

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στα νοσοκομεία

Δρ. Γιάννης Μάρκοβιτς¹, Σοφία Μοναστηρίδου²

1. Ph.D. Aston Business School, Aston University, Birmingham, UK – Εκπαιδευτής στο Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης, 2. Νοσηλεύτρια, Γ.Ν.Θ. «Ο Άγιος Δημήτριος»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι σημαντική για την παροχή φροντίδας υγείας στους ασθενείς. Τα βασικά στοιχεία της σχετίζονται με το ανθρώπινο δυναμικό, την οργάνωση και τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα με τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Οι μέθοδοι που υπάρχουν για τη βελτίωση της ποιότητας έχουν να κάνουν με τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας και τις ποσοτικές μετρήσεις που αφορούν στην ποιότητα και την σχέση κόστους-ωφέλειας. Ο ρόλος του ανθρώπινου παράγοντα στη βελτίωση της ποιότητας μέσα από την εφαρμογή του θεωρητικού υποδείγματος του Donabedian είναι ουσιαστικός, καθώς εμπλέκεται και στις τρεις παραμέτρους που αφορούν στην ποιότητα υπηρεσιών υγείας. Τέλος, όσον αφορά στην υλοποίηση προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας στο χώρο των νοσοκομείων, στο εξωτερικό και στην Ελλάδα, όπου παρατηρήθηκε ότι στην χώρα μας υπάρχει καθυστέρηση στην εφαρμογή τους και απουσία οργανωμένης και συστηματικής ενασχόλησης με τη διασφάλιση της ποιότητας και την υλοποίηση αντίστοιχων προγραμμάτων.

Λέξεις κλειδιά: ποιότητα υπηρεσιών, επαγγελματίας υγείας, Donabedian, Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, διασφάλιση ποιότητας

Εισαγωγή

Η υγεία είναι ένα κοινωνικό αγαθό που πρέπει να παρέχεται τόσο καθολικά στο κοινωνικό σύνολο, όσο και με την προσήκουσα ποιότητα έτσι ώστε τα αποτελέσματά της να είναι τα επιθυμητά και αναγκαία για τους πολίτες. Η ποιότητα, γενικά στην παραγωγή αγαθών και παροχή υπηρεσιών, ορίζεται ως μια δυναμική κατάσταση η οποία συνδέεται με τα προϊόντα, τις υπηρεσίες, τους ανθρώπους, τις διαδικασίες και το περιβάλλον και η οποία ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη (Παπανικολάου, 2007).

Όσον αφορά στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, ο Donabedian (1980) την όρισε ως εκείνο το είδος φροντίδας, το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την καλή υγεία και ευεξία του ασθενή, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης, σε όλα τα επιμέρους της σημεία. Ουσιαστικά, μέσα από τον παραπάνω ορισμό,

οριοθετείται η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας μέσα από τρεις παραμέτρους: το τεχνικό μέρος που έχει να κάνει με τις υποδομές και τα μέσα που απαιτούνται για την παροχή υγείας, το διαπροσωπικό μέρος που αφορά στις γνώσεις, ειδικότητες και ικανότητες του ανθρώπινου δυναμικού του χώρου της υγείας, και η τρίτη παράμετρος, έχει να κάνει με την ξενοδοχειακή υποδομή και τις συναφείς παροχές προς τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Επίσης, ο Maxwell (1984) προσδιορίζει την ποιότητα στην υγεία, με βάση τις παραμέτρους: πρόσβαση – προσπελασιμότητα, δηλαδή, τη δυνατότητα των χρηστών υπηρεσιών υγείας να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα υγείας στο σωστό χρόνο και τόπο σύμφωνα με τις ανάγκες τους, ισότητα, αποτελεσματικότητα, αποδοχή και καταλληλότητα. Στη συνέχεια, προστέθηκαν από τον Οργανισμό Οικονομική Συνεργασίας και Ανάπτυξης οι έννοιες της φροντίδας και της ασφάλειας.

Στα επόμενα κεφάλαια, αναλύεται η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών στον υγειονομικό τομέα, οι τρόποι και οι πρακτικές για τη βελτίωση της ποιότητας της υγείας, ο ρόλος και η συνεισφορά των εργαζομένων σε αυτή τη βελτίωση και τέλος, παρουσιάζονται παραδείγματα από την εφαρμογή προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας στο χώρο της υγείας και σε νοσηλευτικά ιδρύματα.

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα υπηρεσιών (service quality) είναι η μορφή και το είδος της υπηρεσίας που προσφέρεται σε έναν ασθενή και η αντίληψη που έχει ο ασθενής γι' αυτή την υπηρεσία. Αυτή μπορεί να θεωρηθεί ως η «γενική αξιολόγηση της τελειότητας ή της ανωτερότητας μιας οντότητας, και ότι αυτή η κρίση ή αξιολόγηση είναι παρόμοια με την στάση και σχετίζεται με, αλλά δεν είναι ισοδύναμη, την ικανοποίηση [Μπορούμε] να δούμε την ποιότητα υπηρεσιών όπως την λαμβάνουν οι πελάτες από μια συναλλαγή» (Dedeke, 2003: 277-8) και στην προκειμένη περίπτωση η ποιότητα υπηρεσιών είναι αυτή που λαμβάνουν οι ασθενείς όταν νοσηλεύονται σε ένα νοσοκομείο. Αυτή η ποιότητα υπηρεσιών έχει διάφορες διαστάσεις και βάση αυτών, αναπτύσσονται τα σχετικά μεθοδολογικά εργαλεία. Το σημαντικότερο και ευρέως χρησιμοποιούμενο είναι το ερωτηματολόγιο SERVQUAL. Οι διαστάσεις της ποιότητας υπηρεσιών που μετράει είναι οι ακόλουθες (Parasuraman, et al., 1986 & 1988):

Αξιοπιστία (Reliability): η δυνατότητα του νοσοκομείου να εκπληρώσει τις υποσχέσεις του και να παρέχει την υπηρεσία με ακρίβεια και σοβαρότητα σε όλους τους ασθενείς.

Ανταπόκριση (Responsiveness): η προθυμία του νοσοκομείου και του προσωπικού να βοηθήσει τους ασθενείς σε όλα τα θέματα και να παρέχει άμεσα την υπηρεσία.

Διασφάλιση (Assurance): η γνώση και η τεχνική εξειδίκευση του προσωπικού και οι δυνατότητές του να μεταβιβάσουν και να προβάλλουν εμπιστοσύνη, αξιοπιστία και ασφάλεια στους ασθενείς.

Ενσυναίσθημα (Empathy): η παροχή της υπηρεσίας με φροντίδα, κατανόηση και εξατομικευμένη προσοχή σε όλους τους ασθενείς.

Απτά χαρακτηριστικά (Tangibles): η εμφάνιση των εγκαταστάσεων, η αξιοπιστία και η καλή κατάσταση του εξοπλισμού όλων των υπηρεσιών, η εμφάνιση, παρουσία και καθαριότητα του προσωπικού, οι συνθήκες και η λειτουργικότητα της επικοινωνίας και των υλικών της τεχνολογίας.

Όσον αφορά στην ποιότητα υπηρεσιών υγείας (healthcare service quality), ο Donabedian (Λιαρόπουλος, 2007: 242-3) υποστήριξε ότι υπάρχουν τρεις διαστάσεις στην παροχή της φροντίδας:

- Το τεχνικό μέρος (technical, science of medicine): αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενή.

- Το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine): αναφέρεται στην ανθρώπινη/ψυχολογική διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από τον γιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, τη συμπεριφορά τους απέναντί του η οποία υπαγορεύεται από την επαγγελματική τους ηθική και δεοντολογία τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών.

- Η ξενοδοχειακή υποδομή (amenities): αναφέρεται στο χώρο, το περιβάλλον και τις συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρονται οι φροντίδες, την ξενοδοχειακή υποδομή και τις ανέσεις.

Συγκρίνοντας τις δύο παραπάνω απόψεις για την ποιότητα υπηρεσιών, την πρώτη που είναι γενική και τη δεύτερη που εξειδικεύεται στην παροχή υγειονομικής φροντίδας, διαπιστώνεται ότι η ξενοδοχειακή υποδομή του Donabedian αντιστοιχίζεται με τα χειροπιαστά του Parasuraman και των συναδέλφων του. Το διαπροσωπικό μέρος έχει να κάνει με το ενσυναίσθημα και με την ανταπόκριση, ενώ το τεχνικό μέρος μπορεί να αντιστοιχισθεί με την αξιοπιστία και τη διασφάλιση που μετράει το SERVQUAL.

Συμπερασματικά, η υψηλής ποιότητας περίθαλψη στον υγειονομικό τομέα και συγκεκριμένα σε μια νοσοκομειακή μονάδα πρέπει να διαθέτει τα εξής χαρακτηριστικά (WHO, 1993):

- Υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού από το προσωπικό – ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό.
- Αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθέσιμων πόρων για την καλύτερη και περισσότερο αξιόπιστη παροχή φροντίδας υγείας.
- Μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς είτε αυτές αφορούν στην υγειονομική περίθαλψη, είτε στις ενδο-νοσοκομειακές λοιμώξεις, είτε στις χειρουργικές επεμβάσεις.
- Ικανοποίηση του ασθενή από την παρεχόμενη υγεία, φροντίδα υγείας και περίθαλψης.
- Τελική θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενή μέσα από την εφαρμογή ολοκληρωμένων προγραμμάτων φροντίδας υγείας, αγωγής και προαγωγής υγείας.

Τρόποι και πρακτικές βελτίωσης της ποιότητας

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται κάποιοι από τους τρόπους και πρακτικές για τη βελτίωση της ποιότητας στον υγειονομικό τομέα. Οι παρακάτω πρακτικές έχουν εφαρμοσθεί σε διάφορους κλάδους τόσο της μεταποίησης, όσο και του τομέα των υπηρεσιών και προσαρμόζονται ανάλογα με το πεδίο εφαρμογής, οπότε δεν είναι αποκλειστικά ειδικά προγράμματα για την υγεία και τον χώρο των νοσοκομείων.

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management - TQM) στοχεύει να επιτύχει σε ένα οργανισμό τα παρακάτω, μέσα από την μεγιστοποίηση της αξίας των παρεχομένων υγειονομικών υπηρεσιών, όπως αυτές γίνονται αντιληπτές από τους ασθενείς, λαμβάνοντας υπόψη



και επιδιώκοντας την συμμετοχή των εργαζομένων του υγειονομικού φορέα (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999: 78-81):

- Αύξηση της ικανοποίησης του ασθενή
- Συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών
- Διασφάλιση μεγάλης αποτελεσματικότητας του νοσοκομείου σε σχέση με το κόστος λειτουργίας
- Αύξηση της ικανότητας του νοσοκομείου για καινοτομίες και ευελιξία
- Συμπίεση του χρόνου ικανοποίησης αιτημάτων ασθενών και περίθαλψης
- Βελτίωση της αξιοποίησης και αποτελεσματικότητας του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου
- Αύξηση του βαθμού αξιοποίησης νέας τεχνολογίας, δηλαδή, νέου εξοπλισμού και λογισμικού

Στο πλαίσιο εφαρμογής της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας εφαρμόζεται και η μεθοδολογία Six Sigma, που στοχεύει στην ποιοτική βελτίωση των οργανισμών, τόσο στην παραγωγική διαδικασία, όσο και στην παροχή υπηρεσιών. Η συγκεκριμένη μέθοδος στοχεύει στην μείωση έως και ελαχιστοποίηση των ελαττωματικών κομματιών ή προϊόντων που παράγονται από μια παραγωγική διαδικασία και η στατιστική τους απόκλιση δεν ξεπερνάει τις έξι τυπικές αποκλίσεις (Six Sigma) από την μέση τιμή ελαττωματικών του δείγματος που μετρείται. Η παραπάνω μέθοδος επεκτάθηκε και στην παροχή υπηρεσιών, μετρώντας προβληματικές διαδικασίες στην παροχή μιας δεδομένης υπηρεσίας στον πελάτη (Jenicke, et al., 2008). Αυτό σημαίνει ότι η εφαρμογή της μπορεί να είναι εφικτή και αποτελεσματική σε ένα υγειονομικό ίδρυμα, καθώς έχει πρακτικότητα και αξιοποιεί τις γνώσεις της στατιστικής κάνοντας μετρήσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες, οπότε μπορούν να διαμορφωθούν αντικειμενικά κριτήρια που θα οδηγούν στην εφαρμογή ολοκληρωμένων λύσεων σχετικά με τη διαχείριση της ποιότητας υπηρεσιών στην υγεία.

Από την άλλη πλευρά, η διασφάλιση και διαχείριση ποιότητας είναι το σύνολο των προγραμματισμένων και συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών για να εξασφαλισθεί ότι μια υγειονομική υπηρεσία πληροί συγκεκριμένες προδιαγραφές (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999: 74). Οι οκτώ αρχές για τη διαχείριση ποιότητας σύμφωνα με το Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (ISO) – προσαρμοσμένες στην υγεία – είναι οι ακόλουθες:

Εστίαση στον ασθενή: παροχή υγειονομικών υπηρεσιών που στοχεύουν στην βελτίωση του επιπέδου υγείας και στην ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας υγείας και περίθαλψης στους ασθενείς.

Ηγεσία: εμφάνιση στρατηγικής και οραματικής ηγεσίας τόσο στο επίπεδο του νοσοκομείου, όσο και των κλινικών για την παροχή βέλτιστων και ολοκληρωμένων υγειονομικών υπηρεσιών.

Συμμετοχή του προσωπικού: εμπλοκή και ενθάρρυνση του προσωπικού να συμμετέχει στις πρωτοβουλίες

που στοχεύουν στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. **Διεργασιακή προσέγγιση:** συνεργασία και αλληλοκάλυψη μεταξύ των λειτουργικών τμημάτων του νοσοκομείου.

Συστημική προσέγγιση: αντιμετώπιση των λειτουργιών και εργασιακών αντικειμένων ως υποσυστήματα που εμφανίζουν εξάρτηση μεταξύ τους για την αρμονική λειτουργία του συνολικού συστήματος που είναι το νοσοκομείο.

Συνεχής βελτίωση: αξιολογήσεις των πρωτοβουλιών ποιότητας για να υπάρχει συνεχής βελτίωση και διόρθωση των λαθών και προβλημάτων από την εφαρμογή των ποιοτικών προγραμμάτων.

Αποφάσεις βασισμένες σε δεδομένα: συστηματική και ορθολογική καταγραφή μετρήσεων και δεδομένων, έτσι ώστε οι αποφάσεις για τις πρωτοβουλίες να βασίζονται σε μετρήσιμα και αξιολογήσιμα μεγέθη.

Σχέσεις αλληλωφέλειας με τους προμηθευτές: ανάπτυξη σχέσεων και δεσμών με τους προμηθευτές του νοσοκομείου, έτσι ώστε να υπάρχει αμοιβαίο όφελος από την συνεργασία και την ανταλλαγή τεχνογνωσίας και πληροφοριών.

Τέλος, μια μέθοδος που χρησιμοποιείται για την αποτίμηση των προγραμμάτων διασφάλισης και διαχείρισης ποιότητας είναι η ανάλυση κόστους χρησιμότητας (cost utility analysis), η οποία χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση εναλλακτικών διαδικασιών ή αποτελεσμάτων ως προς μια μοναδική βάση μέτρησης της «χρησιμότητας». Η περισσότερο χρησιμοποιημένη μονάδα μέτρησης είναι τα Ποιοτικά Προσαρμοσμένα Έτη Ζωής (Quality-Adjusted Life Years – QALYs). Η μέτρηση διαφορετικών μεταξύ τους προγραμμάτων μπορεί να γίνει με την αποτίμηση του οριακού κόστους ανά QALY (marginal cost per QALY) που εξοικονομείται σε κάθε πρόγραμμα (Robinson, 1993). Η μέτρηση με την χρήση των QALYs έχει κατηγορηθεί για διακρίσεις σε βάρος των ηλικιωμένων, για μη σύννομες διαπροσωπικές συγκρίσεις, για υποτίμηση ζητημάτων ηθικής και για την εισαγωγή προκαταλήψεων στην καταμέτρηση της ποιότητας ζωής. Παρόλα αυτά, ο Robinson (1993) υποστηρίζει ότι η τεχνική της ανάλυσης κόστους χρησιμότητας παραμένει η περισσότερο επιστημονική επιλογή για την οικονομική αξιολόγηση των προγραμμάτων υγειονομικής περίθαλψης, η οποία όμως πρέπει να λαμβάνεται υπόψη με προσοχή και επιφύλαξη. Χαρακτηριστικό παράδειγμα της χρησιμοποίησης της ανάλυσης κόστους χρησιμότητας και συγκεκριμένα των QALYs έχουμε στην Γερμανία με την οικονομική αξιολόγηση των προγραμμάτων μεταμόσχευσης νεφρού (Greiner, et al., 2001).

Η επίδραση των εργαζομένων στο επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών

Σύμφωνα με το υπόδειγμα του Donabedian (1988) η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, εξαρτάται από τις εξής παραμέτρους.

Τη δομή (structure), δηλαδή, τα κτίρια, τον εξοπλισμό, τα υλικά και τους διαθέσιμους χρηματικούς πόρους, τον αριθμό των εργαζομένων συνολικά και ανά κατηγορία, την κατάρτισή τους, την οργανωτική δομή, που περιλαμβάνει τον τρόπο διοίκησης, τον καταμερισμό των δραστηριοτήτων και τη διαδικασία επιλογής του προσωπικού.

Τη διαδικασία (process), δηλαδή, όλες τις ενέργειες που κάνει ο ασθενής αναζητώντας περίθαλψη καθώς και τον τρόπο με τον οποίο του παρέχεται αυτή η περίθαλψη, τις ενέργειες του ιατρού, ο οποίος θα χρησιμοποιήσει τη μία ή την άλλη διαγνωστική προσέγγιση, θα προτείνει κάποια αγωγή ή θα πραγματοποιήσει τη χειρουργική επέμβαση, τη μέση διάρκεια νοσηλείας και μετεγχειρητικής νοσηλείας και τη χρησιμοποίηση αντιβιοτικών υψηλού κόστους.

Την έκβαση (outcome), δηλαδή, τα αποτελέσματα, τη μεταβολή – τρέχουσα ή μελλοντική – στο επίπεδο υγείας και ευεξίας του ασθενή και την οφειλόμενη στην ιατρική παρέμβαση ή σε άλλη προηγηθείσα υπηρεσία φροντίδας.

Λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω παραμέτρους, η επίδραση των εργαζομένων στη βελτίωση της ποιότητας της υγείας μπορεί να καλύπτει και τις τρεις. Συγκεκριμένα, στη δομή, η οργάνωση και ο καταμερισμός του ανθρώπινου δυναμικού και οι πολιτικές που εφαρμόζονται από τη διοίκηση, π.χ., εκπαίδευση και κατάρτιση, οργανωσιακές διαδικασίες, διαδικασίες επιλογής προσωπικού, κ.λπ., μπορούν να έχουν άμεση σχέση με τη βελτίωση και διασφάλιση της ποιότητας. Η ύπαρξη πιστοποιημένων προγραμμάτων κατάρτισης και μεθόδων διοίκησης και επιλογής, είναι συστατικά στοιχεία των μέτρων και κριτηρίων για την πιστοποίηση κατά ISO 9000. Όσον αφορά στη διαδικασία, η ύπαρξη τυποποιημένων (standardized) διαδικασιών και εγχειριδίων που αφορούν τόσο στην ιατρική όσο και στη νοσηλευτική εργασία, είναι βασικά στοιχεία ποιοτικής βελτίωσης και μέτρησης και αξιολόγησης προγραμμάτων διασφάλισης και διαχείρισης ποιότητας. Ούτως ή άλλως, ένα σύστημα διασφάλισης ποιότητας πρέπει να παρεμβαίνει στην οργανωτική δομή, στις διαδικασίες, στις διεργασίες και στα μέσα. Οπότε η παρέμβαση του ανθρώπινου παράγοντα είναι καθοριστική, καθώς ο εργαζόμενος καλείται να υλοποιήσει τις σχεδιασμένες διαδικασίες, σύμφωνα με τα οριζόμενα πρότυπα ποιότητας. Τέλος, σχετικά με την έκβαση, οι μετρήσεις αποτελεσμάτων των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και επιπέδου υγείας και ευεξίας των πολιτών, μπορεί να αφορούν οργανισμούς και θεσμούς που καλούνται να διαμορφώσουν πρότυπα για συγκριτικές επιδόσεις (benchmarking) με σκοπό τη διαμόρφωση βέλτιστων πρακτικών (best practices), αυτοί όμως που υλοποιούν τα προγράμματα και τις πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ποιότητας είναι οι εργαζόμενοι. Είναι καιρία η συμβολή τους, όχι μόνο γιατί είναι υποχρεωμένοι να εκτελέσουν τις διαταγές της διοίκησης του νοσοκομείου,

αλλά και γιατί οφείλει η διοίκηση να τους εμπλέξει στις διοικητικές διεργασίες, ζητώντας την συμμετοχή τους και το μίσρασμα των ωφελημάτων (gainsharing) από την επίτευξη των οργανωσιακών στόχων.

Παραδείγματα πρωτοβουλιών και πρακτικών για τη βελτίωση της ποιότητας

Σε Ευρωπαϊκή έρευνα σχετικά με την υλοποίηση προγραμμάτων και πρωτοβουλιών για τη βελτίωση της ποιότητας (quality improvement) στον τομέα και φορείς της υγείας, διαπιστώθηκε ότι τα περισσότερο αναφερόμενα επιτεύγματα είχαν να κάνουν με (Spencer & Walshe, 2009: 24):

- Τον καθορισμό εθνικών συστημάτων πιστοποίησης και διασφάλισης της ποιότητας (αναφέρθηκαν σε 17 κράτη-μέλη της Ε.Ε.).
- Τον καθορισμό εθνικής υπηρεσίας ή φορέα για την ποιότητα στον χώρο της υγείας (13 κράτη-μέλη της Ε.Ε.).
- Την επέκταση της δυνατότητας επιλογής του ασθενούς, των δικαιωμάτων και της ασφάλειάς του (13 κράτη-μέλη).
- Τη βελτίωση της κατάρτισης και αξιολόγησης των επαγγελματιών υγείας (12 κράτη-μέλη).

Στην Νέα Ζηλανδία, οι ασθενείς θεωρούν ότι οι παράγοντες που διαμορφώνουν την αντίληψή τους για την ποιότητα υπηρεσιών στην φροντίδα υγείας είναι η αξιοπιστία, τα απτά χαρακτηριστικά, η διασφάλιση, το ενσυναίσθημα, το φαγητό, η πρόσβαση στο σύστημα υγείας, τα αποτελέσματα από την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, η είσοδος στο και έξοδος (εισιτήρια και εξιτήρια) από το νοσηλευτικό ίδρυμα και η ανταπόκριση του υγειονομικού προσωπικού (Clemes, et al., 2001). Οι παραπάνω παράγοντες αντιστοιχούν με αυτές που αναφέρονται στο μεθοδολογικό εργαλείο SERVQUAL και με την ευρεία αντιμετώπισή τους καταγράφονται από τον Donabedian.

Στην Ελλάδα η εφαρμογή προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας δεν είναι επαρκώς ανεπτυγμένη, αν και έχουν γίνει προσπάθειες για οργανωμένη υλοποίηση πρακτικών, ειδικά, μέσα από τις απαιτήσεις χρηματοδότησης που ορίζει το Ε.Σ.Π.Α. Είναι ενδεικτικό ότι μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '90 οι αναφορές για ύπαρξη τέτοιων προγραμμάτων στην υγεία ήταν περιστασιακές και σε πρωτοβουλιακό επίπεδο από τους επαγγελματίες υγείας και όχι από τις διοικήσεις των νοσοκομείων ή κεντρικά από το αρμόδιο υπουργείο (Theodorakioglou & Tsiotras, 2000). Συγκεκριμένα, μέχρι και τις αρχές του 21ου αιώνα, στην Ελλάδα το 91,7% των νοσοκομείων δήλωνε ότι δεν είχε θέσει την ποιότητα στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών ως διακριτό και μετρήσιμο στόχο ή ως χωριστά χρηματοδοτούμενο σκοπό. Επίσης, μόνο το 16,6% των διοικήσεων των νοσοκομείων εφαρμόζει εργαλεία διαχείρισης της ποιότητας και το 41,7% αρκεί-



ται μόνο σε εμπειρικές προσεγγίσεις και μετρήσεις (Τούντας, 203: 545).

Σε εμπειρική ποσοτική έρευνα που έγινε σε ασθενείς δημόσιου νοσοκομείου, διαπιστώθηκε ότι τα ζητήματα που αφορούν στην ικανότητα και επιστημοσύνη των γιατρών, στην υγιεινή των χώρων νοσηλείας των ασθενών σε συνάρτηση με το χρόνο νοσηλείας, στην μορφή ασφάλισης και στην συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού καθόρισαν την ύπαρξη της ποιότητας στο δημόσιο νοσοκομείο και έκαναν να νιώθουν ικανοποιημένοι οι ασθενείς (Lekidou, et al., 2007). Όσον αφορά στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) στα δημόσια νοσοκομεία, διαπιστώθηκε ότι οι καθοριστικοί παράγοντες για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, έτσι ώστε να αισθάνονται ικανοποιημένοι οι ασθενείς από την παροχή φροντίδας υγείας είναι η αξιοπιστία, δηλαδή, η σταθερότητα της φροντίδας, η συνέπεια της εκτέλεσης και η διάρκεια των παρεχομένων υπηρεσιών, η ανταπόκριση και η ετοιμότητα του προσωπικού να εξυπηρετήσουν τον ασθενή, η ικανότητα του προσωπικού, η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, η ευγένεια, κατανόηση και επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας σε συνάρτηση με τον επαγγελματισμό του, την ασφάλεια και το περιβάλλον στον χώρο της υγείας (Μαλλιαρού, κ.ά., 2009).

Τέλος, η εφαρμογή μεθόδων βελτίωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κρήτη τα τελευταία χρόνια είχαν να κάνουν με τη δημιουργία κλινικών ομάδων διαχείρισης της ποιότητας από 5-6 γιατρούς σε όλα τα κέντρα υγείας του νησιού και την καθιέρωση καρτών υγείας για 6.150 ασθενείς. Το 97,6% των ασθενών ήταν ικανοποιημένοι από την προσωπική φροντίδα που έδειξαν οι γιατροί για το ιατρικό τους πρόβλημα, την ιατρι-

κή εξέτασή τους και την πληροφόρηση που είχαν για τα συμπτώματα και την ασθένεια. Από την άλλη πλευρά, τα προβλήματα στην υποδομή και τα τεχνικά διαγνωστικά μέσα ήταν τα βασικά εμπόδια για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε υψηλής ποιότητας (Lionis, et al., 2004).

Επίλογος

Στην παρούσα εργασία αναλύθηκε η έννοια της ποιότητας, δίνοντας έμφαση στην ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες και ιδιαίτερα στις υπηρεσίες υγείας. Μέσα από την ανάλυση διαπιστώθηκαν ότι τα βασικά στοιχεία της έχουν να κάνουν με το ανθρώπινο δυναμικό, την οργάνωση και τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα με τις παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους ασθενείς. Οι μέθοδοι που υπάρχουν για τη βελτίωση της ποιότητας είναι αρκετές, έχουν κατά βάση γενική εφαρμογή σε διάφορες περιπτώσεις παραγωγής αγαθών ή παροχής υπηρεσιών, κάνοντας την κατάλληλη προσαρμογή στην επιμέρους περίπτωση. Αυτό σημαίνει ότι Διοίκηση Ολικής Ποιότητας ή τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας ακολουθούν κάποιους γενικά εφαρμόσιμους κανόνες, οι οποίοι προσαρμόζονται και έχουν ειδική εφαρμογή στον χώρο της υγείας και συγκεκριμένα σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα. Στο πλαίσιο αυτό, αναλύθηκε ο ρόλος του ανθρώπινου παράγοντα στη βελτίωση της ποιότητας μέσα από την εφαρμογή του θεωρητικού υποδείγματος του Donabedian και παρουσιάστηκαν παραδείγματα από την υλοποίηση προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας στο χώρο των νοσοκομείων, στο εξωτερικό και στην Ελλάδα, όπου παρατηρήθηκε η καθυστέρηση στην εφαρμογή τους και η απουσία οργανωμένης και συστηματικής ενασχόλησης με τη διασφάλιση της ποιότητας και την υλοποίηση αντίστοιχων προγραμμάτων.

ABSTRACT

REVIEW

THE ROLE OF HEALTHCARE PROFESSIONALS AND THE IMPROVEMENT OF SERVICE QUALITY IN HOSPITALS

Dr. Yannis Markovits¹, Sofia Monastiridou²

[1. PhD., Aston Business School, Aston University, Birmingham, UK – National Centre of Public Administration and Local Government, Thessaloniki, 2. Nurse, Agios Dimitrios Public Hospital, Thessaloniki]

The quality in the healthcare services is important for the provision of healthcare treatment for the patients. Its main dimensions relate to human resources, organization and procedures, and the outcomes from the services offered to patients. The methods available for the improvement of quality levels have to do with Total Quality Management, systems for quality assurance and quantitative methods relevant to quality and the relationship between cost and benefit. The role of the human factor for the improvement of quality through Donabedian's conceptual framework is substantial, since it is related to all three dimensions comprising healthcare services. Finally, as far as the implementation of quality improvement programmes in hospitals, in Greece and abroad, it has been found that Greece lacks behind other developed EU and OECD countries, due to the absence of organized and systematic activity on quality assurance and development of relative quality programmes.

Keywords: service quality, health professionals, Donabedian, Total Quality Management, quality assurance



Βιβλιογραφία

1. Αλεξιάδης, Α.Δ., Σιγάλας, Ι. 1999. Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο: Ιδιαιτησίες και προκλήσεις, Τόμος Δ': Διοίκηση υπηρεσιών υγείας-νοσοκομείων, εμπειρίες, τάσεις και προοπτικές. ΕΑΠ, Πάτρα.
2. Clemes, M.D., Ozanne, L.K., Laurensen, W.L. 2001. Patients' perceptions of service quality dimensions: An empirical examination of health care in New Zealand. *Health Marketing Quarterly* 19(1), 3-22.
3. Dedeke, A. 2003. Service quality: Fulfilment-oriented and interactions-centred approach. *Managing Service Quality* 13(4), 276-289.
4. Donabedian, A. 1980. The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press, Anne Arbor, Michigan.
5. Donabedian, A. 1988. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 260, 1743-1748.
6. Greiner, W., Obermann, K., Graf, J.M., Schulenburg, V.D. 2001. Socio-economic evaluation of kidney transplantation in Germany. *Archives of Hellenic Medicine* 18(2), 147-155.
7. Jenicke, L.O., Kumar, A., Holmes, M.C. 2008. A framework for applying six sigma improvement methodology in an academic environment. *The TQM Journal* 20(5), 453-462.
8. Lekidou, I., Trivellas, P., Ipsilandis, P. 2007. Patients' satisfaction and quality of care: An empirical study in a Greek public hospital. *MIBES Transactions on line* 1(1), 46-59.
9. Λιαρόπουλος, Λ.Λ. 2007. Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας: Α' Τόμος. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
10. Lionis, C., Tsikaris, M., Bardis, V., Philalithis, A. 2004. Seeking quality improvement in primary care in Crete, Greece: The first actions. *Croatian Medical Journal* 45(5), 599-603.
11. Μαλλιάρου, Μ., Σαράφης, Π., Ζυγά, Σ. 2009. Ποιότητα παροχής φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 8(1), 25-40.
12. Maxwell, R.J. 1984. Quality assessment in Health. *British Medical Journal* 288, 470?1473.
13. Παπανικολάου Β. 2007. Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
14. Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L. 1986. SERVQUAL: A scale for measuring service quality. Working Paper, Marketing Science Institute.
15. Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L. 1988. SERVQUAL: A multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing* 64(1), 12-40.
16. Robinson, R. 1993. Economic evaluation and health care: Cost-utility analysis. *British Medical Journal* 307, 859-862.
17. Spencer, E., Walshe, K. 2009. National quality improvement policies and strategies in European healthcare systems. *Quality and Safety in Health Care* 18(Suppl 1), i22-i27.
18. Theodorakioglou, Y.D., Tsiotras, G.D. 2000. The need for the introduction of quality management into Greek health care. *Total Quality Management and Business Excellence* 11(8), 1153-1165.
19. Τούντας, Γ. 2003. Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 20(5), 532-546.
20. WHO 1993. Continuous quality development: a proposal national policy. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.