας προσέγγισης συνδέεται με μια συγχρονισμένη εισαγωγή των εννοιών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Ovretveit, 1999).

Ε. Ενσωμάτωση των εργαλείων Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στον οργανισμό

Σύμφωνα με τον Ovretveit (1999) εάν δεν υπάρχει ενοποίηση ένας οργανισμός δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει τους πόρους του στο μέγιστο βαθμό και με την καλύτερη αποδοτικότητα. Έτσι λοιπόν όταν υπάρχουν ενοποιημένες δραστηριότητες που αντανακλούν τις επιθυμητές αξίες που πρέπει να έχει ένας οργανισμός επιτρέπουν στους ανθρώπους να συνεχίζουν μέσα σ' ένα κλίμα «άνεσης» και λαμβάνοντας, ταυτόχρονα, υπόψη τις νέες έννοιες και τους νέους τρόπους εργασίας. Έτσι οι συναντήσεις και οι ευκαιρίες κατάρτισης και ανάπτυξης μπορούν να εμπλουτίσουν και να υποστηρίξουν τη διαδικασία εφαρμογής διοίκησης ολικής ποιότητας (Dayton, 2003).

Στ. Παροχή καλής πληροφόρησης

Οι άνθρωποι που σχετίζονται με την εφαρμογή ενός προγράμματος διοίκησης ολικής ποιότητας είναι σημαντικό να παραμένουν ενήμεροι για την πρόοδο που επιτελείται. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η αντίσταση ως προς αυτό (Brannan, 1998) και παράγεται ένα αίσθημα συμμετοχής. Η καλή επικοινωνία πρέπει να είναι έγκαιρη, ακριβής, συνεπής και κατάλληλη. Κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται καλύτερα με τη χρησιμοποίηση ποικίλων μεθόδων που μπορεί να είναι λεκτικοί, γραπτοί, διάφορες τελετές για επιβράβευση, συνέδρια και άλλα ειδικά γεγονότα. Επιπλέον, αυτές οι μέθοδοι πρέπει να χρησιμοποιηθούν τακτικά για να εξασφαλίσουν τη μέγιστη επίδραση (Brannan, 1998; Jackson, 2001).

Ζ. Εξασφάλιση της συμμετοχής όλων

Στην προσπάθεια για την επίτευξη κουλτούρας σε έναν οργανισμό, ως ενδεικτικό της διοίκησης ολικής ποιότητας είναι η συμμετοχή όλων στην διαδικασία (Downey-Ennis et al, 2004). Ως εκ τούτου εξαρτάται από τους ηγέτες προγράμματος και τους διευθυντές οργάνωσης να εξασφαλίσουν τη συμβολή όλων σε αυτό το ποιοτικό ταξίδι.

Οι δραστηριότητες που υποστηρίζουν κάτι τέτοιο περιλαμβάνουν, αναγνώριση του προσωπικού, καλή επικοινωνία, κατάλληλα προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης, κοινοποίηση της επιτυχίας και ένα κατάλληλο σύστημα για την διασφάλιση της προόδου (Dayton, 2003). Παρόλα αυτά, κοινό τόπο αποτελεί το γεγονός ότι οι διαφορετικοί άνθρωποι μαθαίνουν με διαφορετικές ταχύτητες και συχνά χρειάζονται διαφορετικές ανάγκες για να κατανοήσουν την αξία της χρησιμοποίησης ενός εργαλείου διοίκησης ολικής ποιότητας (Jackson, 2001).

Η. Αναγνώριση του προσωπικού

Η αναγνώριση του προσωπικού είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας σε ένα πρόγραμμα εφαρμογής διοίκησης ολικής ποιότητας (Brannan, 1998) δεδομένου ότι αυτό είναι μια από τις κεντρικές αξίες του. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει διάφορα γεγονότα αναγνώρισης (επίσημα ή άτυπα), όπως τις τελετές επιβραβεύσεων και τα εργαλεία δημοσιοποίησης (Jackson, 2001).

Θ. Παροχή συνεχούς εκπαίδευσης και κατάρτισης

Η May (1998) αναφέρει ότι η εμπειρία έχει δείξει ότι καθένας που συμμετείχε σε προγράμματα διοίκησης ολικής ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη είχαν μια διαφορετική άποψη για αυτό που έκαναν και γιατί το έκαναν. Σύμφωνα με την Jackson, ο Crosby (1980) προτείνει ότι ένα πρόγραμμα εφαρμογής διοίκησης ολικής ποιότητας πρέπει να περιλαμβάνει τρεις μορφές εκπαίδευσης:

- προσανατολισμός στις έννοιες και τις διαδικασίες της ποιότητας,
- άμεση βελτίωση των ικανοτήτων και
- ένα συνεχής και επικεντρωμένη επικοινωνία της ιδέας της ποιότητας (Jackson, 2001).

Ο Wright (1997) υποστηρίζει αυτήν την προσέγγιση διότι μετά από παρατήρηση κατέληξε πως μερικοί επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να εφαρμόζαν επιμελώς κάποιο από τα εργαλεία της ποιότητας στην πραγματικότητα όμως δε γνώριζαν το γιατί. Επομένως η συνεχή εκπαίδευση και κατάρτιση αποτελεί κλειδί για την επιτυχημένη εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας (Jackson, 2001; McAdam και Bannister, 2001; Zairi και Thiagarajan, 1997).

Ι. Χρήση εργαλείων ποιότητας

Ενώ η διοίκηση ολικής ποιότητας είναι μια ολιστική έννοια, για την επιτυχία των χαρακτηριστικών της είναι απαιτούμενη η χρήση των γενικών ποιοτικών εργαλείων όπως τα διαγράμματα ανάλυσης Pareto, αιτίου και αιτιατού - cause and effect, η

χαρτογράφηση της διαδικασίας - process mapping, ο στατιστικός έλεγχος της διεργασίας και τα ιστογράμματα. Θα αναμενόταν ότι κάποιος ειδικός εξοικειώνεται με τη χρησιμοποίηση αυτών των εννοιών στην υγειονομική περίθαλψη και οι ευκαιρίες κατάρτισης και ανάπτυξης θα ευθυγραμμίζονταν αναλόγως (Jackson, 2001). Εντούτοις, η κοινή αίσθηση για την επίτευξη της συνεχούς βελτίωσης δεν πρέπει να είναι αγνοημένη, καθώς αυτή μπορεί συχνά να αποτελεί την καλύτερη, και αποτελεσματικότερη μέθοδο που εφαρμόζεται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η μελέτη περίπτωσης Χειρουργείων Ιδιωτικού Θεραπευτηρίου Πατρών

3.1 Εισαγωγή-Σκοπός

Η έννοια της ποιότητας στην υγεία μόλις τα τελευταία χρόνια έχει απασχολήσει το κράτος και στη σύναψη σχετικών νομοθεσιών για την συνεχή βελτίωσή του. Περιορισμένο ενδιαφέρον και μεμονωμένες προσπάθειες ορισμένων επαγγελματιών υγείας κατέστησαν την πολιτική αυτή αδύναμη να εφαρμοστεί.

Μία πρώτη συστηματική και οργανωμένη προσπάθεια διαφαίνεται στον Νόμο **N.2519/1997** όπου έχουμε την απόφαση ίδρυσης του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας. Έτσι με το πέρας των χρόνων και με την θέσπιση όλων και περισσότερων νόμων για την διασφάλιση και την ποιότητα της Υγείας, βλέπουμε ότι γίνεται μια προσπάθεια να ενισχυθεί ποικιλοτρόπως η αποτελεσματικότητα και η διασφάλιση ποιότητας των νοσοκομειακών μονάδων στην κάλυψη υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού.

Η εκπόνηση μιας τέτοιας μελέτης γίνεται σε ένα χώρο ιερό, σε ένα χώρο νοσοκομειακού περιβάλλοντος όπου οι ισορροπίες είναι λεπτές και η παροχή ποιοτικής υπηρεσίας υγείας και η διασφάλιση της ποιότητας παίζουν πρωταγωνιστικό ρόλο και είναι πολύ σημαντικές στην μελέτη τους. Ο χώρος αυτός είναι το χειρουργείο. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι, δεδομένης της ανυπαρξίας ανάλογων μελετών σε ανάλογους χώρους στην Υγειονομική Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας, να μας δώσει την δυνατότητα μιας πρώτης προσέγγισης στους κανονισμούς λειτουργίας Χειρουργείων Ιδιωτικού Θεραπευτηρίου της Δυτικής Ελλάδας. Διερευνάται η τήρηση των κανονισμών εύρυθμης λειτουργίας, η αποτελεσματικότητα από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας, η ικανοποίηση των χρηστών και η διασφάλιση ποιότητας. Έτσι μέσα από αυτή τη μελέτη θα δοθεί η δυνατότητα σύγκρισης και επισήμανσης μεθόδων για συνεχή βελτίωση της ποιότητας και καλύτερης ικανοποίησης των αναγκών των απαιτητικών χρηστών υπηρεσιών υγείας.

3.2 Περιγραφή του Θεραπευτηρίου και του Χειρουργείου

Το Ιδιωτικό Θεραπευτήριο, στο οποίο γίνεται η παρούσα μελέτη, αποτελεί δυναμική πορεία στο χώρο της υγείας από τα τέλη του 2003. Στόχος του είναι η παροχή επιστημονικής φροντίδας υγείας ανώτερης ποιότητας εστιάζοντας στην εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της πάθησης μέσω της αποθεραπείας και αποκατάστασής της. Είναι ένα πρότυπο ιδιωτικό θεραπευτήριο καθώς και το μοναδικό όχι μόνο στην περιοχή των Πατρών αλλά και σε όλη την Πελοπόννησο, Δυτική Ελλάδα, Ιόνιους Νήσους και Ήπειρο. Διαθέτει όλα τα τμήματα ειδικοτήτων παθολογικού και χειρουργικού τομέα αλλά και ένα υπερσύγχρονο κέντρο αποθεραπείας και αποκατάστασης. Η δυναμικότητα των κλινών ανέρχεται στις 200 κλίνες.

Το προσωπικό του χειρουργείου αποτελείται από ιατρούς όλων των ειδικοτήτων του χειρουργικού τομέα, νοσηλευτές όλων των βαθμίδων άρτια καταρτισμένους και εκπαιδευμένους έχοντας εμπειρία με την εξειδικευμένη γνώση που απαιτεί ο χώρος, τραυματιοφορείς, βιοϊατρικούς για την παρακολούθηση των ιατρικών μηχανημάτων και την σωστή λειτουργία τους, καθαριστές και γραμματειακή υποστήριξη.

Το ανθρώπινο δυναμικό του τμήματος αποτελούν 4 Τ.Ε. νοσηλευτές, 5 Δ.Ε. νοσηλευτές, 1 Μεταφορέας Ασθενών, 2 Υ.Ε. καθαριστές. Η αποστολή του χειρουργείου είναι η παροχή της καλύτερης δυνατής και σύγχρονης χειρουργικής φροντίδας στους ασθενείς που πρόκειται να χειρουργηθούν. Για την απόδοση σε μέγιστο βαθμό της φροντίδας και για την εξοικονόμηση χρόνου η ομάδα διακατέχεται από πλήρη συντονισμό ακρίβειας δράσης. Ομαδικότητα, δεξιότητες, επαγγελματική κατάρτιση, ανθρωπιά και ευαισθησία είναι από τις αρετές που χαρακτηρίζουν το δυναμικό προσωπικό, και που είναι αδύνατον οι αρετές αυτές να αντικατασταθούν από την καλπάζουσα μεν αλλά τόσο ψυχρή τεχνολογία.

Η προϊσταμένη του χειρουργείου έχει καθορίσει τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του τμήματος με τα πρωτόκολλα εργασίας ορίζοντας τον τρόπο λειτουργίας μέσα και έξω από τις αίθουσες του χειρουργείου όσον αφορά τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις, τον συντονισμό του νοσηλευτικού προσωπικού του χειρουργείου.

Το τμήμα των χειρουργείων απαρτίζεται από 6 χειρουργικές αίθουσες για την αντιμετώπιση όλων των ειδικοτήτων χειρουργικών επεμβάσεων, όπως επίσης και πλήρες αναισθησιολογικό τμήμα και κεντρική αποστείρωση. Οι 6 αυτόνομες αίθουσες

των χειρουργείων είναι κατασκευασμένες με τέτοιο τρόπο για ευκολότερη απολύμανση και αποστείρωση σύμφωνα με τα γενικότερα πλαίσια του Π.Ο.Υ. Οι αίθουσες αυτές διαθέτουν:

- Ανεξάρτητο κλιματισμό βάση διεθνών προτύπων με χρήση φίλτρων καθαρισμού αέρα
- Επιτηρητές τάσης
- Ειδικά αγωγή πεδία
- Χειρουργικές τράπεζες κ πλήρες ιατρομηχανολογικό εξοπλισμό
- Αναισθησιολογικά μηχανήματα και αναπνευστήρες

Το αναισθησιολογικό τμήμα προσφέρει σύγχρονες και ολοκληρωμένες ιατρικές υπηρεσίες στους τομείς της αναισθησίας σε όλων των χειρουργικών επεμβάσεων ανεξαρτήτως βαρύτητας, αναισθησία σε βαρέως πάσχοντες, μετεγχειρητική αναλγησία, μαιευτική αναλγησία και αναισθησία.

3.3 Μεθοδολογία και υλικό έρευνας

Για την έρευνα επιλέχθηκε το τμήμα του Χειρουργείου Ιδιωτικού Θεραπευτηρίου της Δυτικής Ελλάδας γιατί αποτελεί ένα πλήρες οργανωμένο και ολοκληρωμένο τμήμα χειρουργείου που μπορεί να αντιμετωπίσει οποιοδήποτε χειρουργικό περιστατικό. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε είναι αυτή της συνέντευξης.

Επιλέχτηκε προσωπικό για τον καθορισμό του δείγματος που εργάζεται στην κλινική αυτή, όχι μόνο νοσηλευτικό, αλλά και άλλων ειδικοτήτων που έχουν άμεση και έμμεση σχέση και συνεργασία με το Χειρουργείο. Αντλήσαμε πληροφορίες και δεδομένα μέσα από την ανάλυση του λόγου επιλεγμένων αλλά χαρακτηριστικών περιπτώσεων. Μέσα από την συνέντευξη αποτυπώνονται οι σκέψεις, οι στάσεις και οι απόψεις των ερωτηθέντων μέσα από ανοιχτή και ελεύθερη επικοινωνία. Επίσης δόθηκαν και ευκαιρίες για επιπλέον ερωτήσεις και εμβάθυνσης της συζήτησης. (Ιωσηφίδης-Σπυριδάκης,2006)

Το αντιπροσωπευτικό δείγμα που επιλέχθηκε αποτελείται από τον προϊστάμενο του αναισθησιολογικού, δύο νοσηλευτές χειρουργείου, την προϊσταμένη του χειρουργείου, τον υπεύθυνο του τμήματος της αποστείρωσης, την Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Θεραπευτηρίου, τον υπεύθυνο του τμήματος της Βιοϊατρικής υπηρεσίας, έναν υπάλληλο του γραφείου προμηθειών και έναν υπάλληλο από το τμήμα της καθαριότητας. Αυτό ήταν το δείγμα που στάθηκε δυνατόν να προσδιοριστεί και δεν οδηγηθήκαμε σε πληροφοριακό κορεσμό, δηλαδή να οδηγηθούμε μέσα από τις συνεντεύξεις σε ίδια ή παρόμοια αποτελέσματα. Βέβαια δεν έλειψαν και κάποια προβλήματα και αντίξοες συνθήκες. Κατά την επιλογή του δείγματος ορισμένοι αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην συνέντευξη φοβούμενοι δημοσιοποίησης των στοιχείων τους και των απαντήσεων τους παρόλο που τους δόθηκαν εγγυήσεις για μη δημοσιοποίηση τους. Επίσης υπάλληλος δεν εμφανίσθηκε στην προγραμματισμένη συνέντευξη επικαλούμενος λόγους ασθενείας.

Το διάστημα που πραγματοποιήθηκε η ερευνητική διαδικασία μέσω των συνεντεύξεων διήρκεσε από τις 8/4/13 μέχρι τις 31/5/13. Υπήρξε προθυμία προσέγγισης των ερωτηθέντων αφού έγινε στους χώρους εργασίας τους στο συγκεκριμένο Θεραπευτήριο και πραγματοποιήθηκε ύστερα από τηλεφωνική και διαπροσωπική συνεννόηση. Κατά την διάρκεια της συνέντευξης δόθηκαν εγγυήσεις για την τήρηση και την διασφάλιση της ανωνυμίας τους, εξηγήθηκε το πόσο σημαντική είναι συμμετοχή τους και ο σκοπός για τον οποίο γίνεται αυτή η έρευνα. Δημιουργήθηκε κλίμα εμπιστοσύνης και οι ερωτηθέντες είχαν θετική στάση απέναντι στη μελέτη αυτή. Για τον σκοπό αυτό της έρευνας τέθηκαν κάποιοι άξονες που διερεύνησαν την ικανοποίηση του προσωπικού, την αποτελεσματικότητα των παροχών υπηρεσιών υγείας, την διασφάλιση της ποιότητας και ποιότητα στον τρόπο διοίκησης του Ιδιωτικού Θεραπευτηρίου.

3.4 Διασφάλιση ποιότητας Χειρουργείου-Ανάλυση αποτελεσμάτων

Το τμήμα του χειρουργείου του Ιδιωτικού Θεραπευτηρίου είναι ένα σύγχρονο περιβάλλον όπου η διασφάλιση της ποιότητας αποτελεί σημαντικό σκοπό της

επιχείρησης, μας ενημερώνει η Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Το άσηπτο περιβάλλον του χειρουργείου, η ασφάλεια ασθενών, η διασφάλιση της υψηλής ποιότητας παροχής χειρουργικών υπηρεσιών, η βελτίωση της επιχειρησιακής ικανότητας του ανθρώπινου δυναμικού συνυπάρχουν μέσα σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα με αρθρωτή δομή, ασφαλείς εγκαταστάσεις και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, ανθρωποκεντρικό σχεδιασμό (ασθενείς και προσωπικό), βελτιωμένο εργονομικό σχεδιασμό σε συνδυασμό με τη βέλτιστη αλληλεπίδραση ανθρώπινου δυναμικού και βιοϊατρικής τεχνολογίας και εκμετάλλευσης του ολοκληρωμένου πληροφορικού συστήματος υγείας.

Όσον αφορά στο θέμα διοίκησης, η Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας τόνισε πως πραγματοποιείται συνεχής έλεγχος της ποιότητας ώστε να εξυπηρετείται η διασφάλισή της. Αυτό επιτυγχάνεται με νοσηλευτικά πρότυπα τεχνικής για την κατάλληλη φροντίδα του αρρώστου. Υπάρχει οδηγός πολιτικής της επιχείρησης που εφαρμόζεται σε όλο το προσωπικό όπως επίσης και εγχειρίδιο ασφαλείας που υποχρεώνουν τους εργοδότες και τους εργαζομένους να λαμβάνουν τα κατάλληλα μέτρα ασφαλείας ώστε έτσι να προληφθούν τα εργατικά ατυχήματα, οι επαγγελματικές ασθένειες, να προστατευθεί η υγεία του ανθρώπινου δυναμικού και να αποφευχθεί η δημιουργία επικίνδυνων καταστάσεων. Σε αντίθεση με την άποψη αυτή ο Χ.Χ. πληροφοριοδότης, νοσηλευτής του χειρουργείου, αναφέρει πως ουδέποτε στα 6 χρόνια απασχόλησης του δεν του έγινε ενημέρωση σχετικά με την πρόληψη ή την προστασία του ίδιου ή των ασθενών σε θέματα διασφάλισης ποιότητας. Την ίδια σχεδόν απάντηση είχαμε και από τον Π.Γ ερωτώμενο νοσηλευτή ο οποίος μας τόνισε πως όσον αφορά τα θέματα ασφαλείας θεωρεί πως είναι κάτι που αποκτιέται με την εμπειρία μέσα από τους χώρους του Χειρουργείου. Επίσης στο χώρο του Χειρουργείου υπάρχει εγχειρίδιο με την πολιτική του που αφορά την ομαλή λειτουργία του και την διοίκηση του. Όπως επίσης και το πώς αναπτύσσονται οι διαδικασίες που αφορούν την άμεση φροντίδα υγείας αλλά και υποστηρικτικές διαδικασίες υποστηρίζει η Προϊσταμένη του Χειρουργείου. Τις πολιτικές αυτές η Προϊσταμένη του Χειρουργείου προσπαθεί και τις εφαρμόζει όπως μας επιβεβαιώνουν και οι νοσηλευτές του Χειρουργείου αλλά και ο υπεύθυνος του Αναισθησιολογικού τμήματος. Ο Ε.Δ. θεωρεί πως εξαιτίας της οικονομικής κρίσης που έχει επηρεάσει στις μέρες μας όλους τους επαγγελματίες υγείας αλλά και τους χρήστες υπηρεσιών υγείας ο τρόπος λειτουργίας μέσα και έξω από

τις αίθουσες του χειρουργείου όσον αφορά τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις και ο συντονισμός του νοσηλευτικού προσωπικού κάποιες φορές υποβαθμίζεται. Το χειρουργείο είναι ένα δυναμικό περιβάλλον υγείας το οποίο μπορεί να αποτελέσει πεδίο εκδήλωσης συγκρούσεων λόγω συνύπαρξης και λειτουργικής αλληλεξάρτησης πολλών επαγγελματιών υγείας, συνεχίζει ο Ε.Δ. Οι συγκρούσεις αυτές μπορούν να αποφέρουν όχι μόνο αρνητικές αλλά και θετικές συνέπειες. Και οι τρεις πληροφοριοδότες νοσηλευτές επισημαίνουν πως οι συγκρούσεις μπορεί να έχουν –και συνήθως έχουν– μια άμεση δημιουργία αρνητικού κλίματος στο τμήμα του Χειρουργείου το οποίο μπορεί να έχει αντίκτυπο στο επίπεδο της παρεχόμενης προς τον ασθενή παροχή φροντίδα υγείας και διασφάλιση ποιότητας. Η προϊσταμένη του Χειρουργείου αναφέρει πως συμβάλει στην αντιμετώπιση των συγκρούσεων ενθαρρύνοντας την συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων πλευρών αλλά κυρίως προλαμβάνοντας την εκδήλωσή τους. Οι εργαζόμενοι συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, αναδεικνύουν προβλήματα και συμμετέχουν στην επίλυση τους, αυξάνουν την δημιουργικότητά τους και τον ανταγωνισμό τους, αποτρέπουν την αδράνεια και τη στασιμότητα και τέλος οι εργαζόμενοι αναπτύσσουν μηχανισμούς αντιμετώπισης των συγκρούσεων. Επειδή ο χώρος του Χειρουργείου είναι ένα κλειστό τμήμα αποκομμένο θα λέγαμε από τα υπόλοιπα τμήματα η Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας μας αναφέρει πως γνωρίζει για την κατάσταση που συνήθως επικρατεί στο χώρο του Χειρουργείου και προσπαθεί να είναι από κοντά στις εξελίξεις και σε συνεργασία και επικοινωνία με τον προϊσταμένη και με το προσωπικό. Θεωρεί πως μέσα από τη συνεχή εκπαίδευση και την άρτια συνεργασία για την προαγωγή και προσφορά της ποιότητας της υγείας οι αρνητικές επιπτώσεις των συγκρούσεων περιορίζονται και αξιοποιούνται οι θετικές επιπτώσεις. Τονίζει επίσης πως μέσω της διοίκησης ωθεί με σεμινάρια, εκπαιδευτικά προγράμματα και παροτρύνσεις το προσωπικό και ιδιαίτερα αυτό του χώρου του χειρουργείου να εκπαιδεύεται εξαιτίας της διαρκούς ανάγκης για συνεχόμενη προσαρμογή στις αυξανόμενες ανάγκες της ζωής. Στο σημείο αυτό ο Ε.Δ. υπεύθυνος του αναισθησιολογικού και ο Χ.Κ νοσηλευτής του χειρουργείου, συμφώνησαν στο ότι καταβάλλονται προσπάθειες από τη διοίκηση και επισήμαναν το πόσο τους έχει εποφελίσει η παρακολούθηση τέτοιων δραστηριοτήτων στην επαγγελματική τους κατάρτιση αλλά και στην προσωπική τους ζωή.

Όσον αφορά τον χώρο του Χειρουργείου και την λειτουργία του, η Προϊσταμένη αναφέρει πως έχει εκπαιδεύσει το προσωπικό όσον αφορά στην απολύμανση, αποστείρωση, ασηψία και αντισηψία. Έχει υποδείξει στο προσωπικό του τμήματος καθαριότητας την σημασία που έχει η απολύμανση όλων των χώρων του Χειρουργείου. Από το τμήμα καθαριότητας η Θ.Α υπάλληλος ερωτώμενη ανέφερε πως για την προστασία των ασθενών και των εργαζομένων γίνεται καταγραφή πρακτικών απολύμανσης στα χειρουργεία. Κύριο μέλημα είναι να διατηρείται το μικροβιακό υπόστρωμα στο ελάχιστο δυνατό επίπεδο. Όλοι οι πληροφορητές γνωστοποίησαν πως εφαρμόζονται οι διεθνείς προτεινόμενες αρχές απολύμανσης και καθαρισμού των αιθουσών. Συμφώνησαν στην ύπαρξη αυτόνομων σηπτικών και άσηπτων χειρουργικών αιθουσών, στην απολύμανση πριν, μεταξύ και με το πέρας των χειρουργικών επεμβάσεων, στην γενική καθαριότητα ανά τακτά χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της εβδομάδας και στον μικροβιακό έλεγχο. Σε αυτό το ζήτημα η Διευθύντρια της νοσηλευτικής Υπηρεσίας αλλά και η Προϊσταμένη του Χειρουργείου μας γνωστοποιείσαι πως ουδέποτε έχει αναφερθεί περιστατικό λοίμωξης ασθενή ή μόλυνσης τραύματος χειρουργημένου ασθενή μέσα από το χώρο του χειρουργείου. Πράγμα που δείχνει μας τονίζει η Προϊσταμένη του χειρουργείου την διασφάλιση της ποιότητας και την ικανοποίηση από την αποτελεσματικότητα.

Ο υπεύθυνος της αποστείρωσης Γ.Μ ανέφερε όσον αφορά στην λειτουργία του τμήματος της αποστείρωσης και στην αποτελεσματικότητα του πως σκοπός είναι η διάθεση αποστειρωμένων υλικών, με απόλυτη ευθύνη και έγκαιρα για όλο το Θεραπευτήριο. Όλα τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τις χειρουργικές επεμβάσεις όπως επίσης και όλος ο ιατροτεχνολογικός μηχανισμός είναι αρχειοθετημένα κ σε εικονική μορφή έτσι ώστε να είναι καλύτερα στην κατανόηση από τους νοσηλευτές αλλά και στην καλύτερη ταξινόμησή τους. Η αποστείρωση των εργαλείων και του αναλώσιμου υλικού (γάζες-ιματισμός) γίνεται στη ζώνη αποστείρωσης όπου υπάρχουν δύο κλίβανοι ατμού, ένας κλίβανος φορμαλδεΐδης και πλάσματος. Όμως λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας και συνεχούς λειτουργίας των κλιβάνων ο Γ.Μ ανέφερε πως κάποιες φορές κλίβανοι έχουν τεθεί εκτός λειτουργίας καθιστώντας δύσκολη την ροή λειτουργίας του τμήματος. Αυτό έχει ως αντίκτυπο στην λειτουργία του Χειρουργείου και όπως αναφέρει ο Π.Γ νοσηλευτής χειρουργείου δεν έχουν απουσιάσει πολλές φορές συγκρούσεις μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών στο θέμα αυτό,

δηλαδή στη μη έγκαιρη αποστείρωση και ετοιμασία των εργαλείων στην προγραμματισμένη ώρα του κάθε χειρουργείου. Ο υπεύθυνος της αποστείρωσης μας απάντησε πως είναι σε καθημερινή επαφή με το τμήμα της Βιοϊατρικής για την αντιμετώπιση τέτοιων προβλημάτων. Αυτό έρχεται να επιβεβαιώσει ο Δ.Δ. υπάλληλος του Βιοϊατρικού τμήματος αναφέροντας πως σε καθημερινή βάση πραγματοποιείται συνεχής έλεγχος ώστε να εξυπηρετείται η διασφάλισή της ποιότητας των μηχανημάτων. Είναι υπεύθυνοι, αναφέρει, για την τήρηση και την χρήση των συμφωνητικών που έχουν υπογραφεί μεταξύ Θεραπευτηρίου και εταιριών χορήγησης ιατρο-τεχνολογικού εξοπλισμού. Μαζί με τις εταιρίες προβαίνουν σε τακτικούς ελέγχους συντήρησης και διόρθωσης όλων των μηχανημάτων που βρίσκονται στους χώρους του Χειρουργείου και της Αποστείρωσης. Τρεις υπηρεσίες, η ιατρική, η νοσηλευτική και η βιοϊατρική συνεργάζονται με εξειδικευμένα στελέχη για τη σύνταξη τεχνικών προδιαγραφών, την αξιολόγηση και την επιλογή υλικών, μηχανημάτων, εξοπλισμού και εργαλείων για την διασφάλιση της ποιότητας. Συντάσσεται επιτροπή που διενεργεί διαγωνισμούς και επιλέγονται εταιρίες που πληρούν κατά πλειοψηφία τους όρους της διακήρυξης των προδιαγραφών και πιστοποιητικά iso. Έτσι αφού λαμβάνεται πάντα υπόψη το κόστος διασφαλίζεται σε μεγάλο βαθμό οι ποιότητα που παρέχεται στο χειρουργείο.

Όπως προαναφέρθηκε, η ολική ποιότητα είναι ένα ολοκληρωμένο σύστημα που με τη συμμετοχή όλου του εργατικού δυναμικού έχει σαν στόχο να προάγει, να διατηρήσει και να βελτιώσει το επίπεδο ποιότητας των παραγόμενων αγαθών ή προσφερόμενων υπηρεσιών οργανισμού ώστε να επιτευχθεί η μέγιστη ικανοποίηση τόσο των εσωτερικών όσο και των εξωτερικών πελατών. Όμοιο στόχο έχει θέσει και το Θεραπευτήριο, στο οποίο γίνεται η μελέτη αυτή, μας διαβεβαιώνει η Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, προκειμένου το επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρονται να αυξάνεται διαρκώς και να επιτυγχάνεται πλήρης ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών αυτών. Η διοίκηση δεσμεύεται, συμμετέχει ενεργά στους στόχους, παρακινεί τους εργαζομένους και τους επιβραβεύει. Επίσης καταφέρει να επιτευχθεί ο θεμελιώδης στόχος της Ολικής ποιότητας που είναι η ικανοποίηση του καταναλωτή-χρήστη υπηρεσιών υγείας. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι κάτι που απασχολεί τους επαγγελματίες υγείας αλλά και τους χρήστες των υπηρεσιών αυτών. Άλλωστε αυτό επιβεβαιώνεται και από το μεγάλο αριθμό εισαγωγών για χειρουργική επέμβαση αφού η απαίτηση για ποιότητα αλλά και η διεκδίκησή της,

όσο και η προσφορά της αναδεικνύεται σε σπουδαίο θέμα παρόλο που είναι περιορισμένη γεωγραφικά και διαφορετική ανάμεσα στα διαφορετικά στρώματα πολιτών της επαρχίας, συνεχίζει ερωτώμενη η Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας όσον αφορά στη Διοίκηση και στην αποτελεσματικότητα της διασφάλισης της ποιότητας. Στο ζήτημα αυτό όμως οι νοσηλευτές του Χειρουργείου ερωτώμενοι για την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της διοίκησης άφησαν να εκφραστούν κάποια προβλήματα. Ο Χ.Χ νοσηλευτής Χειρουργείου εξέφρασε την μείωση προσωπικού σαν ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που απασχολούν το προσωπικό καθώς λόγω οικονομικής κρίσης έχουν γίνει και οι ανάλογες περικοπές. Το ίδιο πρόβλημα απασχολεί και τους Ε.Δ και Π.Γ αφού θεωρούν πως λόγω έλλειψης προσωπικού ο φόρτος εργασίας έχει αυξηθεί και η κούραση είναι συχνό φαινόμενο. Επίσης ο Π.Γ συνεχίζει πως ο χαμηλός μισθός λόγω της οικονομικής κρίσης και η μη αναγνώριση του επαγγέλματος δρουν ανασταλτικά στο εργασιακό περιβάλλον και στην αποτελεσματικότητα της ποιότητας. Ίδια απάντηση πήραμε και από τον Ε.Δ υπεύθυνο αναισθησιολογικού τμήματος, ο οποίος ανέφερε πως στα χειρουργεία επιτελείται σπουδαίο έργο που όμως η ποσότητα και η ποιότητα αυτού δεν συμβαδίζει με την ανταπόδοση σε αυτούς που το παρέχουν. Τα προβλήματα αυτά συναντιούνται όμως και σε άλλες υπηρεσίες στο θεραπευτήριο αυτό όπως μας επισήμανε η Θ.Α υπάλληλος καθαριότητας, χωρίς όμως θέλοντας να δώσει περισσότερες διευκρινήσεις .

Η ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας δεν έρχεται σε αντίθεση με την ισχύουσα νομοθεσία ή τις επικρατούσες στην κοινωνία αντιλήψεις περί ηθικής. Επίσης χαρακτηρίζεται από αποτελεσματικότητα και δεν οδηγείται σε σπατάλη πολύτιμων πόρων, ανθρώπινων και υλικών. Για τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας η Προϊσταμένη του Χειρουργείου μας απέδειξε με καταγεγραμμένα στοιχεία μέτρησης της ποιότητας που αφορούν την θνησιμότητα, την εμφάνιση ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, την απρογραμμάτιστη εισαγωγή ασθενών σε χειρουργείο έπειτα από επιπλοκές ή σφάλματα και εργατικά ατυχήματα. Σπάνια εντοπίζονται τα διαφαινόμενα προβλήματα και επιλύονται κάτι που προϋποθέτει η φιλοσοφία των μηδέν λαθών.

Η Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και η Προϊσταμένη των Χειρουργείων, όσον αφορά το σχεδιασμό που γίνεται στο πλαίσιο της διασφάλισης ποιότητας, μας ανέφεραν πως παρέχεται η δυνατότητα κατανομής και αξιοποίησης των διαθέσιμων

πόρων, παράλληλα με την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της προόδου σε σχέση με προκαθορισμένους στόχους. Επί πλέον, με την καταγραφή των διαδικασιών περιορίζονται οι διακυμάνσεις, γίνονται προβλέψιμα τα αποτελέσματα και μπορούν να αναδειχθούν σημεία που χρειάζονται βελτίωση. Συνεπώς, είναι απαραίτητη η χρήση εργαλείων, μας τόνισαν, για την διασφάλιση της ποιότητας και την ανάγκη για διαρκούς βελτίωσης της ποιότητας αυτής. Τα εργαλεία αυτά αναφέρονται στη σωματική υγεία ψυχολογική κατάσταση επίπεδο ανεξαρτησίας κοινωνικές σχέσεις προσωπικές πεποιθήσεις και πνευματικά ενδιαφέροντα και περιβάλλον. Η Προϊσταμένη του Χειρουργείου παρουσίασε τα διαγράμματα ροής από τα πιο χρήσιμα εργαλεία που εφαρμόζονται στα Χειρουργεία. Χαρακτηρίζονται ως μία από τις πιο χρονοβόρες μεθόδους γιατί οι πληροφορίες που μπορούν να απορροφήσουν είναι πολλές. Όμως όσο πιο πολλές πληροφορίες τόσο πιο επιθυμητά αποτελέσματα στον εντοπισμό του προβλήματος, στην επίλυση του έτσι ώστε να επιτευχθεί η βελτίωση της ποιότητας της υγείας. Αυτή η διαγραμματική παρουσίαση μπορεί να δώσει λύση βήμα προς βήμα σε ένα γνωστό πρόβλημα μας γνωστοποίησε και ο Ε.Δ., υπεύθυνος του αναισθησιολογικού τμήματος. Επίσης με την ανάλυση Pareto δεν επικεντρώνονται σε όλες τις αιτίες ενός προβλήματος, αλλά μόνο στις πιο σημαντικές. Γίνεται εύρεση όλων των αιτιών του προβλήματος, μετατροπή των μετρήσιμων μεγεθών σε ποσοστά επί του συνόλου των αιτιών και εφαρμογή τους στην ανάλυση Pareto. Τέλος γίνεται χρήση και ιστογραμμάτων αλλά και διαγραμμάτων αιτίας και αποτελέσματος τα οποία βοηθούν βοηθήσει στην κατηγοριοποίηση των πιθανών αιτιών ενός προβλήματος σε τακτοποιημένη μορφή και να ανακαλύψει τις ρίζες του προβλήματος

Όλα τα αποτελέσματα συγκεντρώνονται, ποσοτικοποιούνται και με τη βοήθεια δεικτών βελτιώνουν την ποιότητας παροχής και διασφάλισης της υγείας μέσα από την ανάδειξη πλεονεκτημάτων και αδυναμιών του τμήματος. Οι δείκτες αυτοί είναι εργαλεία που δίνουν μια εικόνα για τη λειτουργία του Χειρουργείου και είναι χρήσιμοι για τη σύγκριση τόσο μεταξύ τμημάτων όσο και σε σχέση με προκαθορισμένα πρότυπα λειτουργίας αλλά και με άλλες Νοσοκομειακές Μονάδες. Για πιο εύκολη εφαρμογή τους οι δείκτες αυτοί μπορούν να διακριθούν σε 3 κατηγορίες:

Δείκτες Δομής (εγκαταστάσεις και στελέχωση) : όπου εδώ συναντούμε τις εγκαταστάσεις την λειτουργικότητα τους, προσβασιμότητα και ασφάλεια που

παρέχουν, προδιαγραφές και επάρκεια ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, επάρκεια προσωπικού, συνεχιζόμενη εκπαίδευση και εξειδίκευση.

Δείκτες Διαδικασιών : οτιδήποτε αφορά τον ιατρικό φάκελο του ασθενή και κατά πόσο πλήρης είναι, αριθμός ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργείο, εφαρμογή επίσημου προγράμματος διασφάλισης ποιότητας.

Δείκτες αποτελέσματος : αφορούν την ποιότητα ζωής των ασθενών, την ικανοποίησή τους από την παρεχόμενη ποιότητα φροντίδας υγείας, ποσοστά ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και εργασιακών ατυχημάτων και δυσλειτουργιών.

Οι νοσηλευτές του Χειρουργείου Χ.Κ και Π.Γ μας ανέφεραν πως είναι αρκετά εξοικειωμένοι με τις στατιστικές μεθόδους και τα περισσότερα τμήματα συμμετέχουν σε κλινικές μελέτες για την διασφάλιση της ποιότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Συμπεράσματα-Συζήτηση

Το χειρουργείο αποτελεί ένα από τα πιο δυναμικά και απαιτητικά τμήματα του νοσοκομείου. Είναι χώρος εξαιρετικά αγχώδης, στελεχωμένος με προσωπικό που πρέπει να διαθέτει ιδιαίτερες γνώσεις και δεξιότητες προκειμένου να ανταποκριθεί στις καθημερινές προκλήσεις. Η τήρηση συστημάτων και πρωτοκόλλων διασφάλισης ποιότητας καθώς και αντίστοιχων κριτηρίων δεικτών αποτελεί καθοριστική παράμετρο για την αποτελεσματική, ασφαλή και ποιοτική λειτουργία τους.

Μετά την σύνταξη και εφαρμογή της «Surgical Safety Check List» του Π.Ο.Υ., έρευνα που διεξήχθη από τον ίδιο τον Π.Ο.Υ. έδειξε ότι η χρήση της οδήγησε σε μείωση του ποσοστού του θανάτου από 1,5% σε 0,8% και σε μείωση των ενδοχειρουργικών επιπλοκών (όπως λάθος σημείο, λάθος ασθενής, λάθος χειρουργική επέμβαση) από 11% σε 7%. (Λιαχοπούλου, 2011; Leinonen et al, 2001).

Στην Αγγλία τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήγαγαν οι McDonald et al (2004) έδειξαν ότι η γνώση και η προσκόλληση σε κλινικά πρωτόκολλα και λίστες ελέγχου είναι απαραίτητη για τη διασφάλιση της ποιοτικής φροντίδας του ασθενούς στο χειρουργείο.

Στην Ελλάδα οι εστιασμένες έρευνες στο θέμα της διασφάλισης ποιότητας στο χειρουργείο είναι ελάχιστες. Το 2012 δημοσιεύθηκε οι έρευνα των Καραθανάση και λοιπών που διερεύνησαν την εφαρμογή κριτηρίων ποιότητας στο χειρουργείο. Τα αποτελέσματα της έρευνάς τους έδειξαν ότι η χρήση των ελέγχων ποιότητας (λίστες ελέγχου, ερωτηματολόγια ικανοποίησης κ.ά.) στα ελληνικά νοσοκομεία είναι ακόμα στα «σπάργανα». Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν 153 νοσηλευτές χειρουργείου. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ολιγωρία των Ελλήνων νοσηλευτών και προϊσταμένων όχι μόνο στην εφαρμογή αλλά και στη γνώση πρωτοκόλλων ποιότητας που η χρήση τους αποτελεί εγγύηση για την ασφάλεια των ασθενών.

Συγκεκριμένα διαπιστώθηκε ένα τεράστιο κενό που υπάρχει στον έλεγχο ποιότητας αφού τα ελληνικά χειρουργεία δεν χρησιμοποιούν πρωτόκολλα ελέγχου και καταγραφής κριτηρίων ποιότητας και δεν εκτιμάται από τον ασθενή η ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται, αποδεικνύοντας ότι δεν αποτελεί ελληνική τακτική ο ποιοτικός έλεγχος της παρεχόμενης χειρουργικής φροντίδας. Επιπλέον, οι Έλληνες επαγγελματίες υγείας συμπεριφέρονται σα να μην έχουν την ανάγκη να ερευνήσουν τη γνώμη των ασθενών τους για το πόσο καλά επιτελούν το έργο τους.

Στην Ελλάδα η εφαρμογή προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας δεν είναι επαρκώς ανεπτυγμένη αν και έχουν γίνει προσπάθειες για μία οργανωμένη υλοποίηση πρακτικών, ειδικά μέσα από τις απαιτήσεις χρηματοδότησης που ορίζει το ΕΣΠΑ. Είναι ενδεικτικό ότι μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '90 οι αναφορές για ύπαρξη τέτοιων προγραμμάτων στην υγεία ήταν περιστασιακές και σε πρωτοβουλιακό επίπεδο από τους επαγγελματίες υγείας και όχι από τις διοικήσεις των νοσοκομείων ή κεντρικά από το αρμόδιο Υπουργείο (Theodorakioglou & Tsitras, 2000).

Επίσης, δεν υπάρχουν τυποποιημένες πηγές αναφοράς για τις διάφορες επαγγελματικές ομάδες, τις διαδικασίες και διεργασίες, τις τεχνικές και τις πολιτικές στο χώρο του χειρουργείου, ούτε για τη διαχείριση των εργαλείων και των υλικών, τον προσανατολισμό στο περιβάλλον του χειρουργείου και τις κάρτες επιθυμιών χειρουργών. Αποσπασματικά, σε κάποια χειρουργεία αναπτύσσεται μια μορφή «τυποποίησης» σε μερικούς από τους παραπάνω τομείς (Δούσης, 2006).

Στα χειρουργεία που λειτουργούν στην Ελλάδα υπάρχει ο Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας. Πρόκειται για κανονισμό που συντάσσεται συνήθως από τη Συντονιστική Επιτροπή Χειρουργείου και περιέχει τα εξής (Παπαδάκης, 1977):

- *Διοικητικές διατάξεις*: Μέτρα ασφάλειας ασθενών και προσωπικού.
- *Διατάξεις και οδηγίες ιατρικού προσωπικού*: Συγκατάθεση ασθενούς για χειρουργική επέμβαση ή εξέταση, τρόπος και κανονισμός προμήθειας αίματος προεγχειρητικά, καθήκοντα βοηθών ιατρών, κανονισμός καταμέτρησης γαζών, διατήρηση στοιχείων επέμβασης, παρακολούθηση μετεγχειρητικών λοιμώξεων, κατανομή χειρουργικών αιθουσών ανά ειδικότητα, διαχείριση και αντιμετώπιση επειγουσών επεμβάσεων, κανονισμός για εργαλεία ιδιωτικής χρήσης.
- *Διατάξεις νοσηλευτικής διοίκησης*: Διαχείριση - καταγραφή και έλεγχος ναρκωτικών φαρμάκων, διαχείριση υλικών και εξοπλισμού, προγράμματα εργασίας και

αναφορές ατυχημάτων, κανονισμός για την ασφαλή μεταφορά ασθενών από και προς το χειρουργείο.

– *Ειδικές διατάξεις και κανονισμοί χειρουργείου*: Πρόγραμμα επεμβάσεων, ενδυμασία χειρουργείου, διαχείριση ιστολογικών παρασκευασμάτων, διαδικασία μεταφοράς και χρήσης ραδιενεργών υλικών, κανονισμοί ασηψίας, διαχείριση θανάτου στο χειρουργείο, θρησκευτικά καθήκοντα, υπηρεσία «σε επιφυλακή», υπερωριακή εργασία, περιγραφή καθηκόντων για κάθε άτομο του προσωπικού του χειρουργείου, εγχειρίδιο τεχνικής χειρουργείου, κάρτες επιθυμιών χειρουργών.

Η παρούσα έρευνα μελέτησε τον τρόπο λειτουργία του τμήματος των Χειρουργείων Ιδιωτικού Θεραπευτηρίου των Πατρών και συγκεκριμένα εξέτασε την ύπαρξη και εφαρμογή κανονισμών λειτουργίας, πρωτοκόλλων και κριτηρίων-δεικτών που καθορίζουν την ποιοτική παροχή φροντίδας στα χειρουργεία.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κλινική εφαρμόζει προγράμματα διασφάλισης ποιότητας, υπάρχει όμως περιθώριο για διεύρυνση του αντικειμένου τους. Ανέδειξε τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών και φροντίδων και διασφάλισης της ποιότητας που παρέχονται από το Χειρουργείο του Ιδιωτικού Θεραπευτηρίου και για τα οποία το προσωπικό και οι ασθενείς αισθάνονται ικανοποιημένοι. Ταυτόχρονα, ανέδειξε και σημαντικά στοιχεία και πτυχές των υπηρεσιών όπου δεν υπάρχει ικανοποίηση. Θα πρέπει να δοθεί στα θέματα αυτά ιδιαίτερο βάρος και προσοχή, ώστε να μελετηθούν και να υλοποιηθούν άμεσα τρόποι βελτίωσης της ικανοποίησης και της διασφάλισης της ποιότητας. Το προσωπικό είναι λίγο δυσαρεστημένο από το επάγγελμα και τον τρόπο διοίκησης του συστήματος υγείας. Είναι αναγκαία η εφαρμογή ενός διοικητικού συστήματος παροχής υπηρεσιών που να προσφέρει ανατροφοδότηση, υποκίνηση, συναίσθημα ικανοποίησης, συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, μέγιστη αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού και συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση και κατάρτιση ώστε οι επαγγελματίες υγείας να βιώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση και διασφάλιση ποιότητας και να παρέχουν υψηλότερης ποιότητας ιατρο-νοσηλευτική φροντίδα. Η διασφάλιση της ποιότητας συνεπάγεται πολλά και σημαντικά οφέλη για όλους όσους εμπλέκονται στο σύστημα υγείας. Είναι ο καλύτερος τρόπος επένδυσης για την εξάλειψη του κόστους που προκαλεί η κακή παροχή υπηρεσιών υγείας.

Ολοκληρώνοντας πρέπει να επισημανθεί το κενό που υπάρχει στην έρευνα στην Ελλάδα για το χώρο των χειρουργείων. Η χώρα μας, λόγω της οικονομικής κρίσης, έχει

πολύ δρόμο ακόμα να διανύσει μέχρις ότου το νέο θεσμικό πλαίσιο επεκταθεί και τεθεί σε πλήρη εφαρμογή, ενεργώντας δημιουργικά βασιζόμενο στην αναζήτηση και εκμετάλλευση ευκαιριών για διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας υγείας. Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία προσπάθησε να παρουσιάσει την κατάσταση που επικρατεί στον ιδιωτικό τομέα, όσον αφορά τη διασφάλιση ποιότητας στα χειρουργεία. Χρειάζεται όμως περαιτέρω συστηματική μελέτη που θα ερευνήσει το σύνολο των ιδιωτικών χειρουργείων της χώρας και θα προβεί σε συγκριτική μελέτη τους με τα δημόσια.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Birkmeyer, JD., (2010), “Strategies for improving surgical quality—checklists and beyond”, *N Engl J Med* 363(20):1963–5.

Bohigas, L. και Heaton, C.,(2000), “Methods for external evaluation of health Care institutions”, *International journal for Quality in Health Care* 12(3): 231-238.

Bohigas, L., (2000), “Accreditation”. *Budapest, ExPeRT Operational Seminar (8)*. London, CASPE Research.

Bower, JO., (2002), “Designing and implementing a patient safety program for the OR”, *AORN J* 76:452–456.

Brannan, K. (1998), “Total Quality in Healthcare”, *Hospital Material Management Quarterly* 19,4:1-8

Buetow, S. and Wellingham, (2003), “Accreditation of general practices: challenges and lessons”, *Qual Saf Health Care* 12(2):129-35.

Dayton, N. (2003), “The Demise of Total Quality Management”, *The TQM Magazine* 15,6Q 3691-396

de Vries EN, Prins HA, Grolla RM, et al, (2010), “SURPASS Collaborative Group. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes”, *N Engl J Med* 363(20):1928–37.

Donabedian, A., (1988), “The quality of care. How can it be assessed?”, *JAMA* 260, 1743-1748.

Downey-Ennis, K., Harrington, D. and Williams, B. (2004), “Head and Heart in Quality Implementation – Applying the Quality Philosophy within Irish Healthcare Institutions”, *Total Quality Management* 15(8): 1143–53.

Evans, D et al. (2001), “Measuring quality: from the system to the provider”, *International Journal for Quality Health Care* 13(6):439–446.

ExPeRT (1998). *ExPeRT project*. London, CASPE Research External Peer Review Techniques Project 2005.

Geldner, G., Eberhart, LH., Trunk, S., Dahmen, KG., Reissmann, T., Weiler, T. et al. (2002), “Efficient OP management. Suggestions for optimisation of organisation and administration as a basis for establishing statutes for operating theatres”, *Anaesthetist* 51:760–767.

Gotzamani, K.D. και Tsiotras, G.D. (2002), “The true motives behind ISO 9000 certification. Their effect on the overall certification benefits and their long-term contribution towards TQM”, *International Journal of Quality and Reliability Management* 19, no. 2: 151-169.

Haynes, AB., Weiser, TG., Berry, WR. et al, (2009), “Safe Surgery Saves Lives Study Group. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population”, *N Engl J Med* 360(5):491–9.

Heaton, C., (2000), “ External peer review in Europe: an overview from the ExPeRT Project”, *International Journal for Quality in Health Care* 12(3):177–182.

Jackson, S., (1998), “Organisational effectiveness within National Health Service (NHS) Trusts”, *International Journal of Health Care Quality Assurance* 11, 7: 216-221.

Jackson, S., (2001), “Successfully implementing Total Quality Management Tools within Health Care Quality Assurance”, *Journal of Health Care Quality Assurance* 14,4:157-163

Jenicke, L.O., Kumar, A., Holmes, M.C. (2008), “A framework for applying six sigma improvement methodology in an academic environment”, *The TQM Journal* 20(5), 453-462.

Lee, K., και Palmer, E., (1999), ”An empirical evaluation of ISO 9000- registered companies in N.Zealand”, *Total Quality Management* 10, 6: 887-99.

Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., Glinos, I. (2008), *Διασφάλιση Ποιότητας*, World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies.

May, A., (1998), “Take it up with the kipper”, *Health Service Journal*, 6: 22

McAdam, R., and Bannister, A., (2001), “Business performance measurement and change management within a TQM framework”, *International journal of operations and production management* 21: 88-107.

McDonald, R., Waring, J., Harrison, S., Walshe, K., Boaden, R., (2005), “ Rules and guidelines in clinical practice: a qualitative study in operating theatres of doctors’ and nurses’ views”, *Qual Saf Health Care* 14(4): 290-294.

Nabitz, U. και Walburg, J., (2000), “Addicted to quality winning the Dutch quality award based on the EFQM MODEL”, *International journal of healthcare quality assurance* 13, 6: 259-265.

Nightingale, F. και Goldie, SM. (1987), *I have done my duty: Florence Nightingale in the Crimean War, 1854–1856*, Manchester University Press, Manchester.

Ovretveit, J. (1990), “What is quality in health services?”, *Health Services Management* 86: 131-133.

Ovretveit, J. και Gustafson, D., (2002). “Evaluation of quality improvement programmes”, *Quality and Safety in Health Care*, 11:270–275.

Ovretveit, J., (2001). “Quality evaluation and indicator comparison in health care”, *International Journal of Health Planning Management*, 16:229–241.

Patterson, P. (1992), “Determining policy on sales reps in the OR”, *OR Manager* 8:1, 12–13.

Pun, K., Chin, K., and Lau, H., (1999), “A self-assessed quality management system based on integration of MBNQA/ISO 9000/ISO 14000”, *International Journal of quality and reliability management* 16, 6:606-629.

Roberts, JS., Coale, JG., Redman, RR. (1987), “A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals” *JAMA* 258:936–940.

Robinson, R. (1993), “Economic evaluation and health care: Cost-utility analysis”, *British Medical Journal* 307: 859-862.

Ruiz, U., Simon, J., Molina, P., Limelez, J. and Grandal, J., (1999) “A two-level integrated approach to self-assessment in healthcare organizations”, *International Journal of Health Care Quality Assurance* 12, 4: 135-142.

Saturno, J, Gascon, J, Parra, JP (1997). *Tratado de Calidad Asistencial en Atencion Primaria [Treaty on quality for primary health care]*. Madrid, Du Pont Pharma.

Shaw, C., (2000), “External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRt project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries”, *International Journal for Quality in Health Care* 12(3):169–175.

Shaw, C., (2000), “Editorial: The role of external assessment in improving health care”, *International Journal for Quality in Health Care* 12(3):167.

Shaw, Ch., (2001), “External assessment of healthcare”, *BMJ* 322: 851-854.

Wensing, M., van der Weijden, T., Grol, R. (1998), “Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective?” *Br J Gen Pract* 48:991–997.

WHO (1993), *Continuous quality development: a proposal national policy*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Wright, A., (1997), “Public service quality: lessons not learned “, *Total Quality Management* 8, 5: 313-20.

Zairi, M. και Thiagarajan, T., (1997), “A review of total quality management in practice: Understanding the fundamentals through examples of best practice applications”, *The TQM magazine* 9, 4: 270-286.

Δερβιτσιώτης Κ. (2005). «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας», εκδ. Ελευθερουδάκης, Αθήνα.

Δερβιτσιώτης Κ.(2002), «Ανταγωνιστικότητα και διοίκηση ολικής ποιότητας», 2^η έκδ., εκδ. Interbooks, Αθήνα.

Δούσης, Ε. (2006), “Η συμβολή της τυποποίησης και των κανονισμών λειτουργίας στην οργάνωση και διοίκηση των χειρουργείων”, *Νοσηλευτική* 45(2):177–188.

Ζαβλανός Μ., (2000). «Οργάνωση & Διοίκηση» εκδ. Έλλην, Αθήνα.

Ιωάννου Γ., (2005), «Διοίκηση Παραγωγής και υπηρεσιών», εκδ. Αθ.Σταμούλη, Αθήνα.

Καραθανάση, Κ., Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ., Ζυγά, Σ., Πρεζεράκος, Π., (2012), “Διερεύνηση Εφαρμογής Κριτηρίων Ποιότητας στο Χειρουργείο”, *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, τόμος 1, τεύχος 12 .

Λιαχοπούλου, Α. (2011), “Τύποι σφαλμάτων στη χειρουργική αίθουσα και η συχνότητα τους”, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.

Λογοθέτης Ν., (1993). «Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας», Αθήνα.

Λογοθέτης, Ν., (1993), «Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας», Εκδ. Interbooks, Αθήνα.

Λουρής, Γ. (2008). «Ανάπτυξη εφαρμογής στατιστικού ελέγχου ποιότητας (πρότυπο ελληνικού οργανισμού τυποποίησης)», εκδ.Ξένος Θωμάς , Θεσσαλονίκη.

Μπουραντάς Δ, (1998) Εισαγωγή στη διοίκηση επιχειρήσεων , Μπένου Ευγ.

Μπουραντάς Δ., (2005). « Ηγεσία» , εκδ.Κριτική, Αθήνα.

Μπουραντάς Δ., (2002). «Μάνατζμεντ», εκδ. Μπένου Ευαγ., Αθήνα.

Παπαδάκη Α.(1977), *Εγχειρίδιον χειρουργείου: Άσηπτος τεχνική*. Αθήνα, 1977

Παπακωστίδη, Α. και Τσουκαλά Ν., (2012), “Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της”, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 29 (4): 480-488

Παπανικολάου Β. (2007), *Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Πετρίδου Ε. ,(2006), *«Διοίκηση-Μάνατζμεντ»*, εκδ. Ζυγός, Αθήνα.

Στειακάκης, Κάντζος, 2002). *«Μάνατζμεντ, μία σύγχρονη άποψη»*, εκδ Ζήτη, Αθήνα.

Θ. Ιωσηφίδης – Μ. Σπυριδάκης, (επιμ.), 2006, *«Ποιοτική Κοινωνική Έρευνα»*
εκδ. Κριτική, Αθήνα

ABSTRACT

The objective of health policies of all developed societies are summarized in the triptych : modernization, low cost, quality. Quality assurance in health is one of the main priorities of the European Union. Patient's safety is traditionally regarded as one of the many dimensions of quality in health care. In recent years , however it has been considered as the basic element of overall quality. The choice of scale for the measurement of quality in health is vital and should be considered as a key factor in health policies of nations. Quality assurance , particularly in surgeries, has not received systematic treatment in Greece.

The purpose of this thesis is a first approach to broaden the knowledge and investigate the application of protocols, regulations and criteria-quality indicators in the health sector and specifically in surgery. This aim was achieved through the method of interview-dialogue by personnel working in the Private Clinic-Hospital of Patras and are directly related to the section of surgery of the Private Clinic.

As a result this study finds that the expectations and the requirements for quality assurance in health services will continuously grow and for this reason education and awareness of people offering health and administrative services, operators of Production Units and citizens as well, is absolutely necessary.

Key words

Surgery, Quality Assurance Systems, World Health Organization, Quality Tools, Models of Quality