



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΠΡΟΝΟΙΑΣ



## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“Το Γραφείο Ποιότητας του Γ. Ν. Παπαγεωργίου”

Σπουδάστρια: Λάμπρου Αντωνία

Επιβλέπων: Θεοδώρα Κωστίκου

Καλαμάτα 2010

## Έγκριση

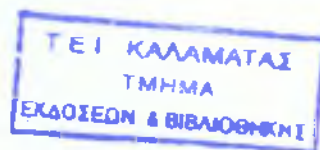
Υπογραφή

Επιβλέπων:	
Μέλος εξεταστικής επιτροπής:	
Μέλος εξεταστικής επιτροπής:	

Δήλωση περί μη ευθύνης του ιδρύματος

«Η έγκριση της παρούσας εργασίας από το ΤΕΙ Καλαμάτας δεν συνεπάγεται και την υιοθέτηση των απόψεων της συγγραφέα».

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ



Εισαγωγή .....	σελ.1
<b>Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>: Η Έννοια της Ποιότητας και το Πρότυπο ISO 9001:2000</b> .....	σελ.3
1.1 Εισαγωγή.....	σελ.3
1.2 Η Έννοια και η Μέτρηση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας	σελ.3
1.3 Το Νομοθετικό Πλαίσιο στην Ελλάδα.....	σελ.5
1.4 Ορισμός του Μάνατζμεντ Ποιότητας.....	σελ.6
1.5 Ο κύκλος του Deming.....	σελ.7
1.6 Πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2000.....	σελ.9
1.6.1 Απαιτήσεις ISO.....	σελ.10
1.7 Συστήματα Διαπίστευσης.....	σελ.12
1.7.1 Διεθνές Δίκτυο Φορέων Πιστοποίησης IQNet.....	σελ.12
1.7.2 SQS (Swiss Association for Quality and Management Systems).....	σελ.13
1.7.3 KFOA (King's Fund Organization Audit) και JCAHO (Joint Commission on Accreditation of HealthCare Organization).....	σελ.13
<b>Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>: Ο Ρόλος του Γραφείου Ποιότητας</b> .....	σελ.15
2.1 Ορισμός του Γραφείου Ποιότητας (Γραφείο Διαχείρισης Ποιότητας).....	σελ.15
2.1.1 Εισαγωγή.....	σελ.15
2.1.2 Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο – Γραφείο Διασφάλισης Ποιότητας.....	σελ.16
2.1.3 Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου – Γραφείο Ποιότητας.....	σελ.17
2.2 Οργάνωση των τμημάτων πριν και μετά την πιστοποίηση.....	σελ.18
2.2.1 Εκπαίδευση των εργαζομένων.....	σελ.18
2.2.2 Ομάδα Ποιότητας – Εγχειρίδιο Ποιότητας.....	σελ.19
2.2.3 Πιστοποίηση Τμήματος.....	σελ.20
<b>Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Τα Πιστοποιημένα τμήματα του Γ.Ν. Παπαγεωργίου (έως το 2010)</b> .....	σελ.21
3.1 Εισαγωγή.....	σελ.21
3.2 Περιορισμοί Νοσοκομείων.....	σελ.22
3.3 Το Νεφρολογικό Τμήμα.....	σελ.23
3.4 Το Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο.....	σελ.24
3.5 Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ).....	σελ.25

3.6 Το Τμήμα Ιατρικής Φυσικής – Ακτινοφυσικής (Τ.Ι.Φ).....	σελ.26
<b>Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>: Η Ικανοποίηση των Ασθενών και εργαζομένων μετά την Εφαρμογή Συστημάτων Διαχείρισης Ποιότητας.....</b>	<b>σελ.28</b>
4.1 Εισαγωγή.....	σελ.28
4.2 Έρευνα στο Γ.Ν.Παπαγεωργίου: Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών στο Νεφρολογικό Τμήμα.....	σελ.28
4.2.1 Τα κύρια ευρήματα των ερευνών.....	σελ.29
4.2.2 Συμπεράσματα ερευνών.....	σελ.30
4.3 Έρευνα στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο: Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών.....	σελ.32
4.3.1 Κύρια ευρήματα της έρευνας.....	σελ.32
4.3.2 Συμπεράσματα έρευνας.....	σελ.33
4.4 Έρευνα στο Νοσοκομείο της Οξφόρδης: Στρατηγική για συνεχή βελτίωση της ποιότητας.....	σελ.33
4.4.1 Το σχέδιο μελέτης.....	σελ.34
4.4.2 Το περιβάλλον.....	σελ.34
4.4.3 Η εφαρμογή του ποιοτικού συστήματος του τμήματος.....	σελ.35
4.4.4 Αποτελέσματα: Απόψεις μελών προσωπικού της διαχείρισης ποιότητας.....	σελ.35
4.5 Συμπεράσματα Ερευνών.....	σελ.37
<b>Συμπέρασμα.....</b>	<b>σελ.38</b>
<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>σελ.40</b>
Έρευνα Ικανοποίησης των Αναγκών των Ασθενών στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του Γ.Ν. Παπαγεωργίου.....	σελ.42

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της πτυχιακής εργασίας είναι μέσω μελέτης να αναλύσουμε τον τρόπο λειτουργίας του Γραφείου Ποιότητας του Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου. Το Γ.Ν. Παπαγεωργίου αποτελεί το πρώτο δημόσιο νοσοκομείο στην Ελλάδα που έχει εντάξει στον εσωτερικό κανονισμό του την ύπαρξη Γραφείου Ποιότητας.

Το Γραφείο Ποιότητας στηρίζεται σε τεκμηριωμένες αρχές του επιστημονικού αντικειμένου και σε πρακτικές ευρέως διαδεδομένες, όπως ο κύκλος του Deming και το πρότυπο ISO 9001:2000 και τις απαιτήσεις του. Το Γραφείο Ποιότητας σε ένα νοσοκομείο δημιουργεί ένα δομημένο περιβάλλον με σαφείς στόχους, βοηθά στη διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας ενός τμήματος, καθοδηγεί τα τμήματα για τη διατήρηση του πιστοποιητικού ISO, πραγματοποιεί συχνές εσωτερικές επιθεωρήσεις στο τμήμα με σκοπό την διαπίστωση της καλής λειτουργίας, εκπαιδεύει το προσωπικό, βοηθά στη συνεργασία των τμημάτων τέλος, έχει στόχο την πιστοποίηση όλων των τμημάτων του Νοσοκομείου. Για να οργανωθούν τα τμήματα και να οδηγηθούν στην πιστοποίηση απαιτείται μια στάση δέσμευσης και συνεργασίας από όλους στο νοσοκομείο και πρώτα από όλα από τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη. Είναι απαραίτητο να προκληθεί η συμμετοχή των εργαζομένων και η δημιουργία ομάδων ποιότητας σε κάθε τμήμα, όπου σε συνεργασία με το Γραφείο Ποιότητας θα συντάξουν τις διαδικασίες του τμήματος προς πιστοποίηση σύμφωνα με το πρότυπο ISO. Αφού βελτιωθεί το τμήμα καλείται ο φορέας πιστοποίησης να διαπιστώσει αν το τμήμα ικανοποιεί τις απαιτήσεις του προτύπου ISO.

Το Γραφείο Ποιότητας μέχρι σήμερα έχει καταφέρει να πιστοποιήσει, σύμφωνα με το ISO 9001:2000, τέσσερα τμήματα από τα 58 του νοσοκομείου. Σύμφωνα με έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στο Νεφρολογικό τμήμα του νοσοκομείου Παπαγεωργίου μετά την πιστοποίηση ISO παρατηρήθηκε ότι η εφαρμογή του Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας βοηθά στον έλεγχο και την βελτίωση της εσωτερικής οργάνωσης του τμήματος προς όφελος των ασθενών.

Η πιστοποίηση παρά τα πολλά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει, βοηθά σημαντικά στην παροχή υπηρεσιών υγείας, στην αντιμετώπιση προβλημάτων και δυσλειτουργιών του τμήματος. Λαμβάνοντας υπόψη τις ελλείψεις προσωπικού, τις ελλιπούς χρηματοδότησης σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία, η πιστοποίηση των τεσσάρων τμημάτων αποτελεί μεγάλο κατόρθωμα για το Γραφείο Ποιότητας.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη εκπονήθηκε στο πλαίσιο πτυχιακής εργασίας του τμήματος Διοίκησης μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, της σχολής Διοίκησης και Οικονομίας του ΤΕΙ Καλαμάτας.

Αντικείμενο της πτυχιακής εργασίας είναι το Γραφείο Ποιότητας του Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου (Γ.Ν.Π.).

Σκοπός της πτυχιακής εργασίας είναι μέσω μελέτης να αναλύσουμε τον τρόπο λειτουργίας του Γραφείου Ποιότητας και να απαντήσουμε σε μια σειρά από ερωτήματα:

Πόσο καθοριστική είναι η ύπαρξη του Γραφείου Ποιότητας σε ένα δημόσιο Νοσοκομείο;

Βελτιώθηκε η λειτουργία των τμημάτων μετά την πιστοποίηση τους από το ISO 9001:2000;

Ποιος είναι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών μετά την πιστοποίηση των τμημάτων ενός Νοσοκομείου;

Η συνεχής εκπαίδευση των εργαζομένων για την βελτίωση της ποιότητας βοηθά το προσωπικό στην εργασία του και στην κατανόηση των οδηγιών Διαχείρισης Ποιότητας;

Για την προσέγγιση του σκοπού, η εργασία χωρίζεται σε τέσσερα μέρη.

Στο πρώτο μέρος παρουσιάζεται η έννοια της Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, αναφέρονται τα Στάδια Διασφάλισης Ποιότητας κατά Deming και γίνεται ο καθορισμός και η περιγραφή του Συστήματος Διασφάλισης Ποιότητας ISO 9001:2000 και τις απαιτήσεις του.

Στο δεύτερο μέρος αναλύεται ο ρόλος του Γραφείου Ποιότητας και ο τρόπος που οργανώνονται τα τμήματα του Νοσοκομείου για να πιστοποιηθούν μέσω του Συστήματος Διασφάλισης Ποιότητας ISO 9001:2000, καθώς επίσης και ο τρόπος που συντηρούνται και βελτιώνουν τα τμήματα το επίπεδο τους μετά την πιστοποίηση.

Στο τρίτο μέρος γίνεται παρουσίαση και αξιολόγηση των τμημάτων του Γ.Ν. Παπαγεωργίου που έχουν πιστοποιηθεί μέχρι το 2010.

Στο τέταρτο μέρος παρουσιάζονται τέσσερις έρευνες, οι δύο πρώτες πραγματοποιήθηκαν με σκοπό τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στο Νεφρολογικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, η τρίτη, μετρά την ικανοποίηση των ασθενών στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο μετά την πιστοποίηση ISO, ενώ η τέταρτη παρουσιάζει, την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής της συνεχούς προόδου της ποιότητας στα τμήματα ενός νοσοκομείου.

Το υλικό της εργασίας περιλαμβάνει τη συλλογή και μελέτη βιβλιογραφίας, περιοδικών και βιβλίων μέσω διαδικτύου. Επίσης, υπήρξε και προσωπική συνάντηση με την Διευθύντρια του Γραφείου Ποιότητας, κα Λιάνα Μιχαηλίδου, την οποία και ευχαριστώ για την βοήθεια της. Σημαντικό περιορισμό της έρευνας αποτελεί το γεγονός ότι λόγω της μοναδικότητας του Γραφείου Ποιότητας το υλικό που συγκεντρώθηκε είναι περιορισμένο.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>**

### **Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΠΡΟΤΥΠΟ ISO 9001:2000**

#### **1.1 Εισαγωγή**

Η συνεχής εξέλιξη του τομέα της υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες είχε ως αποτέλεσμα τη μετατόπιση του κέντρου βάρους του επιστημονικού προβληματισμού και της έρευνας γύρω από τα συστήματα υγείας, από την ποσότητα και την επάρκεια στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Αλλαγές παρατηρούνται επίσης και στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας που σήμερα διαφοροποιούν τη συμπεριφορά τους στην υγεία, έχουν καλύτερη πρόσβαση στη γνώση και στην πληροφορία, και διατυπώνουν υψηλότερες προσδοκίες και αιτήματα, τα οποία δεν περιορίζονται πλέον στην επάρκεια και στην προσπελασιμότητα των φροντίδων, αλλά επεκτείνονται στην ικανοποίηση και την ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών υγείας και του συστήματος υγείας.

Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνεται ανάμεσα στις προτεραιότητες και τους προσανατολισμούς των συστημάτων υγείας και των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών που βρίσκονται σε εξέλιξη στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες. Σε κάθε περίπτωση πάντως, απαιτείται ο εντοπισμός των παραγόντων και των τεχνικών που θα μπορούσαν να εξασφαλίσουν την ενσωμάτωση της ποιότητας, τόσο στη διαδικασία λειτουργίας του συστήματος υγείας όσο και στο αποτέλεσμα αυτής.

Σύμφωνα με το Διαπιστευμένο Εγχειρίδιο των Νοσοκομείων<sup>1</sup> (1992) «Ποιότητα φροντίδας ασθενούς είναι ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες φροντίδας ασθενών αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων για τον ασθενή και μειώνουν την πιθανότητα ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων με δεδομένο το τρέχον επίπεδο (επιστημονικής) γνώσης».

#### **1.2 Η Έννοια και η Μέτρηση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας**

Η ποιότητα στον τομέα της υγείας είναι πολύ πιο σύνθετη υπόθεση απ' ό τι στο χώρο της βιομηχανίας. Γι' αυτό και οι βασικές μέθοδοι και τα αντίστοιχα εργαλεία, που διαμορφώθηκαν κατά κύριο λόγο για τις ανάγκες της βιομηχανίας, θα πρέπει να τροποποιούνται κατάλληλα πριν εφαρμοστούν στην υγεία.

---

<sup>1</sup> Accreditation Manual for Hospitals (1992), Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, σ.σ.260-261

Ο Avedis Donabedian<sup>2</sup>, καθηγητής στη σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan, ήταν από τους πρώτους που επικέντρωσαν την προσοχή τους σε θέματα ποιότητας στο χώρο της υγείας. Βασική μέθοδός του ήταν ο διαχωρισμός της περίθαλψης σε δομή, διαδικασία και αποτέλεσμα, και η επιδίωξη της ποιότητας και στους τρεις αυτούς τομείς, ώστε να επιτυγχάνεται το μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο κόστος για τον ασθενή. Η δομή περιλάμβανε τους υλικούς και ανθρώπινους πόρους καθώς και την οργάνωση του ιδρύματος, η διαδικασία είναι το σύνολο των ενεργειών του ασθενούς και του γιατρού για τη διασφάλιση της παροχής της περίθαλψης, και το αποτέλεσμα είναι η βελτίωση ή όχι της υγείας του ασθενή μετά την αγωγή. Σύμφωνα με τον Donabedian, ως ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης.

Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών ορίζει την ποιότητα ως το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς, και παράλληλα είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση.

Σύμφωνα, πάλι, με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από άποψη διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής.

Με βάση τους ορισμούς αυτούς, είναι φανερό πως η ποιότητα στην υγεία ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών, καθώς και με τον έλεγχο του κόστους.

Οι παράγοντες<sup>3</sup> που επηρεάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και διαμορφώνουν το αποτέλεσμα την ποιοτικής απόδοσης κυρίως της νοσοκομειακής περίθαλψης είναι, πρώτον, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών η οποία αποτελεί σημαντικό παράγοντα προσδιορισμού της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Δεύτερον, η οργανωτική δομή, η οποία αφορά τον τρόπο οργάνωσης της διοίκησης, των συντονισμό των λειτουργιών, την επάρκεια του προσωπικού. Τρίτον, η ξενοδοχειακή

---

<sup>2</sup> Χ. Οικονομοπούλου (1990), "Η Ποιότητα των Υπηρεσιών στο Σύστημα Υγείας", διαθέσιμο σε: <http://dspace.lib.uom.gr/bitstream/2159/1320/1/Οικονομοπούλου.pdf>

<sup>3</sup> Γ. Τούντας (2008), "Η Έννοια της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας", διαθέσιμο σε: <http://www.neahygeia.gr/page.asp?p=785>

υποδομή και ο σχεδιασμός των χώρων είναι σημαντικός παράγοντας για την σωστή λειτουργία του νοσοκομείου, έτσι ώστε οι δραστηριότητες των υπηρεσιών να πραγματοποιούνται εύκολα και οργανωτικά. Ο τέταρτος παράγοντας αφορά την υποδοχή των ασθενών, ο πέμπτος την αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών, και τέλος, ο έκτος τη διαθεσιμότητα των κλινών.

Συνοπτικά, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας εκτιμάται με βάση την ετοιμότητα της παροχής τους, την καταλληλότητα και αξιοπιστία τους, την δυνατότητα πρόσβασης προς αυτές, τη φιλικότητα στην παροχή τους και την επαρκή υποστήριξη του ασθενούς.

Αν δεχτούμε ότι ποιότητα φροντίδας είναι ο βαθμός τελειότητας της φροντίδας, τότε κάθε απόκλιση από αυτόν συνιστά μέτρηση της ποιότητας. Στην πρακτική όμως η μέτρηση της ποιότητας δεν επικεντρώνεται στην ίδια την φροντίδα αλλά στα επιμέρους στοιχεία που τη διαμορφώνουν.

Η ποιότητα της φροντίδας μετριέται μέσω της σύγκρισης στοιχείων το οποία αφορούν ασθενείς και τις φροντίδες τις οποίες έλαβαν, προς συγκεκριμένα πρότυπα. Εάν αυτή η μέτρηση παρουσιάσει προβλήματα τότε χρειάζεται τις αναγκαίες επεμβάσεις για τη βελτίωση και μια νέα μέτρηση θα μας επιτρέψει να διαπιστώσουμε την επιτυχία ή όχι αυτής της επέμβασης.

Έτσι λοιπόν η μέτρηση προϋποθέτει, δεδομένα (data), πρότυπα (standards), κριτήρια (criteria). Πρότυπο είναι ο αποδεκτός βαθμός απόκλισης από ένα κανόνα ή κριτήριο. Κριτήρια είναι προκαθορισμένα στοιχεία, συστατικά της ποιότητας προς τα οποία μπορούμε να συγκρίνουμε διάφορες όψεις της ποιότητας μίας ιατρικής υπηρεσίας.

### **1.3 Το Νομοθετικό Πλαίσιο στην Ελλάδα**

Στο Νόμο 2889/2001 γίνεται αναφορά για την δημιουργία τμημάτων ποιοτικού ελέγχου στα νοσοκομεία, στις υπηρεσίες υγείας και στις ΔΥ.Π.Ε.

Το σχέδιο Νόμου ήταν για την ασφάλεια των υπηρεσιών υγείας και το εθνικό σύστημα πληροφοριών υγείας. Γίνεται συγκεκριμένη αναφορά για την ανάγκη παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και καθορίζονται στόχοι και μέτρα προς την κατεύθυνση αυτή.

Δημιουργούνται θεσμικά όργανα για τη διαρκή βελτίωση του ΕΣΥ και της ποιότητας και ασφάλειας των υπηρεσιών υγείας όπως, το Εθνικό Κέντρο Ποιότητας Υπηρεσιών Τομέα Υγείας (Ε.ΚΕ.Π.Υ.Υ.), Ανοικτό Φόρουμ Υγείας, Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών Τομέα Υγείας (Ε.Σ.Π.Υ.), Εθνικό Παρατηρητήριο Υγείας, Κέντρο Υποστήριξης Πληροφοριών-Υποστήριξης τομέα Υγείας (ΚΕ.Π.Υ.Σ.Υ.), Ινστιτούτο Κατάρτισης – Επimόρφωσης Ανθρώπινου Δυναμικού.

Το προβλεπόμενο από το Άρθρο 9 του Ν.1579.1985(Φ.Ε.Κ. Α'217) Εθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας μετονομάζεται σε Εθνικό Κέντρο Ποιότητας Υπηρεσιών τομέα Υγείας (Ε.ΚΕ.Π.Υ.Υ.) και συγκροτείται σε 3 τομείς : τον Τομέα Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας, τον Τομέα Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού και τον Τομέα Έρευνας και Καινοτομίας Επιστημών Υγείας.

Επίσης στο Σχέδιο Νόμου εκχωρείται η συνολική ευθύνη της εκπόνησης του εθνικού σχεδιασμού για την ποιότητα, της προώθησης πρακτικών διοίκησης ποιότητας και της αξιολόγησης των υπηρεσιών στον τομέα Υγείας.

Συγκεκριμένα, καθορίζει τις εθνικές προτεραιότητες της τυποποίησης για τον Τομέα Υγείας, κοινοποιεί και προωθεί τα εθνικά πρότυπα και τις Ελληνικές προδιαγραφές του Τομέα Υγείας και υποστηρίζει τις μονάδες Υγείας στην εφαρμογή τους. Λαμβάνει μέτρα για την προώθηση πρακτικών διοίκησης ποιότητας και της πιστοποίησης των συστημάτων ποιότητας και της αξιολόγησης, αξιολογεί την ποιότητα των υπηρεσιών του τομέα Υγείας και δημοσιοποιεί τα στοιχεία, συνεργάζεται με Εθνικούς και Διεθνείς Οργανισμούς σε θέματα ποιότητας.

#### **1.4 Ορισμός του Μάνατζμεντ Ποιότητας**

Πολλοί συγγραφείς έχουν ασκήσει επιρροή στον τομέα της Ποιότητας όπως, ο Deming, ο Juran και ο Feigenbaum.

Ο Deming, όπως θα δούμε παρακάτω, ορίζει την ποιότητα ως εκτίμηση του συστήματος, γνώση της στατιστικής θεωρίας, θεωρία της γνώσης και γνώση της ψυχολογίας (κεφ.1.5).

Ο Juran, ορίζει την ποιότητα ως καταλληλότητα προς χρήση<sup>4</sup>. Ο ορισμός αυτός χρησιμοποιείται σε συμφραζόμενα της οπτικής γωνίας του χρήστη, και σημαίνει ότι η ποιότητα βρίσκεται στη χρήση ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας στην πράξη. Σύμφωνα με τον Juran μόνο ο πελάτης μπορεί να καθορίσει την ποιότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας.

Ο Feigenbaum όρισε την ποιότητα ως "ένα αποτελεσματικό σύστημα για την ολοκλήρωση των προσπαθειών που καταβάλλουν οι διάφορες ομάδες σε έναν οργανισμό για την ανάπτυξη της ποιότητας, τη διατήρηση της ποιότητας και τη βελτίωση της ποιότητας προκειμένου να καταστεί δυνατή η παραγωγή ή η παροχή υπηρεσιών στο οικονομικότερο δυνατό επίπεδο που εξασφαλίζει την ικανοποίηση του πελάτη"<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> James P., (1996/2007) Total Quality Management. Prentice Hall, σελ.90

<sup>5</sup> James P., (1996/2007) Total Quality Management. Prentice Hall, σελ.105

Το British Standards Institution, ορίζει την ποιότητα σε σχέση με το προϊόν ή την υπηρεσία, ως το σύνολο των γνωρισμάτων που πρέπει να έχει για να ικανοποιεί καθορισμένες ανάγκες. Είναι επομένως προσανατολισμένη στην πλευρά στον πελάτη, δίνει έμφαση στην πρόληψη και πρέπει να είναι μέρος της καθημερινής εργασίας αυτού που την προσφέρει.

Η έννοια της ποιότητας συχνά παίρνει άλλη σημασία για τον καθένα μας ανάλογα με τις αξίες του, τις προσδοκίες του, το μορφωτικό και το πολιτιστικό του επίπεδο.

Το Γραφείο Αξιολόγησης της Τεχνολογίας του Κογκρέσου των ΗΠΑ, αναφέρει ότι η ποιότητα είναι πολύ δύσκολο να οριστεί και αποκτά συγκεκριμένες ιδιότητες μόνο όταν κάποιος θα προσπαθήσει να την μετρήσει.

Έχοντας σαν οδηγό τα παραπάνω, το Γραφείο Ποιότητας του Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, προσπαθεί να οργανώσει τα τμήματα του Νοσοκομείου για να πιστοποιηθούν και να έχουν σαν αρχή την βελτίωση της ποιότητας.

Το Γραφείο Ποιότητας στηρίζεται σε τεκμηριωμένες αρχές του επιστημονικού αντικείμενου καθώς και σε πρακτικές ευρέως διαδεδομένες, όπως ο κύκλος του Deming (P-D-C-A) και η φιλοσοφία του προτύπου ISO.

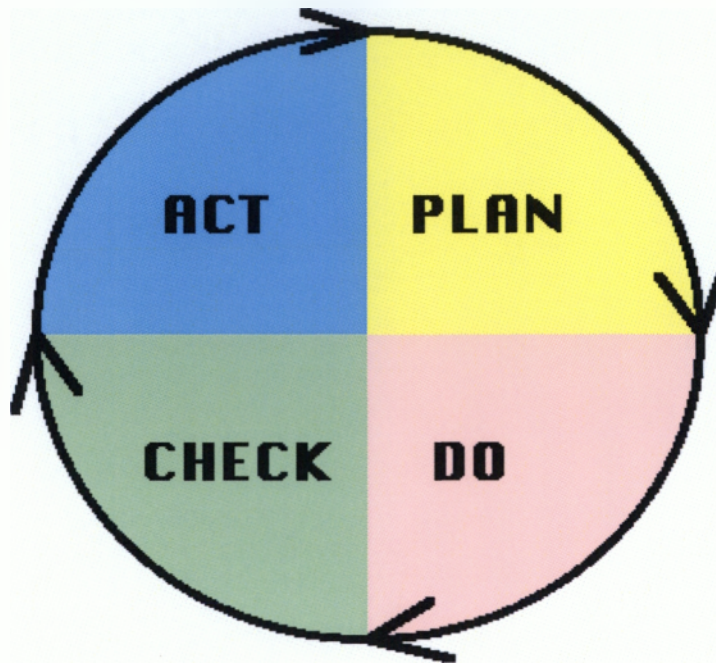
### **1.5 Ο κύκλος του Deming**

Ο Deming, χρησιμοποίησε τον κύκλο του Shewhart<sup>6</sup> για να αναπαραστήσει τη συνεχή βελτίωση. Σήμερα, εξέλιξη του αποτελεί ο λεγόμενος κύκλος Προγραμματίσε, Κάνε, Έλεγε, Δράσε (Plan – Do – Check – Act, PDCA). Ο Deming συνιστά τη χρήση του κύκλου PDCA ως καθολικού μέσου για τη βελτίωση και διασφάλιση της ποιότητας. Ο κύκλος περιλαμβάνει τα εξής βήματα :

- Plan – Προγραμματίσε : Τι/γιατί/πώς/πότε
- Do – Κάνε : Εφαρμογή βέλτιστης λύσης
- Check – Έλεγε : Μέτρηση αποτελεσμάτων σε σχέση με τους στόχους, Έλεγχος αποτελεσματικότητας λύσης
- Act – Δράσε : Διορθώσεις, Καθιέρωση νέων μεθόδων εργασίας, Εκτίμηση εμπειριών

---

<sup>6</sup> Ο Shewhart ασχολούνταν με την στατιστική, δημιούργησε το 1930 τον κύκλο Shewhart όπου χρησιμοποίησε αργότερα ο Deming.



**Εικόνα 1.1** Ο κύκλος του Deming PDCA, Plan – Προγραμματίσει, Do – Κάνε, Check – Έλεγξε, Act – Δράσε.

**Πηγή :** P. Arveson (1998), 'The Deming cycle', Foreign Policy Centre, διαθέσιμο σε: <http://www.balancedscore.org/TheDemingCycle/tabid/112/Default.aspx>.

Το Γραφείο Ποιότητας στηρίχθηκε στον κύκλο του Deming καθώς και στον ορισμό που έδωσε ο Deming για το Μάνατζμεντ Ποιότητας. Ο Deming όρισε το Μάνατζμεντ Ποιότητας<sup>7</sup> θέτοντας κάποιες αρχές:

- Εκτίμηση του συστήματος – Αυτό σημαίνει ότι ο καθένας πρέπει να κατανοεί τα συστατικά μέρη του συστήματος στο οποίο δουλεύει και τις διάφορες σχέσεις αλληλοσύνδεσης που παρουσιάζονται.
- Γνώση της στατιστικής θεωρίας – Ο Deming απαιτεί όλο το προσωπικό να είναι εξοικειωμένο με τις γενικές μεθόδους στατιστικής και να μπορεί να τις χρησιμοποιεί αποτελεσματικά.
- Θεωρία της γνώσης – Αφορά τον αποτελεσματικό προγραμματισμό και την υλοποίηση των προγραμμάτων προκειμένου να καθοριστεί τι δίνει αποτελέσματα και τι όχι.
- Γνώση της ψυχολογίας – Η ανάπτυξη της ποιότητας απαιτεί αλλαγή στη νοοτροπία, τις αξίες και τη συμπεριφορά των ανθρώπων. Κατά συνέπεια, τόσο τα στελέχη όσο και οι εργαζόμενοι πρέπει να καταλαβαίνουν τι ωθεί τους ανθρώπους και πως αυτές οι ωθήσεις μπορούν να αξιοποιηθούν για τη συνεχή ανάπτυξη της ποιότητας.

Σύμφωνα με τον Deming, ορισμός της ποιότητας είναι η καταλληλότητα ως προς το σκοπό και προσανατολισμός του μάνατζμεντ είναι ο πελάτης δηλαδή, μόνο ο πελάτης

<sup>7</sup> James P., (1996/2007) Total Quality Management, Prentice Hall, σελ.99

μπορεί να καθορίσει την ποιότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Καταλληλότητα ως προς το σκοπό σημαίνει ότι το μάντζμεντ επιφορτίζεται με την υποχρέωση να προγραμματίζει το σήμερα και το αύριο και να προσφέρει μια συντονισμένη και οργανωμένη προσπάθεια για την επίτευξη των στόχων ποιότητας που τίθενται για το αύριο. Σημαίνει επίσης την απαλλαγή από την κοντόφθαλμη οπτική και την αποτελεσματική χρήση του προγραμματισμού ποιότητας. Ένας οργανισμός που είναι προσανατολισμένος στην ποιότητα αναμφίβολα θα θελήσει να διασφαλίσει το μέλλον του, για να επιτευχθεί αυτό θα σεβαστεί το γεγονός ότι η ανάπτυξη της ποιότητας είναι μια μακροπρόθεσμη διαδικασία.

Ένας τρόπος για να αποδεικνύεται η διασφάλιση της ποιότητας στο σύστημα μιας υπηρεσίας, αξιολογείται με βάση κάποιο πρότυπο, η πιστοποίηση γίνεται από ανεξάρτητο φορέα κρατικό ή μη που διαθέτει την απαραίτητη εμπειρογνωμοσύνη και αξιοπιστία, όπως το πρότυπο ISO.

### **1.6 Πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2000**

Ο International Standard Organization (ISO), είναι μη κερδοσκοπικός οργανισμός που ιδρύθηκε το 1947 με στόχο την προώθηση τυποποίησης προϊόντων και υπηρεσιών διεθνώς. Το πρότυπο ISO 9001:2000 δίνει μεγάλο βάρος στον πελάτη και στην Ολική Ποιότητα. Η Ελληνική έκδοση του προτύπου έγινε από τον Ελληνικό Οργανισμό Τυποποίησης (ΕΛΟΤ EN ISO). Η χρονική διάρκεια του πιστοποιητικού που δίδεται στους οργανισμούς είναι τρία έτη.

Πρόσφατα τροποποιήθηκε το πρότυπο ISO 9001:2000 και δόθηκε προς χρήση η έκδοση ISO 9001:2008. Το νέο πρότυπο αποτελεί αναβάθμιση, βελτίωση και διευκρίνιση σημείων του 9001:2000. Όλες οι επιχειρήσεις – οργανισμοί που εφαρμόζουν το ISO 9001:2000 είναι απαραίτητο να εξοικειωθούν με τη νέα έκδοση. Όσοι είναι πιστοποιημένοι, στην επόμενη επιθεώρηση θα περάσουν στην εφαρμογή των απαιτήσεων του νέου προτύπου.

Το πρότυπο ISO αφορά τις Νοσηλευτικές και Διοικητικές διεργασίες και δεν ακουμπά την ιατρική πράξη<sup>8</sup>. Αυτό είναι ένα λεπτό θέμα, με την έννοια της αδυναμίας τυποποίησης της ιατρικής πράξης σε ότι αφορά την διαγνωστική εκτίμηση και τη θεραπευτική παρέμβαση, και συνήθως αποφεύγεται από τους φορείς πιστοποίησης η πιστοποίηση της ιατρικής πράξης.

<sup>8</sup> Μελαχροινός Γ.Β.(2007), 'Η Ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας', διαθέσιμο σε: [http://www.tuvhellas.gr/downloads/MELAXROINOS\\_30-11-07.pdf](http://www.tuvhellas.gr/downloads/MELAXROINOS_30-11-07.pdf)

Τα τμήματα στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου έχουν πιστοποιηθεί βάση του προτύπου ISO 9001:2000. Για να πιστοποιηθεί το τμήμα θα πρέπει να πληρεί τις απαιτήσεις του προτύπου.

### **1.6.1 Απαιτήσεις ISO**

Σύμφωνα με το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας, ο οργανισμός πρέπει να καθιερώσει, να τεκμηριώσει, να θέσει σε εφαρμογή και να διατηρεί ένα Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας και να βελτιώνει διαρκώς την αποτελεσματικότητά του.

Άρα ο Οργανισμός πρέπει, να εντοπίσει τις διεργασίες που χρειάζονται από το σύστημα διαχείρισης της ποιότητας και να τις εφαρμόσει σε όλη την έκταση του οργανισμού, να προσδιορίσει τη σειρά και την αλληλεπίδραση των διεργασιών αυτών, να καθορίσει κριτήρια και μεθόδους που χρειάζονται ώστε να εξασφαλίσει ότι οι διεργασίες είναι αποτελεσματικές, να εξασφαλίζει τους πόρους, να παρακολουθεί, να μετρά και να αναλύει τις διεργασίες, τέλος, να θέτει σε εφαρμογή δράσεις για την επίτευξη αποτελεσμάτων και την διατήρηση αυτών.

Οι γενικές απαιτήσεις για την τεκμηρίωση του Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας περιλαμβάνουν, πρώτον, τεκμηριωμένες δηλώσεις πολιτικής και αντικειμενικών σκοπών για την ποιότητα, όταν εμφανίζεται ο όρος "τεκμηριωμένη διαδικασία", σημαίνει ότι η διαδικασία καθιερώνεται, τεκμηριώνεται, τίθεται σε εφαρμογή και διατηρείται. Η έκταση της τεκμηρίωσης του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας μπορεί να διαφέρει από τον ένα οργανισμό στον άλλο, εξαιτίας του μεγέθους του οργανισμού, της πολυπλοκότητας των διεργασιών και της ικανότητας του προσωπικού.

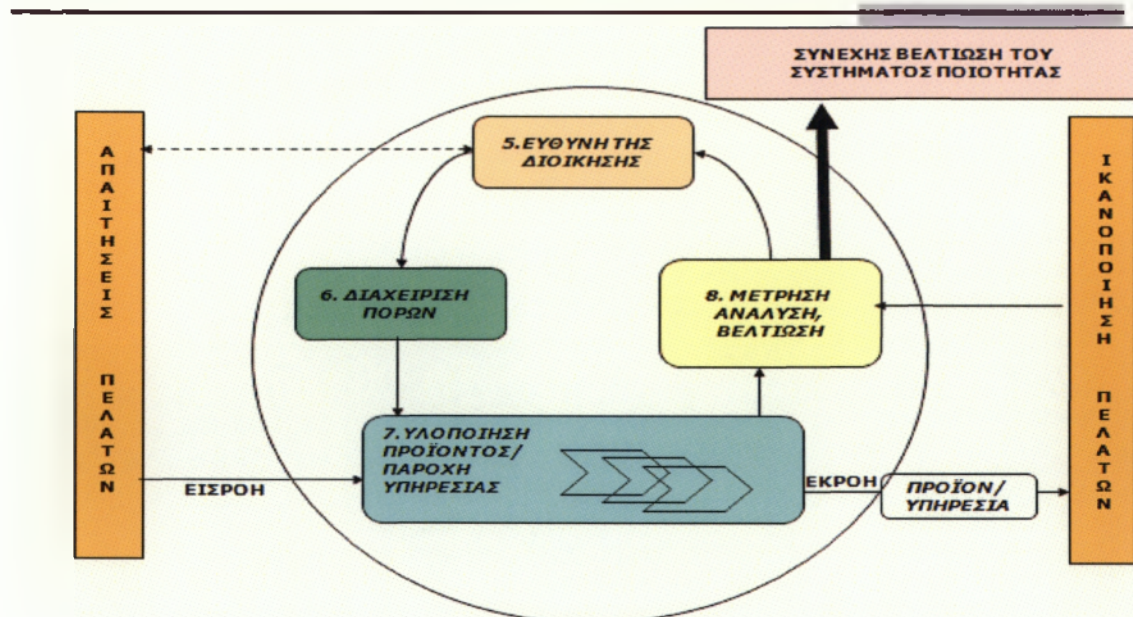
Δεύτερον, ο οργανισμός πρέπει να καθιερώσει ένα εγχειρίδιο για την ποιότητα το οποίο περιλαμβάνει το αντικείμενο του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας, συμπεριλαμβανομένων λεπτομερειών και αιτιολόγησης των οποιονδήποτε εξαιρέσεων, τεκμηριωμένες διαδικασίες που καθιερώνονται για το σύστημα διαχείρισης της ποιότητας και περιγραφή της αλληλεπίδρασης των διεργασιών του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας.

Τρίτον, είναι ο έλεγχος των εγγράφων, τα έγγραφα που απαιτούνται από το σύστημα διαχείρισης της ποιότητας πρέπει να ελέγχονται, πρέπει να καθιερωθεί μια τεκμηριωμένη διαδικασία που να καθορίζει τους ελέγχους που χρειάζονται για να εγκρίνονται τα έγγραφα προς την επάρκεια, να ανασκοπούνται και να ενημερώνονται, να εξασφαλίζεται ότι αναγνωρίζεται η ταυτότητα των αλλαγών, να αποδίδεται ταυτότητα στα έγγραφα εξωτερικής χρήσης και να προληφθεί η μη σκοπούμενη χρήση απαρχαιωμένων εγγράφων.



Τέλος, μια από τις σημαντικότερες απαιτήσεις για την τεκμηρίωση του Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας είναι ο έλεγχος των αρχείων, τα αρχεία πρέπει να καθιερώνονται και να διατηρούνται ώστε να παρέχεται απόδειξη συμμόρφωσης με τις απαιτήσεις και απόδειξη της αποτελεσματικής λειτουργίας του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας. Τα αρχεία πρέπει να παραμένουν ευανάγνωστα, να μπορούν εύκολα να εντοπιστούν και να ανακτηθούν. Πρέπει να καθιερώνεται μια τεκμηριωμένη διαδικασία που να καθορίζει τους ελέγχους που χρειάζονται για την απόδοση ταυτότητας, την αποθήκευση, την προστασία, την ανάκτηση, το χρόνο διατήρησης και την τελική διάθεση των αρχείων.

## Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας κατά ISO 9001:2000



**Εικόνα 1.2** Οι απαιτήσεις και ροές του ISO 9001:2000.

**Πηγή:** Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Διεύθυνση Ελέγχου Ποιότητας (2008), 'Επιστημονική προσέγγιση', διαθέσιμο σε: [http://www.papageorgiou-hospital.gr/cms/front\\_content.php?idcat=521](http://www.papageorgiou-hospital.gr/cms/front_content.php?idcat=521).

Εκτός από την τεκμηρίωση, το πρότυπο ISO θέτει επιπλέον απαιτήσεις (Εικόνα 1.2) όπως: η ευθύνη της Διοίκησης, η διαχείριση των πόρων, η υλοποίηση του προϊόντος και τέλος, η μέτρηση, η ανάλυση και βελτίωση του προϊόντος

Η ευθύνη της Διοίκησης, δεσμεύει την ηγεσία/ανώτατη διοίκηση στην εφαρμογή και συνεχή βελτίωση της διαχείρισης της ποιότητας, μέσω της πολιτικής, την εστίαση στον πελάτη, του προγραμματισμού και της συστηματικής ανασκόπησης. Η διαχείριση των πόρων, όπου παρέχει επαρκείς και κατάλληλους πόρους για την εξασφάλιση της συμμόρφωσης του προϊόντος ή της υπηρεσίας μέσα από το ανθρώπινο δυναμικό και τη συνεχή εκπαίδευση του, την υποδομή και το εργασιακό περιβάλλον. Η υλοποίηση του

προϊόντος όπου εξασφαλίζει τον προγραμματισμό, ανάπτυξη και παράδοση (ή παροχή) του προϊόντος (ή υπηρεσίας) με τρόπο ώστε να ικανοποιούνται οι προσδοκίες των πελατών. Τέλος, η μέτρηση, η ανάλυση και βελτίωση του προϊόντος που προγραμματίζεται και λαμβάνει μέτρα για να εξασφαλίσει ότι όλες οι απαιτήσεις έχουν ικανοποιηθεί, οι πελάτες είναι ικανοποιημένοι, το σύστημα ποιότητας είναι αποτελεσματικό ενώ πραγματοποιούνται προσπάθειες για συνεχή βελτίωση.

Το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας ελέγχει και συνεχώς βελτιώνει τον οργανισμό προς όφελος των πελατών.

### **1.7 Συστήματα Διαπίστευσης**

Εκτός από το πρότυπο ISO 9001:2000, υπάρχουν και άλλα συστήματα πιστοποίησης, όπως:

- IQNet (International Certification Network)
- SQS (Swiss Association for Quality and Management Systems)
- KFOA (King's Fund Organization Audit)
- JCAHO (Joint Commission on Accreditation of HealthCare Organization)

Το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο έχει πιστοποιηθεί από το Διεθνές Δίκτυο Φορέων Πιστοποίησης IQNet καθώς και την Ελβετική SQS.

#### **1.7.1 Διεθνές Δίκτυο Φορέων Πιστοποίησης IQNet**

Το IQNet<sup>9</sup> δραστηριοποιείται από το 1990. Η έδρα της βρίσκεται στην Ελβετία. Έχει πιστοποιήσει περισσότερες από 310.000 εταιρείες σε 150 χώρες, ενώ διαθέτει περισσότερους από 17.000 επιθεωρητές και τεχνικούς εμπειρογνώμονες, οι οποίοι έχουν την δυνατότητα να επιθεωρήσουν σε 30 διαφορετικές γλώσσες.

Η IQNet είναι ένα δίκτυο περιφερειακών και εθνικών φορέων πιστοποίησης, στόχος του είναι η βελτίωση της ποιότητας των διαρθρωτικών ταμείων της διαχείρισης του προγράμματος, μέσω της ανταλλαγής εμπειριών σχετικά με τις πτυχές του αναπτυξιακού προγράμματος, τη διαχείριση και την αξιολόγηση. Συγκεντρώνει ιδέες από όλη την Ε.Ε. και παρέχει πληροφορίες σχετικά με τις ορθές πρακτικές.

Ο ΕΛΟΤ<sup>10</sup> (Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης) είναι ο μοναδικός οργανισμός Πιστοποίησης από την Ελλάδα που συμμετέχει μαζί με τους Εθνικούς Οργανισμούς πλέον των 30 άλλων χωρών στο Διεθνές Δίκτυο Φορέων Πιστοποίησης IQNet, χορηγώντας

<sup>9</sup> IQNet (2009), 'IQNet Association', διαθέσιμο σε: <http://www.iqnet-certification.com/>

<sup>10</sup> ΕΛΟΤ (2008), 'Διεθνές Δίκτυο Φορέων πιστοποίησης (IQNet)' διαθέσιμο σε: [http://www.elot.gr/328\\_ELL\\_HTML.aspx](http://www.elot.gr/328_ELL_HTML.aspx)

παράλληλα με το πιστοποιητικό του ΕΛΟΤ και το πιστοποιητικό του IQNet. Αυτό ακριβώς αποτελεί και το συγκριτικό πλεονέκτημα δεδομένου ότι εξασφαλίζεται η αμοιβαία αναγνώριση και αποδοχή των πιστοποιητικών του ΕΛΟΤ από τους οργανισμούς μέλη του δικτύου.

Μέσω της πιστοποίησης από φορέα – μέλος του IQNet οι πιστοποιημένοι πελάτες απολαμβάνουν:

- Τη βελτίωση της εταιρικής τους επίδοσης
- Την παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών πιστοποίησης
- Την επιλογή μεταξύ μιας πληθώρας καινοτόμων προϊόντων και υπηρεσιών υψηλής προστιθέμενης αξίας
- Τις απλοποιημένες και εναρμονισμένες διαδικασίες πιστοποίησης σε εθνικό και διεθνές επίπεδο
- Την υψηλή αναγνωρισιμότητα των πιστοποιητικών που εκδίδονται από τους συνεργάτες του IQNet
- Το γεγονός ότι το πιστοποιητικό του IQNet διευκολύνει τον εξαγωγικό χαρακτήρα μιας εταιρίας, παρέχοντας ένα διεθνές διαβατήριο για την διακίνηση πιστοποιημένων υπηρεσιών.

### ***1.7.2 SQS (Swiss Association for Quality and Management Systems)***

Η SQS<sup>11</sup> ιδρύθηκε το 1983 ως ένας από τους πρώτους οργανισμούς σε όλο τον κόσμο για την παροχή υπηρεσιών αξιολόγησης και πιστοποίησης. Είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός που λειτουργεί ουδέτερα και ανεξάρτητα.

Η SQS παρέχει υπηρεσίες πιστοποίησης και αξιολόγησης για όλους τους τύπους βιομηχανιών και υπηρεσιών, καθώς και πρακτική εκπαίδευση προσανατολισμένη σε μορφή σεμιναρίων και εργαστηρίων.

### ***1.7.3 KFOA (King's Fund Organization Audit) και JCAHO (Joint Commission on Accreditation of HealthCare Organization)***

Το KFOA<sup>12</sup> είναι ένα σύστημα διαπίστευσης, ασχολείται με τις διαδικασίες του νοσοκομείου και τις εγκαταστάσεις. Αξιολογεί την ποιότητα του περιβάλλοντος του νοσοκομείου στο οποίο παρέχεται υγειονομική περίθαλψη.

---

<sup>11</sup> Schmidt B. (2010), 'Swiss Association for Quality and Management Systems' διαθέσιμο σε: <http://www.linkedin.com/companiessqs---association-for-quality-and-management-systems>

Η Joint Commission on Accreditation of HealthCare Organization (JCAHO), έχει πιστοποιήσει πάνω από 17.000 οργανώσεις υγείας και προγραμμάτων στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η αποστολή<sup>13</sup> του JCAHO είναι "η συνεχής βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης για τους πολίτες, σε συνεργασία με άλλους ενδιαφερόμενους φορείς, με την αξιολόγηση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης και να εμπνεύσει την υπεροχή στην παροχή ασφαλών και αποτελεσματικών φροντίδων στην υψηλότερη ποιότητα".

---

<sup>12</sup> Merilyn J., Hunt K., (1996) «Journal of Management in Medicine», Emerald in Sight, τομ.Ι, Θέμα 4, σελ. 49

<sup>13</sup> Wikipedia (2010), 'Joint Commission' διαθέσιμο σε: [http://www.en.wikipedia.org/wiki/joint Commission](http://www.en.wikipedia.org/wiki/joint%20Commission)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΓΡΑΦΕΙΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

#### 2.1 Ορισμός του Γραφείου Ποιότητας (Γραφείο Διαχείρισης Ποιότητας)

##### 2.1.1 Εισαγωγή

Το Γραφείο Ποιότητας ή Γραφείο Διαχείρισης Ποιότητας του Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου λειτουργεί από το Μάιο του 2003, με την πρόσληψη εξειδικευμένου προσωπικού.

Διαρθρώνεται σε δύο τμήματα :

- Τμήμα Διαχείρισης Εγγράφων, Εσωτερικής Επιθεώρησης, Ασφάλειας Πληροφοριών,
- Τμήμα Αξιολόγησης του Διαχειριστικού Συστήματος και τις ικανοποίησης των χρηστών.

Η διαχείριση ποιότητας σε υπηρεσίες υγείας δεν είναι τόσο αναπτυγμένη στην Ελλάδα σε αντίθεση με άλλες χώρες της υπόλοιπης Ευρώπης, πολιτείες της Αμερικής και αλλού.

Στην Ελλάδα, σε μερικά νοσοκομεία έχουν γίνει βήματα πιστοποίησης, που αφορούν συγκεκριμένες υπηρεσίες που παρέχουν, χωρίς την ύπαρξη Γραφείου Ποιότητας όπως:

- Εναγγελισμός – πιστοποίηση εργαστηρίου κατά ISO 9001:2000
- ΑΧΕΠΑ – ομάδα ποιότητας στο Αναισθησιολογικό τμήμα
- Ερρίκος Ντυνάν – διαθέτει από το 2002 πιστοποίηση για το σύνολο των υπηρεσιών του κατά ISO 9001:2000
- Νοσοκομείο Κυπαρισσίας – Πιστοποίηση για τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού κατά ISO 9001:2000
- Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων – πιστοποίηση τεσσάρων τμημάτων κατά ISO.

Η πιστοποίηση του τμήματος ενός νοσοκομείου, βοηθά το τμήμα να έχει καλύτερη λειτουργία και οργάνωση, να τεκμηριώνεται η δραστηριότητα που επιτελεί, μερικές φορές βοηθά στην απόκτηση του απαραίτητου εξοπλισμού, την πρόσληψη προσωπικού κ.α.

Η ύπαρξη του Γραφείου Ποιότητας σε ένα νοσοκομείο δημιουργεί ένα οργανωμένο και δομημένο περιβάλλον με σαφείς στόχους. Το Γραφείο Ποιότητας βοηθά στη διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας ενός τμήματος, καθοδηγεί τα τμήματα για την διατήρηση του πιστοποιητικού ISO, πραγματοποιεί συχνές εσωτερικές επιθεωρήσεις στο τμήμα με σκοπό την διαπίστωση της καλής λειτουργίας, εκπαιδεύει το προσωπικό, βοηθά στη συνεργασία των τμημάτων τέλος, έχει στόχο την πιστοποίηση όλων των τμημάτων του Νοσοκομείου.

Σήμερα, δύο Δημόσια Νοσοκομεία έχουν εντάξει στον εσωτερικό κανονισμό τους την ύπαρξη Γραφείου Διαχείρισης Ποιότητας, το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο με υπεύθυνη την κα Ήμερ Ρόναν -Ασημακοπούλου και το Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου με υπεύθυνη την κα Λιάνα Μιχαηλίδου.

### **2.1.2 Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο – Γραφείο Διασφάλισης Ποιότητας**

Στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο (ΩΚΚ), η εγκατάσταση του Συστήματος Διασφάλισης Ποιότητας τοποθετήθηκε στο πρώτο εξάμηνο του 1993. Το ΩΚΚ προσέγγισε το θέμα της διασφάλισης της ποιότητας αρχικά με την έκδοση Κανονισμών και Διαδικασιών καθώς, και με την δημιουργία επιτροπών με αρμοδιότητες σχετικές με την ποιότητα:

- Επιτροπή Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων
- Επιτροπή Ασφάλειας Προσωπικού
- Επιτροπή Διασφάλισης Ποιότητας

Σκοπός του Γραφείου Διασφάλισης Ποιότητας του ΩΚΚ είναι η μέτρηση δεικτών ποιότητας, οι οποίοι ελέγχονται βάσει προκαθορισμένων κλινικών κριτηρίων, κόστους, παρεχόμενων υπηρεσιών και ασφάλειας. Το Γραφείο Διασφάλισης Ποιότητας χρησιμοποιεί εκτενώς τις σημαντικές δυνατότητες του πληροφοριακού συστήματος του ΩΚΚ για τη συλλογή στοιχείων και τη διενέργεια στατιστικών αναλύσεων.

Όλες οι δραστηριότητες του Γραφείου για τη Διασφάλιση της Ποιότητας υποκινούνται από της Επιτροπή Ποιότητας και εκτελούνται υπό την εποπτεία της. Οι συναντήσεις της Επιτροπής της Ποιότητας είναι μηνιαίες και ακολουθούν συγκεκριμένο πρόγραμμα. Ενσωματώνοντας τις τεχνικές "Ολικής Ποιότητας" η επιτροπή αντιμετωπίζει τα διαφορετικά προβλήματα ως ευκαιρίες για βελτίωση των διαδικασιών. Εάν στους ελέγχους αξιολόγησης παρατηρηθεί μεγάλη απόκλιση από τα προκαθορισμένα όρια τότε συστήνεται η λήψη διορθωτικών μέτρων.

Η ομάδα Εργασίας Θνητότητας/Επιπλοκών αναλύει και μελετά περιπτώσεις με απρόσμενα αποτελέσματα ή επιπλοκές. Αυτή η προσέγγιση είναι ζωτικής σημασίας για το Ιατρικό Προσωπικό και τους επαγγελματίες υγείας και στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων προς τους ασθενείς του κέντρου υπηρεσιών.

Το Γραφείο Ποιότητας του Ωνασείου προχώρησε σε αναδρομικούς ελέγχους, όσον αφορά την απόδοση του ιατρικού προσωπικού, σε θέματα διοικητικής φύσης π.χ. ελέγχους ιατρικών φακέλων, γραπτή τεκμηρίωση κλινικής δραστηριότητας, έλεγχος παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ασθενείς. Μετά τις παραπάνω ρυθμίσεις το ΩΚΚ ήταν έτοιμο για

την πιστοποίηση μέσω του ISO. Η πιστοποίηση του ΩΚΚ δεν ήταν ο αυτοσκοπός της όλης διαδικασίας αλλά η βάση για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

### **2.1.3 Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου – Γραφείο Ποιότητας**

Το Γραφείο Ποιότητας του Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου υπάγεται στην Γενική Διεύθυνση του Νοσοκομείου. Η ίδρυση του Γραφείου Ποιότητας, είχε προσχεδιαστεί στον αρχικό εσωτερικό κανονισμό του νοσοκομείου, ακολουθώντας τα ευρωπαϊκά πρότυπα. Στην αρχή υπήρχαν προβλήματα στο να βρεθεί προσωπικό με τα ανάλογα προσόντα για την στελέχωση της Διεύθυνσης Ποιοτικού Ελέγχου. Το Γραφείο Ποιότητας διαθέτει την Διευθύντρια Ποιοτικού Ελέγχου, μια Γραμματέα και 25 συνδέσμους ποιότητας μέσα σε ομάδες ποιότητας στα συνεργαζόμενα τμήματα και κλινικές.

Αποστολή του είναι, η εισαγωγή, η υποστήριξη και ο συντονισμός πρωτοβουλιών διαχείρισης ποιότητας, έτσι όπως αυτές απαντώνται σε σύγχρονους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας σε διεθνές επίπεδο.

Οι σκοποί<sup>14</sup> του Γραφείου Διαχείρισης Ποιότητας του Γ.Ν.Π. είναι:

- I. Η αποτελεσματική προετοιμασία τμημάτων, κλινικών, εργαστηρίων και μονάδων για την εφαρμογή Συστημάτων Διαχείρισης Ποιότητας (ΣΔΠ) τα οποία μπορούν να πιστοποιηθούν κατά ISO 9001:2000,
- II. Η υποστήριξη και καθοδήγηση πιστοποιημένων τμημάτων προκειμένου να διατηρούν το πιστοποιητικό ποιότητας κατά ISO 9001:2000 μέσα από συνεχή βελτίωση των Συστημάτων Διαχείρισης Ποιότητας που εφαρμόζουν,
- III. Ο συντονισμός ερευνών ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο ολόκληρου Νοσοκομείου,
- IV. Η διευθέτηση παραπόνων ασθενών και συνοδών σε συνεργασία με τη Γενική Διεύθυνση και τη Διοικητική Υπηρεσία,
- V. Η εκπαίδευση του προσωπικού στις σύγχρονες αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας,
- VI. Η εισαγωγή σύγχρονων εργαλείων διαχείρισης ποιότητας μέσω της υιοθέτησης τους σε ενδιαφερόμενα τμήματα/κλινικές.

<sup>14</sup> Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Διεύθυνση Ελέγχου Ποιότητας (2008), 'Αποστολή και στόχοι', διαθέσιμο σε: [http://www.papageorgiou-hospital.gr/cms/front\\_content.php?idcat=520](http://www.papageorgiou-hospital.gr/cms/front_content.php?idcat=520).

Το Γραφείο Ποιότητας αναλαμβάνει, την προετοιμασία των τμημάτων στην εφαρμογή Συστημάτων Διαχείρισης Ποιότητας ώστε να πιστοποιηθούν, την υποστήριξη και καθοδήγηση των τμημάτων για τη διατήρηση του πιστοποιητικού, την εκπαίδευση του προσωπικού, τον προγραμματισμό συναντήσεων με τις ομάδες ποιότητας για την βελτίωση και συντήρηση της ποιότητας.

## **2.2 Οργάνωση των τμημάτων πριν και μετά την πιστοποίηση**

Για να οργανωθούν τα τμήματα είναι αναγκαίο να υιοθετηθεί το Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας (ΜΟΠ) από ολόκληρο τον οργανισμό. Το ΜΟΠ αφορά ουσιαστικά την ανάπτυξη μιας ιδεολογίας, μιας φιλοσοφίας, μεθόδων και ενεργειών που αποβλέπουν στην απόλυτη ικανοποίηση των πελατών μέσω των συνεχών βελτιώσεων, ωστόσο το ΜΟΠ είναι κάτι περισσότερο από όλα αυτά, είναι τρόπος ζωής<sup>15</sup>. Πριν από την υλοποίηση του ΜΟΠ υπάρχουν πολλά ζητήματα που πρέπει να ληφθούν υπόψη. Ορισμένα από αυτά απαιτούν μια στάση δέσμευσης και συνεργασίας, ειδικά από τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη, και μια προθυμία για πειραματισμό και ευελιξία από όλους στον οργανισμό. Η ποιότητα πρέπει να γίνει κάτι ορατό και να εκπαιδευτούν τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη σε ζητήματα ποιότητας και τις επιπτώσεις του ΜΟΠ. Το να προκληθεί η συμμετοχή και ανάμιξη των εργαζομένων αποτελεί προτεραιότητα της φάσης αυτής.

### **2.2.1 Εκπαίδευση των εργαζομένων**

Οι εργαζόμενοι του τμήματος (προς πιστοποίηση), με ευθύνη του Γραφείου Ποιότητας, εκπαιδεύονται μέσα από μια σειρά μαθημάτων προκειμένου να εξοικειωθούν με τις βασικές αρχές διαχείρισης ποιότητας σε μονάδες υγείας, με σκοπό να κατανοήσουν τα οφέλη που απορρέουν από την εφαρμογή αυτών.

Οι θεματικές ενότητες των μαθημάτων παρουσιάζουν θεωρία και ανάλυση εφαρμογών, στοχεύουν στο να κατανοήσουν οι καταρτιζόμενοι τη νέα προσέγγιση καθημερινής οργάνωσης και λειτουργίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Μερικές από τις θεματικές ενότητες που παρουσιάζονται είναι:

Η Στατιστική και η Εισαγωγή των εργαζομένων στο πρότυπο ISO 9001:2000 και τις απαιτήσεις του, ώστε οι καταρτιζόμενοι να αντιληφθούν την αναγκαιότητα της Στατιστικής για την μέτρηση, τον έλεγχο και την τεκμηρίωση της ποιότητας, καθώς και το πώς το νοσοκομείο, μέσω του πρότυπου ISO, καθιερώνει, τεκμηριώνει, θέτει σε εφαρμογή και διατηρεί ένα Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας.

<sup>15</sup> James P., (1996/2007) *Total Quality Management*, Prentice Hall, σελ.21



Τα οφέλη των Πληροφοριακών Συστημάτων όπως, βελτίωση στις παρεχόμενες υπηρεσίες, μείωση της γραφειοκρατίας, μείωση του κόστους περίθαλψης και διευκόλυνση της διοίκησης, την Διαχείριση Κινδύνου στο Νοσοκομείο ώστε, οι εργαζόμενοι να μπορούν να αναγνωρίζουν, να περιγράφουν, να εκτιμούν, να αξιολογούν, να χειριστούν και να παρακολουθούν τον κίνδυνο.

Την Παραγωγική Διαδικασία τροφίμων, μια ενημέρωση σχετικά με την δημιουργία προστατευτικής ατμόσφαιρας τροφίμων, ψύξη, κατάψυξη, συντήρηση και έλεγχο θερμοκρασίας τροφίμων, και ενημέρωση σχετικά με τα Δικαιώματα του Νοσοκομειακού Ασθενούς σύμφωνα με το Νόμο Ν.2071/ΦΕΚ123/92τ.α./άρθρο47<sup>16</sup> όπου, κατοχυρώνει τα δικαιώματα των ασθενών σε μια προσπάθεια προστασίας του πολίτη σε συνδυασμό με καλύτερη παροχή υγείας,

Η Ικανοποίηση των Χρηστών Υπηρεσιών Υγείας ως αναφαίρετο δικαίωμα επίσης, ένας από τους σημαντικότερους δείκτες ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, θεραπευτική μέθοδο, δείκτης λήψης αποφάσεων και οργανωτικών αλλαγών, η Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, για την καλύτερη προστασία των εργαζομένων κατά την εργασία, μέσω προληπτικών μέτρων όσων αφορά τα εργατικά ατυχήματα και τις επαγγελματικές ασθένειες,

Το Επίπεδο Ποιότητας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), αφορά θέματα όπως, σταθερότητα της φροντίδας, συνέπεια της εκτέλεσης, διάρκεια παρεχόμενων υπηρεσιών, ανταπόκρισης, ετοιμότητα προσωπικού, ικανότητα προσωπικού, προσβασιμότητα, ευγένεια, κατανόηση και επικοινωνία, και τέλος Τεχνικές Ομαδικής Εργασίας προκειμένου οι εργαζόμενοι να αποτελέσουν τους συνδέσμους – πυρήνες του Νοσοκομείου με το Γραφείο Διασύνδεσης Ποιότητας, οι οποίοι θα καλλιεργούν μελλοντικά την κουλτούρα συνεχούς βελτίωσης ποιότητας.

### **2.2.2 Ομάδα Ποιότητας – Εγχειρίδιο Ποιότητας**

Το επόμενο βήμα του Γραφείου Ποιότητας, είναι η δημιουργία σε κάθε τμήμα μια Ομάδα Ποιότητας. Η Ομάδα Ποιότητας σε συνεργασία με το Γραφείο Ποιότητας εργάζονται για την σύνταξη των διαδικασιών, δηλαδή, να εντάξουν στις διεργασίες του τμήματος τις διαδικασίες του προτύπου ISO. Ένα βασικό βήμα για την σχεδίαση του συστήματος διαχείρισης ποιότητας είναι η αποσαφήνιση των διαδικασιών και η βελτίωση τους. Όταν οι διαδικασίες του τμήματος είναι έτοιμες, οι ομάδες ποιότητας με την βοήθεια

<sup>16</sup> BeStrong (2009), 'Τα Δικαιώματα του Νοσοκομειακού Ασθενούς', διαθέσιμο σε: <http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/therightofcancerpatients/hospitalpatients/>

του Γραφείου Ποιότητας οργανώνουν το τμήμα, γίνεται κατανομή των εργασιών του προσωπικού σύμφωνα με τις νέες διαδικασίες και αντιμετωπίζονται τυχόν προβλήματα οργάνωσης.

Το τμήμα πρέπει να είναι κατάλληλα προετοιμασμένο έτσι ώστε στην επιθεώρηση από τον εξωτερικό φορέα να αποδείξει ότι πληρεί τις απαιτήσεις του προτύπου.

Απαραίτητο για έναν οργανισμό είναι να διαθέτει αποδείξεις – τεκμήρια ότι παράγει υπηρεσίες καλής ποιότητας όπως ότι, ο εξοπλισμός είναι σε άρτια κατάσταση, οι εργαζόμενοι είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι, οι αστοχίες καταγράφονται και δεν επιτρέπεται η επανεμφάνισή τους, ο οργανισμός ενδιαφέρεται να προλάβει τις αστοχίες.

Ένας εξωτερικός συνεργάτης καλείται από το νοσοκομείο ώστε, ως ένα ουδέτερο μάτι, να καταθέσει τις παρατηρήσεις και τις προτάσεις βελτίωσης του τμήματος. Με αυτό τον τρόπο οι ηγεσίες του τμήματος, οι ομάδες ποιότητας, η Γενική Διεύθυνση και το Γραφείο Ποιότητας δρουν ώστε να προσδιορίσουν τις δυσκολίες και να τις αντιμετωπίσουν. Ο εξωτερικός συνεργάτης είναι και μια εμπειρία για τους εργαζόμενους για το πώς γίνεται μια επιθεώρηση από τον φορέα πιστοποίησης.

### ***2.2.3 Πιστοποίηση Τμήματος***

Όταν το τμήμα έχει βελτιωθεί σύμφωνα με τις παρατηρήσεις, τότε καλείται ο διαπιστευμένος φορέας πιστοποίησης ο οποίος θα διαπιστώσει αν το τμήμα ικανοποιεί τις απαιτήσεις του προτύπου ISO 9001:2000. Τότε το τμήμα μπαίνει στο μικροσκόπιο τόσο ως προς την τεκμηρίωση του όσο και ως προς την εφαρμογή του. Αν πληρεί τις απαιτήσεις πιστοποιείται, αλλιώς, καθορίζονται οι βελτιώσεις που πρέπει να γίνουν για να επιτευχθεί ο στόχος.

Μετά την πιστοποίηση του τμήματος η ομάδα ποιότητας μαζί με το Γραφείο Ποιότητας πραγματοποιούν προγραμματισμένες συναντήσεις δύο φορές το μήνα (συχνότερα αν κρίνεται απαραίτητο), όπου συζητούνται τα προβλήματα που αντιμετωπίζονται, η πρόοδος που έχει επιτευχθεί κ.α. Οι συναντήσεις αυτές πραγματοποιούνται με σκοπό την διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας.

Το τμήμα επιθεωρείτε εσωτερικά από το Γραφείο Ποιότητας αλλά και μια φορά τον χρόνο εξωτερικά από τον φορέα πιστοποίησης.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

### **ΤΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΤΟΥ Γ.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ (έως και το 2010)**

#### **3.1 Εισαγωγή**

Το Γραφείο Ποιότητας του Γ.Ν. Παπαγεωργίου έχει καταφέρει να πιστοποιήσει μέχρι σήμερα τέσσερα τμήματα του νοσοκομείου. Στις αρχές του έτους 2010 ξεκίνησε, το σχεδιασμό Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας, η Πανεπιστημιακή Κλινική Παθολογίας Ογκολογίας με στόχο να έχει ολοκληρωθεί η εφαρμογή μέχρι το τέλος του έτους. Η καθυστέρηση που παρατηρείται στον Σχεδιασμό Συστημάτων Ποιότητας στα τμήματα και κλινικές του Νοσοκομείου οφείλεται στις ιδιαιτερότητες που διαθέτει το νοσοκομείο σε σχέση με νοσοκομεία που διαθέτουν μια ειδικότητα.

Καταρχήν, το μεγάλο μέγεθος του νοσοκομείου, αποτελείται από 8 διευθύνσεις, μαζί με τη Γενική Διεύθυνση, οι οποίες αποτελούνται από 58 τμήματα, για να οργανωθούν και να πιστοποιηθούν και τα 58 τμήματα χρειάζεται το Γραφείο Ποιότητας του Γ.Ν. Παπαγεωργίου να διαθέτει περισσότερο προσωπικό ώστε να επιτευχθεί γρηγορότερα το Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας.

Όπως αναφέραμε και σε προηγούμενο κεφάλαιο το Γραφείο αποτελείται από την Διευθύντρια Ποιοτικού Ελέγχου και μια Γραμματέα, έτσι δεν υπάρχει κάποιο άτομο για να αφοσιωθεί αποκλειστικά στον σχεδιασμό συστημάτων κατά ISO. Όμως, το κόστος του συμβούλου, ο οποίος θα μπορούσε να σχεδιάσει, μόνος του ή σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Ποιοτικού Ελέγχου, συστήματα για τμήματα/κλινικές είναι αποτρεπτικό, τόσο για τη Διοίκηση όσο και για τους ίδιους τους διευθυντές των ενδιαφερομένων τμημάτων. Η επιθυμία των διευθυντών για πιστοποίηση ωστόσο, έχει ήδη εκφραστεί.

Δεύτερον, οι τεράστιες και σύνθετες εγκαταστάσεις του, αποτελείται από τμήματα με διαφορετικές προτεραιότητες και ανάγκες, οπότε αντιλαμβανόμαστε τη δυσκολία του έργου του Γραφείου Ποιότητας στην οργάνωση του κάθε τμήματος ξεχωριστά.

Τρίτον, το πλήθος προϊόντων και υπηρεσιών που παράγονται ταυτόχρονα, τέταρτο, τα προϊόντα και οι υπηρεσίες μεγάλης αξίας που διαθέτει, τέλος, οι πολυπληθές και

ανομοιογενές ως προς την προέλευση, γνώσεις, αποδοχές, προσδοκίες και φιλοδοξίες του προσωπικού<sup>17</sup>.

### 3.2 Περιορισμοί Νοσοκομείων

Ο φορέας πιστοποίησε τα τμήματα του Γ.Ν. Παπαγεωργίου, σύμφωνα με το πρότυπο ISO, λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς των Δημόσιων Νοσοκομείων, με όρους βελτίωσης.

Κάποιοι από τους περιορισμούς<sup>18</sup> αναφέρονται παρακάτω: η υποστελέχωση των υπηρεσιών και η αρνητική αναλογία μεταξύ του προσωπικού που συνταξιοδοτείται και αυτού που προσλαμβάνεται, η αδυναμία απόλυσης προσωπικού, η εγκατάλειψη πολιτικών πρόσληψης, οι ιδιωτικοποιήσεις και η κατεύθυνση μεγάλου μέρους των δαπανών προς τον ιδιωτικό τομέα.

Η υποχρηματοδότηση του ΕΣΥ, που αποτελεί από τους μεγαλύτερους περιορισμούς των δημόσιων νοσοκομείων, από το 3% του ΑΕΠ το 2004, μειώθηκε το 2008 στο 2,4%, όπου αντιστοιχεί στο 6% των τακτικών εξόδων του προϋπολογισμού έναντι 13,6 που αποτελεί το μέσο όρο της Ε.Ε.

Ο μαρασμός και η απαξίωση του δημόσιου συστήματος υγείας και η μεγαλύτερη εμπλοκή του ιδιωτικού τομέα, οι ελλείψεις που αποτυπώνουν την κατάσταση όπως, από τους 323 μαστογράφους, που έχουν εγκατασταθεί σε διάφορα νοσοκομεία στην Ελλάδα, λειτουργούν μόνο 52 (16%), από τους 199 αξονικούς τομογράφους λειτουργούν οι 48 (24%), ενώ 150 κρεβάτια σε μονάδες εντατικής θεραπείας παραμένουν κλειστά, ενώ τα ασφαλιστικά ταμεία μισθώνουν κλίνες σε ιδιωτικές κλινικές, οι υπερτιμολογήσεις φαρμάκων και ιατρικών υλικών εξαντλούν τα αποθέματα των ασφαλιστικών ταμείων, τέλος, πολλές λειτουργίες παραχωρούνται σε ιδιώτες (π.χ. μαιευτική, καρδιοχειρουργική, αιμοκάθαρση κα.)

Τα τμήματα που το Γ.Ν. Παπαγεωργίου έχει θέσει σε εφαρμογή το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας είναι, το Νεφρολογικό τμήμα, όπου πιστοποιήθηκε το 2006, το Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο, το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και το τμήμα Ιατρικής Φυσικής – Ακτινοφυσικής, όπου πιστοποιήθηκαν τον Απρίλιο του 2009.

<sup>17</sup> Δρ. Οικονομοπούλου Χ. (2004), 'Εννοιολογική και Ιστορική Προσέγγιση της Ποιότητας Πρόγραμμα Διασφάλισης Ποιότητας', διαθέσιμο σε : [www.akamania.net/dmy.kriti-jun04.ppt](http://www.akamania.net/dmy.kriti-jun04.ppt)

<sup>18</sup> Κωτσάκας Χ. (2009), 'SOS! Δημόσια Υγεία', διαθέσιμο σε: <http://contrarossa.net/index.php?option=com-content&task=view&id=45&itemid=43>.

### 3.3 Το Νεφρολογικό τμήμα

Το Νεφρολογικό τμήμα του Γ.Ν.Π. πιστοποιήθηκε από τον διαπιστωμένο εξωτερικό φορέα ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2000.

Σκοπός του τμήματος, έτσι όπως έχει οριστεί από τη Διοίκηση του τμήματος, είναι η διασφάλιση παροχής σταθερής ποιότητας υπηρεσιών υγείας.

Αποτελείται από πέντε μονάδες, την Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, η οποία εξυπηρετεί 190 – 200 ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, την Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, η οποία εξυπηρετεί 75 ασθενείς που είναι εξωτερικοί και παρακολουθούνται σε μηνιαία βάση, την Μονάδα Θεραπευτικής Πλασμαφαίρεσης, η οποία συγκαταλέγεται στις αρτιότερες και καλύτερες ευρωπαϊκές μονάδες από άποψη τεχνολογίας, μεθοδολογίας και κλινικής πράξης, την Νεφρολογική Κλινική με 13 κλίνες για τη νοσηλεία ασθενών και τέλος, τα Εξωτερικά Ιατρεία τα οποία λειτουργούν καθημερινά για την συντομότερη διαγνωστική προσέγγιση των ασθενών.

Η εφαρμογή του Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας είναι προϊόν ομαδικής εργασίας πολλών μελών του προσωπικού του Νοσοκομείου. Για να πιστοποιηθεί το τμήμα, η αναπληρώτρια Προϊσταμένη της Νοσηλευτικής υπηρεσίας ανέλαβε την μελέτη, σύνταξη και επανασχεδιασμό των διαδικασιών της καθημερινής λειτουργίας του Νεφρολογικού τμήματος.

Για την πλήρωση των απαιτήσεων του διεθνούς προτύπου, το Γραφείο Διαχείρισης Ποιότητας ανέλαβε τον συντονισμό της προσπάθειας.

Το πρότυπο ISO όπως αναφέραμε και στο κεφάλαιο 1.6 απαιτεί την πλήρωση έξι διαδικασιών: έλεγχος εγγράφων, έλεγχος αρχείων, εσωτερικές επιθεωρήσεις, διαχείριση μη συμμορφούμενου προϊόντος/μη συμμορφούμενης υπηρεσίας, διορθωτικές και προληπτικές ενέργειες. Η Διοίκηση του τμήματος προσέθεσε σε αυτά άλλες 24 διαδικασίες, κάποιες από αυτές είναι: η εκπαίδευση του προσωπικού, η συντήρηση του εξοπλισμού, η διακριβώσεις μετρητικών οργάνων (καρέκλας – ζυγού και θερμομέτρων), η εκτίμηση της γνώμης των χρηστών υπηρεσιών υγείας, η στοχοθεσία, η επεξεργασία και έλεγχος της ποιότητας νερού, οι τακτικοί κλινικοί έλεγχοι κ.α.

Η Πολιτική ποιότητας του Νεφρολογικού τμήματος αναφέρει το όραμα, την αποστολή και τους σκοπούς του τμήματος.

Το όραμα του τμήματος είναι να αποτελέσει πρότυπη νοσηλευτική μονάδα με υψηλό αίσθημα ευθύνης απέναντι στους νεφροπαθείς. Η αποστολή του τμήματος είναι η συνεχής βελτίωση της εσωτερικής οργάνωσης και του αποτελέσματος των υπηρεσιών του στους ασθενείς που εξυπηρετεί.

Οι σκοποί του τμήματος είναι, να καινοτομεί και να είναι πρωτοπόρο στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που μπορεί να προσφέρει, να έχουν οι μόνιμοι ασθενείς όσο το δυνατόν πιο φυσιολογική ζωή, να καλύπτει όλες τις αιτήσεις για μόνιμη ή έκτακτη αιμοκάθαρση εφόσον αυτό είναι εφικτό, να καινοτομεί στην εφαρμογή νέων τεχνολογιών, να εφαρμόζει τις πλέον σύγχρονες τεχνικές διαγνωστικής προσέγγισης, να εφαρμόζει προγράμματα πρόληψης των νεφροπαθειών, να εφαρμόζει βασική και εφαρμοσμένη έρευνα σύμφωνα με τους κανόνες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Επιπροσθέτως, το Νεφρολογικό Τμήμα δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην άρτια επιστημονική κατάρτιση του προσωπικού του σύμφωνα με την τρέχουσα επιστημονικά τεκμηριωμένη γνώση. Συγκεκριμένα επιδιώκει, να εκπονεί και να εφαρμόζει επιστημονικά προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, να είναι πρωτοπόρο με την παρουσίαση και δημοσίευση επιστημονικών εργασιών σε παγκόσμια συνέδρια και διεθνή περιοδικά αντιστοίχως, να δημιουργεί συνθήκες επιστημονικής συνεργασίας με αναγνωρισμένα κέντρα του εξωτερικού, να προσκαλεί ξένους διακεκριμένους επιστήμονες, να κατευθύνει την εκπόνηση διδακτορικών διατριβών, να διοργανώνει σεμινάρια και συνέδρια.

«Η εφαρμογή του Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας αφήνει πλουσιότερο το Νεφρολογικό Τμήμα, μετά την τρίτη ανανέωση του, κατά ένα διαχειριστικό εργαλείο εύχρηστο και φιλικό, το οποίο ελέγχει και συνεχώς βελτιώνει την εσωτερική οργάνωση του προς όφελος των νεφροπαθών που εξυπηρετεί».<sup>19</sup>

### **3.4 Το Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο**

Το Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο προσφέρει υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης και επεμβατικής ακτινολογίας σε εξωτερικούς/εσωτερικούς ασθενείς και διακομιδές λουπάν Νοσοκομείων. Επίσης, δραστηριοποιείται στον τομέα της επιστημονικής εκπαίδευσης μέσα από δημοσιεύσεις και ανακοινώσεις, διοργάνωση ημερίδων, εκπαίδευση και μετεκπαίδευση νέων ακτινολόγων.

Αποτελείται από τα τμήματα:

- Νευροακτινολογίας,
- Ακτινολογίας Σώματος,
- Αγγειογραφίας και Επεμβατικής Ακτινολογίας,

<sup>19</sup> Γ. Σακελλαρίου, Α. Μιχαλίδου, (2006) «Απονομή πιστοποιητικού ποιότητας ISO 9001:2000 στο Νεφρολογικό τμήμα του Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου», *Χρέος Ζωής*, τεύχος 8, σ.σ. 7-10

- Παιδοακτινολογίας.

Τα ενταγμένα στο Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας εργαστήρια μαγνητικού τομογράφου, αξονικών τομογράφων, αγγειογράφου, ακτινοσκοπικών μηχανημάτων, απλών ακτινογραφικών μηχανημάτων, υπερηχογράφων, μαστογράφων και μέτρησης οστικής πυκνότητας λειτουργούν καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας, επτά ημέρες την εβδομάδα, ολόκληρο το χρόνο με στόχο, την ασφαλή (για τους ασθενείς και τους εργαζόμενους) διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων σε εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς, επείγοντα περιστατικά και διακομιδές λουτών νοσοκομείων, καθώς και ασφαλή λήψη δειγμάτων προς βιοψία, την εφαρμογή πρωτοποριακής τεχνολογίας, τη σωστή διάγνωση από το εργαστηριακό ιατρικό προσωπικό.

Το τμήμα πιστοποιήθηκε τον Απρίλιο του 2009 μαζί με το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και το τμήμα Ιατρικής Φυσικής – Ακτινοφυσικής ολοκληρώνοντας τον πρώτο κύκλο εργασιών. Το πιστοποιητικό αποτελεί ένα μέσο επιβράβευσης των ανθρώπων που δούλεψαν επί μήνες παρά τις δυσκολίες.

### **3.5 Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)**

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ξεκίνησε τη λειτουργία του το 2000 και αποτελεί ένα από τα πιο σύγχρονα ΤΕΠ της Ελλάδας. Όραμα του είναι, να αποτελέσει πρότυπο νοσηλευτικό τμήμα όσον αφορά την έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών. Αποστολή του ΤΕΠ είναι, η συνεχής βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας των ασθενών που εξυπηρετεί (όπου σε ετήσια βάση αγγίζουν τους 90.000) και η συνεχής βελτίωση της εσωτερικής οργάνωσης του. Για να εκπληρώσει την αποστολή του το ΤΕΠ εφαρμόζει διαλογή (triage) περιστατικών από εκπαιδευμένους νοσηλευτές βάση του αλγόριθμου ESI<sup>20</sup> συμβάλλοντας στην καλύτερη διαχείριση των περιστατικών.

Στις συναντήσεις ποιότητας και στις επιθεωρήσεις χτίστηκαν οι βάσεις πάνω στους ρόλους και στις αρμοδιότητες των νοσηλευτών. Καταγράφηκαν οι διαδικασίες όπου θα ακολουθηθούν από όλους, έτσι ώστε να κλειδωθεί η ποιότητα σε ένα επίπεδο

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου δεσμεύεται, τέλος, να συμμορφωθεί με τις απαιτήσεις του Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας κατά ISO

---

<sup>20</sup> Ο αλγόριθμος ESI χωρίζεται σε βήματα, ένα από αυτά ενημερώνει για το ποιες ερωτήσεις πρέπει να γίνουν στους ασθενείς που καταφθάνουν στο ΤΕΠ, ώστε να συλλεχθούν πληροφορίες. Με βάση τις πληροφορίες κρίνεται η κρισιμότητα της κατάστασης του ασθενούς.

9001:2000 που έχει σχεδιάσει, να επενδύσει σε πόρους για την εφαρμογή του, καθώς και να βελτιώνει διαρκώς την αποτελεσματικότητά του.

### **3.6 Το τμήμα Ιατρικής Φυσικής – Ακτινοφυσικής (Τ.Ι.Φ.)**

Το τμήμα Ιατρικής Φυσικής – Ακτινοφυσικής το 2007 – 2009 σχεδίασε το δικό του Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας.

Το Τ.Ι.Φ. σχετίζεται με όλες τις εφαρμογές των ιοντιζουσών ακτινοβολιών, είναι αρμόδιο για θέματα Ακτινοπροστασίας και δραστηριοποιείται σε εφαρμογές των τμημάτων Ακτινοθεραπείας, Πυρηνικής Ιατρικής και Ακτινοδιάγνωσης. Οι Ακτινοφυσικοί του Τ.Ι.Φ. πραγματοποιούν τους ποιοτικούς ελέγχους όλων των μηχανημάτων ιοντιζουσών ακτινοβολιών των παραπάνω τμημάτων, στα πλαίσια της βελτιστοποίησης και διασφάλισης της ποιότητας.

Αρμοδιότητες του Τμήματος είναι, να οργανώνει και να επιβλέπει προγράμματα διασφάλισης ποιότητας στο εργαστήριο, να συμμετέχει σε επιτροπές προμήθειας νέου εξοπλισμού του εργαστηρίου, να οργανώνει, επιβλέπει και εκτελεί προγράμματα ποιοτικών ελέγχων, να οργανώνει προγράμματα αντιμετώπισης ραδιολογικών ατυχημάτων, έχει την ευθύνη για την ορθότητα και την ακρίβεια της δοσιμετρίας του ασθενούς, τηρεί ημερολόγιο λειτουργίας (Logbook) για κάθε σύστημα ακτινοθεραπείας, φροντίζει για την τήρηση και ενημέρωση βιβλίου βλαβών, οργανώνει και πραγματοποιεί προγράμματα επιμόρφωσης και εκπαίδευσης στο προσωπικό του εργαστηρίου, είναι υπεύθυνο για τη μεταφορά, κατοχή και διαχείριση των ραδιενεργών πηγών του συστήματος Βραχυθεραπείας.

Οι ακτινοφυσικοί, του Τμήματος Ιατρικής Φυσικής και Ακτινοφυσικής, συμμετέχουν ενεργά σε διαδικασίες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης τόσο ως διδασκόμενοι όσο και ως διδάσκοντες. Τα ερευνητικά ενδιαφέροντα του τμήματος προσανατολίζονται κυρίως στη δοσιμετρία και στην επεξεργασία της εικόνας. Τα αποτελέσματα των ερευνητικών δραστηριοτήτων του τμήματος ανακοινώνονται σε Ελληνικά και Διεθνή Επιστημονικά Περιοδικά και Συνέδρια.

Τον Απρίλιο του 2009, το τμήμα πιστοποιήθηκε στο πεδίο εφαρμογής “Λειτουργική Υποστήριξη, Έλεγχος Ποιότητας, Υπολογιστικές Μέθοδοι, Δοσιμετρία, Ακτινοπροστασία και εκπαίδευση”, κατά EN ISO 9001:2000 από τον διαπιστευμένο φορέα πιστοποίησης TUV HELLAS.

Λαμβάνοντας υπόψη τις ελλείψεις προσωπικού, τόσο στο Γραφείο Ποιότητας όσο και στα περισσότερα τμήματα του Νοσοκομείου, τις ελλιπούς χρηματοδότησης που



αντιμετωπίζουν όλα τα δημόσια νοσοκομεία, η πιστοποίηση των τεσσάρων τμημάτων είναι ένα μεγάλο κατόρθωμα για το Γραφείο Ποιότητας του Γ.Ν. Παπαγεωργίου. Η συνέχεια του έργου του είναι ακόμα δυσκολότερη καθώς η ποιότητα πρέπει συνεχώς να βελτιώνεται.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

#### 4.1 Εισαγωγή

Η συνεχής εκπαίδευση των εργαζομένων για την πρόοδο της ποιότητας βοηθά το προσωπικό στην εργασία του και στην κατανόηση των οδηγιών Διαχείρισης Ποιότητας; Ποιος είναι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών μετά την πιστοποίηση των τμημάτων ενός Νοσοκομείου;

Απάντηση στα παραπάνω ερωτήματα δίνουν τρεις έρευνες οι οποίες παρουσιάζονται στη συνέχεια. Η πρώτη έρευνα<sup>21</sup>, έγινε στο Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, από το Γραφείο Ποιότητας, στο Νεφρολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου για να διαπιστωθεί ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών που επισκέπτονται το τμήμα. Η δεύτερη έρευνα<sup>22</sup> έγινε στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο με σκοπό την μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών μετά την πιστοποίηση ISO. Ενώ η τρίτη<sup>23</sup>, πραγματοποιήθηκε σε τμήματα ενός νοσοκομείου της Οξφόρδης με σκοπό, την αξιολόγηση μιας στρατηγικής που αφορά την αποτελεσματικότητα εφαρμογής της συνεχούς προόδου της ποιότητας στα κλινικά τμήματα ενός νοσοκομείου.

#### 4.2 Έρευνα στο Γ.Ν. Παπαγεωργίου: Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών στο Νεφρολογικό Τμήμα

Το Γραφείο Ποιότητας του Γ.Ν. Παπαγεωργίου, θέλοντας να μετρά τη βελτίωση της οργάνωσης και λειτουργίας των τμημάτων που πιστοποιούνται, με το πρότυπο ISO, δίνει στους ασθενείς του κάθε τμήματος ένα ερωτηματολόγιο.

Ανάμεσα στα τέσσερα τμήματα που έχουν πιστοποιηθεί κατά ISO μόνο στο Νεφρολογικό Τμήμα έχει πραγματοποιηθεί ολοκληρωμένη έρευνα. Στα υπόλοιπα τρία τμήματα, σύμφωνα με μικρότερες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, έχουν παρατηρηθεί πολλές ελλείψεις τόσο οργανωτικές όσο και διοικητικές, όπως σε θέματα εξοπλισμού, οργάνωσης του Νοσηλευτικού προσωπικού, καθαριότητας, ταλαιπωρίας των αρρώστων κ.α.

<sup>21</sup> Προσωπική συνέντευξη με την Διευθύντρια του Γραφείου Ποιότητας του Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου κα Λιάνα Μιχαηλίδου.

<sup>22</sup> Γραφείο Ποιότητας,(2000) 'Πιστοποίηση ΩΚΚ κατά ISO 9000' διαθέσιμο σε: <http://www.onaseio.gr/newsletter/pdf/aa9.pdf>.

<sup>23</sup> Oxford University Press (2003), 'International Journal for Quality in Health Care' διαθέσιμο σε: <http://intaqc.oxfordjournals.org/cgi/content/full/15/1/47/#TBL1>

Το Γραφείο Ποιότητας έχει πραγματοποιήσει δύο έρευνες<sup>24</sup> με σκοπό να αξιολογήσει τον βαθμό ικανοποίησης ασθενών στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού.

Το ερωτηματολόγιο αρχικά ζητά κάποιες γενικές πληροφορίες από τους ασθενείς όπως το φύλο, την ηλικία και τα χρόνια που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

Η πρώτη έρευνα πραγματοποιήθηκε το Μάρτιο του 2007, από το σύνολο του δείγματος το μεγαλύτερο ποσοστό αποτελούνταν από άντρες (67%). Όσον αφορά την ηλικία των αρρώστων το δείγμα αποτελούνταν από άτομα ηλικίας άνω 65 ετών σε ποσοστό 54%, ενώ το 41% ήταν άτομα ηλικίας 36 – 65 ετών. Το 39% των αρρώστων υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση πάνω από 6 χρόνια, το 30% από 2 έως 6 χρόνια, ενώ το 19% από 6 – 12 μήνες.

Η δεύτερη έρευνα πραγματοποιήθηκε τον Σεπτέμβριο του 2009, όπου το δείγμα αποτελούνταν ισόποσα από άντρες και γυναίκες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των αρρώστων ήταν άνω των 65 ετών κατά 48%, το 30% του δείγματος ήταν 51 – 66 ετών, ενώ το 16% των αρρώστων ήταν 36 – 50 ετών. Όσον αφορά το χρονικό διάστημα που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση, το 35% του δείγματος ήταν πάνω από 6 χρόνια, το 39% από 2 – 6 χρόνια.

Το ερωτηματολόγιο και στις δύο έρευνες διέθετε τέσσερις ενότητες σχετικά με τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού. Η πρώτη ενότητα αναφερόταν στις υποδομές των μονάδων αιμοκάθαρσης, η δεύτερη στο Ιατρικό προσωπικό της Μονάδας, η Τρίτη ενότητα στο Νοσηλευτικό προσωπικό και η τέταρτη ενότητα σε θέματα υγείας των ασθενών της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού.

Οι ερωτώμενοι έπρεπε να απαντήσουν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου επιλέγοντας μια από τις έξι επιλογές - πάρα πολύ, πολύ, αρκετά, λίγο, πολύ λίγο, καθόλου.

#### **4.2.1 Τα Κύρια ευρήματα των ερευνών**

Στην ερώτηση «πόσο ικανοποιημένοι είστε με το χώρο αιμοκάθαρσης;», το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε πάρα πολύ και στις δύο έρευνες. Για το χώρο αναμονής της μονάδας το 6% των ασθενών απάντησε ότι δεν τους ικανοποιεί καθόλου, ενώ το 2009 το 13% απάντησε ότι τους ικανοποιεί από λίγο έως καθόλου. Βλέπουμε ότι ο αριθμός των ασθενών που δεν τους ικανοποιεί ο χώρος αναμονής της Μονάδας αυξήθηκε το 2009. Σε

<sup>24</sup> Προσωπική συνέντευξη με την Διευθύντρια του Γραφείου Ποιότητας του Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου κα Λιάνα Μιχαηλίδου.

ερώτηση «τι θα έπρεπε να αλλάξει στη μονάδα;», και στις δύο έρευνες το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε τον εξοπλισμό.

Στις ερωτήσεις για το Ιατρικό προσωπικό διερευνάται αν οι υπηρεσίες που προσφέρει καλύπτουν τους ασθενείς. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών είναι ικανοποιημένοι με το Ιατρικό προσωπικό της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού και δέχονται σωστή ενημέρωση για την εξέλιξη της υγείας τους. Σε θέματα διατροφής, το 15% των ασθενών το 2007 δεν δέχεται καμία ενημέρωση σχετικά με τη σωστή διατροφή στην αιμοκάθαρση, ενώ το 2009 αυξάνεται στο 25%, από 24% αυξήθηκε σε 43% το 2009 το ποσοστό των ασθενών που δεν εξετάζονται την ώρα της επίσκεψης τους στη Μονάδα.

Στις ερωτήσεις για το Νοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού, παρατηρούμε ότι το Νοσηλευτικό προσωπικό, ικανοποιεί κατά 88% τους ερωτώμενους, εμπνέουν εμπιστοσύνη στους αρρώστους, τους συμπεριφέρονται καλά και όταν υπάρχει πρόβλημα σπεύδουν αμέσως.

Στην ερώτηση «τι σας ενοχλεί κατά την ώρα της αιμοκάθαρσης;» οι ασθενείς που απάντησαν η στενότητα του χώρου αυξήθηκε σε ποσοστό 5% το 2009 σε σχέση με το 2007. Μέσο όρο από τις δύο έρευνες το 70% πιστεύει ότι χρειάζεται η παρουσία ψυχολόγου στη Μονάδα για τη ψυχολογική ενίσχυση των αρρώστων και των συγγενών τους για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Τέλος, το 74% θεωρεί απαραίτητη της παρουσία διατροφολόγου στο χώρο της Μονάδας.

#### **4.2.2 Συμπεράσματα ερευνών**

Τα βασικά συμπεράσματα των ερευνών είναι:

- Θα πρέπει να βελτιωθεί ο χώρος αναμονής των ασθενών στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, οι ασθενείς έρχονται σε επαφή με αυτό το χώρο ανά τρεις ημέρες, ανανεώνοντας το χώρο ανά τακτά χρονικά διαστήματα θα βελτιώνεται και η ψυχολογία των ασθενών.
- Ο εξοπλισμός της Μονάδας θα πρέπει να εκσυγχρονιστεί. Από την αρχή λειτουργίας του Νοσοκομείου δεν έχει προστεθεί ή αντικατασταθεί κάποιο από τα μηχανήματα δημιουργώντας αβεβαιότητα στους ασθενείς
- Το Ιατρικό προσωπικό θα πρέπει να ενημερώνει τους ασθενείς για την κατάλληλη διατροφή στην αιμοκάθαρση, αλλιώς, κρίνεται απαραίτητη η παρουσία διατροφολόγου στη Μονάδα.

- Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να εξετάζονται από το Ιατρικό προσωπικό κατά την εισαγωγή τους στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού.
- Παρατηρείται η ανάγκη παρουσίας ψυχολόγου για την ψυχολογική βοήθεια των αρρώστων και των συγγενών τους.

Αυτό που αξίζει να παρατηρήσουμε είναι ότι τα ποσοστά σε κάποιες από τις ερωτήσεις, δεν κινούνται θετικά από το 2007 στο 2009, αντίθετά έχουν πτωτική τάση. Στην ερώτηση, «Σας ενημερώνουν οι γιατροί για τη σωστή διατροφή στην αιμοκάθαρση;» έχουμε αύξηση της τάξεως του 10%, από το 2007 στο 2009, των ατόμων που δεν έχουν ενημερωθεί. Επίσης, στην ερώτηση, «Σας εξετάζουν οι γιατροί την ώρα της επίσκεψης;», το 2007 τα άτομα που δεν εξετάζονται είναι στο 24% ενώ το 2009 έφτασε το 43%, η διαφορά των ασθενών που δεν εξετάζονται έφτασε το 19% . Αυτή η αρνητική αύξηση δείχνει ότι τον πρώτο χρόνο που είχε πιστοποιηθεί το Νεφρολογικό Τμήμα (2006 – 2007), ικανοποιούσε περισσότερο τους ασθενείς, από ότι δύο χρόνια μετά. Αυτές οι διαφορές μελετούνται από το Γραφείο Ποιότητας και τη Γενική Διεύθυνση έτσι ώστε να διαπιστωθούν οι αιτίες και να επιλεγθούν οι σωστές διορθωτικές ενέργειες.

Οι λόγοι που τα ποσοστά ικανοποίησης ασθενών είναι πτωτικά, σύμφωνα με το Γραφείο Ποιότητας του Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, είναι πρώτον, ότι οι Μονάδες Τεχνητού Νεφρού στηρίζονται κατά πολύ στον εξοπλισμό τους, κυρίως στα μηχανήματα αιμοκάθαρσης, τα οποία στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου δεν έχουν αντικατασταθεί με το πέρασμα των χρόνων, δεύτερον οι εξυπηρετούμενοι ασθενείς είναι χρόνιοι και συνεπώς έρχονται και ξαναέρχονται στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού κάθε τρίτη μέρα εδώ και χρόνια. Λίγο η δύναμη της συνήθειας, λίγο η απομυθοποίηση του εξοπλισμού, χώρου και προσωπικού μπορεί να εξηγούν την πτωτική τάση. Τέλος, η ομάδα των νεφροπαθών είναι, ταλαιπωρημένη ομάδα από θέματα υγείας, γεγονός που σύμφωνα με έρευνες και βιβλιογραφία τους καθιστά «γκρινιάρηδες» στη συντριπτική τους πλειοψηφία.

Το Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών αποτελεί ένα πολύτιμο εργαλείο για το Γραφείο Ποιότητας του Γ.Ν. Παπαγεωργίου και τη Γενική Διεύθυνση ώστε να διαπιστώνουν τις διορθωτικές ενέργειες που πρέπει να ληφθούν για να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του Τμήματος.

### 4.3 Έρευνα στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο: Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών

Η Διοίκηση στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο ενδιαφέρεται να μετρά όσο το δυνατόν καλύτερα την ποιότητα των φροντίδων που προσφέρονται στον άρρωστο, ένα χρήσιμο εργαλείο για την ενημέρωση της Διοίκησης είναι το Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών που συμπληρώνουν οι άρρωστοι.

Στο ΩΚΚ πραγματοποιήθηκε έρευνα<sup>25</sup> με σκοπό την αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών.

Το δείγμα αποτελούνταν από 358 ασθενείς που εξήλθαν από το Νοσοκομείο τη χρονική περίοδο Φεβρουαρίου – Απριλίου 2000. Το δείγμα αποτελεί το 20% του συνολικού αριθμού των ασθενών που πήραν εξιτήριο την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας.

Στους ασθενείς δόθηκε ένα ερωτηματολόγιο όπου τους ζητήθηκε να αξιολογήσουν:

- Διαδικασίες Εισαγωγής – Διοικητικές Υπηρεσίες
- Διαμονή στο Δωμάτιο – Νοσηλευτικές Φροντίδες
- Φαγητό – Ιατρικές Φροντίδες

Στο δείγμα υπερέιχαν οι άνδρες με ποσοστό 81% έναντι 19% των γυναικών ενώ οι ηλικίες των ασθενών ήταν από 35 – 70 ετών.

#### 4.3.1 Κύρια ευρήματα της έρευνας

Στους 358 ασθενείς που απάντησαν στην ερώτηση, «Ποιες είναι οι εντυπώσεις σας από τις διαδικασίες εισαγωγής;» μόνο οι 4 (1,1%) είχαν κακές εντυπώσεις και 28 (7,5%) ασθενείς με μέτριες. Στην ερώτηση για τις εντυπώσεις από τις Διοικητικές Υπηρεσίες είναι άριστες σε ποσοστό που ξεπερνά το 65%.

Οι συνθήκες διαμονής στο δωμάτιο είναι παράγοντας που επηρεάζει τη συνολική ψυχοκινητική δραστηριότητα του ατόμου. Στην ερώτηση για τις συνθήκες διαμονής στο δωμάτιο περιλαμβάνονται η καθαριότητα, η ησυχία, ο κλιματισμός, η τηλεόραση, το ραδιόφωνο, το επισκεπτήριο και ο χώρος αναμονής των επισκεπτών. Αν και οι ασθενείς φαίνονται αρκετά ικανοποιημένοι στο θέμα της καθαριότητας σε ποσοστό 74,3%, δεν φαίνονται ικανοποιημένοι από την ησυχία του δωματίου. Στην ερώτηση που οι ασθενείς καλούνται να βαθμολογήσουν τις Νοσηλευτικές φροντίδες όσων αφορά την περιποίηση, την ευγένεια, την κατανόηση, την εξυπηρέτηση. Οι ασθενείς βαθμολόγησαν παρόμοια σχεδόν και τις τέσσερις παραμέτρους σε ποσοστό 72 – 76%.

<sup>25</sup> Γραφείο Ποιότητας, (2000) 'Πιστοποίηση ΩΚΚ κατά ISO 9000' διαθέσιμο σε: <http://www.onaseio.gr/newsletter/pdf/aa9.pdf>.

Στην ερώτηση που αφορά τις Ιατρικές φροντίδες οι παράμετροι που καλούνται οι ασθενείς να βαθμολογήσουν είναι η ενημέρωση για τη νόσο, οδηγίες για τον τρόπο ζωής, λήψη φαρμάκων, διατροφή, ευγένεια, κατανόηση. Παρόλα τα άριστα αποτελέσματα, σε σχέση με την ενημέρωση και αντιμετώπιση των ασθενών, υπάρχει ένα ποσοστό της τάξης του 3% που παραπονιέται για κακή ενημέρωση τόσο των ίδιων των ασθενών όσο και των συγγενών τους.

#### **4.3.2 Συμπεράσματα έρευνας**

Τα βασικά συμπεράσματα που προκύπτουν από την έρευνα είναι τα παρακάτω:

- Θα πρέπει να προσεχθούν οι καθυστερήσεις στο χώρο εισαγωγής των ασθενών στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο
- Από τη μεριά του Νοσηλευτικού προσωπικού να προσεχθεί ο χρόνος ησυχίας των ασθενών
- Αναλυτικότερη ενημέρωση από τους γιατρούς τόσο των ασθενών όσο και των συγγενών
- Συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού για την αμεσότερη εξυπηρέτηση των ασθενών
- Διερεύνηση της ικανοποίησης του προσωπικού από το ΩΚΚ, μια και η ικανοποίηση του προσωπικού συνδέεται άμεσα με την απόδοση του και την παραγωγικότητα του.

Παρατηρώντας τα αποτελέσματα της έρευνας συμπεραίνουμε ότι, με την εφαρμογή των απαιτήσεων ISO, οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι με τις υπηρεσίες που τους παρέχονται στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο. Ενώ μέσω του Ερωτηματολογίου Ικανοποίησης Ασθενών το Γραφείο Ποιότητας και η Διοίκηση μπορούν να μελετήσουν ποιες διορθωτικές ενέργειες πρέπει να γίνουν για την βελτίωση της ποιότητας.

#### **4.4 Έρευνα στο Νοσοκομείο της Οξφόρδης: Στρατηγική για συνεχή βελτίωση της ποιότητας**

Αυτή η μελέτη<sup>26</sup> πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα 1998 – 1999 σε ένα νοσοκομείο της Οξφόρδης, με σκοπό, την αξιολόγηση μιας στρατηγικής για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας βασισμένη σε ένα αποκεντρωμένο σύστημα ποιοτικής διαχείρισης στα κλινικά τμήματα ενός νοσοκομείου της Οξφόρδης.

<sup>26</sup> Oxford University Press (2003), 'International Journal for Quality in Health Care' διαθέσιμο σε: <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/content/full/15/1/47/#TBL1>

#### **4.4.1 Το σχέδιο μελέτης**

Στόχος της μελέτης ήταν, μέσω ενός χρονικού περιθωρίου ενός χρόνου, να αξιολογηθεί η λειτουργία του ποιοτικού συστήματος σε κάθε πειραματικό τμήμα, να αξιολογηθεί το επίπεδο συμμόρφωσης του τμήματος στις ποιοτικές οδηγίες και τις αλλαγές που επήλθαν στα τμήματα. Πριν από την έρευνα, πραγματοποιήθηκε ένας έλεγχος ποιότητας στα τμήματα του νοσοκομείου έτσι ώστε να υπάρχει μέτρο σύγκρισης των αλλαγών που θα υπήρχαν από την εφαρμογή της διαχείρισης ποιότητας.

Η μελέτη βασίστηκε σε τρεις κοινές προσεγγίσεις, ένας ποιοτικός έλεγχος, συνεντεύξεις με τα μέλη προσωπικού και ανάλυση των γραπτών δεδομένων.

Ο ποιοτικός έλεγχος, αποτελούσε μια σύγκριση των αποτελεσμάτων πριν και μετά την έρευνα. Δύο ελεγκτές ολοκλήρωσαν τον έλεγχο παίρνοντας συνέντευξη από τον επικεφαλής του τμήματος και τους δύο ποιοτικούς αρχηγούς του κάθε τμήματος. Η συμμόρφωση/αναδιοργάνωση του τμήματος αξιολογήθηκε για κάθε κριτήριο σε μια κλίμακα τεσσάρων σταδίων: συνολική, υψηλή, μερική συμμόρφωση ή μη συμμόρφωση. Το επίπεδο του τμήματος συμμόρφωσης ερμηνεύθηκε σε σύγκριση με τα αποτελέσματα ενός ίδιου ποιοτικού ελέγχου που πραγματοποιήθηκε ένα χρόνο πριν από την έρευνα.

Οι συνεντεύξεις με το προσωπικό του τμήματος πραγματοποιήθηκαν πρόσωπο με πρόσωπο χρησιμοποιώντας έναν οδηγό συνέντευξης, από τους ερευνητές κοινωνιολογίας στην υπεύθυνη ομάδα κάθε τμήματος. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε ένα δείγμα 12 μελών προσωπικού και από τα έξι πειραματικά τμήματα.

#### **4.4.2 Το περιβάλλον**

Το νοσοκομείο ήταν πανεπιστημιακό με 2000 κρεβάτια, απασχολούσε 8000 άτομα και προσέφερε μια πλήρη γκάμα υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Από τα 40 κλινικά τμήματα του νοσοκομείου, 12 προσφέρθηκαν εθελοντικά να συμμετέχουν, έξι από τα οποία επιλέχτηκαν από την ποιοτική επιτροπή του νοσοκομείου για την έρευνα. Τα πειραματικά τμήματα ήταν, δύο ιατρικά τμήματα (νεφρολογία και γαστρεντερολογία), δύο τμήματα χειρουργικών επεμβάσεων και δύο τμήματα αναισθησιολογίας/εντατικής παρακολούθησης. Τα έξι τμήματα της έρευνας περιλαμβάνουν συνολικά 186 κρεβάτια και απασχολούν 655 άτομα. Στα σεμινάρια που πραγματοποιήθηκαν για την εκπαίδευση του προσωπικού παρατηρήθηκε ότι από τα 655 άτομα του προσωπικού μόνο τα 98 συμμετείχαν στα σεμινάρια.



#### **4.4.3 Η εφαρμογή του ποιοτικού συστήματος του τμήματος**

Αρχικά επιλέχθηκαν σε κάθε ένα από τα έξι τμήματα δύο επικεφαλής της ποιότητας, ένας παθολόγος και μια προϊσταμένη νοσοκόμα. Οι ποιοτικές ομάδες του κάθε τμήματος πραγματοποιούσαν συχνές συναντήσεις.

Σε κάθε μια από αυτές τις συναντήσεις ποιότητας, κρατούσαν τα πρακτικά των συζητήσεων που πραγματοποιήθηκαν και τις λύσεις που αποφασίστηκαν.

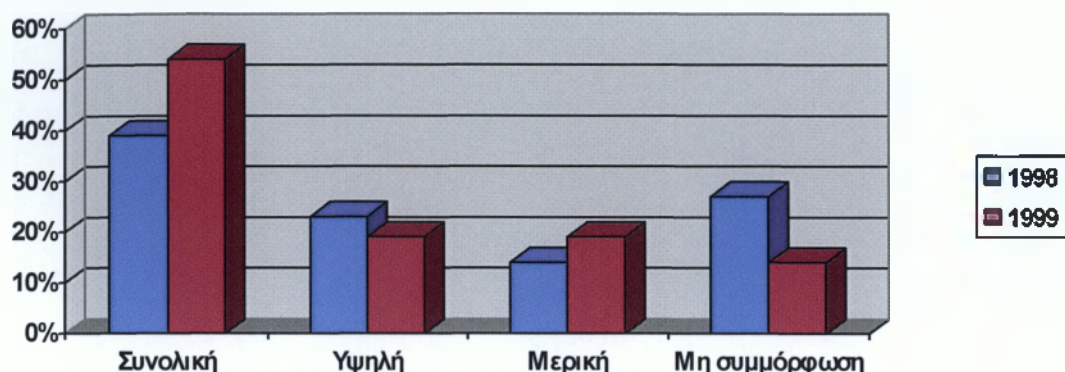
Το επόμενο βήμα ήταν να οργανωθούν, ομάδες εργασίας ποιότητας, για να εξετάζουν τα διαφορετικά θέματα και τα προβλήματα που υπήρχαν μέσα στο τμήμα. Οργανώθηκαν, 57 ομάδες εργασίας ποιότητας, στις οποίες συμμετείχαν 165 υπάλληλοι, δηλαδή, το 25.1% από τα συνολικά μέλη του προσωπικού των τμημάτων της έρευνας. Αυτή η συμμετοχή, με την πάροδο του χρόνου, κυμάνθηκε από το 8% έως 58% των μελών του προσωπικού, ανάλογα με το τμήμα. Σημαντικό είναι να αναφέρουμε ότι, ένα μεγάλο ποσοστό εκείνων που είχαν λάβει μέρος στα σεμινάρια εκπαίδευσης συμμετείχε στις ομάδες εργασίας (82%). Επιπλέον, περισσότερο από το μισό του ποσοστού των συμμετεχόντων στην ομάδα εργασίας ποιότητας (52%) δεν είχε λάβει μέρος στην εκπαίδευση αλλά έδειξε μεγάλο ενδιαφέρον για τη συμμετοχή στο όλο εγχείρημα.

#### **4.4.4 Αποτελέσματα: Απόψεις μελών προσωπικού της διαχείρισης ποιότητας**

Όλα τα μέλη του προσωπικού ανέφεραν ότι αντιλήφθηκαν την ποιοτική διαδικασία θετικά και την θεώρησαν χρήσιμη για τους ίδιους και το τμήμα τους. Το είδαν ως έναν τρόπο να βελτιωθεί η ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης και οι συνθήκες εργασίας τους.

Η αποδοχή της έννοιας, διαχείριση ποιότητας φάνηκε να ενεργοποιήθηκε, προ πάντων, από τα προσωπικά κίνητρα. Σημειώθηκε μια ορισμένη περιέργεια μεταξύ των μελών προσωπικού για αυτήν την νέα προσέγγιση στην εργασία. Προ πάντων, τα μέλη του προσωπικού ανέμεναν την διαχείριση ποιότητας, ως μοναδική λύση των προβλημάτων και των δυσλειτουργιών του τμήματος τους, όπου ορισμένες ομάδες είχαν δοκιμάσει να λύσουν στο παρελθόν (πριν από την έρευνα) χωρίς καμία επιτυχία.

Τελικά, η συμμόρφωση του προσωπικού στην εφαρμογή του συστήματος διαχείρισης ποιότητας σύμφωνα με τον ποιοτικό έλεγχο (Εικόνα 4.1, Σύγκριση αποτελεσμάτων πριν και μετά την έρευνα) φαίνεται ότι είχε ως ένα ποσοστό θετικά αποτελέσματα. Παρατηρούμε ότι στην συνολική συμμόρφωση από το 39% που ήταν πριν από την έρευνα αυξήθηκε στο 54% μετά την έρευνα. Ενώ στο προσωπικό που δε συμμορφώθηκε παρατηρούμε μείωση από 27% που ήταν πριν από την έρευνα σε 14%.



**Εικόνα 4.1:** Σύγκριση Συμμόρφωσης του Προσωπικού 1998-1999

**Πηγή:** Oxford University Press (2003), 'International Journal for Quality in Health Care' διαθέσιμο σε: <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/content/full/15/1/47/#TBL1>

Εκείνοι που είχαν παρευρεθεί στον κύκλο μαθημάτων εκπαίδευσης υιοθέτησαν τις νέες μεθόδους εργασίας. Εντούτοις, αν και τα εργαλεία επίλυσης προβλημάτων και οι μέθοδοι που διδάχτηκαν κατά τη διάρκεια του κύκλου μαθημάτων εκπαίδευσης ήταν αποτελεσματικά, δεν εμπεδώθηκαν τόσο καλά ώστε να χρησιμοποιούνται συστηματικά από τις ομάδες ποιότητας.

Η διάδοση των εννοιών και των μεθόδων της διαχείρισης ποιότητας, στα μέλη του προσωπικού που δεν παρευρέθηκαν στον κύκλο μαθημάτων εκπαίδευσης, διέφερε από το ένα τμήμα σε άλλο. Εντούτοις, εκείνοι που εξετάστηκαν σημείωσαν, ότι η διαδικασία διαχείρισης ποιότητας είχε την επίδραση της βελτίωσης της επικοινωνίας μέσα στο τμήμα, και κυρίως την επικοινωνία με τους επικεφαλής του τμήματος.

Κατά την διάρκεια της έρευνας αναφέρθηκε επίσης, η ανάγκη διαχείρισης του χρόνου εργασίας για τις δραστηριότητες που απαιτούνται από τη διαδικασία της διαχείρισης ποιότητας, όπως είναι οι συνεδριάσεις και η σύνταξη αναφορών. Άλλα εμπόδια αφορούσαν στην επιλογή της μεθόδου σύνταξης εγγράφων, όπως πρωτόκολλα, επίσημες εκθέσεις, κ.λπ. Αυτή η δραστηριότητα έτεινε να μειώσει το κίνητρο ορισμένων μελών του προσωπικού. Τέλος, αρκετοί άνθρωποι που πήραν μέρος στη συνέντευξη λειτουργούσαν υπό τη σκέψη ότι η πολιτική της αυξανόμενης ποιότητας χωρίς μια αύξηση στους πόρους ήταν μια μη ρεαλιστική έννοια.

Το συμπέρασμα είναι, ότι η εφαρμογή της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας στα τμήματα νοσοκομείων φαίνεται να είναι μια ενδιαφέρουσα εναλλακτική λύση με οργανωμένες στρατηγικές εφαρμογής. Εντούτοις, αυτά τα αποτελέσματα πρέπει να

επιβεβαιωθούν από τις μακροπρόθεσμες αξιολογήσεις και με την ανάπτυξη του προγράμματος σε άλλα τμήματα.

#### **4.5 Συμπεράσματα Ερευνών**

Το Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας δεν επιτυγχάνεται εύκολα στα νοσοκομεία, η διαχείριση ποιότητας είναι μια βαθιά αλλαγή στο νοσοκομείο που οδηγεί στο μετασχηματισμό της οργάνωσής του. Αυτός ο μετασχηματισμός αφορά κάθε εργαζόμενο μέσα στο νοσοκομείο υπονοεί μια αλλαγή στον πολιτισμό, τις συνήθειες, τη συμπεριφορά, και ανατρέπει τα κοινωνιολογικά συστήματα ιεραρχίας και δύναμης .

Το περιβάλλον των νοσοκομείων δεν είναι μια ιδιαίτερα ευνοϊκή περίπτωση για τέτοιες αλλαγές. Είναι μια οργάνωση που χαρακτηρίζεται από υψηλό επίπεδο συμμετοχής εκ μέρους των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα των γιατρών, στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων. Επιπλέον, το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης είναι δομημένο στα τμήματα με τη σημαντική αυτονομία της δράσης, η οποία ενισχύει ακόμα περισσότερο τη δυνατότητά τους να αντισταθούν στην αλλαγή.

Η καθιέρωση της ποιοτικής διαχείρισης πρέπει να λάβει υπόψη αυτά τα εμπόδια, δηλαδή το υπόβαθρο, τη διαχείριση της οργάνωσης καθώς επίσης, και το προσωπικό, για να εξελιχθεί.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι, η πιστοποίηση των τμημάτων παρά τα πολλά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει, βοηθά σημαντικά στην παροχή υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα τον αυξανόμενο βαθμό της ικανοποίησης των ασθενών, την βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των εργαζομένων αλλά και την επικοινωνία με τους επικεφαλής των τμημάτων τέλος, βοηθά στην οργάνωση των τμημάτων για την αντιμετώπιση προβλημάτων και δυσλειτουργιών του τμήματος. Το έργο του Γραφείου Ποιότητας έχει πολλές προκλήσεις να αντιμετωπίσει έτσι ώστε, η βελτίωση των τμημάτων που πιστοποιούνται να είναι συνεχώς αυξανόμενη.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η πιστοποίηση των τμημάτων έχει οφέλη<sup>27</sup>, όπως η λεπτομερής εξέταση των ικανοτήτων του προσωπικού έτσι ώστε να εφαρμοστεί το πρότυπο ISO, βοηθάει το τμήμα να διορθώνει τα λάθη από τη συνεχή καταγραφή των μη κατάλληλων ενεργειών, μειώνει το κόστος αστοχίας (δηλαδή το κόστος διόρθωσης από λάθος) και τέλος αποτελεί σημείο εμπιστοσύνης.

Όμως, η πιστοποίηση εκτός από οφέλη δημιουργεί και προβλήματα<sup>28</sup>, απαιτείται συνεχής παρακίνηση του προσωπικού από τα ανώτερα στελέχη και το Γραφείο Ποιότητας για να ακολουθούν τις απαιτήσεις του προτύπου, υπάρχουν εργαζόμενοι που δυσκολεύονται να ακολουθήσουν το πρότυπο και τέλος ακόμη κι αν πιστοποιηθεί το τμήμα θα πρέπει να διατηρεί συνεχώς την ποιότητα του σε κάθε έλεγχο.

Η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού ως στρατηγική για την βελτίωση της ποιότητας, όπως εφαρμόστηκε σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Οξφόρδης για ένα χρόνο (κεφ. 4.3), θεωρήθηκε από όλα τα μέλη του προσωπικού χρήσιμη για την εργασία τους και για το τμήμα, όμως μόνο μακροπρόθεσμα θα μπορέσουμε να κρίνουμε αν είναι μια σωστή μέθοδος.

Μετά την πιστοποίηση των τμημάτων ενός νοσοκομείου, για να μπορέσει να συμπεράνει το Γραφείο Ποιότητας τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών και τις διορθωτικές ενέργειες που πρέπει να γίνουν στο νοσοκομείο, πρέπει να διανέμονται σε όλους τους ασθενείς – επισκέπτες το Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών.

Παρά τις δυσκολίες που έχει να αντιμετωπίσει το Γραφείο Ποιότητας λόγω των περιορισμών των δημόσιων νοσοκομείων, όπως οι μειωμένες προσλήψεις μόνιμου προσωπικού, η υποχρηματοδότηση του ΕΣΥ, οι ελλείψεις κρεβατιών σε μονάδες εντατικής θεραπείας κα., κατάφερε με την βοήθεια της Γενικής Διεύθυνσης και του προσωπικού να εφαρμόσει το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας ISO 9001:2000 σε τέσσερα από τα 58 τμήματα του νοσοκομείου μέχρι σήμερα, το Νεφρολογικό τμήμα, το Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και το τμήμα Ιατρικής φυσικής – Ακτινοφυσικής.

<sup>27</sup> Δ. Τζιάλλας (2006), 'Αρχές Διασφάλισης Ποιότητας και Διαπίστευσης Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας' διαθέσιμο σε: <http://www.medlab-uoι.gr>

<sup>28</sup> Δ. Τζιάλλας (2006), 'Αρχές Διασφάλισης Ποιότητας και Διαπίστευσης Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας' διαθέσιμο σε: <http://www.medlab-uoι.gr>

Συγκρίνοντας τις δύο έρευνες<sup>29</sup> που πραγματοποίησε το Γραφείο Ποιότητας στο Νεφρολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου, τον Μάρτιο του 2007 και τον Σεπτέμβριο του 2009, διαπιστώθηκε ότι το τμήμα διατηρεί άριστες υπηρεσίες στον Ιατρικό και τον Νοσηλευτικό τομέα ικανοποιώντας πλήρως τους ασθενείς, αλλά, παρατηρήθηκαν και πτωτικές τάσεις σε κάποιες από τις υπηρεσίες του τμήματος, οπότε το Γραφείο Ποιότητας σε συνεργασία με τη Γενική Διεύθυνση πρέπει να κάνει κάποιες διορθωτικές ενέργειες για να επιτευχθεί μεγαλύτερη βελτίωση των υπηρεσιών του.

Το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας ISO αφήνει τα τέσσερα τμήματα πλουσιότερα, ελέγχουν και συνεχώς βελτιώνουν την εσωτερική οργάνωση τους προς όφελος των ασθενών.

Προτεραιότητα του Γραφείου Ποιότητας είναι, η Γενική Διεύθυνση ανεξάρτητα από τις προσωπικές της προτεραιότητες, αλλά και το προσωπικό να λειτουργεί και να σκέφτεται σύμφωνα με την ποιότητα, έτσι περισσότερα τμήματα θα μπορέσουν να πιστοποιηθούν σε μικρότερο χρονικό διάστημα.

Κρίνοντας πόσο χρονοβόρο είναι να οργανωθεί ένα τμήμα για να φτάσει στην πιστοποίηση, είναι σημαντικό για την λειτουργία του Γραφείου Ποιότητας και του έργου του, να προσληφθεί προσωπικό όπου θα υπάγεται στο Γραφείο Ποιότητας. Με αυτό τον τρόπο θα μπορούν να οργανώνονται πολλά τμήματα ταυτόχρονα, με αποτέλεσμα την γρήγορη επίτευξη του Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας

Παρατηρώντας την σπουδαιότητα του έργου του Γραφείου Ποιότητας κρίνεται απαραίτητο, για την βελτίωση της λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων, την οργάνωση μιας συνάντησης Ιδιωτικών και Δημόσιων Νοσοκομείων για την Ποιότητα, έτσι θα μπορέσουν οι δύο πλευρές να συζητήσουν τις εμπειρίες τους, τρόπους βελτίωσης της ποιότητας, να ανταλλάξουν ιδέες, πρακτικές κ.α.

---

<sup>29</sup> Προσωπική συνέντευξη με την Διευθύντρια του Γραφείου Ποιότητας του Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου κα Λιάνα Μιχαηλίδου.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2001), 'Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας', διαθέσιμο σε: [www.aikmed.gr/files/law\\_2889.pdf](http://www.aikmed.gr/files/law_2889.pdf)
2. Accreditation Manual for Hospitals (1992), Oakbrook Terrace (IL):Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.σ.σ.260-261
3. Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Διεύθυνση Ελέγχου Ποιότητας (2008), 'Αποστολή και στόχοι', διαθέσιμο σε: [http://www.papageorgiou-hospital.gr/cms/front\\_content.php?idcat=520](http://www.papageorgiou-hospital.gr/cms/front_content.php?idcat=520).
4. Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Διεύθυνση Ελέγχου Ποιότητας (2008), 'Επιστημονική προσέγγιση', διαθέσιμο σε: [http://www.papageorgiou-hospital.gr/cms/front\\_content.php?idcat=521](http://www.papageorgiou-hospital.gr/cms/front_content.php?idcat=521).
5. James P., (1996/2007) Total Quality Management, Prentice Hall, σελ.21
6. James P., (1996/2007) Total Quality Management, Prentice Hall, σελ.90
7. James P., (1996/2007) Total Quality Management, Prentice Hall, σελ.99
8. James P., (1996/2007) Total Quality Management, Prentice Hall, σελ.105
9. Μελαχροινός Γ.Β.(2007), 'Η Ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας', διαθέσιμο σε: [http://www.tuvhellas.gr/downloads/MELAXROINOS\\_30-11-07.pdf](http://www.tuvhellas.gr/downloads/MELAXROINOS_30-11-07.pdf)
10. IQNet (2009), 'IQNet Association', διαθέσιμο σε: <http://www.iqnet-certification.com/>
11. ΕΛΟΤ (2008), 'Διεθνές Δίκτυο Φορέων πιστοποίησης (IQNet)' διαθέσιμο σε: [http://www.elot.gr/328\\_ELL\\_HTML.aspx](http://www.elot.gr/328_ELL_HTML.aspx)
12. Schmidt B. (2010), 'Swiss Association for Quality and Management Systems' διαθέσιμο σε: <http://www.linkedin.com/companiessqs---association-for-quality-and-management-systems>
13. Merilyn J., Hunt K., (1996) «Journal of Management in Medicine», Emerald in Sight, τομ.Ι, Θέμα 4, σελ. 49
14. Wikipedia (2010), 'Joint Commission' διαθέσιμο σε: [http://www.en.wikipedia.org/wiki/joint\\_Commission](http://www.en.wikipedia.org/wiki/joint_Commission)
15. Δρ. Οικονομοπούλου Χ. (2004), 'Εννοιολογική και Ιστορική Προσέγγιση της Ποιότητας Πρόγραμμα Διασφάλισης Ποιότητας', διαθέσιμο σε : [www.akarmania.net/dmv.kriti-iun04.ppt](http://www.akarmania.net/dmv.kriti-iun04.ppt)
16. Κωτσάκας Χ. (2009), 'SOS! Δημόσια Υγεία', διαθέσιμο σε: <http://contrarossa.net/index.php?option=com-content&task=view&id=45&Itemid=43>
17. Γ. Σακελλαρίου, Α. Μιχαηλίδου, (2006) «Απονομή πιστοποιητικού ποιότητας ISO 9001:2000 στο Νεφρολογικό τμήμα του Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου», Χρέος Ζωής, τεύχος 8, σ.σ. 7-10

18. Α. Μιχαηλίδου, (2006) «Διαχείριση Ποιότητας σε Υπηρεσίες Υγείας», Χρέος Ζωής, τεύχος 8, σελ.60
19. Α. Χούτα – Χυτήρη, (2009) «Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας ISO 9001», Χρέος Ζωής, τεύχος 17, σελ.7
20. Α. Μιχαηλίδου, (2009) «Τρία ακόμη τμήματα του Νοσοκομείου μας με πιστοποιήσεις παρεχομένων υπηρεσιών», Χρέος Ζωής, τεύχος 17, σελ.4
21. Α. Μιχαηλίδου, (2009) «Πιστοποίηση ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2000 σε τρία τμήματα του Νοσοκομείου μας», Χρέος Ζωής, τεύχος 16, σ.σ. 16-19
22. Γραφείο Ποιότητας,(2000) 'Πιστοποίηση ΩΚΚ κατά ISO 9000' διαθέσιμο σε: <http://www.onaseio.gr/newsletter/pdf/aa9.pdf>
23. Oxford University Press (2003), 'International Journal for Quality in Health Care' διαθέσιμο σε: <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/content/full/15/1/47/#TBL1>
24. Δ. Τζιάλλας (2006), 'Αρχές Διασφάλισης Ποιότητας και Διαπίστευσης Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας' διαθέσιμο σε: <http://www.medlab-uoi.gr>
25. Γ. Τούντας (2008), 'Η Έννοια της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας' διαθέσιμο σε: <http://www.neahygeia.gr/page.asp?p=785>

**ΕΡΕΥΝΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ  
ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ ΤΟΥ  
Γ.Ν.ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ**

**01.** Χρονικό διάστημα που υποβάλλεστε σε αιμοκάθαρση:

- α) 0-6 μήνες:
- β) 6-12 μήνες:
- γ) 1-2 χρόνια:
- δ) 2-4 χρόνια:
- ε) 4-6 χρόνια:
- στ) περισσότερο από 6 χρόνια:

**02.** Ηλικιακά ανήκετε στην ομάδα μεταξύ:

- α) 15-25 ετών:
- β) 26-35 ετών:
- γ) 36-50 ετών:
- δ) 51-65 ετών:
- ε) άνω των 65:

**03.** Το φύλο σας είναι:

- α) άνδρας:
- β) γυναίκα:

**ΤΜΗΜΑ Α: ΥΠΟΔΟΜΕΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ**

**A1.** Πόσο ικανοποιημένοι είστε με το χώρο αιμοκάθαρσης;

- Πάρα πολύ:  Πολύ:  Αρκετά:   
Λίγο:  Πολύ Λίγο:  Καθόλου:   
Αναπάντητα:

**A2.** Πόσο ικανοποιημένοι είστε με τον εξοπλισμό; Π.χ. πολυθρόνες, μηχανήματα κτλ

- Πάρα πολύ:  Πολύ:  Αρκετά:



Λίγο:  Πολύ Λίγο:  Καθόλου:   
Αναπάντητα:

**A3.** Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την καθαριότητα;

Πάρα πολύ:  Πολύ:  Αρκετά:   
Λίγο:  Πολύ Λίγο:  Καθόλου:   
Αναπάντητα:

**A4.** Πόσο ικανοποιημένοι είστε με το χώρο αναμονής;

Πάρα πολύ:  Πολύ:  Αρκετά:   
Λίγο:  Πολύ Λίγο:  Καθόλου:   
Αναπάντητα:

**A5.** Τι πιστεύετε ότι πρέπει να αλλάξει; (σημειώστε μέχρι 2 απαντήσεις)

α) εξοπλισμός των χώρων (κλιματισμός, φοριαμοί, μέσα ψυχαγωγίας κτλ):

β) τεχνικός εξοπλισμός αιμοκάθαρσης:

γ) διαδικασίες καθαριότητας:

δ) διαμόρφωση χώρων:

ε) άλλο:

αναπάντητα:

## **ΤΜΗΜΑ Β: ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ**

### **ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ**

**B1.** Πόσο ικανοποιημένοι είστε με το ιατρικό προσωπικό της μονάδας σας;

Πάρα πολύ:  Πολύ:  Αρκετά:   
Λίγο:  Πολύ Λίγο:  Καθόλου:   
Αναπάντητα:

**B2.** Κάθε πότε σας επισκέπτονται οι γιατροί την ώρα που κάνετε αιμοκάθαρση;

(σημειώστε 1 απάντηση)

α. 1 φορά την εβδομάδα:

β. 2 φορές την εβδομάδα:

γ. 3 φορές την εβδομάδα:

δ. κάθε 2 εβδομάδες:

ε. άλλο :

αναπάντητα:

**B3.** Σας ενημερώνουν οι γιατροί για την εξέλιξη της υγείας σας;

Πάρα πολύ:  Πολύ:  Αρκετά:

Λίγο:  Πολύ Λίγο:  Καθόλου:

Αναπάντητα:

**B4.** Σας ενημερώνουν οι γιατροί για τη σωστή διατροφή στην αιμοκάθαρση;

Πάρα πολύ:  Πολύ:  Αρκετά:

Λίγο:  Πολύ Λίγο:  Καθόλου:

Αναπάντητα:

**B5.** Υπάρχει γιατρός την ώρα που κάνετε αιμοκάθαρση;

Ναι:  Όχι:

Αναπάντητα:

**B6.** Σας εξετάζουν οι γιατροί την ώρα της επίσκεψης;

Ναι:  Όχι:

Αναπάντητα:

**B7.** Έχετε δώσει «φακελάκι» σε γιατρό νεφρολόγο;

Ναι:  Όχι:

Αναπάντητα

**B8.** Σας καλύπτουν οι γιατροί της μονάδας σας;

Ναι:  Όχι:

Αναπάντητα

Αν όχι, πού αναζητάτε ιατρική παρακολούθηση:

α. στο συνδεδεμένο νοσοκομείο με τη μονάδα:

β. σε ιατρούς άλλων νοσοκομείων:

γ. σε ιδιώτες ιατρούς:

δ. σε ιδιώτες ιατρούς που επισκέπτονται και νοσοκομεία:

ε. άλλο:

στ. αναπάντητα:

## ΤΜΗΜΑ Γ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ

**Γ1.** Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το νοσηλευτικό προσωπικό;

Πάρα πολύ:  Πολύ:  Αρκετά:

Λίγο:  Πολύ Λίγο:  Καθόλου:

Αναπάντητα:

**Γ2.** Έχετε εμπιστοσύνη στις γνώσεις των νοσηλευτριών/ών;

Πάρα πολύ:  Πολύ:  Αρκετά:

Λίγο:  Πολύ Λίγο:  Καθόλου:

Αναπάντητα:

**Γ3.** Σας συμπεριφέρονται καλά;

Πάρα πολύ:  Πολύ:  Αρκετά:

Λίγο:  Πολύ Λίγο:  Καθόλου:

Αναπάντητα:

**Γ4.** Όταν έχετε πρόβλημα έρχονται αμέσως;

Ναι:  Όχι:

Αναπάντητα

**Γ5.** Μαλώνετε με το νοσηλευτικό προσωπικό;

Ναι:  Όχι:

Αναπάντητα

Αν ναι, πόσο συχνά:

α. 1 φορά την εβδομάδα:

β. 2 φορές την εβδομάδα:

γ. κάθε 2 εβδομάδες:

δ. 1 φορά το μήνα:

ε. άλλο:

Αναπάντητα:

Ποιες είναι οι κύριες αφορμές: (σημειώστε μέχρι 2 απαντήσεις)

α. θέματα παρακέντησης:

β. θέματα υποστήριξης στη διαδικασία της αιμοκάθαρσης:

γ. διαφωνίες κατά τη διάρκεια γενικών συζητήσεων:

δ. διαμόρφωση του κλίματος κατά τη συνεδρία:

ε. άλλο:

## **ΤΜΗΜΑ Δ. ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

**Δ1.** Ενδιαφέρεστε να μάθετε οι ίδιοι για την ασθένειά σας;

Ναι:  Όχι:

Αναπάντητα

Αν ναι, από ποιες πηγές: (σημειώστε μέχρι 2 απαντήσεις)

α. τους γιατρούς;

β. το νοσηλευτικό προσωπικό;

γ. το σύλλογο;

δ. τα μέσα μαζικής ενημέρωσης;

ε. επιστημονικές ημερίδες;

στ. άλλο:

**Δ2.** Ξέρετε τι είναι κάλιο και τι επιπτώσεις έχει στην υγεία μας;

Ναι:  Όχι:

Αναπάντητα

**Δ3.** Ξέρετε τι είναι ο φώσφορος και τι επιπτώσεις έχει στην υγεία μας μακροχρόνια;

Ναι:  Όχι:

Αναπάντητα

**Δ4.** Ξέρετε τι τύπου αιμοκάθαρση κάνετε και με τι φίλτρο;

Ναι:  Όχι:

Αναπάντητα

**Δ5.** Πόσα κιλά κατά μέσο όρο βάζετε στο διήμερο;

α. 0,5-1:

β. 1-2:

γ. 2-3:

δ. 3-4:

ε. πάνω από 4:

**Δ6.** Τι σας ενοχλεί ιδιαίτερα κατά την ώρα αιμοκάθαρσης;

Ι.α. η πτώση της πίεσης:

β. αλλεργική αντίδραση:

γ. η λειτουργία της φίστουλας:

δ. άλλο:

ΙΙ.α. η συμπεριφορά των νοσηλευτών:

β. η συμπεριφορά των ιατρών:

γ. η στενότητα του χώρου:

δ. η έλλειψη καθαριότητας:

ε. η έλλειψη οργάνωσης:

στ. άλλο:

**Δ7.** Πιστεύετε ότι χρειάζεται η παρουσία διατροφολόγου στις Μ.Τ.Νεφρού;

Ναι:  Όχι:

Αναπάντητα

**Δ8.** Πιστεύετε ότι χρειάζεται η παρουσία ψυχολόγου;

Ναι:  Όχι:

Αναπάντητα

**Δ9.** Ακολουθείτε πιστά τις οδηγίες των γιατρών σας;

Ναι:  Όχι:

Αναπάντητα

**Δ10.** Γνωρίζετε για τη μεταμόσχευση νεφρού;

Ναι:  Όχι:

Αναπάντητα

Αν ναι, από ποιες πηγές: (σημειώστε μέχρι 2 απαντήσεις)

Α. τους γιατρούς:

Β. το νοσηλευτικό προσωπικό:

Γ. το σύλλογο:

Δ. τα μέσα μαζικής ενημέρωσης:

Ε. επιστημονικές ημερίδες:

**Δ11.** Προσπαθείτε να διαδώσετε την ιδέα της δωρεάς οργάνων στους συγγενείς και φίλους σας;

Ναι:  Όχι:

Αναπάντητα